

4. Uluslararası Korum Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi

20 - 23 Şubat 2020
Bolu Korum Hotels Spa and Convention

İÇERİK

Davet.....	3
Kurullar.....	5
Bilimsel Program.....	8
Kurslar.....	
• Erken / Geç Postpartum Dönem Ebelik Uygulamaları Kursu	
• Gebelik ve Doğumda Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları	
• Doğumun Fizyolojisini Korumada Ebelik Uygulamaları	
• Doğumun 2. Evre Güvenliği Kursu	
• Doğum Yönetiminde Ultrasonografi Kursu	
• Aromaterapi Kursu	
• Kadın Doğum Pratiğinde Hipnoz	
Ana Konular (Konuşma Özetleri)	23
• Gdl'nin Başlangıcından Bugüne Doğumda Değişim	
• Populist Yaklaşımlar Doğumu Nereye Getirdi? Neden Doğuramıyoruz?	
• Sağlıklı Gebelik İçin Omega-3 Bir İhtiyaçtır!	
• 2020 Dsö Ebe-Hemşire Yılında Ebelik ve Doğum	
• Gebelikler Arası Bakım	
• Doğumun 2. Evresinde Güvenli Müdahale Pratiği	
• Gebelikte Riskli Durumlar	
• Ebelik Uygulamalarının Geliştirilmesi	
• Preterm Doğum	
• Preterm Doğumların Önlenmesi	
• Gebelik ve Riskli Durumlar	
• Gebelikte Riskli Durumlar	
• Doğum Pratiğimiz ve Yasal Sorunlarımız	
• Doğum Sorunlarını Çözmede Pratik Yaklaşımlar Konusunda Bilimsel Çalışmalar	
• Gebelik ve Doğum İle İlgili Acil Durumlara Yaklaşım	
• Neden Emziremiyoruz?	
• Doğum Sorunlarını Çözmede Pratik Yaklaşımlar Konusunda Bilimsel Çalışmalar	
Sözel Sunumlar.....	45
Poster Sunumlar.....	340

Davet

Değerli Meslektaşlarım,

Sizleri **20-23 Şubat 2020 tarihlerinde Bolu’da** yapılacak olan **4. Uluslararası Koru Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi’ne** davet etmekten büyük bir onur ve mutluluk duyuyorum.

Kongremizin çıkış noktası gebelik, doğum, lohusalık konusunda yenidoğan sağlığını kapsayacak şekilde, toplumu olumlayan, tıp disiplinleri ve sosyal alanda mevcut yaklaşımlarımızı daha doğru değerlendirebilmek ve yaşanan sorunlara etkili çözümler üretebilmek adına daha katılımcı ve multidisipliner yorumları odak alan bilimsel çalışmalarını paylaşmak, ortak akıl üretmek olmuştur.

Geçtiğimiz yıl 3. Uluslararası Gebelik, Doğum ve Lohusalık kongresi siz değerli katılımcıların katkısı ile bilime ve eğitime adanan gönüllülükle başarı içinde gerçekleşmiştir. Kongremiz kamu-sivil toplum, kamu-özel sektör ve akademik çevre işbirliği kapsamında Koru Hastaneleri, T.C. Başbakanlık Tanıtma Fonu, Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından desteklenmiştir. Önemli paylaşımların yaşandığı bilimsel oturumlarda, Türkiye’de ve Dünya’da doğumu, artan sezaryen oranları ve topluma etkilerini, fiziksel alan ve personel sorunlarını, hastanelerin sistematik ve simetrik uygulama mekanizmalarında yaşanan aksaklıkları, sağlık personelinin bilgi ve beceri düzeyleri, tutumları, çalışma koşulları, anne-bebek dostu hastane kavramı gibi önemli konuları çok sektörlü ve düzeyli bir işbirliği çerçevesinde paylaşma fırsatı bulduk.

Her yıl zenginleşen bilimsel ve sosyal programı ile **4. Uluslararası Koru Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi** multidisipliner yaklaşımı sayesinde sizlere en gelişmiş son bilgiler eşliğinde Ulusal ve Uluslararası çalışmaları ile alanlarında söz sahibi olan bilim insanları ile tanışmak, öğrenmek, iletişim kurmak için önemli bir fırsat sunacaktır.

“4. Uluslararası Koru Gebelik Doğum Lohusalık” Kongremiz, Doğasında Doğum Derneği ve Kongre organizasyonuna destek veren obstetri, perinatoloji, neonatoloji, pediatri, pediatrik nöroloji, genetik ve halk sağlığı disiplinlerinin katkıları ile zengin bir bilimsel program içeriği hazırlamıştır. Farklı olarak bu yıl kongremizi **“2. Ulusal Riskli Bebek”** kongresi ile birlikte gerçekleştirme kararı aldık. Ortak ve paralel oturumlar eşliğinde kadın ve yenidoğan sağlığını Ülkemizde hekimler, sağlık çalışanları ve toplum için nasıl daha güvenli ve konforlu hale getirebileceğimizi tartışmaya çalışacağız.

Önemli bir vurgu ise 30 Ocak 2019 tarihinde Cenevre’de gerçekleştirilen Sağlık Asamblesinde 2020 yılının Ebelik ve Hemşirelik Yılı olarak ilan edilmesine olacaktır. Küresel olarak, sağlık ve sosyal iş gücünün % 70’i, tüm istihdam sektörleri ile kıyaslandığında % 41 iş gücü kadındır. Hemşire ve ebeler küresel sağlık iş gücünün % 50’sini oluşturmaktadır. Bu doğrultuda ebelik ve hemşirelik meslekleri, kadın iş gücünün önemli bir bölümünü temsil eder. Ayrıca iyileştirilmiş sağlık sonuçlarına ulaşmak için ilk değerlendirme, bakım ve tedavi kalitesinde çok önemli bir yer tutan kıymetli bir mesleğin sahibi Ebe ve Hemşireleri güçlendirmek, toplumsal cinsiyet eşitliğini (SDG5) gidermenin, ekonomik kalkınmaya (SDG8) katkıda bulunmanın ve diğer Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine ulaşmanın önemli bir adımı sayılmaktadır. Bu vesile ile diğer kongrelerimizde olduğu gibi bu yıl ayrı bir özen içinde sürekli mesleki gelişim yoluyla etkili kanıta dayalı ebelik ve hemşirelik iş gücü gelişimini oluşturma konusunda potansiyeli en üst seviyeye çıkarmak üzere önce buradan başlamamız gerektiğine vurgu yapacağız. Bu konuda Almanya ve İngiltere’den

katılım sağlayacak çok önemli ebelik çalışmaları bulunan uzmanlar ile önemli kurslar ve bilimsel konuşmalar kongremizde yer alacaktır. Beklentimiz etkin liderlik, yönetim ve yönetişimin iyileştirilmesi yönünde gelişimin sağlanmasıdır.

Kongremizin her yıl olduğu gibi sizi unutulmaz anılarla uğurlayacağından hiç şüphem yok. Bunda ***Bolu Koru Hotels Spa and Convention'in*** ev sahipliği yapacak olması ayrıcalığını taşıyacaksınız. Kongre Oteli, İstanbul ve Ankara ulaşım aksının tam ortasında, tabiatın kalbi Bolu'da, 2018'de tamamen yenilenmiş 5 yıldızlı hizmet konsepti ve doğayla iç içe, huzur dolu atmosferiyle, muhteşem lokasyonu ile bilimsel çalışmalarımıza ev sahipliği yapacaktır. Sağlık profesyonelleri arasındaki köprüleri güçlendirmeyi ilke edinen ve gelenekselleşme yolunda ilerleyen, zengin ve renkli sosyal programıyla da dikkat çeken kongremizin tüm bu amaçlara, ülkemiz sağlık hizmetlerine ve doğum anlayışına katkı sunmasını diliyorum.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Aydan Biri
Koru Ankara Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum

Prof. Dr. Özlem Moraloğlu Tekin
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Ankara Şehir Hastanesi
Kadın Doğum Hastanesi Başhekimi

Kurullar

KONRE BAŞKANLARI

Prof. Dr. Aydan BİRİ - Koru Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum
Prof. Dr. Özlem MORALOĞLU TEKİN - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Ankara Şehir
Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi Başhekimi

KONGRE SEKRETERİ

Prof. Dr. Deniz SAYINER - Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Aydan BİRİ - Koru Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum
Prof. Dr. Özlem MORALOĞLU TEKİN - Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum
Prof. Dr. Deniz SAYINER - Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Prof. Dr. Tamer MÜNGAN Koru - Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum
Prof. Dr. Didem ARMANGİL - Koru Hastanesi Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi
Doç. Dr. Serdar ALAN Koru Hastanesi Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi
Uzm. Dr. Hicran DEMİR UŞAN - Koru Hastanesi Fizik Tedavi Rehabilitasyon
Op. Dr. Zahide KÜÇÜK - Koru Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum
Op. Dr. Çiğdem DEMİREL GÜLER - Koru Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum
Op. Dr. Faika Ceylan ÇİFTÇİ - Koru Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum
Op. Dr. Bahar ŞENTÜRK - Koru Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum
Op. Dr. Duygu ALTAN - Koru Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum
Ebe Nesibe UZEL - Anadolu Ebeler Derneği Başkanı
Ebe Özgül KALKIR - Koru Hastanesi Emzirme Danışmanı
Ebe Esra YÖRÜK - Koru Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum
Hem. Serap YENİ - Koru Hastanesi

BİLİMSEL KURUL

Prof. Dr. Acar KOÇ
Prof. Dr. Akın SİVASLIOĞLU
Prof. Dr. Ali ERGÜN
Prof. Dr. Antonio MALVASİ
Prof. Dr. Ateş KARATEKE
Prof. Dr. Aydan BİRİ
Prof. Dr. Aykan YÜCEL
Prof. Dr. Berna DİLBAZ
Prof. Dr. Cansun DEMİR
Prof. Dr. Claudia DACHS
Prof. Dr. Deniz SAYINER
Prof. Dr. Didem ARMANGİL
Prof. Dr. Dilek UYGUR
Prof. Dr. Esin ÇEBER TURFAN
Prof. Dr. Esin KOÇ
Prof. Dr. Esmâ SARIKAYA
Prof. Dr. Feride SÖYLEMEZ
Prof. Dr. Ferit SARAÇOĞLU
Prof. Dr. Filiz AVŞAR
Prof. Dr. Hayale TAHMAZİ
Prof. Dr. M. Tamer MÜNGAN

Prof. Dr. Meryam GUDUŞVİLİ
Prof. Dr. Namık DEMİR
Prof. Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN
Prof. Dr. Neriman SOĞUKPINAR
Prof. Dr. Özlem MORALOĞLU TEKİN
Prof. Dr. Polat DURSUN
Prof. Dr. Saadet ARSAN
Prof. Dr. Seçil ÖZKAN
Prof. Dr. Sheena BYROM
Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN
Prof. Dr. Sinan BEKSAÇ
Prof. Dr. Yıldız ATALAY
Doç. Dr. Ali SEVEN
Doç. Dr. Ayla ÇAPIK
Doç. Dr. Ayla ERGİN
Doç. Dr. Birsen KARACA SAYDAM
Doç. Dr. Gülbahtiyar DEMİREL
Doç. Dr. Gülçin BOZKURT
Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN
Doç. Dr. Handan GÜLER
Doç. Dr. Hatice AKKAYA
Doç. Dr. Hava ÖZKAN
Doç. Dr. Melehat ATASEVER
Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL
Doç. Dr. Özlem UZUNLAR
Doç. Dr. Rabia EKTİ GENÇ
Doç. Dr. Serap EJDER APAY
Doç. Dr. Serdar ALAN
Doç. Dr. Serkan KAHYAOĞLU
Doç. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ
Doç. Dr. Tuba UÇAR
Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA
Doç. Dr. Zümrüt YILAR ERKEK
Op. Dr. Aşkın Evren GÜLER
Op. Dr. Bahar ŞENTÜRK
Op. Dr. Çiğdem DEMİREL GÜLER
Op. Dr. Duygu ALTAN
Op. Dr. Faika Ceylan ÇİFTÇİ
Op. Dr. Volkan KURTALAN
Op. Dr. Zahide KÜÇÜK
Uzm. Dr. Hicran Demir UŞAN
Dr. Öğr. Üyesi Aysel BÜLEZ
Dr. Öğr. Üyesi Duygu MURAT ÖZTÜRK
Dr. Öğr. Üyesi Eylem TOKER
Dr. Öğr. Üyesi Filiz OKUMUŞ
Dr. Öğr. Üyesi Filiz YARICI
Dr. Öğr. Üyesi Hacer YALNIZ DİLCEN
Dr. Öğr. Üyesi Mesude ULUŞEN
Dr. Öğr. Üyesi Münevver İlknur GÖNENÇ
Dr. Öğr. Üyesi Neşe ÇELİK

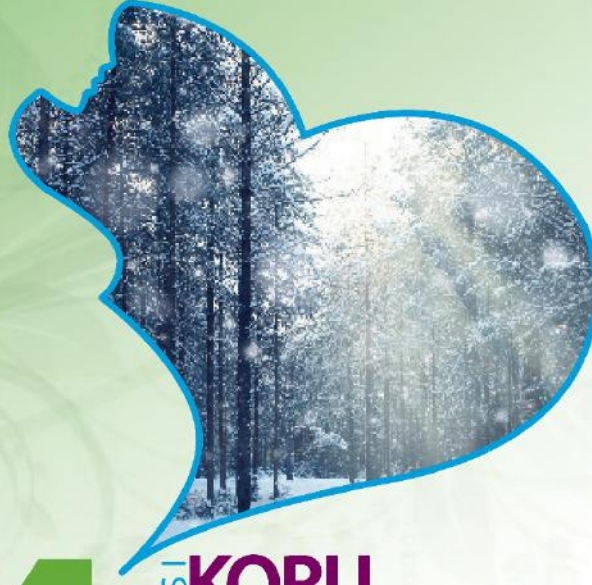
Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÇAĞAN
Dr. Öğr. Üyesi Özlem DURAN AKSOY
Öğr. Gör. Dr. Filiz ÖZÇOBAN
Öğr. Gör. Dr. Hülya TÜRKMEN
Arş. Gör. Dr. Yasemin BAŞKAYA
Ebe Esra YÖRÜK
Ebe Nesibe UZEL
Ebe Özgül KALKIR
Hem. Serap YENİ
*Bilimsel kurul alfabetik olarak sıralanmıştır.

DÜZENLEYEN KURULUŞ

Doğasında Doğum Derneği

DESTEKLEYEN KURULUŞLAR

Koru Hastanesi
Anadolu Ebeler Derneği
Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA)
Türkiye Cumhuriyeti Kültür ve Turizm Bakanlığı
Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı (TİKA)
Perinatoloji Uzmanları Derneği (PUADER)



4. ULUSLARARASI KORU GEBELİK DOĞUM LOHUSALIK KONGRESİ

20 - 23 ŞUBAT
BOLU KORU HOTELS



Destekleyenler



BİLİMSEL PROGRAM



BOLUKORUHOTELS
SPA & CONVENTION

www.gebelikdogumlohusalik.org

4. ULUSLARARASI KORU GEBELİK DOĞUM LOHUSALIK KONGRESİ

20 - 23 ŞUBAT
BOLU KORU HOTELS



20 ŞUBAT 2020, Perşembe

KURS SALONLARI - 1

- 09:00-18:00 ERKEN / GEÇ POSTPARTUM DÖNEM EBELİK UYGULAMALARI KURSU**
Kurs Başkanları: Nesibe Üzel, Claudia Dachs-Almanya
- 09:00-10:00 Postpartum Dönem Anne ve Çocuk Sağlığını Korumaya Yönelik Ebelik Uygulamaları Nelerdir?
Postpartum Ebelik Bakımına Uluslararası bir Bakış
Claudia Dachs, Nesibe Üzel
- 10:00-10:15 Kahve Molası**
- 10:15-10:45 Bölüm I: AnneKlinik ve Ev Ortamında Anne ve Bebeğe Yönelik Günlük Postpartum İzlemlerin Prosedürü ve Yürütülmesi
Claudia Dachs
- 11:30-12:00 Bölüm II: Yenidoğan
Claudia Dachs
- 12:00-13:00 Öğle Yemeği**
- 13:00-14:00 Anne Sağlığını Korumaya ve Geliştirmeye Yönelik Erken ve Geç Postpartum Toparlanma Egzersizleri
Claudia Dachs
- 14:00-14:45 Yenidoğan, Bebek Masajı (Uygulamalı)
Nesibe Üzel
- 14:45-15:00 Kahve Molası**
- 15:00-16:00 Erken Postpartum Toparlanma Egzersizleri (Uygulamalı)
Claudia Dachs
- 16:00-16:45 Geç Postpartum Toparlanma Egzersizleri (Uygulamalı)
Claudia Dachs
- 16:45-17:00 Soru-Cevap ve Öneriler Kapanış
Nesibe Üzel, Claudia Dachs
- 18:30-19:30 Açılış Konuşmaları
- 19:30-20:30 Açılış Kokteyli
- 20:30-21:30 Açılış Oturumu**
Moderatör: İnci Çavuşoğlu
- 20:30-20:50 Yalnız Değilsin Lohusa
Fatma Kırımlı
- 20:50-21:30 NÖROGÖRÜNTÜLEME, DOĞUM ve HİPNOZ
Evrensel Senfoninin Doğuşu ve Kitap Dinletisi
Yelda Özsunar

4. ULUSLARARASI KORU GEBELİK DOĞUM LOHUSALIK KONGRESİ

20 - 23 ŞUBAT
BOLU KORU HOTELS



20 ŞUBAT 2020, Perşembe

KURS SALONLARI - 2

- 09:00-17:00 GEBELİK DOĞUMDA SÜRECİNDE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI**
Kurs Başkanı: Hicran Uşan
- 10:15-11:15 FİTOTERAPİ
Fitoterapi Nedir?
Fitoterapötik Kullanımında Dikkat Edilecek Hususlar
Gebelik Sürecinde Yaşanan Problemlerde Destekleyici Fitoterapötik Yaklaşımlar
Doğuma Yaklaşırken Fitoterapi Desteği
Erken Postpartum Dönemde Fitoterapi Desteği
Ali Özön
- 11:15-12:00 REFLEKSOLOJİ
Refleksoloji Nedir?
Refleksoloji Uygulanmasında Dikkat Edilecek Hususlar
Doğuma Yaklaşırken ve Doğum Sürecinde Refleksoloji
Hicran Uşan
- 12:00-13:00 Öğle Yemeği**
- 13:00-14:00 AKUPRESSÖR
Akupressör Nedir?
Akupressör Uygulanmasında Dikkat Edilecek Hususlar
Doğuma Yaklaşırken ve Doğum Sürecinde Akupressör Uygulamaları
Gökhan Tuna Öztürk
- 14:00-14:45 MÜZİKTERAPİ
Müzikterapi nedir?
Gebelik ve Doğum Sürecinde Müzikterapi Desteği
Nihal Şimşek
- 14:45-15:00 Kahve Molası**
- 15:00-16:00 PRATİK UYGULAMALAR
16:00-16:30 Sertifikaların Dağıtılması ve Kapanış
18:30-19:30 Açılış Konuşmaları (Salon 1)
19:30-20:30 Açılış Kokteyli
20:30-21:30 Açılış Oturumu
Moderatör: İnci Çavuşoğlu
- 20:30-20:50 Yalnız Değilsin Lohusa
Fatma Kırımlı
- 20:50-21:30 NÖROGÖRÜNTÜLEME, DOĞUM ve HİPNOZ
Evrensel Senfoninin Doğuşu ve Kitap Dinletisi
Yelda Özsunar

4. ULUSLARARASI KORU GEBELİK DOĞUM LOHUSALIK KONGRESİ

20 - 23 ŞUBAT
BOLU KORU HOTELS



20 ŞUBAT 2020, Perşembe

KURS SALONLARI - 3

- 09:00-18:00 DOĞUMUN FİZYOLOJİSİNİ KORUMADA EBELİK UYGULAMALARI**
Kurs Başkanları: Fatma Deniz Sayiner, Esra Yörük Eğitimci: Sheena Byrom
- 09:00-10:00 Açılış
Fatma Deniz Sayiner, Esra Yörük
- 10:00-10:15 Kahve Molası**
- 10:15-10:45 Normal Doğum Nedir –Neden Önemlidir?
Sheena Byrom
- 10:45-12:00 Dünyada Neler Oluyor?
Sheena Byrom
- 12:00-13:00 Öğle Yemeği**
- 13:00-14:00 Gerçek Doğum Hikayeleri Üzerinden Vaka İncelemesi
Sheena Byrom
- 14:00-14:45 Grup Çalışması- Neler Yapabiliriz?
Sheena Byrom
- 14:45-15:00 Kahve Molası**
- 15:00-16:15 Grup Çalışmasından Geri Bildirim ve Bir Sonraki Adımlar
Sheena Byrom
- 16:15-17:00 Kurs Değerlendirmesi
Sertifikaların dağıtılması
- 18:30-19:30 Açılış Konuşmaları (Salon 1)
- 19:30-20:30 Açılış Kokteyli
- 20:30-21:30 Açılış Oturumu**
Moderatör: İnci Çavuşoğlu
- 20:30-20:50 Yalnız Değilsin Lohusa
Fatma Kırımlı
- 20:50-21:30 NÖROGÖRÜNTÜLEME, DOĞUM ve HİPNOZ
Evrensel Senfoninin Doğuşu ve Kitap Dinletisi
Yelda Özsunar

4. ULUSLARARASI KORU GEBELİK DOĞUM LOHUSALIK KONGRESİ

20 - 23 ŞUBAT
BOLU KORU HOTELS



20 ŞUBAT 2020, Perşembe

KURS SALONLARI - 4

- 09:00-18:00 DOĞUMUN 2. EVRE GÜVENLİĞİ KURSU**
Kurs Başkanları: Özlem Moraloğlu Tekin, Sophia Webster
- 09:00-09:10 Giriş
09:10-09:30 Klinik Karar Verme ve Doğum Yöntemi
09:30-10:00 Partogram Kullanımı Dahil Karar Verme Senaryoları
- 10:00-10:15 Kahve Molası**
- 10:15-10:45 Vakum + Forseps
10:45-12:00 Vakum + Forseps
- 12:00-13:00 Öğle Yemeği**
- 13:00-14:00 Omuz Distosisi
14:00-14:20 İkinci Aşamada Sezaryen
14:20-14:45 İkinci Aşamada Sezaryen- Vaka Tartışması
- 14:45-15:00 Kahve Molası**
- 15:00-15:20 Obstetrik Anal Sfinkter Yaralanmalarının Önlenmesi
15:20 -15:30 Sorular ve Kapanış
15:30-16:15 Ters Doğum
16:15-16:45 Kapanış
18:30-19:30 Açılış Konuşmaları (Salon 1)
19:30-20:30 Açılış Kokteyli
- 20:30-21:30 Açılış Oturumu**
Moderatör: İnci Çavuşoğlu
- 20:30-20:50 Yalnız Değilsin Lohusa
Fatma Kırımlı
- 20:50-21:30 NÖROGÖRÜNTÜLEME, DOĞUM ve HİPNOZ
Evrensel Senfoninin Doğuşu ve Kitap Dinletisi
Yelda Özsunar

4. ULUSLARARASI KORU GEBELİK DOĞUM LOHUSALIK KONGRESİ

20 - 23 ŞUBAT
BOLU KORU HOTELS



20 ŞUBAT 2020, Perşembe

KURS SALONLARI - 5

- 09:00-16:15 DOĞUM YÖNETİMİNDE ULTRASONOGRAFİ KURSU**
Kurs Başkanları: Hakan Timur, Filiz F. Yanık
- 09:00-12:00 1. OTURUM: DİSTOSİ ÖNGÖRÜSÜ VE YÖNETİMİNDE İNTRAPARTUM ULTRASONOGRAFİ**
Oturum Başkanları: Aydan Biri, Hakan Timur
- 09:00-09:30 Doğumun Evreleri ve Normal Seyri
Filiz F. Yanık
- 09:30-10:00 Distosi
Filiz F. Yanık
- 10:00-10:15 Kahve Molası**
- 10:15-10:45 İntrapartum Ultrasonografi: Tanımlar
Çağrı Gülümser
- 10:45-11:15 İntrapartum Ultrasonografi ile Sezaryen Öngörülebilir mi?
Murat Yassa
- 11:15-11:30 Tartışma
- 11:30-12:00 Pratik
- 12:00-13:00 Öğle Yemeği**
- 13:00-14:45 2. OTURUM: FETAL DİSTRES TANI VE YÖNETİMİNDE İNTRAPARTUM ULTRASONOGRAFİ**
Oturum Başkanları: Filiz Yanık, Murat Yassa
- 13:00-13:30 İntrapartum Fetal Distres Tanısı: Klasik Yöntemler
Levent Keskin
- 13:30-14:00 İntrapartum Fetal Distres Tanısında Ultrasonografinin Yeri
Çağrı Gülümser
- 14:00-14:15 Tartışma
- 14:15-14:45 Pratik
- 14:45-15:00 Kahve Molası**
- 15:00-16:15 3. OTURUM: DOĞUM KOMPLİKASYONLARINDA ULTRASONOGRAFİNİN YERİ**
Oturum Başkanları: Filiz Yanık, Aydan Biri
- 15:00-15:30 Perine Laserasyonları
Murat Yassa
- 15:30-16:00 Postpartum Kanama: Adeziv Plasenta, Uterin Rüptür, Uterin İnversiyon
Hakan Timur
- 16:00-16:15 Tartışma
- 18:30-19:30 Açılış Konuşmaları (Salon 1)
- 19:30-20:30 Açılış Kokteyli
- 20:30-21:30 Açılış Oturumu**
Moderatör: **İnci Çavuşoğlu**
- 20:30-20:50 Yalnız Değilsin Lohusa
Fatma Kırımlı
- 20:50-21:30 NÖROGÖRÜNTÜLEME, DOĞUM ve HİPNOZ
Evrensel Senfoninin Doğuşu ve Kitap Dinletisi
Yelda Özsunar

4. ULUSLARARASI KORU GEBELİK DOĞUM LOHUSALIK KONGRESİ

20 - 23 ŞUBAT
BOLU KORU HOTELS



21 ŞUBAT 2020, Cuma

KURS SALONLARI - 1

09:00-16:15 AROMATERAPİ KURSU

Kurs Başkanı: Hülya Kayhan

09:00-10:00 Aromaterapötik Esansiyel Yağ Nedir, Nasıl Elde Edilir?
Aromaterapötik Esansiyel Yağ Kullanımında Dikkat Edilecek Hususlar
Aromaterapi Dozlaması ve Kullanımında İngiltere NHS Kılavuzu Örneği
Hülya Kayhan

10:00-10:15 Kahve Molası

10:15-12:00 Gebelik Sürecini Destekleyici Aromaterapötik Yaklaşımlar
(Bulantı-Kusma, Kabızlık, Ağrı, Anksiyete, Halsizlik, Yorgunluk)
Doğuma Yaklaşırken ve Doğum Sürecinde Aromaterapi Desteği
Erken Postpartum Dönemde Aromaterapi ile Anne ve Bebek Bakımı
Gülsüm Öncü

12:00-13:00 Öğle Yemeği

13:30-14:00 Gebelik ve Postpartum Dönemde Görülen Kozmetik Problemlere Yönelik Esansiyel Yağ Uygulamaları
Hülya Kayhan

14:45-15:00 Kahve Molası

15:00-16:15 Pratik Uygulamalar

4. ULUSLARARASI KORU GEBELİK DOĞUM LOHUSALIK KONGRESİ

20 - 23 ŞUBAT
BOLU KORU HOTELS



22 ŞUBAT 2020, Cumartesi

KURS SALONLARI - 1

- 09:00-16:15 KADIN DOĞUM PRATIĞİNDE HİPNOZ**
Kurs Başkanı: **İnci Çavuşoğlu**
- 09:00-09:15 Açılış, Hipnoz nedir?
Yelda Özsunar, İnci Çavuşoğlu
- 09:15-09:30 Bilinç ve Bilinçaltı
Hipnotik İletişim Teknikleri
İnci Çavuşoğlu
- 09:30-10:00 Hipnoz Ne Kadar Gerçek?
Beyin Görüntülemeleriyle Hipnoz
Yelda Özsunar
- 10:00-10:15 Kahve Molası**
- 10:15-12:00 Hipnotik İndüksiyon ve Derinleştirme Teknikleri, İmajinasyon ve Metaforlar
Pratik Uygulamalar
İnci Çavuşoğlu
- 12:00-13:00 Öğle Yemeği**
- 13:00-14:45 Doğumda Ağrı Algısının Kontrolünde Hipnoz
Pratik Uygulamalar
İnci Çavuşoğlu
- 14:45-15:00 Kahve Molası**
- 15:00-16:15 Pratik Uygulama (devam)
Jinekoloji Pratiğinde Hipnozun Diğer Kullanım Alanları
(İnfertilite, Vajinismus)
İnci Çavuşoğlu, Yelda Özsunar

4. ULUSLARARASI KORU GEBELİK DOĞUM LOHUSALIK KONGRESİ

20 - 23 ŞUBAT
BOLU KORU HOTELS



21 ŞUBAT 2020, Cuma

ANA SALON

- 09:00-10:10 1. OTURUM: GDL'İN BAŞLANGICINDAN BUGÜNE DOĞUMDA DEĞİŞİM**
Oturum Başkanları: Aydan Biri, Ateş Karateke, Feride Söylemez
- 09:00-09:25 Kadın Sağlığı ve Ülkemizde Doğumun Normalleştirilmesi
Tuba Esra Şahlar
- 09:25-09:40 Dünya Sağlık Örgütü'nün Sezaryan Oranı Önerisi Ne Kadar Gerçekçi?
Özlem Moraloğlu Tekin
- 09:40-09:55 Sezaryenin Maternal Sonuçları
Namik Demir
- 09:55-10:10 Sezaryen Fetal Sonuçları
Didem Armangil
- 10:10-10:30 Kahve Molası**
- 10:30-12:00 2. OTURUM: KONFERANS**
Oturum Başkanları: Volkan Kurtaran, Özlem Moraloğlu Tekin
- 10:30-11:00 Gürcistan'da Doğum Öncesi Bakım ve Obstetrik Komplikasyonlar (Konferans)
Mariam Gugushvili
- 11:00-11:30 Teknoloji Çağında Normal Doğum Teoriği ve Pratiği
Sheena Byrom
- 11:30-12:00 3. OTURUM: KONFERANS**
Oturum Başkanları: Nesibe Üzel, Serap Ejder Apay
- 11:30-12:00 Postpartum Ebelik Bakımı (Konferans)
Claudia Dachs
- 12:00-12:45 Öğle Yemeği**
- 12:45-14:00 4. OTURUM: POPULİST YAKLAŞIMLAR DOĞUMU NEREYE GETİRDİ? NEDEN DOĞURAMIYORUZ?**
Oturum Başkanları: Tamer Mungan, Melih Velipaşaoğlu
- 12:45-13:00 Doğuma Sağlık Kurumlarının Etkisi
Aydan Biri
- 13:00-13:15 Doğuma Anne/Ailelerin Etkisi
Nurten Ceceli Alkan
- 13:15-13:30 Doğuma Kadın Doğum Hekiminin Etkisi
Berna Dilbaz
- 13:30-13:45 Doğuma Ebenin Etkisi
Duygu Murat Öztürk
- 13:45-14:00 Doğuma Toplum ve Medya Etkisi
Zahide Küçük

4. ULUSLARARASI KORU GEBELİK DOĞUM LOHUSALIK KONGRESİ

20 - 23 ŞUBAT
BOLU KORU HOTELS



21 ŞUBAT 2020, Cuma

ANA SALON

- 14:00-14:15 Kahve Molası**
- 14:15-15:00** Sağlıklı Gebelik İçin Omega-3 Bir İhtiyaçtır! (Konferans)
Oturum Başkanı: Aydan Biri
Nuri Danışman
- 15:00-15:45 5. OTURUM: 2020 DSÖ EBE-HEMŞİRE YILINDA EBELİK VE DOĞUM**
Oturum Başkanları: **Birsen Karaca Saydam, Tuba Uçar**
- 15:00-15:15 İyi Ebelik Uygulamalarının Doğum Sonuçlarına Etkisi
Aysel Bülez
- 15:15-15:30 Doğum Algısı mı Ebelik Algısı mı?
Fatma Deniz Sayiner
- 15:30-15:45 Doğum Ebeler İçin de Travmatik Olabilir mi?
Hacer Yalnız Dilcen
- 15:45-16:45 6. OTURUM: GEBELİKLER ARASI BAKIM**
Oturum Başkanları: **Hava Özkan, Gökhan Yıldırım**
- 15:45-16:00 Kanıta Dayalı Postpartum Bakım
Kenan Ertopçu
- 16:00- 16:15 Postpartum Kontrasepsiyon
Ayşegül Dönmez
- 16:15- 16:30 Prekonsepsiyonel İzlem
Birsen Karaca Saydam
- 16:30-16:45 İhtiyaçları Özelleşmiş Kadınlarda GAB ve Evrensel Yaklaşımlar
Gökhan Yıldırım
- 16:45-17:15 KONFERANS: DOĞUMUN 2. EVRESİNDE GÜVENLİ MÜDAHALE PRATIĞİ**
Oturum Başkanları: **Melahat Atasever, Muhammed Emin Demirkol**
Sophia Webster
- 17:15-18:15 7. OTURUM: GEBELİKTE RİSKLİ DURUMLAR**
Oturum Başkanları: **Ülkü Mete Ural, Selçuk Özden**
- 17:15-17:30 Preeklampside Nereye Geldik?
Hakan Timur
- 17:30-17:45 Artan Sezaryen ve İstmosel Sorunlarına Yaklaşım
Banu Bingöl Günenç
- 17:45-18:00 Sezaryen Endikasyonları Genişliyor mu, Değişiyor mu?
Engin Yıldırım
- 18:00-18:15 IVF Sonrası gebeliklerin Takibi, Klinik Yönetimi
Xayale Tahmazı

4. ULUSLARARASI KORU GEBELİK DOĞUM LOHUSALIK KONGRESİ

20 - 23 ŞUBAT
BOLU KORU HOTELS



22 ŞUBAT 2020, Cumartesi

ANA SALON

- 09:00-10:00 8. OTURUM: EBELİK UYGULAMALARININ GELİŞTİRİLMESİ**
Oturum Başkanları: Ali Yavuzcan, Yeşim Aksoy Derya
- 09:00-09:15 Ebelik Bakım Modelleri
Esra Yörük
- 09:15-09:30 Ebelikte Kanıt Temelli Bilgiyi Oluşturmada Neler Yapılabilir?
Esin Çeber
- 09:30-09:45 Doğum Pratiğini Geliştirmede Güncel Ebelik Uygulamaları
Tuğba Yılmaz Esencan
- 09:45-10:00 Kahve Molası**
- 10:00-11:40 9. OTURUM: PRETERM DOĞUM (PUDER)**
Oturum Başkanları: Emre Karaşahin, Esra Esim Büyükbayrak
- 10:00-10:15 Giriş: **Filiz F. Yanık**
- 10:15-10:30 PTD Nedenleri ve Patofizyolojik Mekanizmalar
Cihan İnan
- 10:30-10:45 PTD Önlenmesinde Progesteron
Nihal Şahin Uysal
- 10:45-11:00 PTD Önlenmesinde Serklaj ve Pesser
Mert Turğal
- 11:00-11:15 Tokolitik Tedaviler ve Antenatal Steroid Uygulamaları
Berkan Sayal
- 11:15-11:25 Tartışma
- 11:25-12:25 10. OTURUM: PRETERM DOĞUMLARIN ÖNLENMESİ (PANEL-PUDER)**
Oturum Başkanı: Merih Bayram
Panelistler: Özlem Pata, Miğraci Tosun, Metin Altay, Aydan Biri, Fedi Ercan
- 12:25 -13:30 Öğle Yemeği**
- 13:30 -14:15 Umbilikal Kordon Kanı Özellikleri ve Tedavi Alanları (Konferans)
Oturum Başkanı: Şevki Çelen
Atıla Tanyeli

4. ULUSLARARASI KORU GEBELİK DOĞUM LOHUSALIK KONGRESİ

20 - 23 ŞUBAT
BOLU KORU HOTELS



22 ŞUBAT 2020, Cumartesi

ANA SALON

- 14:15-15:15 11. OTURUM: GEBELİK VE RİSKLİ DURUMLAR**
Oturum Başkanı: Mehmet Ata Topçuoğlu
- 14:15-14:30 Gebelikte Hipertansif Hastalıklar
Müge Değer
- 14:30-14:45 Gebelikte Gribal Enfeksiyonlar
Dilek Dülger
- 14:45-15:00 Gebelikte Otoimmün ve Romatolojik Hastalıklar
Salih Pay
- 15:00-15:15 Hipertansif Gebelerde Yenidoğan Sorunları
Serdar Alan
- 15:15 -15:30 Kahve Molası**
- 15:30-18:00 12. OTURUM: GEBELİKTE RİSKLİ DURUMLAR**
Oturum Başkanları: Göksun Ayvaz, Aykan Yücel
- 15:30-15:45 Gebelikte Hematolojik Sorunlar ve Hasta Kan Yönetimi
Aynur U. Bilgin
- 15:45-16:00 Gestasyonel Diabet İzlemi ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar
Ayla Harmancı
- 16:00-16:15 Diyabetik Gebenin Doğum Şekli Ne Zaman Nasıl Belirlenir
Seval Erdinç
- 16:15-16:30 Diyabetik Anne Bebeklerin Yenidoğan Dönemi Sorunları
Didem Armanlı
- 16:30-18:00 13. OTURUM: DOĞUM PRATİĞİMİZ VE YASAL SORUNLARIMIZ**
Panel Başkanı: Tamer Mungan, Fatma Deniz Sayiner
Katılımcılar: Namık Demir, Filiz F. Yanık, Özlem Pata, Seda Küçüköğlü, Filiz Yarıcı, Filiz Arslantekin, Filiz Akın, Özlem Uzunlar, Aykan Yücel, Ersin Oğuz
- Doğum Odası Uygulamaları
Ebelik Uygulamaları
Doğum Yardımcıları
Ağrı Azaltıcı Uygulamalar
Fotoğrafçılar
Organizasyon Şirketleri
Doğuma mı Odaya mı? (Anne Tutumları)
Doğumda Medya
Doğumda Gerçek Algı

4. ULUSLARARASI KORU GEBELİK DOĞUM LOHUSALIK KONGRESİ

20 - 23 ŞUBAT
BOLU KORU HOTELS



23 ŞUBAT 2020, Pazar

ANA SALON

08:00-09:00 14. OTURUM: DOĞUM SORUNLARINI ÇÖZMEDE PRATİK YAKLAŞIMLAR KONUSUNDA BİLİMSEL ÇALIŞMALAR

Oturum Başkanları: Ülkü Özmen, Fedi Ercan

Gebe Okulu Eğitiminin Doğum Anksiyetesi Üzerine Etkisi

Fedi Ercan

Doğum Eyleminin DNA Metilasyonu İle İlişkinin Değerlendirilmesi

Hilal Uslu Yuvacı

Ria Yerleştirilmesi Sırasındaki Ağrı ile Anksiyete, Negatif Algılar ve Önceki Doğum Şekli Arasındaki İlişki

Yeşim Akdemir

Gebelik Öncesi Vücut Kitle İndeksi ve Gebelikte Kilo Alımının Perinatal Sonuçlara ve Doğum Şekline Etkisi

Engin Yurtçu

Şiddetli Preeklampsi ve Normotansif Gebelerde Plasental pSTAT3 ve TNFalfa Ekspresyonlarının Karşılaştırılması

Cihan Toğrul

Sezaryen Sırasında Erken Emzirmenin Maternal Faydaları

Ali Sever

Atipik Vajinal Agenezi Vakasında Utero Sigmoid Anastomozu - Sigmoid Vajinoplasty

Alper Başbuğ

Doğumun 1. Evresinde Uygulanan Farklı Doğum Toplarının Doğum Çıktılarına ve Anne Memnuniyetine Etkisi

Tuğçe Sönmez

Doğum Eyleminde Ele Uygulanan Farklı Akupresüre Uygulamalarının Endorfin Seviyesi ve Doğum Ağrısı Algısı Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma

Serap Öztürk Altınayak

Travay Odasındaki Gebe Sayısının Doğumdaki Destek ve Kontrol Algısına, Doğum Korkusuna ve Anne Memnuniyetine Etkisi

Gülbahtiyar Demirel

Terapötik Dokunmanın Doğum Ağrısı, Anksiyete ve Doğum Tutumuna Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma

Şükran Ertekin Pınar

4. ULUSLARARASI KORU GEBELİK DOĞUM LOHUSALIK KONGRESİ

20 - 23 ŞUBAT
BOLU KORU HOTELS



23 ŞUBAT 2020, Pazar

ANA SALON

09:00-10:30 15. OTURUM: GEBELİK VE DOĞUM İLE İLGİLİ ACİL DURUMLARA YAKLAŞIM
Oturum Başkanları: **Yalçın Kimya, Ali Acar**

09:00-09:15 Özel Durumlarda CPR: Gebe
Ahu Pakdemirli

09:15-09:30 Postpartum Kanamayı Önleme ve Tedavi Etme
Dilek Uygur

09:30-09:45 Cerrahi Yaklaşımlar
Polat Dursun

09:45-10:00 Plasenta Yapışma Anomalileri
Ali Acar

10:00-10:15 Near Miss Vakaları
Şevki Çelen

10:15-10:30 Olgu Sunumları
Zahide Küçük

10:30-10:45 Kahve Molası

10:45-12:30 16. OTURUM: NEDEN EMZİREMİYORUZ?
Oturum Başkanları: **Canan Türkyılmaz, Melek Kılıç**

10:45-11:00 Anne Sütünü Ne Etkiler?
Sevda Korkmaz

11:00-11:15 Bebek Dostu Hastaneler
Melek Kılıç

11:15-11:30 Sağlık Personeli Yaklaşımları
Hava Özkan

11:30-11:45 Lohusaloji , Emzirme Sirkadiyen Ritmin Önemi
Pınar Şenyüz Mallı

11:45-12:00 Emzirme ve Besinler Arasındaki İlişki
H. Banu Salman

12:00-12:15 Emzirme: Memeyi Nasıl Etkiler?
Gülten Kıyak

12:15-12:30 Emzirme ve Meme Sorunlarına Yaklaşım
Oturum Başkanı: **Fatma Deniz Sayiner**
Claudia Dachs, Nesibe Üzel

12:30-13:30 Öğle Yemeği

4. ULUSLARARASI KORU GEBELİK DOĞUM LOHUSALIK KONGRESİ

20 - 23 ŞUBAT
BOLU KORU HOTELS



23 ŞUBAT 2020, Pazar

ANA SALON

- 13:30-14:00 **17. OTURUM: DOĞUM SORUNLARINI ÇÖZMEDE PRATİK YAKLAŞIMLAR KONUSUNDA BİLİMSEL ÇALIŞMALAR**
Oturum Başkanları: Ülkü Özmen, Fedi Ercan
- 13:30-14:00 Preeklampside Maternal Serum Trombospondin 1 Düzeyi Anlamlı Değişmektedir
İpek Ulu
Sezaryen esnasında miyomektomi yapılmalı mı?
Aşkın Güler
Sezaryenda Postoperatif Ağrı değerlendirilmesi
Fatma Yazıcı Yılmaz
Preeklampside Bozulmuş Koroner Mikrovasküler Fonksiyon ve Artmış İntima Media Kalınlığı
Faika Ceylan Çiftçi
Ebelik Öğrencileri için Klinik Öğretim Mobil ve Web Tabanlı Yazılım Otomasyonu
Ali Arı
Ender Rastlanan Bir Anomali Olan Hepatik Arteriovenöz Malformasyon Olgusu
Ömer Ant
Profilaftik Serklaj ile Acil Serklaj Olgularının Karşılaştırılması
Neval Yaman Görük
- 14:00-14:15 Akılcı İlaç Oturumu
Oturum Başkanı: Fatma Deniz Sayiner
Nursel Doğanyığıt Kuzan
- 14:15 Kapanış

KONUŞMA ÖZETLERİ

4. Uluslararası Korum Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi

Doğum Ebeler İçin de Travmatik Olabilir mi?

Dr. Öğretim Üyesi Hacer Yalnız Dilcen

Bartın Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Ebelik Bölümü

Ebeler , 'normal doğum koruyucuları' olarak tanımlanmaktadır. Doğum yapan kadınlara hizmet verirken, çoğu zaman pozitif doğumlara tanık olurken, bir yandan da travmatik ve üzücü olaylara da tanık olabilirler. Ebelerin doğum yapan kadınlarla yakın ilişkisi, ebelik çalışmalarının çekirdeğidir. Son yıllarda ebelik bakımında yeniden bir yönelim olmuştur. 'Kadınla birlikte olmak', 'kadın merkezli bakım' ve 'kadınlarla ortaklık' ebelik bakımı ile ilgili ortaya çıkan terimlerdir. Kadınla ilişkide ve kadın ile bakım sağlandığında çocuk doğuran annenin avantajlı sonuçları için çok sayıda kanıt vardır. Ebeler, çocuk doğuran kadın ile ilişkilerini önemli bir iş motivasyonu ve memnuniyeti kaynağı olarak görmektedir ve bu ilişkinin ebelik bakımının özü olduğunu ve ayırt edici doğasını tanımladığını iddia etmektedir. Ebelerin rolünün doğası olan 'kadın ile' birlikte olması ebelerin, özellikle travmatik doğuma tanıklık ederken duygusal sıkıntıya maruz kalma riskiyle karşı karşıya kalabilmektedir. Tüm bakım meslekleri empati ve merhameti temel değerler olarak tutsa da, kadınlar ve ebeleri arasındaki yakın ilişki, bazen daha fazla dostluk olarak tanımlanır. Kadın ile ebe son derece empatik bir ilişkiye sahiptir.

'Travmatik doğum' terimi, doğum ve doğum sürecinde ve birkaç saat içinde, annenin veya bebeğinin ölüm veya ciddi yaralanma riski altında olduğu düşünülen doğum sonrası olayları ifade eder. Ebeler, bakım sağlayarak, doğumdaki bir kadına katılırken veya doğum sonrası kadınlar tarafından veya sonraki hamilelikte doğum öncesi bakım sırasında kendilerine anlatılan travmatik bir perinatal olayın ayrıntılarını dinlerken böyle bir olaya tanık olabilirler. Amerika'daki ebe ve doğum hemşireleri üzerinde yapılan bir çalışmada, % 35'inin orta ila şiddetli Sekonder Travmatik Stres yaşadığını bulmuşlardır, bütün örneklemin % 26'sı klinik tanıyı düşündürülen düzeylerde semptomlar yaşadığını bildirmiştir.

Ebelerde sekonder travmatik stresin potansiyelini kabul etmek önemlidir. İlk olarak, çalışmalarının psikolojik boyutunun ebelerinde artan farkındalık, zihinsel refahlarının geliştirilmesine ve korunmasına yardımcı olabilir. İkincisi, ebelerde potansiyel sekonder travmanın yönetimi, çocuk doğuran kadınların duygusal olarak uzak bakım sağlayan bir ebe ile karşılaşma olasılığını azaltırsa, kendi travmatik reaksiyonlar yaşama riski de azaltılabilir. Ebelerde ikincil travmanın da sağlık açısından önemli ekonomik sonuçları vardır. İkincil travmatik stresin devamsızlık ve işi bırakma ile sonuçlanmaktadır.

Bu amaç kapsamında, konu ile ilişkili kuramsal çerçeve ve ilgili araştırmaların bulguları sunulmuş ve ikincil travmatik stresin olumsuz etkilerinden korunmaya yönelik bilgilere yer verilerek, söz konusu ebeleri etkileyebilecek nitelikte olan ikincil travmatizasyonun önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ebe, ebelik mesleği, doğum, İkincil travma, travma sonrası stres bozukluğu

4. Uluslararası Korum Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi

Özel Gereksinimli Çocuk Ailelerinin Psikiyatrik Problemleri, Destek Süreci ve Önemi Prof. Dr. Özden Şükran Üneri

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Özel gereksinimli birey, özel eğitim hizmetleri yönetmeliğinde, çeşitli nedenlerle bireysel ve gelişim özellikleri, eğitim yeterlilikleri açısından akranlarından beklenen düzeyden anlamlı farklılık gösteren birey olarak tanımlanmaktadır. Özel gereksinimlerin özgül öğrenme güçlüğünden serebral palsiye, otizmden konuşma bozukluklarına pek çok farklı alt grupları bulunmaktadır.

Özel gereksinimi olan bir çocuğa sahip olma anne baba ve kardeşler açısından yaşamsal değişiklikleri de beraberinde getirmektedir. Literatürde ailelerin yaşadığı duygusal tepkilerin neler olduğunu anlamaya yönelik birçok model ortaya konmuş olsa da, en fazla kabul gören model aşama modelidir. Aşama modeline göre, tanı ile birlikte aileler şok, inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul aşamalarından geçmektedirler. Bu aşamaların keskin sınırları ve çizgisel bir işleyişi yoktur. Aile için beklenen imge bebeğin kaybı ile başlayan süreç, yaşanan özel gereksinimin düzeyi, ailenin bu gereksinimlere yönelik var olan olanakları, çevresinden ve devlet kuruluşlarından aldığı destek gibi pek çok etken tarafından şekillendirilmektedir.

Serebral palsili çocuğu olan aileler ile yapılan çalışmalarda daha çok annelerin çocuklarının temel bakım vereni olduğu görülmektedir. Annelerin yaşadığı psikiyatrik zorluklar ile ilgili yapılan birçok çalışmada, özel gereksinimi olan çocuğa sahip annelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin sağlıklı kontrol gruplarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Özel gereksinimi olan kardeşe sahip olmanın ruh sağlığı üzerine etkisi ile ilgili çalışmalar görece daha yenidir. Güncel veriler özel gereksinimi olan bir kardeşe sahip olmanın bireyin ruh sağlığı üzerinde depresyon ve anksiyete bozukluklarına eğilimi artırıcı bir etki yaratabileceğini, ancak yaşlılarına göre ruhsal açıdan daha dayanıklı olma gibi olumlu katkılarının da olabileceğini göstermektedir.

Serebral palsi tanılı çocuğu olan annelerin yaşam iyilik algılarını etkileyen faktörler arasında en çok öne çıkanlar algılanan stress ve algılanan sosyal destek düzeyleri olarak belirtilmektedir. Bu durum bize ailelerde ortaya çıkabilecek olası psikiyatrik hastalıkları önleme açısından sosyal destek programlarının ve stresle baş etmeye yönelik aile destek çalışmalarının yararlı olacağını düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler:

4. Uluslararası Korum Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi

Ebelikte Kanıt Temelli Bilgiyi Oluşturmada Neler Yapılabilir?

Prof. Dr. Esin Çeber Turfan

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Özet

Kanıt temelli bilgi günümüzde sağlık alanında olduğu gibi pek çok alanda paradigma değişikliğine ve bilimsel bilgide geleneksel yaklaşımdan sistematik bilimsel bir yaklaşıma geçişe neden olmuştur. Ebelikte de kanıt temelli bilginin oluşturulması ve uygulamaya geçirilmesi yaklaşımlarına kanıt temelli tıp uygulamaları ile geçilmiş ve günümüzde geçmişte yararlı olduğu düşünülen uygulamalar tartışılır hale gelmiştir. Kanıt temelli bilginin oluşturulması ve uygulanmasında beş basamaklı süreç yaklaşımı kullanılmaktadır. Ebelikte kanıt temelli bilginin oluşturulmasında bu süreç yaklaşımının kullanılması, randomize kontrollü çalışmalar gibi kanıt değeri yüksek çalışmaların yapılması ve bu çalışmalardan yola çıkarak yapılan sistematik derleme ve meta analizlerin sonuçlarının yaşama geçmesi ebelikte bilimselliği arttıracaktır.

Giriş

Günümüzde bilimsel bilgi ve teknoloji üretiminin hızlı olması, önceki bilgilerin ve teknolojinin kısa zamanda geçerliliğini kaybetmesi, yenilikleri uygulamaya hemen sokma isteği, mükemmeliyetçi/ idealist akımlar ve geleneksel tıp uygulamalarının yerini (otoriteye dayalı tıp: authority based medicine) kanıta dayalı tıp uygulamalarının alması nedeni ile kanıt temelli bilgiye olan gereksinim artmıştır.

Kanıt temelli bilgi ve uygulamalar aynı zamanda önemli bir Paradigma değişikliğini de gündeme getirmiştir; bu durum Tablo 1’de ifade edildiği gibi geleneksel bilgiden sürekli güncellenen bilimsel bilgiye geçişi ifade etmektedir (Babaoğlu 2009, Uysal 2013, Çopur 2015).

Tablo 1. Kanıta Dayalı Bilgi Neden Gerekli? Gelenekselden Bilimsele Geçiş

PARADİGMA DEĞİŞİKLİĞİ		
Bilginin kaynağı	Uzman görüşleri	Kanıtların sistematik olarak gözden geçirilmesi
Araştırma yapmak	Marjinal bir olay	Gerekliklik
Araştırma analizi	Rastgele	Sistematik
Yeni bilgi elde edip uygulamak	Geleneksel uygulamalar	Kanıt temelli uygulamalar
Bilgi kaynağı	Ders kitapları, formüllerler ve kurumsal tanı ve tedavi kılavuzları	Elektronik veri tabanları

Bilgi kaynaklarına ulaşmak	Yavaş ve zor	Teknoloji ile hızlı ve kolay
Bilgi ve çözüm	Otoritede	Bilgi ulaşılabilen bir kavram, tüm paydaşlar çözümün parçası

Ebelikte Kanıt Temelli Bilginin Kullanılması

Kanıt dayalı tıp kavramı 1990'ların başlarında ortaya çıktıktan sonra diğer sağlık alanlarında olduğu gibi obstetri ve ebelik alanında da “paradigma değişimi” ne neden olmuştur (Sackett 1995, Page 1997 Gerrish 2007, Reigle 2008, Deliktaş ve Kabukçuoğlu 2017, Van Wagner 2013 , Van Wagner 2019)

Obstetride ve ebelikte kanıt temelli bilginin ilk olarak kullanılması ebe Jilly Rosser tarafından İngiltere'de ebeler için kanıt dayalı bir hizmet olan “Ebelik Bilgi ve Araştırma Servisi”nin kurulması ile başlamıştır. Cochrane'in obstetriyi tıp alanlarının en az kanıt dayalı olanlarından biri olarak adlandırdığı 1979 yılından sonra; 1992 yılında McMaster Üniversitesi'nde Kanıt Dayalı Tıp Çalışma Grubunu (EBMWG) kurulmuştur. Bu kurulda İç hastalıkları uzmanları Gordon Guyatt, David Sackett ve Kadın Doğum uzmanı Murray Enkin yer almıştır. McMaster Aile Merkezli Doğum çalışmalarında Murray Enkin doğum sırasında ve doğal doğum sürecinde kadınlara saygı duyulması gerektiğinden söz etmiş; doğumun insancillaştırılması gerektiği, bunun da ebelerin yasal olarak tanınması, kabul edilmesi ve doğumdaki rollerinin güçlendirilmesi ile olacağını belirtmiştir (Rosser 1989, Van Wagner 2013, Van Wagner 2019). Daha sonra “Gebelik ve Doğumda Etkili Bakım Kılavuzu (Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth), “Gebelik ve Doğumda Etkili Bakım Ders Kitabı” (Effective Care in Pregnancy and Childbirth (ECPC) ebelik uygulamaları için kanıt temelli bilgi kaynakları haline gelmiştir. Böylece ebelik için doğum fizyolojisini patolojikleştirmek yerine saygı gösteren 'aile merkezli' veya 'kadın merkezli' bir yaklaşımın desteklenmesi için Kanıt Dayalı Ebelik Kitapları ve dergileri yayınlanmaya başlamış ve günümüzde kanıt temelli çalışmalar ile ebelik bakımını destekleyen kanıtlar ortaya çıkmıştır (Van Wagner 2013, Van Wagner 2019).

Ebelik mesleği geleneksel ve bilimsel olguları içerisinde barındırdığı için kanıt dayalı uygulamalara en çok ihtiyacı olan mesleki disiplinlerden biridir. Ebelerin birincil görevi olan prenatal, doğum ve postnatal dönemde gebe, anne, yenidoğana yönelik vereceği bakım; bebek ve anne açısından oldukça önemlidir. Fizyolojik bir durum olan doğum eyleminde kanıt temelli ve kadının doğasına ters düşmeyen uygulamalara çokça gereksinim duyulmaktadır. Bu hassas dönemlerde verilen bakımlar kanıt temelli olduğunda problem çözücü bir yaklaşım kullanılmakta, ebelik bakımının etkinliği artmakta, sağlık sistemi bakımından maddi yük azaltmakta, gereksiz uygulamalar önlenmekte, bakım alan açısından ise daha güvenli olmaktadır (Babaoğlu 2009, Yaşar 2019). Kanıt temelli bilgi kullanıldığında hizmet verenlerin memnuniyet düzeyleri, profesyonel gelişim istekleri, otonomi hislerinde artma, çalışma streslerinde ise azalmaktadır (Sackett 1995, Albers 2001, Gerrish 2007, Reigle

2008, Deliktaş ve Kabukçuoğlu 2017, Wagner 2019). Bu nedenle, ebelik uygulamalarının geliştirilmesinde kanıt temelli bilgi gereklidir (Bick 2011). Günümüzde kanıt temelli çalışmalar ile ebelik bakımını destekleyen kanıtlar her geçen gün artmaktadır ve kanıt temelli çalışmalar ile ebelik bakımında geleneksel olarak yapılan uygulamalardan uzaklaşmaktadır (Cochrane Library 2020). Epizyotomi örneğinde olduğu gibi daha önce yarar sağladığı varsayılan bir müdahalenin tartışılması ve rutin yapılmasının önerilmemesi gündeme gelmiştir (Carroli ve Mignini 2009).

Kanıt temelli uygulamaları hayata geçirmek için, kanıt temelli uygulamanın üç temel bileşenini (alanda uzmanlık, elde edilen kanıtlar, bireyin (kadının-hastanın) tercihleri ve değerleri) göz önüne alınarak karar verilir.

Ebelikte Kanıt Temelli Bilgiyi Nasıl Oluştururuz?

Öncelikle bilimi ve bilimsel yöntemi yeterince anlamak ve mesleğe yansıtma gereklidir. Ebeliğin kendi bilimsel bilgisini üreten duruma gelmesi önemlidir. Bugün bilimsel yöntem kullanılarak yapılan araştırmalar gelecekte kanıt dayalı karar verme sürecinde etkili olacaktır. Diğer bilimlerle ilgili bilgileri güncel tutmak ve disiplinler arası işbirliği yapmak, geleneksel bakış açısı ve “her zaman yaptığımız gibi” şeklindeki alışkanlıklardan kurtulmak, paradigma değişimini hayata geçirmek kanıt temelli bilgiyi oluşturmada önemlidir. Bunun için ancak bundan sonra sistematik araştırmalardan elde edilen en iyi kanıtların klinik uzmanlıkla birleştirilerek uygulanması söz konusu olacaktır. (Beyea Ve Slattery 2006, Cullum ve Ark., 2013, Van Wagner 2013, Çopur 2015, Yaşar 2019, Van Wagner 2019)

Kanıt temelli uygulamada beş basamaklı süreci bilmek, kanıt temelli bilgiyi oluşturmak için kolaylık sağlar. Kanıt temelli bilgi ve uygulama için beş basamaklı yaklaşım şu şekilde ifade edilebilir:

1. Gereksinim duyulan bilgiyi doğru, uygun ve cevaplanabilir bir soruya dönüştürmek,
2. Soruyu yanıtlayabilecek en yararlı kanıtı araştırmak,
3. Elde edilen kanıtın geçerliliğini (gerçeğe yakınlığını) ve uygulanabilirliğini eleştirel olarak değerlendirmek,
4. Kanıtla ilişkin değerlendirmeyi, deneyim ve bireye özgü değerler çerçevesinde bütünleştirerek karara varmak,
5. Süreci değerlendirmek.

1. Soruyu Oluşturmak (PICO)

Kanıta dayalı bilgi için ilk aşamada doğru soru oluşturmak önemlidir. Soru açık ve net, iyi yapılandırılmış olmalıdır. PICO (Patient - Intervention - Comparison - Outcome) metodu soruları dört parçaya ayrılarak yanıtlanabilecek soru oluşturmak için uygulanan bir yaklaşımdır (Tablo 2) (Çopur 2019)

Tablo 2. Kanıt Temelli Bilgi Oluşturma Aşamalarında Soru Oluşturma Süreci PICO Yaklaşımı

'P' <i>Patient/Problem</i> – Hasta/Sorun	'I' <i>Intervention</i> – Müdahale	'C' <i>Comparison</i> – Karşılaştırma	'O' <i>Outcome</i> – Çıktı
P Population/ patient (hasta)	I Intervention/ indicator (uygulama)	C Comparator/ control (kontrol grubu)	O Outcome (sonuç)

Soruyu oluştururken, soru türüne uygun çalışma türü seçilmelidir (Çopur 2019).

Tablo 3. Soru/Sorun Türüne Göre Uygun Olan Çalışma Türü

Soru türü	Uygun çalışma türü
Etyoloji	Kohort çalışmalar
Tanı	Kontrollü çalışmalar
Tedavi	Çift-kör randomize kontrollü çalışmalar
Prognoz	Kohort çalışmalar, Olgu kontrol, olgu serileri
Korunma	Randomize kontrollü çalışmalar, kohort Çalışmalar

2. En Yararlı Kanıtı Araştırmak

Kanıt temelli bilgiyi oluşturmanın ikinci aşaması uygun veri tabanlarına girilerek literatür taraması yapmak ve uygun anahtar sözcükleri kullanmaktır (Thomson 2003). Bunun için Elektronik bilgi kaynakları, Tam metin makaleler (Dergiler) ve Klinik Uygulama Kılavuzlarından yararlanılabilir (Van Wagner 2019, <https://www.rcm.org.uk/access-evidence-based-midwifery-journal> The journal *Evidence Based Midwifery* from the Royal College of Midwives)

3. Kanıtların Değerlendirilmesi

Bu aşamada elde edilen kanıtın geçerliliği (gerçeğe yakınlığını) ve uygulanabilirliği (sonuç, yan etki, maliyet ve tedavi süreleri açısından) eleştirel olarak değerlendirilir. Değerlendirmede Oxford Kanıtı Dayalı Tıp Merkezinin kanıt derecelendirmesi kullanılmaktadır. Kasım 1998'den beri Bob Phillips, Chris Ball, Dave Sackett, Doug Badenoch, Sharon Straus, Brian Haynes, Martin Dawes tarafından üretilen kanıt düzeyleri, Jeremy Howick Mart 2009 yılında ve Kanıt Derecelendirme Çalışma Grubu tarafından 2011 yılında güncellenmiştir.

Kanıt derecelendirmesi halen aşağıdaki gibi yapılmaktadır.

- A tutarlı 1. düzey çalışmalar

- B tutarlı 2 ya da 3. düzey çalışmalar veya 1. Düzey çalışmalardan hesaplanarak elde edilen sonuçlar
- C 4. düzey çalışmalar veya 2 ya da 3.düzey çalışmalardan hesaplanarak elde edilen sonuçlar
- D 5.düzey çalışmalar veya herhangi bir düzeyde tutarlılığı, güvenilirliği şüpheli çalışmalar

Tablo 4'te Amerikan Koruyucu Hizmetler Komisyonu ve İngiliz Ulusal Sağlık Kurumu tarafından uygulanan kanıt derecelendirmeleri verilmiştir. En iyi kanıt (Altın Standart) olarak nitelendirilen en yüksek düzeydeki kanıt, Randomize Kontrollü çalışmaların sistematik derlemelerinden ve Meta analizlerden elde edilen kanıtlardır.

Tablo 4. Amerikan Koruyucu Hizmetler Komisyonu Ve İngiliz Ulusal Sağlık Kurumu Tarafından Uygulanan Kanıt Derecelendirmeleri

Kanıt düzeyi	Açıklama
Amerikan Koruyucu Hizmetler Komisyonu (U.S. Preventive Services Task Force) Kanıt Derecelendirmesi	
Düzey I	En az iki adet randomize iyi tasarlanmış kontrollü klinik çalışmadan elde edilen kanıtlar (Metaanalizler ve sistematik derleme de bu grup içinde incelenir)
Düzey II-1	Randomize olmayan iyi tasarlanmış klinik çalışmalardan elde edilen kanıtlar
Düzey II-2	İyi tasarlanmış kohort ya da olgu-kontrol çalışmalarından elde edilen kanıtlar (birden fazla araştırma grubunun ya da merkezin katılımıyla yapılmış çalışmalar tercih edilir)
Düzey II-3	Girişim içeren ya da içermeyen olgu serilerinden elde edilen kanıtlar (kontrol içermeyen fakat çarpıcı sonuçların alındığı kanıtlar da bu gruba dahil edilir)
Düzey III	Klinik deneyime dayalı saygın otorite görüşleri, tanımlayıcı çalışmalar ya da uzman kurul raporları
İngiliz Ulusal Sağlık Kurumu (U.K. National Service) Kanıt Derecelendirmesi	
Düzey A	Sonuçların birbiriyle tutarlı olan randomize kontrollü klinik çalışmalar, kohort çalışmaları, farklı topluluklarda geçerliliği gösterilmiş klinik kararlar

Düzyey B	Sonuçları birbiriyle tutarlı olan retrospektif kohort, eksploratuvar kohort, ekolojik çalışmalara, olgu-kontrol çalışmaları ya da Düzyey A'dan ekstrapolasyon (çıkarmım) ile ulaşılan sonuçlar
Düzyey C	Olgu serileri ya da Düzyey B'den ekstrapolasyon (çıkarmım) ile ulaşılan sonuçlar
Düzyey D	Eleştirel gözle incelenmemiş, fizyolojiye veya laboratuvar çalışmalarna dayandırılan uzman görüşü

3. Kanıtların Değerlendirilmesi

Kanıtlar değerlendirilirken öncelikle kanıt derecesi en yüksek kanıtlardan yararlanmak gerekir. Sistematik gözden geçirme, belirli bir konudaki nitel ve nicel dünya literatürünü araştırmak, eleştirel olarak değerlendirmek ve sentezlemek için açık yöntemleri kullanan entegre bir literatür özetidir. Bu nedenle kanıta dayalı uygulamaların temelini oluşturmalıdır. Meta-analiz de çeşitli çalışmalardan elde edilen bulguları toplamak için matematiksel bir yaklaşımdır ve kanıt temelli uygulamalar için çok iyi kaynaklardır (Shekelle ve Morton, 2000, Alberts 2001, Sackett ve diğerleri, 2000, Fullerton 2005)

4. Karara Varmak

Kanıt temelli bilgi kullanılırken deneyim ve bireye özgü değerler önemlidir, bunlar göz önüne alınarak kanıta ilişkin değerlendirme karara varılmalıdır.

5. Süreci Değerlendirmek

Süreç ilk dört basamakta uygun davranışın sergilenip sergilenmediği, müdahalenin istenilen sonucu verip vermediği ve benzer olgular için bir yönetim planının oluşturulup oluşturulmadığı bakımından değerlendirilir.

Ebelikte Kanıt Temelli Bilgi Alanları ICM Yeterlilikleri kapsamında değerlendirilmektedir. (Kennedy ve Ark. 2003, Fullerton 2003, Fullerton 2005). Ebelikte kanıt temelli bilgiyi oluşturmak ve kullanmak için öncelikle kanıta dayalı uygulama kültürünü geliştirmek gereklidir. Bunun için de, kanıta dayalı uygulama modellerinin geliştirilmesi, değişime hazır olmak, karar destek sistemleri ve özerklik, ekip ruhu ile çalışmak, mentörlük sistemlerinin uygulanması, kaynakların temini, sürekli eğitimler, ödüllendirme sistemleri, kanıta dayalı uygulama süreçlerinin ebelik eğitimine, klinik uygulamalara ve akademik çalışmalara entegre edilmesi uygun olacaktır (Deliktaş ve Kabukçuoğlu 2017, Gerrish 2007, Reigle 2008, Çopur 2015).

Sonuç

Özetle ebelikte kanıta dayalı bilgiyi oluşturmak ve ebelik uygulamalarında kullanabilmek için, ebelerin ve ebe akademisyenlerin nitelikli çalışmalar yapması, bu çalışmaların sistematik

derlemeler ve meta analizler ile kanıt değeri yüksek kaynaklara dönüşmesi gereklidir. Kanıt temelli bilgi oluşturma sürecinin kullanılması ile ebelik bilimi yol alacak ve ilerleyebilecektir.

KAYNAKÇA

Albers, L., 2001. ‘‘Evidence’’ and midwifery practice’’. *Journal of Midwifery and Women’s Health* 46, 130–136.

Babaoğlu M.Ö., Yaşar Ü., Dost T., Kayaalp O., Kanıta Dayalı Tıp: Kavramlar, Örnekler ve Görüşler, *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2009;29(5):1298-305

Beyea, S.C., Slattery, M. J. (2006). *Evidence-based practice in nursing: A guide to successful implementation*. HCPro, Inc.

Bick D., Evidence based midwifery practice: Take care to ‘mind the gap’, *Midwifery* 27 (2011) 569–570

Cochrane Library, <https://www.cochranelibrary.com/>

Carroll G, Mignini L, Episiotomy for vaginal birth., *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jan 21;(1):CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Feb 08;2:CD000081.

Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, R.B., Marks, S. (2013). *Evidence-based nursing: an introduction*. Oxford: Blackwell.

Çopur E.Ö., Kuru N., Seyman Ç.C., Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulamalara Genel Bakış, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2015, 1(2):51-55

Deliktaş A., Kabukçuoğlu K., Maternal Bakımda Kanıta Dayalı Uygulama Kültürünün Oluşturulması, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, GÜSBD* 2017; 6(2): 130 - 138

Fullerton JT, Thompson JB. Examining the evidence for The International Confederation of Midwives' essential competencies for midwifery practice., *Midwifery*. 2005 Mar;21(1):2-13.

Fullerton, J., Severino, R., Brogan, K., et al., 2003. The International Confederation of Midwives' study of essential competencies for midwifery practice. *Midwifery* 19, 174–190.

Gerrish K, Ashworth P, Lacey A, Bailey J, Cooke J, Kendall S, McNeilly E. (2007). ‘‘Factors Influencing The Development of Evidence-Based Practice: A Research Tool’’. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3): 328-338.

Kennedy, H.P., Rousseau, A.L., Low, L.K., 2003. An exploratory metasynthesis of midwifery practice in the United States. *Midwifery* 19, 203–214.

Page LA. Evidence-based practice in midwifery: a virtual revolution? J Clin Eff. 1997;2(1):10–3.

Reigle BS, Stevens KR, Belcher JV, Huth MM, McGuire E, Mals D, Volz T. (2008). “Evidence-Based Practice And The Road To Magnet Status”. Journal of Nursing Administration, 38(2): 97-102.

Rosser J. Book review: Effective care in pregnancy and childbirth and A guide to effective care in pregnancy and childbirth. MEDIRS Midwifery Digest. 1989

Sackett DL, Rosenberg WM. The need for evidence-based medicine. J R Soc Med. 1995;88:620–4.

Shekelle, P., Morton, S., 2000. Principles of metaanalysis. Journal of Rheumatology 27, 251–253.

Thomson, A., 2003. Where has evidence come from, what do we have now and what will we have in the future? Midwifery 19, 1–2.

Uysal E.K., Uçak N.Ö., Tıp Akademisyenlerinin Kanıta Dayalı Bilgi Gereksinimleri ve Bilgi Arama Davranışları, Bilgi Dünyası, 2013, 14 (1) 37-61

Van Wagner V. Reconsidering Evidence: Evidence-based Practice and Maternity Care in Canada. PhD Dissertation [Internet]. York University; 2013. Available from: <http://yorkspace.library.yorku.ca/xmlui/handle/10315/31318>

Van Wagner V., Midwives Using Research: Evidence-Based Practice & Evidence-Informed Midwifery, Eds: Beth Murrar-Davis et al, Comprehensive Midwifery, 2019, McMaster Universty.

Yaşar E., Aydın S.R., Gençtürk N., Türkiye’de Ebelerin Yapmış Oldukları Kanıta Dayalı Uygulamalar: Sistematik Derleme Evidence-based Practices Performed by Midwives in Turkey: Systematic Review, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, GÜSBD 2019; 8(2): 43 – 51

Anahtar Kelimeler:

4. Uluslararası Korum Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi

Preterm Doğum Nedenleri ve Patofizyolojik Mekanizmalar

Doç. Dr. Cihan İnan

Trakya Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D. Perinatoloji B.D.

Preterm doğum (PTD), tüm doğumların yaklaşık %5-18'i (ortalama %11)'ni oluşturur. Gebelik haftaları dikkate alındığında PTD'ların %84'ü 32-37 haftalar arasında gerçekleşmektedir. Sınıflandırmada iki kategoriye ayrılır: Medikal endikasyonlu/iyatrojenik PTD (preeklampsi, fetal distress, gelişme gerilikleri, ablasyo plasenta) ve spontan/idiopatik PTD (intakt membran ve preterm prematür membran rüptürü (PPROM)). Spontan PTD tüm preterm doğumların yaklaşık %65-70'ini oluşturur.

PTD etiyolojisinde yer alan faktörler şunlardır: Önceki preterm doğum hikayesi, tekrarlayan ikinci trimester düşükleri, uterin/servikal anomaliler, yardımcı üreme teknikleri, multipl gebelikler, anormal plasantasyon, gebelikteki kanamalar, maternal medikal komplikasyonlar, ürogenital enfeksiyonlar, etnisite, düşük sosyoekonomik düzey, matenal yaş (<17 veya >35 yaş), sigara kullanımı, düşük vücut kitle indeksi (<19). Tüm bu etiyolojik faktörlere rağmen halen spontan PTD'ların yaklaşık %50'sinde neden belli değildir. Patogenezinde özellikle dört yolak belirlenmiştir. Bunlar; maternal-fetal hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) aksının erken aktivasyonu, enfeksiyon/enflamasyon, desidual hemoraji ve patolojik uterin distansiyondur. Plazmada serbest CRH (corticotropin-releasing hormone) konsantrasyonlarındaki önemli artışın, doğum sürecini tetikleyen bir bileşen olduğu ileri sürülmüştür. Plasenta ve fetal membranlardan CRH (corticotropin-releasing hormone) outputu prostaglandin, sitokin ve katekolaminlere yanıt olarak artarken nitrik oksit ve progesteron ile azalır. CRH artışı ile myometriyal kontraksiyonlar başlar. Enfeksiyon, enflamasyon ve değişen genital yol mikrobiyotası da PTD patogenezinde yer alır. Asemptomatik bakteriüri, subklinik/klinik koryoamniyonit, vaginal florada laktobasillerin azalması, bakteriyel vajinozis (gardnerella, bacteroides, mobiluncus, peptostreptococcus), gram pozitif streptokok ile ilişkili vaginit, ureaplasma enfeksiyonu ve periodontal hastalıkların sistemik etkileri enfeksiyon/enflamasyon yolağı içinde yer alır. Desidual kanama (plasental abruption) hasarlı desidual kan damarlarından kaynaklanır ve klinik olarak vajinal kanama veya retroplasental hematoma oluşumu ile karakterizedir. PTD, maternal spiral arter kanaması ve hasarının histolojik kanıtlarıyla güçlü bir şekilde bağlantılıdır. Konjenital uterin anomaliler, polihidramnios, multipl gebelikler gibi patolojik uterin distansiyona yol açan faktörler özellikle prostaglandin sentezi ve myometriyumda gap-junction ekspresyon artışına veya doğrudan amniyokoryonik yapının mekanik ekspansiyonuna yol açarak PTD'a neden olabilir.

Sonuç olarak PTD patogenezinde birçok faktör yer alır. PTD patogenezinde, dört ana yolağın yanında oksidatif stres, fetal allogreft ve alerjik reaksiyonlar gibi çok çeşitli biyokimyasal süreçler tanımlansa da spontan PTD'ların yaklaşık yarısında neden tam olarak belli değildir.

Anahtar Kelimeler:

4. Uluslararası Koru Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi

Diyabetik Anne Bebeklerinin Yenidoğan Dönemi Sorunları

Prof. Dr. Didem Armangil

Koru Ankara Hastanesi

Gestasyonel diyabet ve maternal obezite tüm dünyada önemli bir halk sağlığı problemidir. Yalnızca anne için değil bebek için de önemli komplikasyonlara neden olur. Gebelik boyunca olan yüksek kan şekeri düzeyleri, perinatal ölüm, prematürite, makrozomi, hipoglisemi, konjenital malformasyon, solunumsal, kardiyak ve metabolik sorunlara yol açabilir. İntrauterin hayatta fetusun glukoz kaynağı annedir, fetal enerjinin %80'i bu geçen glukoz ile sağlanır. Plasental insülin geçişi olmaz, fetus özellikle >20. gebelik haftasında fetal insülin cevabını başlatır ve bu cevap terme doğru artar. Kordonun kesilmesi ile maternal glukoz geçişi durur, katekolamin artışı ile normoglisemi sağlanmaya çalışılır. Maternal hipergliseminin %80'i gestasyonel diyabet mellitus (GDM), %20'si pregestasyonel Tip 1 Diyabet mellitus şeklindedir. GDM'nin gebelikte taranması ile ilgili farklı görüşler olmasına rağmen, yapılan çalışmalarda maternal kan şekeri yüksekliği arttıkça, doğum ağırlığı, kord kanı C-peptit düzeyi, neonatal hipoglisemi ve sezaryenle doğumun da arttığı gösterilmiştir. GDM'nin fetal izleminde konjenital anomalilerin taranması, fetal iyilik durumunun izlemi ve fetal ağırlığın izlemi önemlidir. Perikonsepsiyonel ve 1. trimesterde maternal kötü glisemik kontrol ve yüksek HbA1C düzeyi, fetusu erken embriyogenez ve organogenez esnasında hiperglisemiye maruz bırakır ve konjenital anomaliler açısından daha fazla risk oluşturur. Maternal hiperglisemi yenidoğan bebeklerde; kardiyak, gastrointestinal, renal, iskelet ve santral sinir sisteminde anomalilere yol açabilir. Spontan abortus, ölü doğum, preterm doğum, asfiksi, metabolik sorunlar artış gösterebilir. Bu bebeklerde solunum sistemi hastalıkları da daha sık görülebilmektedir. Diyabetik anne bebeklerinin uzun süreli takipleri de yapılmalıdır. Uzun dönem izlemlerde bu bebeklerde ileri yaşta obezite, insülin direncinde artış, tip 2 diyabet mellitus ve metabolik sendrom gelişebileceği de bilinmektedir.

Anahtar Kelimeler:

4. Uluslararası Korum Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi

Diyabetik Gebenin Doğum Şekli Ne Zaman Nasıl Belirlenir?

Doç. Dr. A. Seval Özgü-Erdinç

T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara Şehir Hastanesi, Kadın Doğum Hastanesi

Gebelerde diyabet taramasının birçok klinikte rutine girmesi ve artan obesite epidemisi nedeniyle gebelikte diyabet tanısı gittikçe artmaktadır. Bu tanıyı alan gebelerin ufak bir kısmı (%12) pre-gestasyonel tip 1 veya tip 2 diyabet iken büyük çoğunluğu (%88) gestasyonel diyabetir. Üçüncü trimesterde takipleri 36. haftaya kadar 1-2 haftada bir iken 36 hafta sonrası haftalık takipleri uygundur. Bu dönemde önemli olan: kan şekeri seviyelerinin yakından izlenmesi, fetal ölüm riskini en aza indirmek için fetal iyilik halinin takibi, erken doğum gerektirebilecek obstetrik veya tıbbi komplikasyonların izlenmesi, aşırı veya yetersiz büyüme açısından değerlendirilmesidir. Respiratuar distress sendromu, diyabetik anne bebeklerinde daha sık gözlemlendiği için, 39 haftadan önce elektif doğum önerilmez. Eğer glikoz seviyeleri iyi kontrol edilebiliyorsa ve vasküler hastalık yoksa 39 + 0 ila 39 + 6 haftada doğum uygundur; glikoz kontrolü kötü veya vasküler hastalık varsa 36 + 0 ila 38 + 6 haftada (komplikasyonların şiddeti erken doğum gerektiriyorsa daha erken) doğum uygundur; 40 + 0 haftadan sonra beklemek sadece diyetle glisemik kontrolü olan gestasyonel diyabetik gebelerde uygundur. Maternal diyabet, obstetrik endikasyonların yokluğunda sezaryen doğum için bir gerekçe değildir. Yalnızca makrozomi düşünülen (4500 gr ve üzeri tahmini fetal ağırlığı olan) hastalarda ve brakial pleksus paralizili bebek hikayesi olanlarda omuz distosisi riskini azaltmak için sezaryen önerilebilir. Doğum takibi sırasında hem fetusun hem annenin kan şekerinin devamlı monitorizasyonu önerilir. Serviks uygun değilken indüksiyon planlanırsa, servikal olgunlaşma ajanlarının kullanımı güvenli ve etkilidir.

Anahtar Kelimeler:

4. Uluslararası Korum Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi

Doğum Pratiği Uygulamaları ve Yasal Sorunlar

Doç. Dr. Özlem Uzunlar, Op. Dr. Filiz Akın Su

Zaman içinde gelişen teknolojinin perinatal müdahaleyi artırması, fizyolojik doğumu desteklemek için bireysel, hasta merkezli bakım arayan, doğal doğum eğitimi hareketine yol açmıştır. Düşük riskli gebeler için standart antenatal ve peripartum tıbbi bakım sağlanırken, olumlu doğum algısı yönetiminde etkili, doğumda ağrıyı azaltıcı uygulamalara yönelmek maliyeti azaltırken memnuniyeti artırmaktadır. Böylelikle perinatal dönemde fetomaternal prognoza katkı sağlamaktadır. Gebelik, doğum ve lohusalık kadın yaşamında en özel ve hassas dönemlerdir. Doğum odası uygulamaları, doğum fotoğrafçısı ve organizasyon şirketlerinin dahili, doğum odasının düzenlenmesi gibi giderek yaygınlaşan uygulamaların tıbbi bakım standartını etkilemeyecek şekilde yürütmesi önem taşımaktadır.

Bu eğilimlerin yansıması olarak, Amerika Birleşik Devletleri'nde, 2017'deki yaklaşık 3,9 milyon doğumun 19.000'inden fazlası bağımsız bir doğum merkezinde meydana gelmiştir. Ülkemizde hastane dışı doğumlar yaygın değildir ve uygulamalar hastane şartlarına entegre olmaktadır.

Doğumda ağrıyı azaltan non-farmakolojik yöntemler

Doğum kadın yaşamının en etkileyici olayıdır. Doğum ağrısı şiddetlidir ancak aralıklı ve bebeğin doğumu için gerekli fizyolojik sürecin önemli bir parçasıdır. Doğum ağrısına verilen cevap kültürel farklılıklar gösterir ve eğitimle birlikte ağrıyla başetme kolaylaşır. Doğumun fizyolojik dengesini anlatmak için kullanılan "Doğum Manifestosunda" spontan başlayan doğumlarda, oksitosin, endorfin ve katekolamin salınımı bir algoritma içinde gerçekleşmektedir. Oksitosin ile doğum indüksiyonu, narkotik analjezi ve anestezi ilaçlarının kullanımı, gebenin hareket ve pozisyon özgürlüğünün sağlanamaması, travayda IV sıvı infüzyonu takılması, sürekli elektronik fetal monitorizasyon, travayda sıvı ve besin alımının kısıtlanması gibi uygulamaların rutin olarak kullanılması doğum manifestosunu olumsuz etkilemektedir. Uterin kontraksiyonlar, sırt ağrısı ve perineal basınç doğum ağrısının nedenlerindedir. Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan non-farmakolojik yöntemler ağrıyı ortadan kaldırmadan, ağrıya başa çıkma ve doğum süreci üzerinde kişisel kontrol duygusunu korumaya yardımcı olur. Kapı kontrol ve endorfin teorisi temellerine dayandırılan bu tür uygulamaları destekleyen veriler yeterli olmasa da, kolay uygulanabilirlik, düşük risk içermesi ve ciddi maliyet gerektirmemesi nedeniyle benimsenmektedir. Bilgilendirme ve sürekli destek sağlanması, hareket ve pozisyon özgürlüğü, dokunma, masaj, sıcak veya soğuk uygulaması, nefes alma teknikleri, duş alma ve odyoanjezi düşük maliyetli ve düşük riskli müdahalelerdir. Orta risk içeren müdahaleler içinde akupunktur, hipnoz, hidroterapi, transkutanöz steril su enjeksiyonları, TENS, biofeedback sistemler ve yoga sayılabilir. Kanıtlar aromaterapi, hipnoz ve biofeedback için yeterince destekleyici değildir. Hidroterapi için hipertermi ve aromaterapi için toksisite riski akılda tutulmalıdır. Yüksek maliyet, donanım ve deneyim gerektiren müdahaleler enjeksiyon, intravenöz, inhalasyon veya epidural yolla uygulanan farmakolojik tedavileri içermektedir. Kanıtlar, epidural, kombine inhalasyon analjezinin, önemli yan etkileri olduğu ve yakın takip gerektirmesine rağmen, doğum ağrısını etkili bir şekilde azalttığını göstermektedir(1). Bu yöntemlerin uygulanabilirliği noktasında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne "Geleneksel Tamamlayıcı Alternatif Tıp Uygulamaları" mevzuatının uygulamaya geçmesi beklenmektedir.

Doğumun ikinci evresi gebe ve sağlık uygulayıcıları tarafından zirve olarak kabul edilir. Son zamanlarda doğumun üçüncü evresinde aktif yönetimi ve perinatal kaybı azaltmak için, yenidoğan canlandırma deneyimleri yaygınlaştırılmıştır. Ancak, doğumun ikinci evresinde kalifiye bakım ve komplikasyonlardan korunma kısmen ihmal edilmiştir. Sağlık politikaları uygun partogram kullanma, hipertansiyon ve sepsis tanıları nedeniyle doğumun ikinci evresinin yönetimi ve dikkat çekmektedir. İkinci evrenin ciddi komplikasyonlarını; fetal asidemi ve hipoksi, başın inişinde ve rotasyonunda sorun, genital kanal laserasyonları, enfeksiyon, kanama, maternal hipertansiyonun eklampsiye dönüşümü, önceden kalp hastalığı ve şiddetli anemisi olanlarda aktif ıkınmada ek dolaşım ihtiyacına bağlı olarak kalp yetmezliği gelişimi, vesikovaginal fistül olarak sayabiliriz

Müdahaleli vaginal doğum ihtiyacını azaltmak için kanıta dayalı yaklaşımları şu şekilde sıralayabiliriz:

- a) Doğuma katılan tarafından, doğum süresince kadına birebir sürekli destek sağlanması (14 çalışma, n=12 757; RR 0,89,%95 CI,0,83-0,96)(2).
- b) Doğum sırasında sırt üstü veya litotomi pozisyonundan ziyade dik veya lateral pozisyonların tercih edilmesi (18 çalışma, n=5506, RR 0,84,% 95 CI,0,73-0,98)(3).
- c) İkinci evrede;ıkınmayı 1-2 saat veya kuvvetli ıkınma hissi gelinceye dek geciktirilmesi yani aktif ıkınmanın desteklenmesi(4).

Enstrümental vajinal doğum; uzamış ikinci evrede vakum ekstraktör veya forceps kullanımı, ikinci evreyi kısaltmaya veya sezaryen olasılığını azaltmaya yardım edebilir(5,6). Müdahaleli doğum, eğitilmiş, deneyimli ve kalifiye ekip tarafından yapılmalıdır(5,7). Eğitimlerde güvenli enstrümental doğum için deneyim gerekliliği vurgulanmalı ve eğitim, simülasyonlarla desteklenmelidir. Ülkelerin temel acil obstetrik enstrümanların tedarik edilmesi ve sağlık ekibinin kullanabilmesi için eğitimlerini devamlılık süreci ile sağlanması amacı ile politikalar oluşturmalıdır. Ayrıca kurumlar, deneyimlerin devamı için, çalışanların uygun olmayan rotasyonunu engellemelidir. Müdahaleli doğumlardan özellikle forceps doğum için pudendal blok endikasyonu vardır.

Cerrahi ve anestezi riski yüksek, sezaryen imkanları kısıtlı olan yerlerde, sezaryene göre riski daha düşük olduğundan vaginal makad doğum yapılmalıdır. Tüm sağlık ekibi, model üzerinde doğumda makad prezentasyonunu teşhis etmek ve model üzerinde doğum manevralarını düzenli olarak yapmalıdır (8).

Doğumun ikinci evresinde ağrıyı azaltma; Doğum rekatçisi ile destek sağlanması gibi psikososyal girişimler, analjezik gereksinimi azaltabilmektedir. Ağrı kontrolü için sağlık kuruluşu protokollerine uygun, nonfarmakolojik ağrı ile başetme yöntemleri konusunda seçenekler konuşulmalı, gebenin tercihlerine göre seçim yapılmalıdır(9). Hidroterapi seçeneğinin sunulduğu kuruluşlarda, güvenlikten ödün vermeden (örn.etkili enfeksiyon önlemi) isteklere saygı duyulmalı, gebe, bebek ve ekip güvenliği için yeterli ekipman ve koşullar sağlanmalıdır(10).

Epizyotomi; Rutin epizyotominin, sınırlı epizyotomiye göre perineal travma, ağrı, pelvik organ sarkması insidansını azalttığına dair bir kanıt yoktur ve ek maliyet gerektirmektedir (13). Enstrümental vaginal doğum için mediolateral epizyotomi önerilir(11). Epizyotomi gerekli durumlarda, epidural veya lokal anestezi eşliğinde yapılmalıdır. Epizyotomi ve laserasyon onarımı, daima uygun perineal anestezi altında yapılmalıdır.

Sağlık sisteminin yöneticileri, mali kaynakları ve planlayıcıları, gerekli insan kaynakları ve ekipmanlarını temin etmek, planları geliştirmek ve hizmete sunmak zorundadır. Doğumda klinik deneyim sağlamak için gerekli kaynaklar, sağlık sistemi planlamasında göz önüne alınmalıdır. Az doğum sayısı olan ve yeterli deneyimin sağlanamadığı kuruluşlarda acil obstetrik bir problem geliştiğinde, başka bir sağlık kuruluşuna nakil yapmak, ek gecikmeden dolayı kötü sonuçlara sebep olabilir. Bu nedenle Temel Acil Obstetrik bakım, transfer yapılmadan sağlık merkezinde yapılacak şekilde organize edilmesi önem taşımaktadır.

Ebelik Uygulamaları

Doğuma yardım ve ebelik gereksinimi bundan 75.000 yıl önce insanda ise occiput anterior doğum pozisyonunda, bebeğin yüzü arkada iken doğuma yardım ihtiyacı ile doğmuştur. Doğumda hekimlik hizmeti ise, bundan 3000-5000 yıl önce yerleşik yaşama geçilip, doğuma müdahale ihtiyacı duyulması ile gündeme gelmiştir.

Sezaryen doğum oranlarının azaltılarak, toplumun vajinal doğuma teşvik edilmesi hem kadın sağlığı hem de ülke ekonomisine getirdiği maliyet açısından çok önemlidir. Sezaryen oranlarının düşük olduğu ülkelerde ebelik sisteminin gelişmiş olduğunu, kadın, çocuk ve aile sağlığını korumak ve yükseltmeye yönelik çalışmalarda ebelerin etkin rol aldığını görülmektedir. Ebe takibinin karşılaştırıldığı, düşük riskli 17,674 gebenin doğum izleminin değerlendirildiği, 15 çalışmanın metaanalizde, ebe takipli doğumlarda epidural anestezi ihtiyacı, amniotomi müdahalesi, epizyotomi müdahalesi, enstrümental vajinal doğum ihtiyacı, preterm doğum ve fetal kayıp oranının daha düşük olduğu; spontan vajinal doğum oranının daha yüksek olduğu; intakt perine ve sezaryen oranlarında değişiklik olmadığı rapor edilmiştir. Çalışmalarda doğuma müdahale eden ebelerin, uluslararası standartlarla onaylanmış akredite seviyesinde bir yüksek okuldan mezun, yeterli klinik deneyim kazandıktan sonra, ulusal düzeyde standardize edilmiş genel bir sınavdan geçerek kayıtlı lisans almış olmaları gerektiği ve sadece hastane koşullarında ve sadece düşük risk grubu gebelere müdahale etmeleri tanımlanmıştır(12).

Bu bağlamda, uluslararası standartta lisans, yüksek lisans ve doktora düzeylerinde ebelik eğitiminin yanında doğumda anneyi rahatlatıcı her türlü ilaç dışı tekniklerin eğitiminin eklenmesi ile profesyonel ebelik kavramı geliştirilmiştir. Ulusal/uluslararası kuruluşlar ve eğitim kurumlarının, ebelik eğitiminde standartların geliştirilmesi için gösterdiği çabanın önemi büyüktür. Ayrıca ebelerin görev ve yetkilerinin yasal çerçevesinin net çizilmesi profesyonel meslek icrasının yaygınlaşmasında etkin olacaktır.

Doğum Yardımcıları

Doğumun seyri ile ilgili gebe ve eşinin bilgilendirilmesi ve başından beri doğru kurulan iletişim büyük önem taşır. Doğumun ikinci evresinde gebe ve eşinin bireysel ihtiyaçları, özellikli bakım ihtiyacı gerekmeyen olgularda kanıta dayalı olarak ve kültürel doğum tercihleri göz önünde bulundurularak karşılanmalıdır. Ebeyle beraber kalifiye bir yardımcı, bu evrede güvenliği sağlamada önemlidir. Deneyimli personele yardım eden bir kişi, personel steril eldiven giymişken, aralıklı fetal kalp atımını dinlenmesi, komplikasyon gelişmesi durumunda, acil obstetrik deneyime sahip ekibin yardıma çağrılması esnasında maternal takip güvenliğini sağlar.

Doğum refakatçisi, deneyimli tek personelin olduğu sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğumlarda 'ikinci doğum personeli' olarak gündeme gelmiştir. Doğum refakatçileri görevleri için kolay ulaşılan belgelere sahip olmalıdır(13).

Doğum Odası Uygulamaları:

Anne dostu hastane kriterlerinde, anne sağlığı hizmetlerinin niteliğini ve niceliğini artırarak anne adaylarının güvenli, kaliteli doğum hizmetine ulaşmalarını sağlamak için mahremiyete dayalı tek kişilik “Doğum Üniteleri”nin oluşturulması esas alınmıştır. Felsefesinde doğum eyleminin normalleştirilmesi, gebe kadının güçlendirilmesi, otonomisinin sağlanması, sunulan hizmetin sağlık sunucusunun gereksinimlerine göre değil sadece anne aday ve bebeğin ihtiyaçlarına göre şekillendirilmesi yer alır. Yanında uygun bir refakatçi ile gebeler kendilerini rahat, ev ortamında hissedebilmeli, hareket özgürlüğü sağlanabilmekte ve normal doğum özendirilmektedir.

Gebelere mahremiyet alanı sağlayan, doğum refakatçisine izin veren koşulların sağlandığı; doğum masasına dönüşebilen, travay-doğum ve lohusalık döneminin aynı odada gerçekleşmesi uygulamasının tıbbi girişimi azalttığına dair kuvvetli kanıtlar mevcuttur(14).

Sertifikalı Doğum Fotoğrafçıları Tıbbi Eğitimi

Doğumhane ve ameliyathaneler gibi tıbbi işlemlerin gerçekleştiği mekanlarda çalışanların sorumlulukları bulunmaktadır. Sosyal bir konuları olmakla birlikte, doğum ve bebek fotoğrafçıları, en üst düzeyde sterilizasyon önlemlerinin alındığı bu mekanlara girerken anne ve yenidoğan sağlığı açısından hayati önem taşıyan kuralları bilmek zorundadır. Hasta mahremiyeti, gizlilik sözleşmesi, etik değerler, hukuki sorumlulukların bilinmesi aynı zamanda sağlık personelinin işini aksatmadan çekim yapılması konusunda deneyim gerekmektedir. Ebeveynlerden ve özellikle anneden alınmış aydınlatılmış onam/izin ve kurumdan alınacak kurumsal idari izin önemlidir. Bunun yanı sıra hastanenin doğum ekibinin/sağlık ekibinin onayını almak da gerekmektedir (10).

Kaynaklar

- 1.Aaron B Caughey, MD, Nonpharmacologic approaches to management of labor pain. UpToDate. Feb 05, 2019 (Erişim tarihi 13.02.2020). .
2. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(2):CD003766
- 3.Gupta J, Hofmeyr G. Position for women during second stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD002006.
- 4.Roberts J, Hanson L. Best practices in second stage labor care: maternal bearing down and positioning. J Midwifery Womens Health. 2007;52(3):238–245.
5. Bailey PE. The disappearing art of instrumental delivery: time to reverse the trend. Int J Gynecol Obstet. 2005;91(1):89–96.
6. Darmstadt GL, Yakoob MY, Haws RA, Menezes EV, Soomro T, Bhutta ZA. Reducing stillbirths: interventions during labour. BMC Pregnancy Childbirth. 2009;9(Suppl. 1):S6.
7. Fauveau V. Is vacuum extraction still known, taught and practiced? A worldwide KAP survey. Int J Gynecol Obstet.2006;94(2):185–189.
8. WHO , UNFPA , UNICEF , World Bank . Managing complications in pregnancy and childbirth. A guide for midwives and doctors. Geneva: WHO; 2000.

9. Abenhaim HA, Fraser WD. Impact of pain level on second-stage delivery outcomes among women with epidural analgesia: results from the PEOPLE study. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(5):500.e1–500.

10. Prof. Dr. Nüket Örnek Büken. Doğum ve Bebek Fotoğrafçılığının Etik Yönleri.

11. de Leeuw JW, de Wit C, Kuijken JP, Bruinse HW. Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. *BJOG.* 2008;115(1):104–108,

12. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;4:CD004667. Published 2016 Apr 28. doi:10.1002/14651858.CD004667.pub5.

13. FIGO Guidelines. Management of the second stage of labor. FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee1. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 119 (2012) 111–116.

14. Anne Dostu Hastane Kriterleri.docx. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı. Güncelleme Tarihi: 16 Temmuz 2018(Erişim tarihi 13.02.2020).

Anahtar Kelimeler:

4. Uluslararası Koru Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi

Preterm Doğumun Önlenmesinde Progesteron

Nihal Şahin Uysal

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Ankara

Preterm tanısının doğru konulabilmesi için gebelik haftasının doğru belirlenmesi gerekmektedir.

Preterm doğum; doğumun 20 0/7 ile 36 6/7 gebelik haftaları arasında olmasıdır. Preterm doğumlar 20 0/7 ile 23 6/7 haftalar arasında ise çok erken, 24 0/7 ile 33 6/7 haftalar arasında ise erken ve 34 0/7 ile 36 6/7 haftalar arasında ise geç preterm doğumlar olarak sınıflandırılır.

Literatürde, preterm doğum insidansı farklı ülkelerden %5-18 olarak bildirilmiştir¹. 32 hafta altı preterm doğum insidansı ise A.B.D de %2 olarak bildirilmiştir².

Preterm doğum önemli bir konudur çünkü, birinci sıradaki perinatal mortalite ve morbidite nedenidir ve 5 yaş altı çocuk ölümlerinin de 2. en sık nedenidir^{2,3}. Preterm doğum ilişkili komplikasyonlar doğumun olduğu hafta ile ters orantılıdır. Dünyada her yıl 1 milyon bebek preterm doğum ilişkili nedenlerle kaybedilmektedir².

Preterm doğum tanı ve yönetiminde riskli grubun belirlenmesi önemlidir. Annenin obstetrik özgeçmişi, yaşam stili ve gebelik öncesi ağırlığı tüm hastalarda sorgulanmalıdır.

Preterm doğumun önlenmesinde; aile planlaması(adölesan ve ileri yaş gebeliklerinin azaltılması, gebelikler arası sürenin uygun planlanması(önceki doğum ile sonraki kontrasepsiyon arası 18-23 ay optimal), çoğul gebeliklerin önlenmesi-ART), yaşam stili ilişkili risk faktörlerinin önlenmesi(yasa dışı ilaç kullanımı(kokain)- fiziksel şiddet-yoksulluk, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, düşük eğitim düzeyi gibi) uygun beslenmenin sağlanması ve gebelik öncesi ağırlığın 50 kg altında olmaması primer önleme stratejileridir.

Preterm doğum için ikincil önleme stratejileri, risk faktörlerinin belirlenmesi, engellenmesi ve tedavi edilmesidir.

❖ Sigara içenlerde sigaranın bırakılması

❖ Daha önce ≥ 1 preterm doğum öyküsü olup, hali hazırda tekil gebeliği olanlara:

- 17 alfa OH progesteron kaproat 250 mg intramusküler 16-20. gebelik haftasından 36. gebelik haftasına kadar haftalık uygulanması
- Servikal uzunluk < 25 mm ise 16-23 6/7 haftalar arasında serklaj konulması
- ≥ 3 spontan preterm doğum veya ikinci trimester kaybı varsa öykü endike serklaj konulması
- 24. gebelik haftasından önce servikal açılma ≥ 1 cm ise fizik muayene endike serklaj konulması
- İdrarda > 100.000 koloni bakteriüri varsa uygun antibiyotik tedavi edilmesi
- Asemptomatik grup B streptokok bakteriürisi varsa (koloni sayısından bağımsız) uygun antibiyotik ile tedavi edilmesi

Progesteronun preterm doğum önlenmesindeki etki mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte antiinflamatuvar etkisi ile ilişkili olabileceği hipotetize edilmiştir. Progesteron teratojen olarak bilinmemektedir ve 18 yaşa kadar olan takiplerde zararlı bir etkisi gösterilmemiştir.

Özet;

- ◆ Daha önce preterm doğum öyküsü olmayan tüm tekil gebeliklere 18-24. gebelik haftaları arasında bir kez TVUSG ile servikal uzunluk ölçümü yapılması maliyet etkin bulunmuştur.
- ◆ Daha önce preterm doğum hikayesi olmayan tekil gebeliklerde, servikal uzunluk bilinmiyor veya normal ölçülmüşse preterm doğumun önlenmesinde progesteron kullanımı için yeterli kanıt bulunmamaktadır.
- ◆ Daha önce preterm doğum hikayesi olmayan tekil gebeliklerde TVUSG ile servikal uzunluk < 25 mm (16-24. gebelik haftaları arasında) ise vajinal 200 mg progesteron/ vajinal 90 mg progesteron jel kullanımı preterm doğum oranlarını azaltmaktadır. (17 OH progesteron kaproat önerilmemektedir.)
- ◆ Daha önce spontan preterm doğum hikayesi olan tekil gebeliklerde 16-20. gebelik haftaları arasında 17 OH progesteron kaproat (250 mg intramusküler haftalık) başlanması ve 36. gebelik haftasına kadar kullanılması preterm doğum oranlarını azaltmaktadır. Bu hastalarda vajinal progesteron ile yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar olup, 17 OH progesteron kaproat kullanımı lehine daha güçlü kanıt bulunmaktadır.
- ◆ Daha önce spontan preterm doğum hikayesi olan ve TVUSG de kısa serviks tespit edilen hastalarda; 16. gebelik haftasında 17 OH progesteron kaproat başlanmış ve takipte serviks kısa ölçülmüş ise tedaviye 36. gebelik haftasına kadar devam edilmesi önerilmektedir. Tedaviye vajinal progesteron eklenmesi veya tedavinin vajinal progesteron ile değiştirilmesi için yeterli kanıt bulunmamaktadır. Bu hastalara serklaj önerilmektedir.
- ◆ Ek risk faktörü olmayan ikiz gebeliklerde preterm doğumu azaltmak için 17 OH progesteron kaproat kullanımı önerilmemektedir.
- ◆ Çoğul gebeliklerde (ikiz), 24. haftadan önce TVUSG ile serviks <25mm ise 17 OH progesteron kaproat preterm doğum oranlarını azaltmamaktadır.
- ◆ Daha önce preterm doğum hikayesi olan ikiz gebeliklerde 17 OH progesteron kaproat preterm doğum oranlarını azaltmamaktadır.
- ◆ Üçüz gebelik olanlarda 17 OH progesteron kaproat kullanımı preterm doğum insidansını etkilememektedir.
- ◆ Ek risk faktörü olmayan ikiz gebeliklerde preterm doğumu azaltmak için vajinal progesteron kullanımı önerilmemektedir.

- ◆ İkiz gebeliklerde kısa serviks tespit edilmesi durumunda vajinal progesteron kullanımını için yeterli çalışma bulunmamaktadır.

Referanslar

1. WHO Preterm birth. Born Too Soon:WHO Factsheet. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>. Published 2015. Accessed February 8, 2015.
2. Berghella Vincenzo. *Preterm Birth: Prevention and Management*. (Vincenzo B, ed.); 2010.
3. Lackritz EM, Wilson CB, Guttmacher AE, Howse JL, Engmann CM, Rubens CE, Mason EM, Muglia LJ, Gravett MG, Goldenberg RL, Murray JC, Spong CY SJPBRPSG. A solution pathway for preterm birth: accelerating a priority research agenda. *Lancet*. 2013;382(9905):1610. doi:10.1016/S2214-109X(13)70120-7

Anahtar Kelimeler:

SÖZEL BİLDİRİLER

Bildiri No: 1 Bildiri Türü: Sözlü Bildiri

Gebelikte Uyku Kalitesini Arttırmaya Yönelik Uygulanan Eğitim Programının Maternal Uyku Kalitesine Etkisi

Habibe Bay¹, Neriman Soğukpınar²

*Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı Konya/Türkiye
Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı, İzmir/Türkiye*

Amaç: Üçüncü trimesterde gebelere verilen uyku eğitimin, maternal uyku kalitesine etkisini incelemektir.

Yöntem: Randomize kontrollü olan bu çalışma, Konya Dr.Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Gebe Okulunda yürütülmüş olup, araştırma tarihinde birime başvuran primipar gebeler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü için G*Power programı kullanılmış, %80 güç, %5 hata ve 0.3 etki büyüklüğü (orta düzey etki) ile her grupta en az 90 gebe olarak hesaplanmıştır. Toplamda 319 gebeye ulaşılmıştır. Bu gebelerden 67 gebe, çalışmaya dahil edilme kriterlerine sahip olmadığından dolayı araştırmaya alınmamış ve randomizasyona 252 gebe dahil edilmiştir. Randomizasyon bilgisayar programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Veri toplama süresince müdahale grubundan 31, kontrol grubundan 32 gebe farklı nedenlerle çalışmadan çıkarılmış ve toplamda 181 (müdahale=90,kontrol=91) gebe ile çalışma sonlandırılmıştır. Tüm gebelerle birinci görüşmede Kişisel Bilgi Formu, Kurs Bilgi Formu, Pittshburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) ve Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖYE) uygulanmıştır. Müdahale Grubundaki gebelere iki seanslık uyku eğitimi verilmiş, Kontrol Grubuna ise rutin uygulama yapılmıştır. Müdahale ve Kontrol Grubu ile dört hafta sonra telefon görüşmesi yapılarak tüm veri toplama formları ikinci kez uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan gebelerin sosyodemografik özellikleri, sağlık durumu/alışkanlıkları ve uyku özellikleri incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı ve grupların benzer özellikte olduğu görülmektedir. Gebeler arasında uyku sorununa neden olan en önemli faktörün ise sık idrar çıkmak olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubundaki gebelerin ön-son test sonuçlarına göre Bilgi Formu, Kaliteli Uyku Varlığı, PUKI ve GÖYÖ toplam puanları açısından anlamlı bir fark yok iken, Müdahale Grubundaki gebelerde anlamlı fark saptanmıştır.

Sonuç: Gebelikte verilen uyku eğitimi, maternal uyku kalitesinin artmasında etkili olmuştur.

The Effect of the Training Program on Increasing Sleep Quality in Pregnancy to Maternal Sleep Quality

Aim: The aim of this study is to investigate the effects of sleep education in the third trimester on maternal sleep quality.

Method: This is a randomized controlled study. Primiparous pregnant women who applied to Konya Dr. Ali Kemal Belviranlı Maternity and Children Hospital Pregnancy School constitute the universe of the study. The sample size G * Power program with 80% power, 5% error and effect size 0.3 (moderate effect) is received at least 90 women in each group was calculated. A total of 319 pregnant women were reached. 67 pregnant women were not

included in the study because they did not have inclusion criteria and 252 pregnant women were included in the randomization. 31 pregnant women from the intervention group and 32 pregnant women from the control group were excluded from the study and the study was terminated with a total of 181 pregnant women (intervention = 90, control = 91). All pregnant women in the first meeting were randomized and then both groups Personal Information Form, Course Information Form, Pittsburg Sleep Quality Index (PUKI) and the General Self-Efficacy Scale were applied. Pregnant women in the intervention group were given two sessions of sleep training and the control group received only routine treatment. Four weeks later, telephone interviews were made with the Response and Control Group and the questionnaires were administered for the second time.

Results: When sociodemographic characteristics, health status / habits and sleep characteristics of pregnant women were examined, it was found that there was no significant difference between the groups. The most important factor causing the sleep problem among pregnant women have been identified as frequent urination. According to the pre-post test results of the control group, there was no significant difference in terms of Data Form, Quality Sleep Presence, PUKI and GASQ total scores, but there was a significant difference in the Pregnancy Intervention Group.

Conclusion: Sleep education during pregnancy was effective in improving maternal sleep quality.

Key words: Pregnant, sleep, sleep quality

Anahtar Kelimeler: Gebe, uyku, uyku kalitesi

Bildiri No: 2 Bildiri Türü: Sözlü Bildiri

Postpartum Depresyon Tanılı Anneler ile Sağlıklı Annelerin Bağlanma Tarzlarının Değerlendirilmesi

Yeter Çuvadar¹, Gül Ünsal^{1,2}, Sadık Gündüz²

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum

Giriş: Prenatal ve postnatal süreçte görülen ruhsal bozukluklar; ruhsal bozuklukların tanınması ve istatistiksel el kitabında (DSM-V) ayrı bir klinik tanı olarak tanımlanmamış olup, annelik veya bebek hüznü, postpartum depresyon ve doğum sonrası psikozu olmak üzere üç grupta toplanmaktadır. Postpartum Depresyon (PPD), DSM-V’de “Depresyon Bozuklukları” içinde işlenmiş ve majör depresyonun bir alt tipi olarak “Postpartum Başlangıç Belirleyicisi” başlığı altında postpartum 4 hafta içinde epizodun başlaması şeklinde tanımlanmıştır. Genellikle doğumu takiben 12 hafta içerisinde görülmektedir (Sadock ve Sadock, 2016; Sword ve ark, 2011). Postpartum depresyon bir kadının hayatında çok önemli bir dönemde ortaya çıkar ve tedavi edilmezse veya tanı konulmazsa uzun süre devam edebilir (Glavin ve Leahy-Warren, 2013). PPD zarar verici fakat tedavi edilebilir bir ruhsal bozukluktur, doğumun en sık görülen komplikasyonunu temsil etmektedir (Solomon ve ark., 2016). PPD, hem kadınlar hem de aileleri için başka önemli sorunlara yol açabilir; anne-bebek ilişkisini ve öz bakım becerilerini olumsuz yönde etkileyebilir (Letourneau ve ark., 2014; Werner ve ark, 2015). Postpartum depresyon bebeğe verilen bakım kalitesini düşürmekte, aile ilişkilerini bozmakta, anne ile bebek arasında kurulan ilişkinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Erdem ve ark, 2012). Bu zayıf bağlanmanın bebeğin sonraki yaşam dönemlerine genellenerek bütünleştirileceği düşünülmektedir. Tüm postpartum dönem konsültasyonlarında ruh sağlığı semptomları ile ilgili hassas bir araştırma yapılmalı ve labil duygulanım veya ilgi kaybı gibi temel depresyon semptomları mevcut olduğunda anneye daha geniş kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır (Solomon ve ark., 2016).

Amaç: Postpartum depresyon tanılı anneler ile sağlıklı annelerin maternal bağlanma tarzlarının karşılaştırılması amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve karşılaştırmalı tanımlayıcı türde tasarlanan araştırmanın evren sayısı bilinmemektedir, örneklemini ise 100 postpartum depresyon tanılı kadın ile 100 sağlıklı kadın oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak Tanımlayıcı Bilgi Formu, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği ve Maternal Bağlanma Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, anlamlılık düzeyinin 0,05 olarak belirlendiği tüm istatistiksel analizler, IBM SPSS 23.0 paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Grup karşılaştırmalarına ilişkin analizler Non-Parametrik Testler yardımı ile yapılmıştır. Araştırmanın verileri Man Whitney - U, Kruskal Wallis ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Gruplar normal dağılım göstermediğinden nonparametrik testlerden Mann Whitney Testi karşılaştırmasında 2 grup arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Postpartum depresyon tanılı annelerin sağlıklı annelere göre maternal bağlanmaları düşük bulunmuştur. Sezeryan doğum gerçekleştirenlerin %24,7’sinin sağlıklı anne, %75,3ü postpartum depresyon tanılı annedir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Sağlıklı annelerin %44’ü bebeklerini her ağladığında emzirirken, postpartum depresyon tanılı annelerin %56’sı bebeklerini hiç emzirmemektedir (p <0.001). Çalışmada planlı gebelik yaşayan annelerin %23,4’ünde doğum sonu depresyon görülürken planlı gebelik yaşamayanların %97,2’sinde depresyona rastlanmıştır. Sezeryan doğum yapanlarda

doğum sonu depresyon görülme durumu normal doğum yapanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Sağlıklı grupta olan anneler bebeklerini hemen kucağına alırken (%78) depresyon tanısı alan anneler 24 saatten uzun sürede bebeklerini kucağına almaktadır (%46,6). (p <0.001).

Sonuç: Yapılan çalışmalar zayıf bağlanma stilini postpartum depresyon ile ilişkilendirmektedir. Çalışmalar postpartum depresyon tanılı anneler ile sağlıklı annelerin bağlanma stillerinin birbirlerinden farklı olduğu fikrini destekler niteliktedir. Çalışmamız da yapılan çalışmalarla paralel sonuçlar göstermektedir. Hemşirelerin postpartum depresyon sonucu zayıf maternal bağlanması olan annelerin bağlanma seviyesinin artırılmasını sağlayan uygulamalar hakkında annelere eğitim vermeleri, tedavi edici müdahalenin yapılması için anneyi yönlendirmesi ve maternal bağlanmasını artıracak uygulamaları desteklemeleri gerekmektedir.

Kaynakça:

- ✓ Erdem Ö, Bucaktepe G. Postpartum Depresyon Görülme Sıklığı ve Tarama Yöntemleri. Dicle Tıp Dergisi. 2012; 39 (3) : 458-461.
- ✓ Glavin K, Leahy-Warren P. Postnatal Depression Is a Public Health Nursing Issue: Perspectives from Norway and Ireland. Nursing Research and Practice. 2013. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/813409>
- ✓ Letourneau N, Secco L, Colpitts J, Aldous S, Stewart M, Dennis CL. Quasi-experimental Evaluation Of A Telephone-based Peer Support Intervention For Maternal Depression. Journal Of Advanced Nursing. 2014; 71: 1587-1599.
- ✓ Sadock BJ., Sadock VA. Kaplan&Sadock Psikiyatri. Çeviri Editörü: Bozkurt A. Onbirinci Basım, Güneş Tıp Kitapevi, İstanbul; 2016.
- ✓ Solomon CG, Stewart DE, Vigod S. Postpartum Depression. The New England Journal of Medicine. 2016; 375(22).
- ✓ Sword W et al. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. BJOG 2011;118:966–77.
- ✓ Werner E, Miller M, Osborne, LM, Kuzava S, Monk C. Preventing Postpartum Depression: Review And Recommendations. Archives Of Women's Mental Health. 2015; 18: 41-60.

Anahtar Kelimeler: Postpartum Depresyon, Bağlanma, Hemşirelik

Bildiri No: 3 Bildiri Türü: Sözlü Bildiri

Gebelikte Nadir Görülen Bir Pelvik Kitle Nedeni: Seks Kord Stromal Tümör
Kübra Hamzaoğlu¹, Abdullah Tüten¹, Güven Akalın¹, Zafer Başbüyük¹,
Nevin Yılmaz², Elifnur Biçer¹, Elif Akşahin¹, Aytac Mahmudova¹

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa , Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul

Amaç:

Seks kord stromal tümörler, primer over tümörlerinin %7'sini oluşturur (1). Granüloza, teka, sertoli, leyding hücreleri yada stromal kökenli fibroblastlardan gelişebilirler. Genelde tek hücre tipi görülsede nadiren mikst tip gözükmetedir (2). Vakamızda 37 haftalık gebedeki sınıflandırılmayan tip-seks kord stromal tümörü sunmayı amaçladık.

Yöntem:

37.gebelik haftasında başvuran hastanın obstetrik, demografik özellikleri kaydedildi. Ultrasonografiyle batında görülen kitle, ileri görüntüleme yöntemleri ve tetkiklerle tanımlanmaya çalışıldı. Sezaryen sırasında yapılan ooforektomi ile histopatolojik tanı konuldu.

Bulgular:

29 yaşında, g1p0, 37. gestasyonel haftada asemptomatik gebe, batında kist nedeniyle başvurdu. Ultrasonografik muayenede; uterusu haftasıyla uyumlu canlı fetüs izlendi. Sağ overden kaynaklandığı düşünülen karaciğer altına uzanan 15*12cm artmış vaskülarizasyon izlenen solid kistik heterojen alanlar içeren kitle izlendi. Tüm batın MR görüntülümde; batın sağ kadranda karaciğer alt pol komşuluğunda 73*126mm kistik komponentleri olan muhtemel ovaryen kaynaklı kitle izlenmiştir. Tümör markerlarından yüksek bulunanlar: CA125: 624, CA15-3:26, AFP: 105 idi. 38.gestasyonel haftada sezaryen yapılarak canlı fetüs doğurtuldu. Operasyon sırasında sağ over kaynaklı yaklaşık 15 cm çapında solid görünümde kitle izlendi. Uterus ve sol over ,bilateral tubalar doğaldı. Bilateral palpable pelvik lenf nodu izlenmedi. Doğal sağ over dokusu ayırt edilemediğinden sağ salpingooforektomi yapılarak kist intakt olarak çıkarıldı. Frozen seks kord hücreli tümör olarak değerlendirildi. Nihai patoloji sonucu ; seks kord stromal hücreli tümör – sınıflandırılmayan tip olup , FIGO evrelemesine göre Evre Ia olarak değerlendirildi. Fertilite isteği olan hastaya ileri cerrahi önerilmemiştir.

Sonuç:

Çoğu hastada ilk semptom pelvik kitle olup ,%30'unda virilizasyon bulguları da bulunur(3). Asemptomatik sınıflandırılmayan tip seks kord tümör gebelikte nadir görülür. Ancak bu vakadaki gibi çoğu kez erken evrede olup, fertilite koruyucu cerrahi yeterlidir.

Kaynaklar:

1) 1. Haroon S, Zia A, Idrees R, et al. Clinicopathological spectrum of ovarian sex cord-stromal tumors; 20 years' retrospective study in a developing country. J Ovarian Res 2013;6:87-93.

2) 3. Schumer ST, Cannistra SA. Granulosa cell tumor of the ova- ry. J Clin Oncol 2003;21:1180-1189.

3) Genç, Mine, et al. "Overin dev mikst tip seks kord stromal tümörü." *Dicle Tıp Dergisi* 42.1 (2015): 96-101.

Anahtar Kelimeler: seks kord hücreli tümör, gebelikte adneksiyal kitle, over kisti

Bildiri No: 5 Bildiri Türü: Sözlü Bildiri

HPV Şüphesi ile Başvuran Hastalarda Vajinal Sürüntüde HPV DNA ve Genotip Sonuçlarımız

Eser Ağar¹, İlayda Korkmaz², Sema Güldüren², Abdulhamit Assaf²,

İstanbul Gelişim Üniversitesi SHMYO, Ameliyathane Hizmetleri Bölümü

Özel Mavi Tıp Laboratuvarlar Grubu, Moleküler Mikrobiyoloji Bölümü

Amaç:

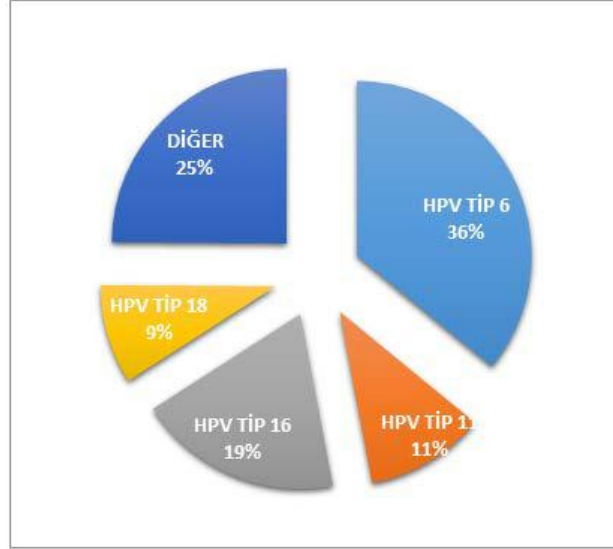
Bu çalışmadaki amacımız; HPV şüphesi ile laboratuvarımızda alınan ve kurumlardan gönderilen hasta örneklerinin, HPV DNA PCR ve genotipleme çalışma sonuçlarına göre hastanın pozitiflik veya negatiflik durumunu tayin etmek, pozitif hastaların genotip dağılımını belirleyerek, Türkiye'deki epidemiyolojik verilere katkı sağlamaktır.

Yöntem:

Ocak 2018 ve Aralık 2019 tarihleri arasındaki 388 hastadan alınan vajinal sürüntü örnekleri PCR yöntemi ile incelendi. Örnekler Magnesia Viral Nucleic Acid Extraction kiti ile DNA'sı izole edilip, Montania 4896 Real- Time PCR cihazı ile HPV DNA PCR yöntemi gerçekleştirilmiştir. Ampliquality HPV- Type Express v3.0 kiti ile genotiplendirme yapıp 100 HPV tipine bakılarak; düşük, muhtemel yüksek ve yüksek risk grubuna dahil en önemli 40 tip (Tip 6, Tip 11, Tip 18, Tip 26, Tip 31, Tip 33, Tip 35, Tip 39, Tip 40, Tip 42, Tip 43, Tip 44, Tip 45, Tip 51, Tip 52, Tip 53, Tip 54, Tip 55, Tip 56, Tip 58, Tip 59, Tip 61, Tip 62, Tip 64, Tip 66, Tip 68a, Tip 68b, Tip 69, Tip 70, Tip 71, Tip 72, Tip 73, Tip 81, Tip 82, Tip 83, Tip 84, Tip 87, Tip 89, Tip 90) tiplendirilir. Bu tipler dışında kalan tipler Universal HPV tip adı altında kategorize edilmiştir. Düşük risk grubunda olan HPV Tipleri Tip 6, Tip 11, Tip 40, Tip 42, Tip 43, Tip 44, Tip 54, Tip 55, Tip 61, Tip 62, Tip 64, Tip 71, Tip 72, Tip 81, Tip 83, Tip 84, Tip 87, Tip 89, Tip 90' dir. Muhtemel yüksek risk grubundaki HPV Tipleri Tip 26, Tip 53, Tip 66, Tip 67, Tip 68 Tip, 69, Tip 70, Tip 73, Tip 82'dir. Yüksek risk grubundaki HPV Tipleri Tip 16, Tip 18, Tip 31, Tip 33, Tip 35, Tip 39, Tip 45, Tip 51, Tip 52, Tip 56, Tip 58, Tip 59'dur.

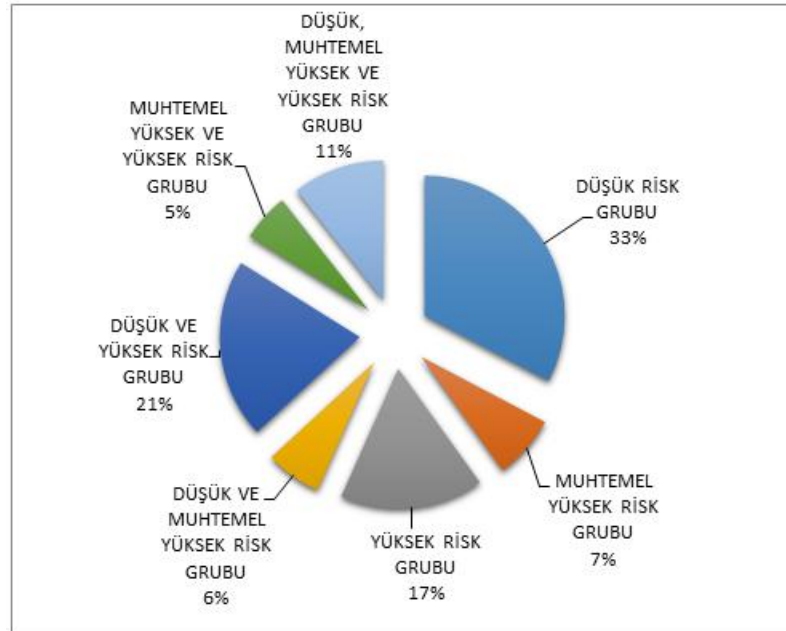
Bulgular:

Vajinal sürüntü alınan 388 hastanın 217'sinde (%55,9) HPV DNA testi pozitif olarak sonuçlandı. Pozitif sonuçlanan hastalara yapılan genotipleme sonucunda %35,9'unda HPV Tip 6 (n=78), %18,9'unda HPV TİP 16 (n= 41), %11,1'inde HPV Tip 11 (n=24), %9,2'sinde HPV Tip 18 (n=20), %24,9'unda diğer HPV tipleri izlenmiştir (n=54) (Grafik 1).



Grafik 1. Vajinal sürüntü örneklerinde HPV sıklığı ve tiplere göre sayısal dağılımı

Tespit edilen HPV tiplerini risk grubuna göre sınıfladığımızda %32,7'si düşük risk grubunda (n=71), %7,4'ü muhtemel yüksek risk grubunda (n=16), %16,6'sı yüksek risk grubunda (n=36) izlenmiştir. Çoğul HPV varlığında % 6,5'inde düşük risk grubu ve muhtemel yüksek risk grubu (n=14), %21'inde düşük risk grubu ve yüksek risk grubu (n=45), %5,5'inde muhtemel yüksek risk grubu ve yüksek risk grubu (n=12), %10,6'sında hem düşük risk hem muhtemel yüksek risk hem de yüksek risk grubundan HPV tipleri izlenmiştir (n=23) (Grafik 2).



Grafik 2. Vajinal sürüntü örneklerinde HPV sıklığı ve risk gruplarına göre sayısal dağılımı

Tartışma:

Serviks kanseri tüm dünyadaki jinekolojik kanserler arasında üst sırada yer almaya devam etmektedir. Kadınlarda görülen kanserler arasında 4. Sırada yer almaktadır (1). HPV'nin dünyada en sık cinsel yolla bulaşan virüs olduğu bilinmektedir. Kadınlarda servikal kanserlerin %90'ından HPV virüsünün sorumlu olduğu bilinmektedir (2). Servikal

kanserlerin %75'inden fazlasında HPV Tip 16 ve HPV Tip 18 mevcuttur (3). Son yıllarda da ülkemizde HPV insidansında artış olduğu görülmüştür (4). Buna bağlı olarak HPV DNA PCR ve genotipleme testine talep artmıştır (5). Yine de diğer ülkeler ile kıyasladığımızda HPV testi istemi oranının çok düşük olduğu gözlenir.

Dünyada her iki dakika da bir rahim ağzı kanseri yüzünden ölen kadınlar göz önüne alındığında her bireyin bilinçlendirilmesi gerektiği gerçeği unutulmamalıdır. Yaptığımız laboratuvar çalışmalarının sonucunda % 55,9 pozitiflik değerinin küçümsenmeyecek bir oran olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, HPV tanısında yöntemlerin daha da geliştirilip yaygınlaştırılması, toplumda risk düzeyi; muhtemel yüksek ve yüksek risk gruplarının ortaya çıkarılarak takip ve tedaviye alınmasının, ayrıca tedavi yöntemleri üzerinde daha fazla çalışmalar yapılmasının gerekli olduğu düşüncesine varılmıştır.

Referanslar:

1. Brisson M, Drolet M. Global elimination of cervical cancer as a public health problem. *Lancet Oncol.* 2019 Mar;20(3):319-321.
2. Fowler JR, Jack BW. Cancer, Cervical. [Updated 2019 Sep 9]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-.
3. Wang X, Huang X, Zhang Y. Involvement of Human Papillomaviruses in Cervical Cancer. *Front Microbiol.* 2018;9:2896.
4. Arvas, M. ve Şal, V. (2017). Genital HPV (Siğil) . İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Yayınları s13-23
5. Matah M, Sareen S. Detection of HPV by PCR-A Novel Step in the Prevention of Cancer Cervix. *J Obstet Gynaecol India.* 2012;62(2):188–191.

Anahtar Kelimeler: hpv, hpv dna, hpv enfeksiyonu, vajinal sürüntü

Bildiri No: 6 Bildiri Türü: Sözlü Bildiri

Sağlık Çalışanlarının Obstetri ve Jinekoloji Alanında Birey Mahremiyetini Koruma Durumları

Hediye Karakoç¹, Nebahat Özerdoğan²

KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Ebelik Bölümü, Konya

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Araştırma, sağlık çalışanlarının obstetri ve jinekoloji alanında mahremiyeti koruma durumlarını değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmek ve geliştirilen ölçekle, mahremiyeti koruma durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma metodolojik ve tanımlayıcı özellikte planlanmıştır. Araştırmanın metodolojik özellikteki ilk aşaması bir üniversite, beş devlet ve 13 özel hastanede 500 sağlık çalışanı; tanımlayıcı özellikteki ikinci aşaması bir üniversite, dokuz devlet, dört özel hastanede 632 sağlık çalışanı ile Kasım 2017-Haziran 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Ölçek geçerlik analizlerinde kapsam geçerliği, yapı geçerliği, eş zamanlı ölçüt geçerliği; güvenilirlik analizlerinde ise madde analizleri, iç tutarlık, zamana göre değişmezlik değerlendirilmiştir. Araştırmanın ikinci aşamasının verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, t-testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Kruskal Wallis, Mann Whitney-U kullanılmıştır.

Bulgular: Madde puanları ile ölçek toplam puanı korelasyon güvenilirlik katsayıları arasında pozitif yönde ve önemli düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Açıklayıcı faktör analizinde Kaiser-Meyer Olkin katsayısı farkındalık düzeyi bölümünde 0,91, uygulama sıklığı bölümünde 0,90 ve Barlett testi sonucu önemli düzeyde anlamlıdır. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı farkındalık düzeyi bölümünde 0,95; uygulama sıklığı bölümünde 0,96 olarak bulunmuştur. Ölçeğin zamana göre değişmezlik güvenilirliğinin yüksek olduğu, eş zamanlı uygulama geçerliliğinin desteklendiği belirlenmiştir. Araştırmanın tanımlayıcı aşamasında ise farkındalık düzeyi bölümü toplam puan ortalamasının $85,14\pm 10,42$; uygulama sıklığı bölümü toplam puan ortalamasının $80,88\pm 13,23$ olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırmada, iki bölümlü, beşli likert özellikte, iki alt boyutlu, 30 maddeden oluşan geçerli ve güvenilir Obstetri ve Jinekolojide Mahremiyeti Koruma Ölçeği geliştirilmiştir. Sağlık çalışanlarının farkındalık düzeylerinin ve mahremiyeti korumaya yönelik uygulama sıklıklarının iyi seviyede olduğu ancak farkındalık düzeyi ile karşılaştırıldığında uygulama sıklıklarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Mahremiyet, sağlık çalışanı, doğum, jinekolojik muayene, obstetri, jinekoloji.

Bildiri No: 7 Bildiri Türü: Sözlü Bildiri

Normal Vajinal Doğum Yapanlarla Sezaryen ile Doğum Yapanlarda Postpartum Depresyon ve Sosyal Destek İlişkisinin Değerlendirilmesi

Sevil Şahin¹, Döndü Sevimli Güler², Kevser Özdemir³, Alaettin Ünsal⁴

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sakarya Üniversitesi

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Amaç: Bu çalışma, Normal Vajinal Yolla ve Sezaryen ile Doğum yapanlar arasında postpartum depresyon sıklığının saptanması, ilişkili olduğu düşünülen bazı değişkenlerin incelenmesi ve sosyal destek düzeyi ile postpartum depresyon ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve yöntem: Çalışma, Ocak-Haziran 2019 tarihleri arasında Sakarya'da bir Eğitim Araştırma Hastanesi'nin Kadın Doğum Polikliniği'ne başvuran postpartum dönemdeki kadınlar üzerinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışma grubu 355'i Normal Vajinal Yolla, 355'i de Sezaryen ile Doğum yapan toplam 710 kadından oluşmuştur. Postpartum depresyon düzeyinin değerlendirilmesinde Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Sosyal destek düzeyi ise Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın amacına uygun olarak hazırlanan anket formlar, yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacılar tarafından doldurulmuştur. İstatistiksel analizler için Ki-kare testi, Student t testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p \leq 0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturanların yaşları 19-43 arasında değişmekte olup, ortalama 28.96 ± 5.40 yıl idi. Bu çalışmada postpartum depresyon sıklığı %24.4 olarak saptanmıştır. Normal Vajinal Yolla Doğum yapanlarda postpartum depresyon sıklığı %21.7, Sezaryen ile Doğum yapanlarda ise %27.0'dır. Sezaryen ile Doğum yapanlardan öğrenim düzeyi ortaokul ve altında olanlarda, aile gelir durumu kötü olanlarda, gebelikte herhangi bir sağlık sorunu yaşama öyküsü olanlarda, gebelikte aşerme öyküsü olmayanlarda, bebeğin doğum ağırlığı 2500 gramın altında olanlarda, bebeğinde herhangi bir sağlık sorunu olanlarda postpartum depresyon sıklığı daha yüksek iken, Normal Vajinal Yolla Doğum yapanlardan aile gelir durumu kötü olanlarda, gebelik sayısı 3 ve üzeri olanlarda, görücü usulü ile evlenenlerde, gebelikte fiziksel bir travma öyküsü olanlarda, gebelikten önce antidepresan ilaç kullananlarda postpartum depresyon sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sezaryen ile Doğum yapanların algıladıkları sosyal destek düzeyi daha yüksekti. Hem Normal Vajinal Yolla Doğum yapanlarda hem de Sezaryen ile Doğum yapanlarda postpartum depresyon saptananların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.

Sonuç ve öneriler: Postpartum depresyon, önemli kadın ruh sağlığı sorunlarında biridir. Çalışmamızda Normal Vajinal Yolla ve Sezaryen ile Doğum yapanlar arasında postpartum depresyon sıklığı açısından bir fark bulunamadı. Sezaryen ile Doğum yapanların algıladıkları sosyal destek düzeyi daha yüksekti. Postpartum dönemde depresyon ile ilgili olarak taramalar yapılması, kadınlara psikolojik danışmanlık hizmetlerinin verilmesi yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Postpartum dönem kadın, postpartum depresyon, sosyal destek

Bildiri No: 8 Bildiri Türü: Sözlü Bildiri

Dandy-Walker Malformasyonu: Olgu Sunumu

Ece Öcal¹, Süleyman Cemil Oğlak¹, Mehmet Obut²

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Giriş

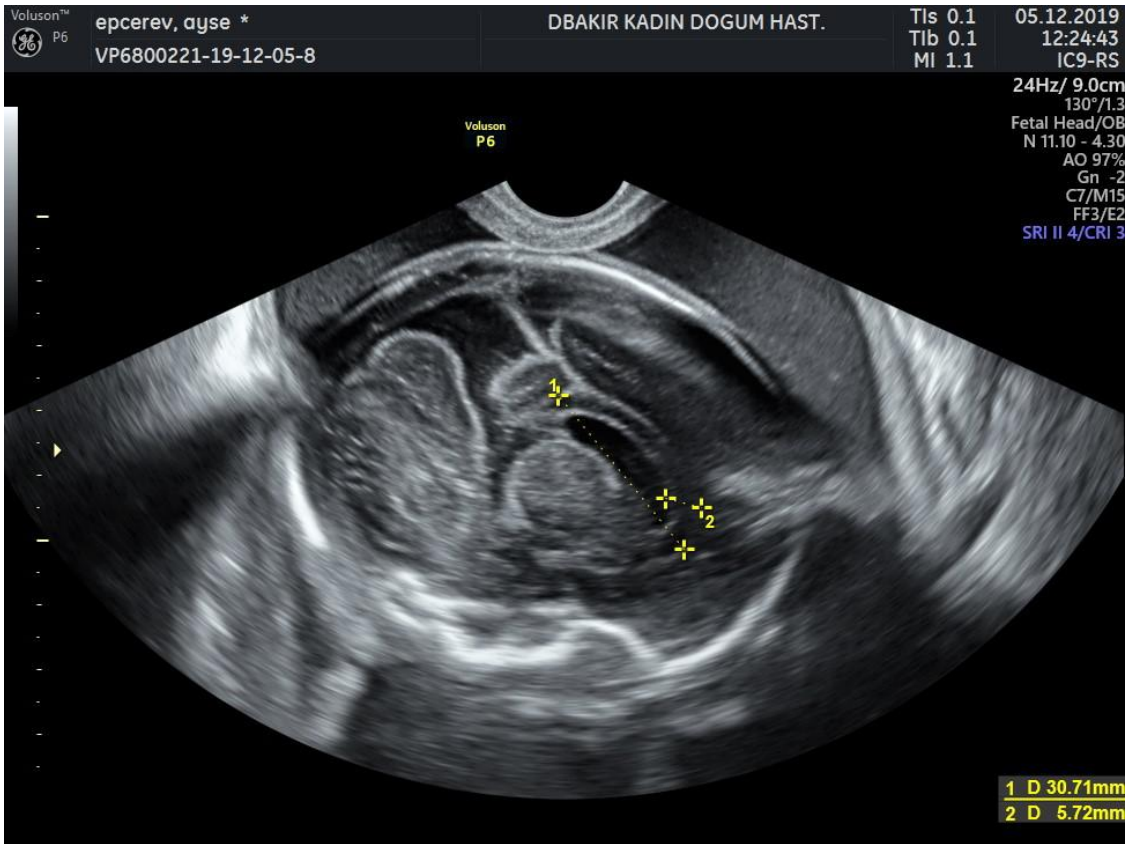
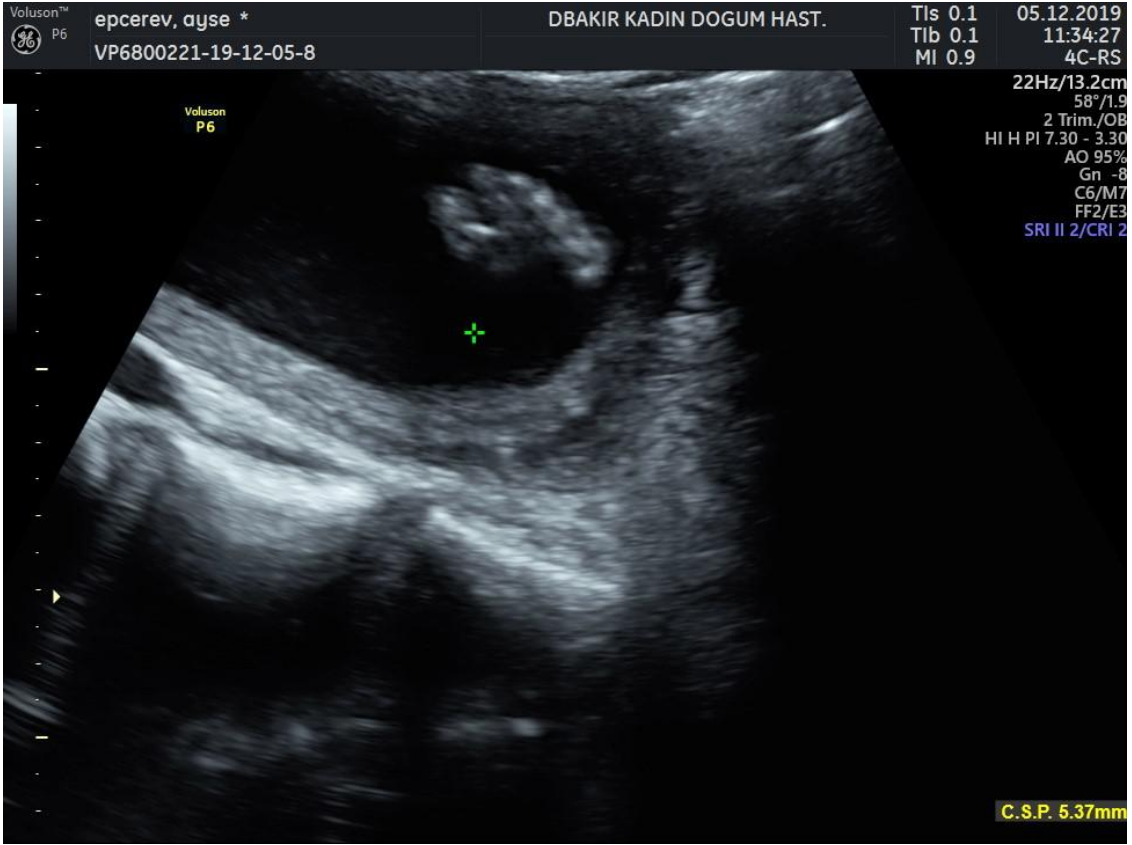
Dandy-walker malformasyonu, serebellar vermisin agenezisi veya hipoplazisi, 4. ventrikülün kistik dilatasyonu ve posterior fossada genişleme ile karakterize, nadir görülen konjenital bir malformasyondur. Bu anomaliye beraberinde başka anomaliler de eşlik edebilir. Olguların çoğu sporadiktir, ancak 9. kromozom anomalisi ile birlikte olan olgular da bildirilmiştir.

Olgu Sunumu

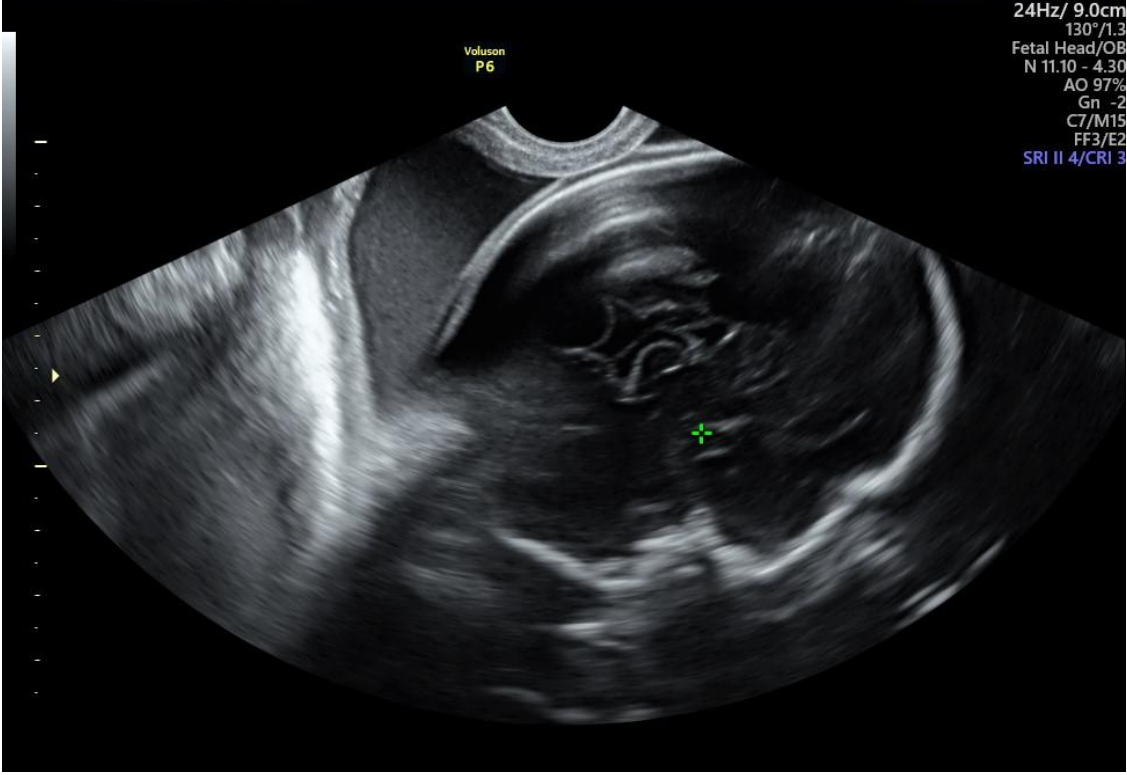
18 yaşında, gravida 1 parite 0 olan hasta dış merkezden ventrikülomegali ön tanısıyla Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi perinatoloji polikliniğine sevk edildi. Yapılan ultrasonografik muayenesinde, 25 haftalık fetüste serebellumun hipoplazik ve 4. ventrikül ile komünike halde olduğu, ventriküllerin bilateral dilate olduğu, tentoriumun eleve olduğu, tectum-vermian açının arttığı (84°), sol el ve sol ayakta postaksiyel polidaktilinin eşlik ettiği gözlemlendi. Operkülizasyon, gebelik haftasından geride izlendi. Dandy-Walker malformasyonu ön tanısı ile kordosentez yapıldı. Karyotip sonucu normal olarak geldi. Aileye fetosit ve terminasyon seçeneği sunuldu. Ailenin kabul etmesi üzerine fetosit sonrası hasta vajinal yolla doğurtuldu. Microarray sonucu beklenmektedir.

Sonuç

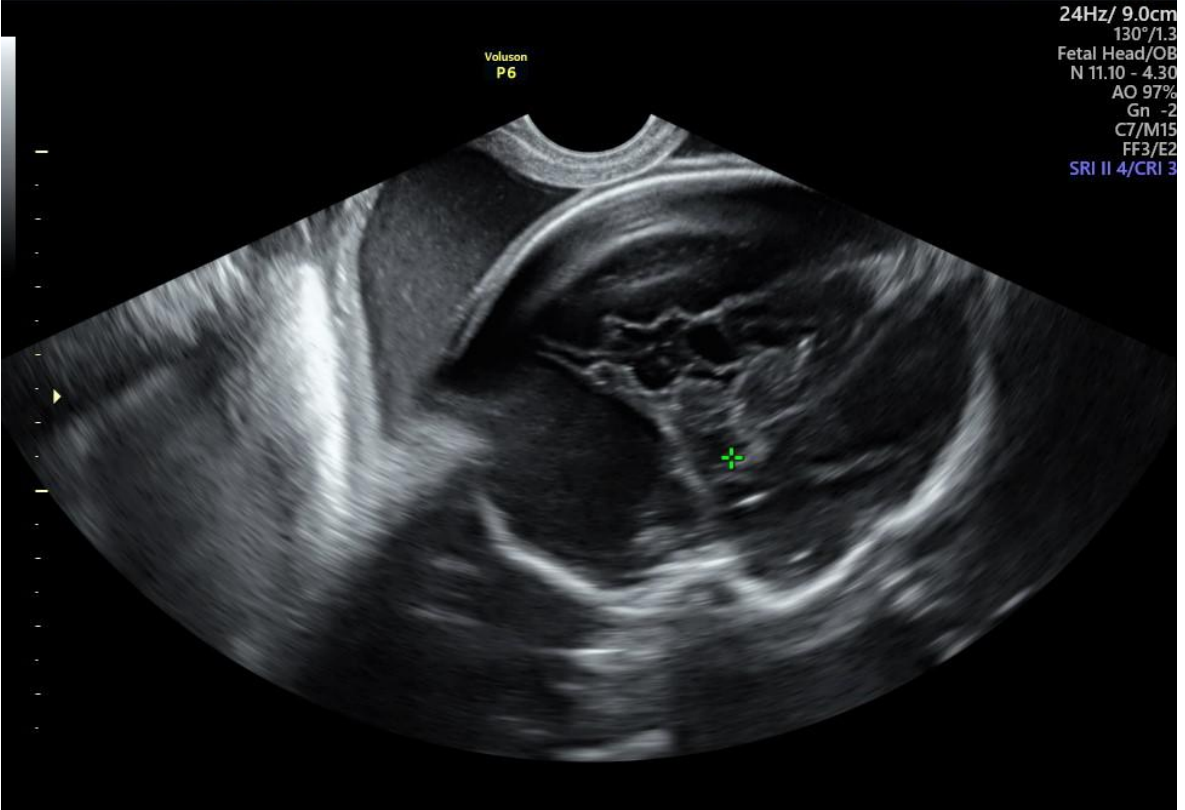
Dandy-Walker malformasyonu nadir görülen konjenital bir anomali olup beraberinde pek çok anomali eşlik edebilir ve bu anomaliler farklı sendromlara işaret edebilir.

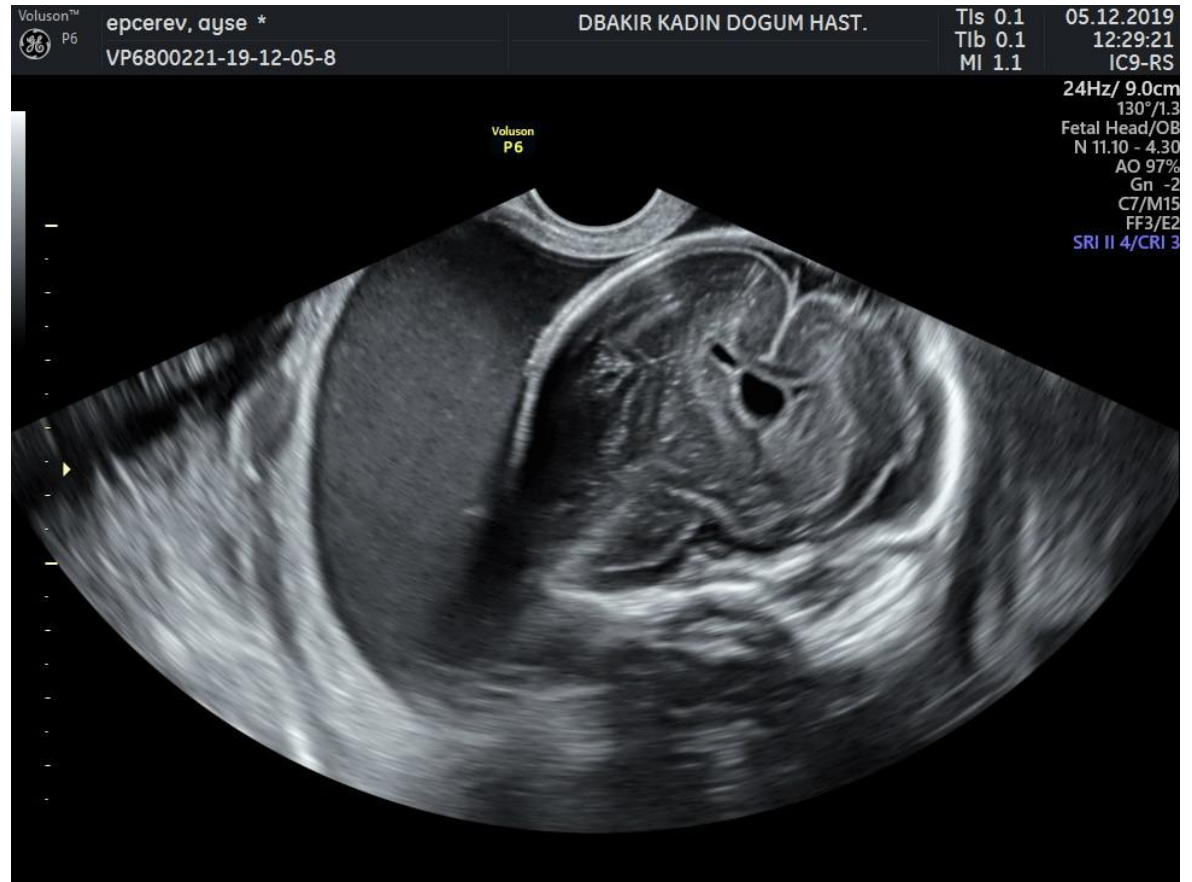
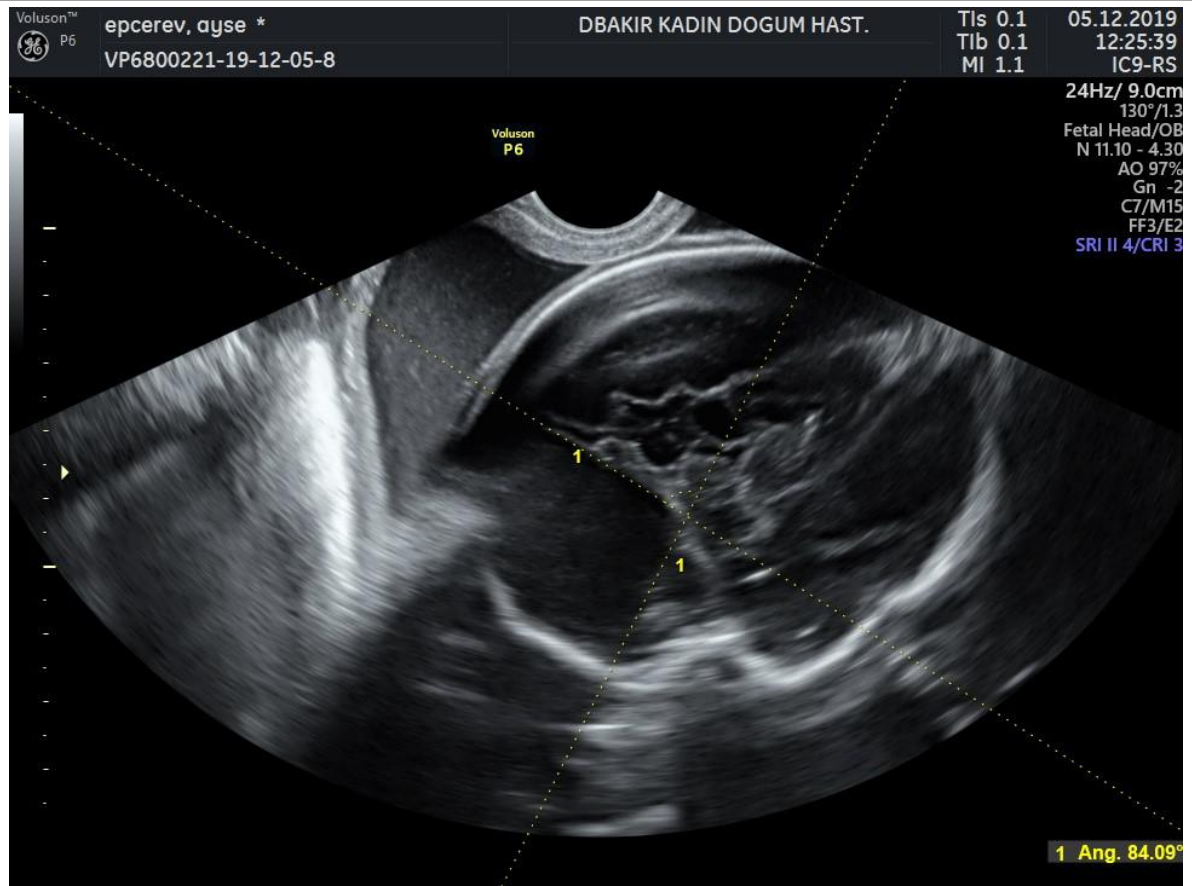


Voluson™ P6 epcerev, ayse * DBAKIR KADIN DOGUM HAST. TIs 0.1 05.12.2019
VP6800221-19-12-05-8 Tlb 0.1 12:25:39
MI 1.1 IC9-RS



Voluson™ P6 epcerev, ayse * DBAKIR KADIN DOGUM HAST. TIs 0.1 05.12.2019
VP6800221-19-12-05-8 Tlb 0.1 12:25:39
MI 1.1 IC9-RS





Anahtar Kelimeler: Dandy-Walker, polidaktili, karyotip

Bildiri No: 9 Bildiri Türü: Sözlü Bildiri

Gebelikte İleri Derecede Kifoskolyoz: Vaka sunumu

Nefise Nazlı Yenigül

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş

Gebelik, torakoabdominal yapıdaki değişiklikler nedeniyle genellikle solunum sistemi üzerinde bir yük oluşturur. Gebelikteki insidansı %0.029 (1) olan kifoskolyozun solunumsal mekanik dezavantajı ile başarılı gebelikleri engellediği varsayılmaktadır. İlaveten gebelikte büyüyen uterusun kosta ve vertebra açılanmalarında oluşturduğu zorlamalar nedeniyle şiddetli ağrılar olabilir, kifoskolyozu olan hastalarda bu durum daha da şiddetlidir. Bu olguda 30 yaşında ileri derece kifoskolyozu olan primipar hastanın başarılı miad gebeliğini sunduk.

Olgu

10 yıl önce kifoskolyoz tanısı konulan ve opere olmayı kabul etmeyen 30 yaşındaki nullipar gebe rutin obstetrik muayenesi için 28. haftada tarafımıza başvurdu. Hastada nefes darlığı ve kaburgalarda daha çok olmak üzere belinde ağrı yakınması mevcuttu. Yapılan muayenede boyu 150 cm ve ileri derecede kifoskolyoznun olduğu, batın içerisinde yeterli alan olmaması nedeniyle uterus fundusunun oblik olarak sağa yerleştiği, ayakta dururken karında ileri derecede sarkma olduğu saptandı. Solunum fonksiyon testleri ve kan gazı ölçümleri yapılan hasta, oksijen inhalasyon tedavisi ve yatak istirahati ile rahatladı ve takibe alındı. Takiplerine göğüs hastalıkları ve ortopedi uzmanı da dahil edildi.

Son dönemde solunum zorluğu, solunum fonksiyon testinde şiddetli obstrüksiyon (FEV1 %46), bel ve kaburgalarında şiddetli ağrı ve hareket kısıtlılığı gelişen hasta, 37. gebelik haftasında sezaryene alındı. Deformitesi nedeniyle spinal anestezi yapılamayan hastanın entübasyonu da zor oldu. Pfannensteil kesi ile batına, alt segment transvers kesi ile uterusu girilerek, oblik prezentasyonda, 2920 gram ağırlığında, dokuz Apgarlı sağlıklı bir bebek doğurtuldu ve anne yanına verildi. Postoperatif erken ve geç komplikasyonu olmayan hasta şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

Kifoskolyozlu gebelerde pelviste görülen değişiklikler kifoz ya da skolyozun dominansına bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. Her iki deformitenin eşit ağırlıklı olması durumunda, kifotik değişiklikler baskındır. Şiddetli kifotik vakalarda andropoid pelvis yapısında bazı değişiklikler oluşur, pubik alt açı daralır, orta pelvis ve pelvis çıkımına ait çaplar küçülür ve vaginal doğumda persiste oksiput posterior prezentasyona eğilim artabilir ya da doğum imkansızlaşabilir (2). İlaveten şiddetli kifoskolyoz sebebi ile batında uterusun büyüyebileceği yeterli alan olmayabilir veya bu boşluğa uterus doğuma uygun bir pozisyonda yerleşemeyebilir. Tüm bunlar kifoskolyoz hastalarındaki maternal ve fetal komplikasyonlara yol açabilir. Bu durum gebeliğin seyrinde ek destekleyici tedavileri, prematüre doğum ve modifiye sezaryen tekniği uygulamayı gerektirebilir.

İleri derecede kifoskolyozlu gebelerde toraks hacminin azalmasına bağlı kalp akciğer basısı, yetersiz kosta ve diafragma hareketleri yüzünden sık tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları da gelişebilir (3). Ağır torasik kifozlu vakalarda ise akciğer vital kapasitesinin %50 azaldığı gösterilmiştir (4). Kifoskolyozda solunum sıkıntıları nadir olarak

izlense de, eğer vital kapasite 1 L'nin altına düşecek olursa gebelik kontraendike hale gelebilir veya terminasyon endikasyonu oluşabilir (5).

Olgumuz 30 yaşında ilk gebeliği olan ileri derece kifoskolyoz hastası idi ve omurga cerrahisini riskleri sebebi ile reddetmişti. Ciddi bel ve sırt ağrıları, dönem dönem şiddetlenen solunum zorlukları mevcuttu. Kan gazı saturasyonu %92'nin altına hiç düşmedi ve oksijen destek tedavisi dışında bir tedaviye ihtiyaç duymadı. 36. haftada dayanılmaz kosta ve bel ağrıları başladı ve solunum fonksiyon testinde şiddetli alveolar obstrüksiyon gösterildi. 37.hafta fetal oblik duruş, vajinal tuşede promontoryumun kaymış olması ve hastanın da isteği ile sezaryen kararı alındı. Spinal anestezi tüm çabalara rağmen başarılı olmadı ve hasta çok zor entübe edildi. Entübasyonun da başarısız olması ihtimaline karşı, intratrakeal entübasyon için gerekli ekipman hazırlığı da yapılmıştı fakat buna gerek kalmadı. Yaşanan tüm zorluklara rağmen, bu hasta şiddetli kifoskolyozlu ve ventilasyon sınırlaması olan kadınların da tam ventilasyon desteğine ihtiyaç duymadan üçüncü trimesterde başarılı bir doğum gerçekleştirebileceğini göstermektedir.

Sonuç olarak, gebelikte kifoskolyoza bağlı komplikasyonlar kifoskolyozun derecesine ve bir ölçüde de hastanın yaşına bağlıdır. Bu hastalarda ventilasyon sınırlaması, solunum yetmezliği, zor entübasyon ve değişmiş batın anatomisine hazırlıklı olmak gerekir. Yakın takip ve multidisipliner yaklaşım önerilir.

KAYNAKÇA

1. To WW, Wong MW. Kyphoscoliosis complicating pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 1996; 55(2): 123-8.
2. KEPKEP, N., ERSOY, Ü., & Kurtay, G. Ağır Kifoskolyoz ve Modifiye Transabdominal Doğum (Vaka Takdimi). Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology. 2000; 10(4), 249-252.
3. Lichter DE. Orthopedic Disorder. Friedman AE. Obstetrical Decision Making. 2. Edd. B.C. Decker Inc. Toronto, Philadelphia 1987. pp. 126-127.
4. Sawicha EH, Spencer GT, Branthwaite MA. Management of respiratory failure complicating pregnancy in severe kyphoscoliosis:a new use for an old technique. Br J Dis Chest. 1986 Apr; 80(2):191-6.

Yüksel, H., Odabaşı, A. R., Kafkas, S., & Onur, E. Gebelikte ileri derece kifoskolyoz: olgu sunumu. 2003.

Anahtar Kelimeler: Gebelik; kifoskolyoz

Bildiri No: 10 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Sezaryen Oranını Azaltmaya Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalarda Ebe ve Hemşirelerin Bilgi Düzeyleri

Ayşe Çuvadar¹, Yeter Çuvadar²

Trakya Üniversitesi

Marmara Üniversitesi

Giriş: Obstetrik yönetim, anne ve yenidoğan sağlığına ilişkin bireysel düşüncelere dayanmalıdır. Sezaryen oranlarının azaltılması önemli bir hedef olmakla birlikte, anneleri ve yenidoğanları komplikasyonlar bakımından göz önünde bulundurmak gerekmektedir (Lipschuetz ve ark., 2018). Kanıta dayalı uygulamalar rehberliğine uygun olarak bakım verilmesi ile gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde anne ve bebek sağlığıyla ilgili oluşabilecek riskler ile birlikte sezaryen doğum oranları da güvenle azaltılabilir (Berghella ve ark.,2008). Gebeye destek olmak ve ebek bakım kalitesini artırmaya yönelik bilgi, beceri ve uygulamaların kanıt temelli olması, gebelik ve doğum ile ilgili hedeflenen sağlık göstergelerine ulaşılmasını sağlayacaktır (Brizuela, Leslie, Sharma, Langer ve Tunçalp, 2019). Bilimsel kanıtları empati ile birleştiren bir ebek bakım modeli ile gebe kadınların normal doğum sırasında minimal müdahalelerle sağlıklı ve kaliteli doğum deneyimi yaşaması sağlanmalıdır (Pazandeh, Potrata, Huss, Hirst ve House, 2017). Ebe ve hemşireler doğumun her evresini bilmeli, evrelere ait durumları saptayabilmeli, gereksiz müdahalelerden kaçınmalı, gerekli durumlarda ise uygun müdahalelerde bulunabilmelidir (Wei ve ark, 2013; Turan ve Yılmaz, 2019).

Amaç: Bu çalışma doğumda büyük rol oynayan ebe ve hemşirelerin sezaryen doğum oranını azaltmak için doğum yönetiminde kanıta dayalı uygulamalardaki bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Çalışma; Merkez Müdürlüğünden 79056779-600-E.397279 sayılı izin alındıktan sonra sağlık araştırma ve uygulama merkezinde kadın doğum kliniklerinde görev alan hemşire ve ebelerden oluşan 45 kişilik evrenden çalışmaya katılmayı kabul eden 37 kişi ile yürütülmüştür. Katılımcıların bilgi düzeyleri ve sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesini sağlamak amacıyla 2 bölümden oluşan anketler yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %54,1' ebe, %78,4'ü lisans mezunu ve yarısından fazlası 16 yıl ve üzerinde çalışma süresine sahip olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların doğum süresini kısaltma ve sezaryen gereksinimini azaltmaya yönelik doğum eyleminin hangi evresinde ayakta durma ve dik pozisyonlar desteklenmelidir ve aktif faz ilerleme standartları için kaç cm'lik açılma gereklidir sorularını büyük çoğunluğunun yanlış cevapladıkları görülmüştür. Sezaryen riskini azaltmak için doğumun ikinci evresindeki bekleme süresi ne kadar olmalıdır sorusunu tüm katılımcılar doğru cevaplamıştır. Doğuma hazırlık sınıflarına katılma durumları ve psikososyal destek alma durumlarının kadınların doğum şekli tercihlerini etkilediğini belirten katılımcı sayısı 31(%83,7)'dir. Doğumhaneye kabulde servikal dilatasyonun kaç cm'den fazla olması gereklidir sorusuna katılımcıların %70,2'si doğru yanıt vermiştir. %72,9'u akupunktur doğum süresini kısaltır mı sorusunu doğru yanıtlarken, ¼'ü hangisi intrapartum destek sağlama uygulamaları içerisinde yer almaz sorusunu yanlış cevaplamıştır.

Sonuç: Bu çalışmadan elde edilen veriler ışığında ebe/hemşirelerin genel olarak bilgi düzeyleri iyi olmakla birlikte giderek artan sezaryen doğum oranlarının azaltılması için multidisipliner bir şekilde çalışan tüm ekibin kanıta dayalı uygulamaları klinik ile birleştirmesi ve ebe/hemşirelerin doğum eyleminde daha aktif rol alması gerekmektedir.

Kaynakça:

- ✓ Berghella, V., Baxter, J. K., Chauhan, S. P. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *American journal of obstetrics and gynecology*, 199(5), 445-454. doi: 10.1016 / jajaj.2008.06.093
- ✓ Brizuela, V., Leslie, H. H., Sharma, J., Langer, A., & Tunçalp, É. (2019). Measuring quality of care for all women and newborns: how do we know if we are doing it right? A review of facility assessment tools. *The Lancet Global Health*.
- ✓ Lipschuetz, M., Cohen, S.M. et al. (2018). Prolonged second stage of labor: causes and outcomes. *Harefuah*, 157(11), 685-690.
- ✓ Pazandeh, F., Potrata, B., Huss, R., Hirst, J., & House, A. (2017). Women's experiences of routine care during labour and childbirth and the influence of medicalisation: A qualitative study from Iran. *Midwifery*, 53, 63-70.
- ✓ Turan, A., Yılmaz, T. (2019). Doğumun ikinci evresinin süresi, uzaması ve yönetimi. *Sağlık Bilimleri ve Araştırma Dergisi*, 1(2), 102-119.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Ebelik, Kanıta Dayalı Uygulama, Sezaryen

Bildiri No: 11 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Hiperemezis Gravidarum Şiddetinin Beden Kitle İndeksi ile İlişkisi

Işık Kaban¹, Besim Haluk Bacanakgil¹

İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Hiperemezis gravidarum(HEG), vücut ağırlığında %5 ve daha fazla kilo kaybına yol açabilecek bulantı kusmaların görüldüğü, bulantı kusmanın bir sonucu olarak ketozis, dehidratasyon, sıvı-elektrolit bozukluğu ile giden asit baz dengesizliğinin görülebildiği, hatta bazen hepatik ve renal yetmezliklerin de görülebildiği bir gebelik patolojisidir.Hiperemezis gravidarum, gebelerin yaklaşık %50-%90'ını etkileyerek, gebeliğin ilk yarısında en sık hospitalizasyon nedenidir. Görülmeye başlama aralığı gebeliğin 4 üncü ile 8 inci haftaları arası olup 12 nci haftada semptomlar pik yapar.Bu durum genellikle gebeliğin 19 uncu Haftası civarında sonlanır fakat vakaların yaklaşık olarak %20'sinde bulantı ve kusma gebelik boyunca devam eder.Hiperemezis gravidarumda etyoloji henüz netleştirilememiş olsa da birkaç risk faktörü üzerinde durulmuştur.Bu risk faktörlerinden biri de vücut kitle indeksinin (VKI) düşük olmasıdır.Düşük kilolu hamile kadınların ideal kilolu kadınlara kıyasla antiemetik ilaçlar kullanmaları ve hiperemezis gravidarum için hastaneye yatmaları daha olasıdır.Obez kadınların antiemetik ilaç kullanma olasılığı daha düşüktür ve ideal kilolu olan kadınlara kıyasla hiperemezis nedeniyle hastaneye yatış gerektirme olasılığı daha düşüktür.Biz de çalışmamızda Eylül 2019 -Aralık 2019 tarihleri arasında gebe polikliniğine bulantı kusma şikayeti ile başvuran ve HEG tanısı nedeni ile interne edilen 62 gebe ve gebe polikliniğine rutin gebelik kontrolü amacı ile başvuran bulantı ve kusma şikayeti olmayan 62 gebe ile toplam 124 gebe dahil edilmiştir.Gebelerin yaş ortalaması 26.8 idi. Gebelerin ortalama gebelik haftası 9.2 (5-14) olarak saptanmıştır.Gebelerin vücut kitle indeksi 24.1 (16-41) olarak hesaplanmıştır.Gebelerden HEG tanısı olan 62 hastanın yaş ortalaması 25,7, şikayeti olmayan 62 gebenin yaş ortalaması 27,9 idi.Her iki grup arasında yaş ortalamaları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır($p=0.012$). HEG grubunda BMI değeri 25,8 saptanmıştır. Şikayeti olmayan gebelerin BMI 22,5 saptanmıştır.Gruplar arası BMI arasında anlamlı farklılık saptanmıştır($p=0.005$). BMI, yaş ile HEG arasında ilişki olup olmadığı korelasyon testi ile incelendi. BMI ile hiperemezis arasında zayıf korelasyon saptanmıştır($r =0,381$). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak düşük BMI'ya sahip gebelerin HEG riski daha yüksek olarak saptanmıştır ancak korelasyon testi sonucunda BMI ile HEG arasında zayıf bir negatif korelasyon saptanmıştır.Bu çalışmaya göre düşük BMI ilk trimester gebelerde HEG açısından bir risk faktörü olabilir.

Anahtar Kelimeler: hiperemezis gravidarum,gebelik,beden kitle indeksi,kusma,ketozis

Bildiri No: 13 Bildiri Türü: Sözlü Bildiri

Artan Sezaryen Oranları ile İlişkili Maternal ve Fetal Faktörler

Tuğba Gürbüz

Özel Medistate Hastanesi

Amaç: Çalışmamızda artan sezaryen oranları ile ilişkili olabilecek maternal ve fetal faktörleri incelemeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Çalışmamıza retrospektif olarak Ekim-Aralık 2019 tarihleri arasında hastanemizde doğum yapmış 118 nullipar gebe dahil edildi. Çalışmamızda gebelerin yaşı, sigara kullanımı, gebelik öncesi ve sonrası Vücut kitle indeksleri (VKİ), gebelikte aldıkları kilolar ile sezaryen olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

Bulgular: Gebelerin ortalama yaşı 27,71 saptanırken, % 27,1'sinin sigara kullandığı saptandı. Gebelik boyunca ortalama 16,19 kg aldıkları tespit edildi. Gebelik öncesi VKİ 'ne bakıldığında % 35,6'sının fazla kilolu, % 22,0'sinin obez olduğu saptanırken, gebelik sonu VKİ'in de % 42,4'ünün 35-39,9 kg/m² arası, % 47,4'ünün ise 40 ve üzeri değerlere sahip oldukları tespit edildi.

Gebelerin % 68,6'sının doğum şekli sezaryen olurken, sezaryen endikasyonları olarak % 22,0'si ilerlemeyen travay, % 21,2'si fetal distress, % 18,6'sı doğum korkusu, % 6,8'in de ise makrozomik fetüs olarak saptandı.

Gebelerin yaş, gebelik öncesi kiloları ve gebelik boyunca aldıkları kiloları ile doğum şekilleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05). Sezaryen olan gebelerde gebelik sonu VKİ değerleri, normal doğum yapanlardan daha yüksek olmasına karşılık aralarındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı saptanmadı (p>0,05).

Sonuç: Çalışmamızda gebelik öncesi yüksek VKİ değerleri ile gebeliğe başlamanın ve gebelik boyunca fazla kilo alınmasının sezaryen doğum için bir risk faktörü oluşturmadığını saptadık. Sezaryen oranlarının artmasında artan VKİ 'si, alınan kilolar ve acil sezaryen endikasyonları dışında doğum korkusunun önemli bir risk faktörü olduğu kanaatindeyiz. Gebelik döneminde vaginal doğum korkusunu gidermeye yönelik hastanelerde bilinçlendirme eğitimlerinin fazlaştırılması ile sezaryen oranlarının azaltılabileceği kanaatindeyiz.

Tablo 1. Demografik özelliklerin incelenmesi

		Ort±ss	Min-Maks
Yaş		27,71±4,78	18-39
Gebelik öncesi kilo		77,31±12,99	49-110
Gebelik boyunca alınan kilo		16,19±3,02	8-22
		Frekans (n)	Yüzde (%)
Gebelik öncesi VKİ	Düşük kilolu ≤ 18,5 kg/m ²	13	11,0
	Normal kilolu 18,5-24,9 kg/m ²	37	31,4
	Fazla kilolu 25-29,9 kg/m ²	42	35,6
	Obez ≥30 kg/m ²	26	22,0
Gebelik sonu VKİ	30-35 kg/m ²	12	10,2
	35-39,9 kg/m ²	50	42,4
	≥40 kg/m ²	56	47,4
Doğum şekli	Vajinal	37	31,4
	Sezaryen	81	68,6
Gebelikte komplikasyon	Preeklampsi	15	12,7
	Preterm doğum	8	6,8
	İntrahepatik kolestaz	12	10,2
	Erken membran rüptürü	6	5,1
	Servikal yetmezlik	5	4,2

	Postpartum atoni kanaması	2	1,7
	Gestasyonel diabet	18	15,3
	Fetal gelişme geriliği	7	5,9
	Komplikasyon yok	45	38,1
Gebelikte komplikasyon	Komplikasyon yok	45	38,1
	Komplikasyon var	73	61,9
Sigara kullanma durumu	Var	32	27,1
	Yok	86	72,9
Sezeryan endikasyonları	İlerlemeyen travay	26	22,0
	Fetal distress	25	21,2
	Makrozomik fetüs	8	6,8
	Doğum korkusu	22	18,6
	Normal doğum	37	31,4

Tablo 2. Gebelerin yaşı, sigara kullanımı, gebelik öncesi ve sonrası VKİ, gebelikte aldıkları aşırı kilolar ile doğum şekli arasındaki farklılıkların incelenmesi

		Doğum Şekli			p
		Normal	Sezeryan	Toplam	
		n(%)	n(%)	n(%)	
Gebelik öncesi VKİ	Düşük	6 (16,2)	7 (8,6)	13 (11,0)	0,099
	Normal	6 (16,2)	31 (38,3)	37 (31,4)	
	Fazla	16 (43,3)	26 (32,1)	42 (35,6)	
	Obez	9 (24,3)	17 (21,0)	26 (22,0)	
Gebelik sonu VKİ	30-35 kg/m ²	3 (8,1)	9 (11,1)	12 (10,2)	0,629
	35-39,9 kg/m ²	18 (48,6)	32 (39,5)	50 (42,4)	
	≥40kg/m ²	16 (43,2)	40 (49,4)	56 (47,4)	
Gebelikte komplikasyon	Preeklampsi	4 (10,8)	11 (13,6)	15 (12,7)	0,968
	Preterm doğum	2 (5,5)	6 (7,4)	8 (6,8)	
	İntrahepatik kolestaz	5 (13,5)	7 (8,6)	12 (10,2)	
	Erken membran rüptürü	2 (5,4)	4 (4,9)	6 (5,1)	
	Servial yetmezlik	2 (5,4)	3 (3,7)	5 (4,2)	
	Postpartum atoni kanaması	1 (2,7)	1 (1,2)	2 (1,7)	
	Gestasyonel diabet	7 (18,9)	11 (13,6)	18 (15,3)	
	Fetal gelişme geriliği	2 (5,4)	5 (6,2)	7 (5,9)	
	Komplikasyon yok	12 (32,4)	33 (40,7)	45 (38,1)	
Gebelikte komplikasyon	Yok	12 (32,4)	33 (40,7)	45 (38,1)	0,257
	Var	25 (67,6)	48 (59,3)	73 (61,9)	
Sigara kullanma	Var	12 (32,4)	20 (24,7)	32 (27,1)	0,254
	Yok	25 (67,6)	61 (75,3)	86 (72,9)	
Sezeryan endikasyonu	İlerlemeyen travay	0 (0,0)	26 (32,1)	26 (22,0)	0,000*
	Fetal distress	0 (0,0)	25 (30,9)	25 (21,2)	
	Makrozomik fetüs	0 (0,0)	8 (9,9)	8 (6,8)	
	Doğum korkusu	0 (0,0)	22 (27,2)	22 (18,6)	
	Normal doğum	37 (100,0)	0 (0,0)	37 (31,4)	
		Normal	Sezeryan	Toplam	p
		Ort±ss (min-maks)	Ort±ss (min-maks)	Ort±ss (min-maks)	
Yaş		27,43±4,50 (19-37)	27,84±4,92 (18-39)	27,71±4,78 (18-39)	0,670
Gebelik öncesi kilo		77,14±15,50 (49-110)	77,38±11,77 (52-110)	77,31±12,99 (49-110)	0,924
Gebelik boyunca alınan kilo		16,46±3,07 (9-22)	16,06±3,01 (8-22)	16,19±3,02 (8-22)	0,510

Anahtar Kelimeler: Obezite, Sezaryen , Vaginal doğum, Vücut kitle indeksi

Bildiri No: 14 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Birinci ve İkinci Trimester Serum Belirteçleriyle Fetal Doğum Ağırlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bulut Varlı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

Giris

Düşük doğum ağırlığı, infantil dönemde morbidite ve mortalitede artış, çocukluk çağında yetersiz büyüme ve erişkin hayatta kronik hastalık riskinde artış ile ilişkilidir (1). İntrauterin gelişme geriliği veya genetik kodlamaya bağlı olarak yapısal gelişim kısıtlılıkları düşük doğum ağırlığına neden olabildiğinden etyopatogenez halen tam olarak bilinmemektedir. Düşük doğum ağırlığına neden olabilecek pek çok risk faktörü literatürde tanımlanmıştır (2). Her ne kadar bu risk faktörlerinin antepartum dönemde tanınması ve düzeltilmesi riski azaltsa da bu yaklaşımı sağlamak her zaman mümkün olmayabilir. Gelişmekte olan ülkelerde düşük doğum ağırlığına sahip yeni doğanların doğum sonrası belirlenmesinde göğüs veya kol çevresi ölçümü başarılı olarak gözükmese de doğum öncesi dönemde saptanmaları klinik olarak daha avantajlı olmakta ve hastaların deneyimli merkezlerde doğumu gerçekleştirilebilmektedir. Maternal antropometrik ölçümler, simfizis pubis-fundus mesafesi ölçümü ve ultrasonografi düşük doğum ağırlığı tahmininde halen %100 güvenilir değildir (3-5). Birinci ve ikinci trimester tarama testleri giderek artan sıklıkta klinik pratikte gerçekleştirilmekte ve fetal ağırlığı tahmin etmedeki rolleri ile ilgili kesin bilgi literatürde bulunmamaktadır. Bizde bu çalışmada komplike olmayan gebeliklerde, birinci ve ikinci trimester serum biyokimyasal tarama belirteçleriyle fetal doğum ağırlığı arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal-Method

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı'nda birinci, ikinci trimester tarama testleriyle birlikte doğumu gerçekleştiren 528 hastanın hastane bilgi sistemi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Gestasyonel yaş birinci trimester baş-popo mesafesi ölçümüne göre belirlendi. Anormal karyotip, konjenital malformasyon, preeklampsi, diyabet, fetal gelişme geriliği gibi durumlar gelişen hastalar çalışma dışı bırakıldı. 1.trimester tarama testi 11-14. gestasyonel haftalar arasında, 2.trimester tarama testi ise 16-18. gestasyonel haftalar arasında gerçekleştirildi. Serum belirteçleriyle fetal doğum ağırlığı arasındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirildi.

Sonuçlar

Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik özellikleri Tablo-1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri

Maternal yaş, (yıl)	29.28 (17-50)
Doğum ağırlığı, (gram)	3319 (1780-4600)
Doğum zamanı, (hafta)	38 (32-41)
Gravida, (n)	2.07 (1-7)
Parite, (n)	1.01 (0-5)
Doğum şekli, (n)	308 C/S (%58.5) 220 Vajinal Doğum (%41.5)
Fetal cinsiyet, (n)	247 Kız (%46.7) 281 Erkek (%53.3)

Fetal doğum ağırlığı; maternal yaş ($r=0.26$, $p=0.03$), fetal cinsiyet ($r=0.21$, $p=0.04$) ve doğum haftasıyla ($r=0.33$, $p=0.01$) pozitif korelasyon göstermekteydi (Tablo-2). Serum biyokimyasal tarama belirteçlerinden birinci trimester belirteçleriyle fetal ağırlık arasında

ilişki saptanamazken, ikinci trimester belirteçlerinden serum β hCG ve konjuge olmayan östriol düzeyleri fetal doğum ağırlığıyla zayıf pozitif korelasyon göstermiştir ($r=0.10$, $p=0.03$ ve $r=0.09$, $p=0.04$). İnhibin A düzeyi ile ise negatif korelasyon ($r=0.21$, $p=0.02$) gözlemlenmiştir.

Tablo 2. Serum tarama belirteçleriyle doğum ağırlığı arasındaki korelasyon analizi

	r	p
Maternal yaş	0.26	0.03
Doğum zamanı	0.33	0.01
Gravida	-0.03	0.40
Parite	-0.02	0.60
Fetal cinsiyet	0.21	0.04
Maternal serum PAPP-A düzeyi	0.28	0.48
Maternal serum serbest β -hCG düzeyi	0.38	0.34
Maternal serum AFP düzeyi	0.44	0.52
Maternal serum uE ₃ düzeyi	0.09	0.04
Maternal serum β -hCG düzeyi	0.10	0.03
Maternal serum inhibin-A düzeyi	-0.21	0.02

Tartışma

Birinci ve ikinci trimester serum biyokimyasal tarama belirteçleri düzeyleriyle fetal doğum ağırlığı arasında zayıf korelasyon saptanmıştır. Bu belirteçler özellikle gebeliğin hipertansif hastalıklarının erken dönem saptanmasında etkin olarak gözükmektedir. Bu belirteçler özellikle gebeliğin hipertansif hastalıklarının erken dönem saptanmasında etkin olarak gözükmektedir. Fetal gelişimin yeterli olması için fetoplental ünitenin işlevlerini tam olarak yerine getirmesi şarttır (6). hCG ile anormal plasantasyon ilişkilendiriliyor olsa da bizim çalışmamızda fetal doğum ağırlığıyla zayıf korelasyon göstermiştir, benzer şekilde Lee ve ark.'da hCG ile doğum ağırlığı arasında kesin ilişki saptanamamıştır. Östriol düzeyleri ülkemizden Coşkun ve ark.'nın çalışmasında olduğu gibi fetal doğum ağırlığıyla pozitif korelasyon göstermektedir, fetomaternal iyilik halini yansıtmada östriolün önemli olduğu görüşü bu çalışmada da kanıtlanmıştır. İnhibin-A ikinci trimester taramasında diğer belirteçlerden sonra kullanılmaya başlanmıştır. Sinsityotrofolblast hasarına neden olan durumlarda düzeyleri artmaktadır, buna bağlı olarak da intrauterin gelişme geriliği ve preeklampsi gibi anormal plasantasyonla ilişkili obstetrik komplikasyonlarda yüksek düzeylerde bildirilmiştir (9). Bizim çalışmamızda ise anormal plasantasyona sahip hastalar çalışma dışı bırakıldığından fetal doğum ağırlığıyla arasında negatif korelasyon saptanmıştır, düşük riskli gebeliklerde inhibin-A'nın serum düzeylerini değerlendiren daha fazla sayıda çalışmayla obstetrik komplikasyonları öngörmede ki etki gücünü saptamak mümkün olacaktır.

Sonuç olarak; birinci ve ikinci trimester serum belirteçlerinin fetal doğum ağırlığını saptamadaki gücü fazla değildir, düşük ve yüksek doğum ağırlığına sahip bebeklerin antepartum dönemde saptanması için halen maternal ve fetal özellikler göz önünde bulundurulmaya devam edilmelidir. Maternal ve fetal karakteristikleri de içeren çoklu istatistik modeller fetal doğum ağırlığı prediksyonunda daha etkin olabilir.

Referans

1. United Nations Children's Fund and World Health Organization. Low Birthweight: Country, Regional, and Global Estimates. New York: UNICEF; 2004. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43184/1/9280638327.pdf>.

2. Committee to Study the Prevention of Low Birthweight; Division of Health Promotion and Disease Prevention; Institute of Medicine. Preventing low birthweight. Washington, DC: National Academy Press; 1985.
3. Goto E. Diagnostic value of maternal anthropometric measurements for predicating low birthweight in developing countries: a meta-analysis. *Asia Pac J Clin Nutr* 2015;24:260:72.
4. Goto E. Maternal anthropometric measurements as predictors of low birth weight in developing and developed countries. *Arch Gynecol Obstet* 2015;292:829:42.
5. Goto E. Prediction of low birthweight and small for gestational age from symphysis-fundal height mainly in developing countries: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* 2013;67:999:1005.
6. Kim SM, Yun HG, Kim RY, et al. Maternal serum placental growth factor combined with second trimester aneuploidy screening to predict small-for-gestation neonates without preeclampsia. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2017; 56: 801-5.
7. Lee SE, Kim SC, Kim KH, et al. Detection of angiogenic factors in midtrimester amniotic fluid and the prediction of preterm birth. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2016; 55: 539.
8. Çoşkun B, Kokanalı D, Şimşir C, ve ark.. İkinci Trimester Maternal Serum Belirteçleri ve Doğum Ağırlığı Arasındaki İlişki. *Fırat Tıp Dergisi* 2019; 24:42.
9. Singnoi W, Wanapirak C, Sekararithi R, et al. A cohort study of the association between maternal serum Inhibin-A and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 Apr 11;19:124.

Anahtar Kelimeler: Doğum Ağırlığı, İnsan Koryonik Gonadotropini, Östriol, İnhibin A

Bildiri No: 15 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Gebelerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ile Travmatik Doğum Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tuğba Yazıcı Top¹, Songül Aktaş²

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Farabi Hastanesi, Trabzon

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Trabzon

Amaç: Gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile travmatik doğum algısı arasındaki ilişkiyi incelemektir. **Materyal ve Metod:** Araştırmanın örneklemini bir üniversite hastanesine başvuran gebeler 384 gebe oluşturmaktadır. Veriler “Gebe Tanıtıcı Bilgi”, “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32” ve “Travmatik Doğum Algısı Ölçeği” formlarıyla toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdellik, ortalama, tek yönlü Anova testi, Pearson korelasyon ve çoklu lineer regresyon analizi kullanılmıştır. **Bulgular:** Gebelerin sağlık okuryazarlığı % 44’ü yetersiz, %43.5’i sorunlu-sınırlı, %12.5’i de yeterli düzeydedir. Çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyi ‘mükemmel’ olan hiçbir gebe bulunmamaktadır. Gebelerin %14.1’nin düşük, %56.8’inin orta, %27.1’inin yüksek ve % 2.1’inin çok yüksek düzeyde travmatik doğum algısına sahip olduğu saptanmıştır. Gebelerin sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalaması 25.76 ±6.15; travmatik doğum algısı toplam puan ortalaması ise 70.49±10.43’tür. Gebelerin sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalaması ile travmatik doğum algısı puanı arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır (p<0.01), r=-0.23). Travmatik doğum algısı puan ortalaması ile; sağlık okuryazarlığı ölçeğinin dikey alt boyutları olan “sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma,sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma, yatay alt boyutlarından olan hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi, tedavi ve hizmet” puan ortalaması arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır (p<0.01; sırasıyla r değerleri;-0.19,-0.18, 0.28,0.21)**Sonuç:** Çalışmamızda gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile travmatik doğum algısı arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır.Gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyi, sağlık profesyonellerince verilen üreme sağlığı eğitimlerinde geliştirilerek, doğumu travmatik algılama düzeyleri azaltılmalı/ önlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gebe, Sağlık Okuryazarlığı, Travmatik Doğum Algısı

Bildiri No: 18 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

İstanbul da Yaşayan Uygur Türkü Kadınların Gebelik ve Doğum Sonu Yaşadıkları Sorunlar ve Doğum Sonu Depresyon düzeyleri

Palizaiti Aierken¹, Hadice Yıldız¹

Marmara Üniversitesi

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, Uygur Türkü kadınlarda gebelik ve doğum sonu yaşanan sorunlar ile doğum sonu depresyon düzeylerinin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışma tanımlayıcı bir çalışma olup, İstanbul ilinde Uygur Türklerinin daha fazla ikamet ettiği bir ilçesinin 1 ve 2 No'lu Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı ve son bir yıl içinde doğum yapmış olan Uygur Türkü kadınlarda gerçekleştirildi. Çalışmaya katılımda gönüllülük esas alındı. Örneklem sayısını belirlemek için evren sayısı bilinen örneklem formülünden yararlanıldı ve çalışma toplam 50 Uygur Türkü kadında yürütüldü. Çalışmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı ve belirtilen merkezlerde yürütülebilmesi için İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alındı. Verilerin toplanmasında anket formu ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ) kullanıldı. Veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 20 kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Çalışma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 29.98±5.85 olup çoğunluğu (%38.0) üniversite mezunuydu ve yarıya yakınının (%40.0) ilk gebeliğiydi. Kadınların %46.0'ı gebeliğinin sorunlu ve sıkıntılı olduğunu ifade etti. Gebeliklerinde riskli bir durum yaşama oranı %18.0'dı ve yaşanan risklerde %22.2 oranında düşük tehlikesi ve aynı oranda hipertansif bozukluklar vardı. Kadınların %44.4 gebeliğinde anemi yaşamıştı. Doğumlarının %54'0'ı normal vajinal doğumdu ve doğumlarını %40.0'ı zor olarak tanımladı. Doğum sonu süreçte %20.0'ı sıkıntı/sorun yaşadığını ifade etti. Kendi bakımı ile sorun yaşayanların oranı %32.0 ve bebek bakımında sorun yaşayanların oranı %20.0'dı. EDDÖ cut-off değerine göre (≥ 13 *depresyon açısından riskli grup*) depresyon riski olan kadınların oranı %6 dı.

Sonuç: Çalışma sonuçlarına göre, belirtilen bölgedeki Uygur Türk'ü kadınların gebelik ve doğum sonrası önemli düzeyde sorun yaşadıkları, ancak doğum sonu depresyon düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir.

Abstract

Objective: In this study, it was aimed to determine the undergo problems that during pregnancy and postpartum , and postpartum depression levels in Uyghur Turkish women.

Material and Method: The study was a descriptive study and was conducted in Uyghur Turkic women registered in the Family Health Center No. 1 and 2 of a district of Istanbul, where Uyghur Turks resided more, and who gave birth in the past year. Volunteering was taken as a basis for participation in the study. To determine the number of samples, the sample formula with known number of universe was used and the study was carried out in 50 Uighur Turkic women. Ethics committee approval was obtained for the study and written permission was obtained from the Provincial Health Directorate for the study to be conducted in the specified centers. A questionnaire and Edinburgh Postpartum Depression Scale (ESSD) were used to collect the data. Data were

analyzed using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20.

Results: The average age of women included in the study was 29.98 ± 5.85 , the majority (38.0%) were university graduates and nearly half (40.0%) was the first pregnancy. 46.0% of women stated that their pregnancy was problematic and troublesome. The rate of experiencing a risky situation in their pregnancies was 18.0% and there was a 22.2% risk of miscarriage and hypertensive disorders at the same risk. 44.4% of women experienced anemia in pregnancy. 54% of their births were normal vaginal births and 40.0% of their births were defined as difficult. He stated that he had 20.0% trouble / problem in the postpartum process. The proportion of those who had problems with their own care was 32.0% and the rate of those who had problems with baby care was 20.0%. The proportion of women at risk of depression was 6% according to the EPRS cut-off value (≥ 13 risk group for depression).

Conclusion: According to the results of the study, it can be said that the women of Uyghur Turk in the specified region have significant problems after pregnancy and postpartum, but their postpartum depression levels are low.

GİRİŞ

İnsan soyunun devamlığının sağlanmasında, her şekilde yaşadığı topluma uyum sağlayabilen bireylerin yetiştirilmesinde, kültürün kuşaktan kuşağa devam etmesinde , ailenin evrensel bir sorumluluğu bulunmaktadır. Bu evrensel rol, kadınların doğurganlık fonksiyonu ile yerine getirilmektedir. (Beydağ, 2007).

Doğum sonu dönem ailede fiziksel, sosyal ve duygusal değişimlerin meydana geldiği önemli bir gelişimsel geçiş süreci olması ve bu süreçte aileye yeni bir üyenin katılımı nedeniyle anne ve babanın yeni rol ve sorumluluklara hazırlanması, üstülenmesi ve uyumunu gerektirir (Burroughs 2001; Doğan Merih, 2017; Taşkın 2012).

Doğum sonu sürece uyumu etkileyen faktörlerden biri olan kültür, insanın yaşadığı bir toplumun üyesi olarak kazandığı bilgileri, inançları, sanat, ahlak, hukuk, gelenek vb. yaygın alışkanlıklarını kapsayan karmaşık bir bütündür (Tylor, 1958) İnsanın kültürünü bilmek anlamak demek, bireyin sağlık durumları, inançları, davranışlarını öğrenebilmenin temelini oluşturur (Arif, 2006). Toplumun kültürel özellikleri o toplumda yaşayan kişilerin özellikle de anne ve çocukların sağlık ve hastalık problemlerini de etkileyebilmektedir. (Bilgen, 2015). Doğum sonu depresyonun ortaya çıkmasında da hazırlayıcı faktörler tam olarak bilinmemekle birlikte biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler ile açıklanmaktadır (Uyar, 2005).

Tüm bu nedenlerle, sağlık hizmetlerinde, hizmet verilen toplumun kültürel özelliklerinin, kültürel farklılıklarının bilinmesi ve bu bağlamda bakım gereksinimlerinin karşılanması, bireye özgü kaliteli bakımın verilmesinde önemli bir unsurdur ve bu bağlamda hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu görüşten yola çıkarak bu çalışmada, Uygur Türkü kadınlarda gebelik ve doğum sonu yaşanan sorunlar ile doğum sonu depresyon düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma Türkiyede yaşayan Uygur Türklerinin sayısal olarak daha

fazla ikamet etikleri bölgede olan iki Aile Sağlığı Merkezine (ASM) kayıtlı Uygur Türkü kadınlarda, Eylül-Kasım 2019 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini, çalışmanın yapıldığı 2 ASM kayıtlı olan doğum yapmış olup doğumdan sonraki 15. gün ile 6 ay arasında olan kadınların tümü oluşturmuştur. Örneklem sayısını belirlemek için evren sayısı bilinen örneklem formülünden yararlanmıştır. Çalışma; Uygur Türk'ü olan, çalışmanın yapıldığı 2 ASM kayıtlı olan, doğum sonu ilk 6 ay içinde olan, iletişim problemi olmayan, soruları anlayıp yanıtlayabilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan, **toplam 50 Uygur Türk'ü kadında** yürütülmüştür. Çalışmanın verileri anket formu ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği – EDSDÖ (*Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS*) ile toplanmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı ve belirtilen merkezlerden izin alınmıştır. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği için de ilgili yazardan izin alınmıştır. Çalışmaya katılımda gönüllülük esas alınmıştır, çalışmaya katılmayı kabul edenlerden “Aydınlatılmış Gönüllü Onam Formu” ile yazılı onam alınmıştır. Verilerin analizi SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20 versiyonu ile istatistikçi tarafından yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan kadınların üçte birinden fazlası (%38.0) üniversite mezunuydu. Kadınların yaş ortalaması 29.98 ± 5.85 di ve gebelik sayısı ortalaması 2.42 olup yarıya yakınının (%40.0) ilk gebeliği idi. Doğum sayısı ortalaması 2.10 dı ve 44.0 % ilk doğumuydu (Tablo 1).

Tablo 1. Kadınların yaş, gebelik ve doğum ortalamaları

Ortalamalar	N=50				
	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Yaş ortalaması	50	29,980	5,854	19,000	40,000
Eşin yaş ortalaması	50	32,860	6,318	21,000	44,000
Gebelik sayısı ort.	50	2,42	1,727	1	10
Doğum sayısı ort.	50	2,10	1,359	1	7

Kadınların tamamı gebeliklerinde düzenli kontrole gitmişti ve %46.0'ı gebeliğinin sorunlu ve sıkıntılı olduğunu ifade etti. Gebeliklerinde riskli bir durum yaşama oranı %18.0'dı ve yaşanan risklerde en belirginini %8.0 oranında şiddetli anemiydi. Kadınları son doğumlarının %60'0'ı normal vajinal doğumdu ve doğumlarını %40.0'ı zor olarak tanımladı

Kadınların % 20.0' i doğum sonu süreçlerini sorunlu/ sıkıntılı geçtiğini ifade etti. Kendi bakımı ile sorun yaşayanların oranı .% 32,0' dı ve bu yaşanan sorunlardan en belirginini % 75 oranında karın, bel, bacak , kol vb. bölgelerinde ağrı olmasıydı. Kadınların bebek bakımıyla sorun yaşama oranı % 20.0' dı ve bu sorunlardan en belirginini % 60

oranında bebeğinin ne istediğini anlamamasıydı (Tablo 2).

Tablo 2. Kadınların doğum sonu (DS) sorun yaşama durumu

Sorun yaşama	N=50	
	n	%
DS sürecin sıkıntılı geçme durumu		
Geçen	10	20,0
Geçmeyen	40	80,0
DS kendi bakımı ile sorun yaşama		
Sorun yaşayan	16	32,0
Sorun yaşamayan	34	68,0
DS yaşanan sorun		
<i>Ağrı Karın, Perine, Bel Bölgesi, Bacak, Kol vb.</i>	12	75,0
<i>Kabızlık</i>	3	18,8
<i>Sütün Gelmemesi</i>	1	6,2
DS bebek bakımıyla sorun yaşama		
Sorun yaşayan	10	20,0
Sorun yaşamayan	40	80,0
Bebek bakımıyla yaşanan sorunlar		
<i>Emzirmede, bebek ağladığında ne yapması gerektiğini bilememe</i>	3	30,0
<i>Bebeğinin ne istediğini anlayanmama</i>	6	60,0
<i>Yenidoğan sarılığı</i>	1	10,0

Kadınların Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği –EDSDÖ total değerlerinin puan ortalaması 6.82 ± 3.77 di (Tablo 3).

Tablo 3. Kadınların EDSDÖ ölçeği total puan ortalaması

EDSDÖ	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Total	50	6,820	3,778	0,000	18,000

EDSDÖ cut-off değerine göre (≥ 13 depresyon açısından riskli grup) depresyon riski olan kadınların oranı %6 dı (Tablo 4).

Tablo 4. EDSDÖ cut-off değerine göre depresyon durumu

EDSDÖ cut-off	N=50	
	n	%
≥ 13 olanlar (depresyon riski olanlar)	3	6,0
< 13 olanlar (depresyon riski olmayanlar)	47	94,0

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonuçlarına göre, belirtilen bölgedeki Uygur Türk'ü kadınların gebelik ve doğum sonrası önemli düzeyde sorun yaşadıkları, ancak doğum sonu depresyon düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir. Bu alanda çalışan hemşirelerin bu özel dönemde, annelere verdikleri bakımın etkili ve gereksinime uygun olabilmesi için, yapılacak diğer girişimlerin yanında annenin içinde yaşadığı kültür ve bu kültürün özellikleri ile de bir bütün olarak ele alınmasının önemli olduğu, bu nedenle hemşirelerin kültürel yaklaşımlarının ve bu bağlamda da yeterliliklerinin olmasının önemli olduğu görüşüne varılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Ariff K, Beng KS. Cultural health beliefs in rural family practice: A Malaysian perspective. Aust. J. Rural Health 2006;14: 2-8
2. Beydağ DK, Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6 (6): 479-80
3. Birsen Bilgen Sivri, Nimet Karataş* Toplumun Kültürel Yönü: Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek Bakımına Yönelik Yapılan Geleneksel Uygulamalar ve Dünyadan Örnekler The Journal of Current Pediatrics 2015; 13(3): 0-0
4. Burroughs A, Leifer G. Postpartum Period: Maternity Nursing an Mintroductory 8.Baskı.Philadelphia. WB Saunders Company. 2001;212.
5. Deller B, Decamp K. Postpartum Care. Global Health Technical Briefs, Access program/JHPIEGO. [cited:15.12.2014] Erişim adresi: http://www.mhtf.org/wp-content/uploads/sites/17/2013/11/postpartumcare_jhpiego.pdf.
6. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S (1996) Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması Türkiye Psikiyatri Derneği Bahar Sempozyumları-1 Kitabı, Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları, 51-52.
7. Kaewsarn P, Moyle W, Creedy D. Traidional postpartum practices among Thai women, Journal of Advanced Nursing 2003; 41: 358-66
8. Kiehl EM, White MA. Maternal adaptation during childbearing in Norway, Sweden and The United States. Scand J Caring Sci 2003;17: 96-103
9. Lederman RP, Raff, BS, Carroll P (1981). Perinatal Parental Behavior: Nursing Research and Implications for Newborn Health, March of Dimes Birth Defects Foundation, Birth Defects:Original Article Series. Newyork 17(6): 200-231
10. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Prevalence of Postnatal Depression and Risk Factors in Women in Sivas City. Cumhuriyet Tıp Derg 2004;26:55-9.
11. Suddenfield, K. Postpartum Depression, Medscape General Medicine Journal. 2006; 3(4): 298
12. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı. Ankara. Sistem Ofset Matbaacılık. 2012;275-94.
13. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması Ana Rapor. [cited: 15.10.2013] Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/UAOC_ana_rapor.pdf
14. Uyar S. Postpartum depresyon oluşumunu etkileyen faktörlerin araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, 2005

Anahtar Kelimeler: kadın, gebelik, doğum sonu, sorunlar, doğum sonu depresyon

Bildiri No: 19 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Ten Tene Temasın Plasenta Ayrılma Süresine Etkisinin Belirlenmesi

Tuğba Şahan¹, Asiye Ayar Kocatürk¹

İstanbul Medipol Üniversitesi

ÖZET

Amaç: Araştırma, doğum sonu umbilikal kord kesilmeden yapılan ten tene temasın (KKYTTT) plasenta ayrılma süresine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırmanın örneklemini Şubat-Mayıs 2019 tarihleri arasında doğum yapan nullipar, 37-42 haftalık gebeliğe sahip olan, doğumda kas tonüsü ve spontan solunumu olan 97 anne ve yenidoğan oluşturmuştur. Araştırmanın verileri literatür taranarak 2 bölümden oluşan anket formu ile gözlem ve yüzyüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS paket program kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda Kord Klemplenmeden Yapılan Ten Tene Temas (KKYTTT) uygulanan annelerde; plasenta ayrılmaya başlama süresi ayrılma kanaması ile 4.70 ± 1.65 (min; maks: 2; 8) dakika, plasentanın tam doğum süresi ortalama 7.82 ± 1.51 (min; maks: 5; 12) dakika olarak bulunmuştur. KKYTTT yapılan annelerde plasentanın ayrılma süresini; sigara içme, gebeliği isteme, KKYTTT sırasındaki duygudurum, latent ve aktif fazda girişim uygulama ve epizyotomi uygulaması etkilememiştir ($p > 0.05$). KKYTTT yapılan annelerin plasentanın doğum süresi ile doğum sonu kanama arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Sonuç: Gebelere ve doğum sonu annelere gereksiz medikal müdahalelerin yapılmamasını, KKYTTT sırasında annelerin olumlu duygu durumu içinde olduğu kanıtlarıyla doğum sonu kord klemplenmeden ten tene temas yapılmasını önermekteyiz.

To Determine The Effect of Skin-to-Skin Contact on Separation Time of Placenta

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to investigate the effect of immediately skin-to-skin contact (ISTSC) on placenta separation time before postpartum umbilical cord is cut.

Material and Method: The sample of the study consisted of nulliparous, 37-42 weeks pregnant women who gave birth between February-May 2019 and 97 mothers and newborns with muscle tone and spontaneous respiration at birth. The data of the study was collected by using the questionnaire consisting of 2 parts and observation and face-to-face interviews. The data obtained from the study were evaluated using SPSS package program.

Results: In our study, in mothers who underwent ISTSC; the time to onset of placenta separation was 4.70 ± 1.658 (min; max: 2; 8) minutes with separation bleeding, and the mean delivery time of the placenta was 7.82 ± 1.517 (min; max: 5; 12) minutes. The duration of placenta separation in mothers who underwent ISTSC were not affected by smoking, current pregnancy desire, mood during ISTSC, intervention in the latent and active phase and episiotomy ($p > 0.05$). There were no correlations between postpartum hemorrhage and delivery time of placenta of mothers undergoing ISTSC ($p > 0.05$).

Discussion and Conclusion: We suggest that unnecessary medical interventions should not be done to pregnant women and postpartum mothers and that skin contact with skin should

be made without clamping the cord during postpartum period with the evidence that mothers are in a positive mood.

GİRİŞ

Günümüzde doğumun doğallığı ve normalliği de tartışılan konular arasında yer almaktadır. “Normal” kavramı kurala uygun, alışlagelen, olağan, dizgili, aşırılığı olmayan ve uygun olarak tanımlanmaktadır (17). “Doğal” kavramı ise; doğada rastlanıldığı gibi, olağan, alışlagelen, her zamanki gibi olan, beklenildiği gibi, tabii ve natürel olarak tanımlanmaktadır (17). Bu kavramları incelediğimizde anlam olarak benzerlik göstermektedir. Bu kavramları doğum bağlamında ele aldığımızda, normal doğum ile doğal doğumun aynı olmasını beklerken sahada karşılaştığımız uygulamaların farklı olduğu gözlenmektedir.

Dosyasında normal doğum yazan bir anne ile karşılaşıldığında bebeğin sadece vajinal yolla doğmuş olduğu anlaşılmaktadır. Epizyotomi uygulanması ya da doğum indüksiyonu gibi girişimler normal doğum kavramının içinde yer almaktadır. Fakat doğal doğum denildiğinde; doğum indüksiyonu ve epizyotomi uygulanmamış ve doğum sonu bebek ile anne arasında ten tene teması yapılmış bir doğum şeklinden bahsedilmektedir. Doğum eyleminin doğal bir süreç olduğunu bilindiği halde uygulamada yapılan müdahaleler halen normal doğum olarak kabul edilmektedir (21, 31). Aslında doğum eyleminde yapılan her müdahale sonucu doğum eylemi müdahaleli olmaktadır, doğumun vajinal yolla olmuş olması o doğumun normal doğum olduğunu düşündürmekte ve kayıtlara normal doğum olarak geçirilmektedir (27). Bu uygulamaların sonrasında gebeler indüksiyonu, epizyotomi ve bebeğin kendilerinden ayrılıp bebek odasına alınmasını normal doğumun bir parçası olarak kabul etmekte ve kabullenmektedirler.

Milenyum çağında ortaya çıkan doğal doğum kavramında ise; doğumun kendiliğinden başlamasının desteklendiği, gebenin doğumda aktif rol aldığı, hormonların doğal salgılandığı, mümkün olduğunca müdahalesiz gerçekleşen, doğum sonrası kordun geç kesildiği, bebeğin doğar doğmaz ten tene teması yapıldığı ve bağlanmanın uzun süre yaşatıldığı bir durum olarak tanımlanmaktadır (19, 22, 28).

İki kavram anlam olarak benzer olsa da uygulamada bazı farklılıklar göstermektedir. Her normal doğum aslında doğal doğum olması gerekirken bu kavramlar tıp, teknoloji ve bakış açılarının değişmesi ile doğum pratiğinde yeni bir yaklaşım biçimini ortaya çıkarmıştır (27). Kayıtlar tutulurken yapılan müdahaleler sonucu doğum eylemi normalden uzaklaşmaktadır. Fakat bu kayıtlara halen normal gibi geçmektedir. Hastanelerde Robson On Gruplu Sınıflandırma Sistemi kullanılmasına rağmen istatistiksel olarak ayrımların yapıldığı bir veriyle karşılaşılmamaktadır. Günümüzde istatistikler sadece vajinal doğum ve sezaryen oranlarına bakmaktadır (5).

Bu tartışmalar arasında ten tene teması doğal doğumun bir parçası olmuş ve annelere özel hastanelerde pazarlanan bir hizmet haline gelmiştir. Doğum sonu bebeğiyle birlikte olmak her annenin hakkıdır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın tipi

Bu araştırma prospektif, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini saptamak için geçmiş veriler kullanılmıştır. 25.06.2018-31.12.2018 tarihleri arasında hastanede 128 ilk doğum olmuştur.

Power analizinde güç: %95, alfa hatası: 0.05 kabul edilerek minimum 45 örneklem, 5 örneklem de yedek olmak üzere 50 örneklem ile çalışmaya karar verilmiştir.

Araştırmanın örneklemini 11.03.2019-30.05.2019 tarihleri arasında Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumhane Ünitesine başvuran 97 nullipar gebe oluşturmuştur.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri

Anne açısından;

- Araştırmaya katılmayı kabul eden
- 18-49 yaş arası
- İlk doğumu olan (nullipar)
- 37-42 haftalık gebeliğe sahip
- Bebeği baş prezantasyonda olan

Bebek açısından;

- Doğum sonu spontan solunumu ve kas tonüsü olan
- Konjenital anomalisi olmayan yenidoğanlar örnekleme dahil edilmiştir.

Araştırmaya alınmama kriterleri

- Anne açısından araştırmaya dahil olma kriterleri karşılanmış olsa bile eylemde veya doğum sonrasında bebek açısından riskli durumda olan anneler
- Riskli gebeler çalışma dışında bırakılmıştır.

Araştırmanın Uygulanması

Gebelerden birinci bölümdeki soruları yanıtlanması istenmiştir. Geçiş fazına kadar gebeler hastane prosedürlerine göre takip edilmiştir. Geçiş fazına gelindiğinde tüm medikal girişimler durdurulmuş doğum normal seyrine (spontan) bırakılmıştır.

Çalışmayı kabul eden annelerin bebekleri doğum sonu kordon klemplenmeden annenin çıplak karnına memeye eğilimli bir şekilde yüz üstü yerleştirilmiştir. Anne ve bebeğin üzeri ılık bir havlu ile örtülmüştür. Yenidoğan annenin karnı üzerinden kaldırılmadan kurularak ıslak havlu kuru havlu ile değiştirilmiş, hipotermiyi önlemek amaçlı yenidoğanların başlarına şapka takılmıştır.

Bebeğin vücudu doğduğunda, doğumla ilgilenen ebeden kronometre tutması istenmiş ve plasentanın ayrılma belirtileri gözlenmiştir. Her ayrılma belirtisindeki süre ikinci bölümdeki ilgili maddeye yazılmıştır. Plasentanın tüm ayrılma belirtileri gözlendikten ve tuşe ile plasentanın vajina içine indiği muayene edildikten sonra kord klemplenmiş ve kesilmiştir. Kord kesildikten sonra plasenta vajinadan çıkarılmış ve kronometre durdurulmuştur. Plasentanın doğum dakikası da ikinci bölümdeki ilgili maddeye yazılmıştır.

Erken ten tene temasın dokunma, sıcaklık ve koku gibi duyuşsal uyarılar aracılığı ile maternal oksitosin salınımını sağlayan vagal uyarın olduğu belirtilmektedir (12). Bir Cochrane (2010) sistematik incelemesinde; plasentanın ayrılmasından önce veya sonra oksitosin uygulanmasının plasenta ayrılma süresi üzerine etkisinin olmadığı belirtilmiştir (25). Bu araştırmalar dayanağında KKYYTTT sırasında ve plasenta doğana kadar anneye dışarıdan hiçbir medikal girişim uygulanmamıştır.

Plasentanın doğumundan sonra çalışma bitirilmiş, kord klemplenmiş, anneye ve yenidoğana hastanenin rutin prosedürleri uygulanmıştır.

Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Veriler konu ile ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanan 2 bölümden oluşan anket formu ile toplanmıştır.

Birinci bölüm sosyo-demografik, doğum ve kord klemplenmeden yapılan ten tene temas ile ilgili gebelerin doldurması gereken sorulardan oluşmaktadır.

İkinci bölümde ise araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile doğumun evreleri, plasenta, bebeğin emmeye başlama süresi ve hastaneye yatış ve postpartum 8. saat

hemogram-hematokrit değerleri ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölümde kronometreyi yanlış olmaması için doğumda hastanede çalışan ebeler tutmuştur.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulaması yapılmadan önce Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10840098-604.01.01-E.39973 sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Kurum izni almak amaçlı gerekli yazışmalar yapılırken hastanede çıkan yangından dolayı yazışmalar durdurulmuştur. Etik kuruldan tarih ve örneklem değişikliği ile ilgili tekrar onay alındıktan sonra Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni alınmış ve çalışmaya başlanmıştır. Araştırma yapılacak olan tüm gebelere araştırma hakkında bilgiler verilmiş, yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırma Süresince Elde Edilen Deneyimler

- Gebelerin kord kesilmeden yapılan ten tene temas çalışmasını öğrendiklerinde çalışmaya katılma isteklerinin arttığı gözlenmiştir.
- Araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlamasa bile kord klemplenmeden ten tene temas yapmak isteyen multipar gebelere de kord klemplenmeden ten tene temas yapılmıştır.
- Araştırmanın yapıldığı kurumda araştırmaya ilgi artmış ve araştırma yapılmadığı zamanlarda da kurum çalışanları tarafından kord kesilmeden ten tene temasın yapılmaya başlandığı gözlenmiştir.
- Araştırma sırasında gebelerin, ebelerin ve hekimlerin olumlu tutumları araştırmacıyı motive etmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya dahil olan gebelerin demografik bilgileri incelendiğinde; %7,2'si okuryazar değil, %84,5'i ilkökul veya ortaokul mezunu, %5,2si lise mezunu ve %3,1'i önlisans veya lisans mezunudur. %99'unun herhangi bir mesleği yoktur. Gebelerin %92,8'inin geçirilmiş bir operasyonu ve %94'ünün kullandığı bir ilaç bulunmamaktadır. Gebelerin %96,9'u sigara kullanmamaktadır (Tablo 1). Gebelerin gebelik haftaları hesaplandığında; %28,8'inin 37-38 hafta, %62,8'inin 39-40 hafta ve %8,2'si 41-42 hafta olarak saptanmıştır. %96,9'u isteyerek gebe kalmıştır. Bebeği ile ilgili anlık duygudurum sorgulandığında; %36,2'ü korkmakta, %26,3'ü heyecanlı ve %25,3'ü mutlu bulunmuştur. Gebelerin tekrar doğum yapacak olsa ilgili hastaneyi seçme durumu sorgulandığında; %58,8'i tekrar tercih edeceğini ve %12,4'ü tercih etmeyeceğini, ifade etmiştir. (Tablo 2). Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması $21,76 \pm 3,454$ ve evlilik yaşı ortalaması $20,39 \pm 2,925$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 3).

Tablo 1. Demografik Veriler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	7	7.2
İlkökul – ortaokul	82	84.5
Lise	5	5.2
Ön lisans + Lisans	3	3.1
Meslek		

Var	1	1.00
Yok	96	99.0
Geçirilmiş operasyon		
Var	7	7.2
Yok	90	92.8
Sürekli kullandığı ilaç		
Var	3	3.1
Yok	94	96.9
Sigara içme durumu		
İçiyor	3	3.1
İçmiyor	94	96.9

Tablo 2. Obstetrik Veriler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebelik Haftası		
37-38	28	28.8
39-40	61	62.8
41-42	8	8.2
Gebeliği isteme durumu		
İstiyorum	94	96.9
İstemiyorum	3	3.1
Gebelikteki anlık duygudurum		
Korkulu	25	26.3
Heyecanlı	25	26.3
Mutlu	24	25.3
Fikri yok	21	22.1
Sonraki doğumlarda kurumu tercih etme durumu		
Evet	57	58.8
Hayır	12	12.4
Fikri yok	28	28.8
Kurumu tercih etmeme nedenleri		
Diğer gebelerin bağırması beni rahatsız etti.	3	25.0
İstediğim gibi hareket edemedim.	3	25.0
Eşimle ya da yakınımınla görüşmeme izin verilmedi.	3	25.0
Refakatçimin olmaması beni rahatsız etti.	3	25.0

Tablo 3. Annelerin Yaş ve Gravida Ortalaması

	Ort ± SS	Min; Maks
Yaş	21.76 ± 3.45	18; 33
Evlilik yaşı	20.39 ± 2.92	15; 29
Gravida	1.14 ± 0.38	1; 3
Abortus	0.09 ± 0.32	0; 2
Küretaj	0.05 ± 0.22	0; 1

Doğum sonrası ten tene temas bilgisi sorgulandığında; %92,8'i bilmediğini ve %7,2'si bildiğini söylemiştir. Ten tene teması bilenlerin %71,4'ü gebe okulu/doğuma hazırlık sınıfından ve %28,6'sı internette duydığını söylemiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Gebelerin Ten Tene Temas Bilgileri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ten tene teması bilme (duyma) durumu		
Evet	7	7.2
Hayır	90	92.8
Ten tene teması nereden öğrendiği		
Gebe okulu / Doğuma hazırlık sınıfı	5	71.4
İnternet	2	28.6

Gebelerin %78,9'una doğum eyleminin latent fazında, %76,8'ine aktif fazında herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Doğum eyleminin ikinci evresinde epizyotomi oranı incelendiğinde; gebelerin %88,4'üne epizyotomi uygulanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Doğum Eyleminde Yapılan Girişimler

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Latent fazda girişim uygulanma durumu		
Evet	20	21.1
Hayır	75	78.9
Aktif fazda girişim uygulanma durumu		
Evet	22	23.2
Hayır	73	76.8
Epizyotomi uygulanma durumu		
Evet	84	88.4
Hayır	11	11.6

KKYTTT sırasındaki hisler sorgulandığında; %38,7'si mutlu, %2,2'si kirli, %20,4'ü korkulu, %38,7'si heyecanlı hissetmiştir. KKYTTT sırasında yenidoğanların %92,6'sı emmeye başlamamıştır (Tablo 6).

Tablo 6. KKYTTT Sırasındaki Duygudurum ve Bebeğin Emmeye Başlama Durumu

	Sayı (n)	Yüzde (%)
KKYTTT sırasındaki duygudurum		
Mutlu	36	38.7
Kirli	2	2.2
Korkulu	19	20.4
Heyecanlı	36	38.7
KKYTTT sırasında bebeğin emmeye başlama durumu		
Evet	7	7.4
Hayır	88	92.6
Bebeğin emmeye başlama durumu; dk		
1-5. dakika	1	14.3
6-10. dakika	5	71.4
11-15. dakika	1	14.3

**KKYTTT: Kord Klemplenmeden Yapılan Ten Tene Temas*

Kord klemplenmeden yapılan ten tene temas (KKYTTT) sırasında yenidoğanlar annelerinin çıplak karnına memeye eğilimli şekilde yerleştirilmiş, umbilikal kord klemplenmemiş ve bu süre içinde herhangi bir medikal girişim uygulanmamıştır. Kronometre ile süre tutularak plasentanın ayrılma belirtileri ve plasentanın doğum süresi ortalamaları hesaplanmıştır. Ayrılma kanaması $4,70 \pm 1,658$, Schroeder belirtisi $5,28 \pm 1,455$, Ahlfeld belirtisi $5,72 \pm 1,447$, Küstner belirtisi $6,35 \pm 1,515$ ve plasentanın doğum süresi ortalama $7,82 \pm 1,517$ olarak bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7. Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süreleri ve Annelerin Hemoglobin-Hematokrit Değerlerinin Ortalaması

	Ort \pm SS	Min; Maks
Plasentanın ayrılma belirtileri		
Ayrılma kanaması	4.70 ± 1.65	2; 8
Schroeder belirtisi	5.28 ± 1.45	3; 9
Ahlfeld belirtisi	5.72 ± 1.44	3; 9
Küstner belirtisi	6.35 ± 1.51	3; 10
Plasentanın doğumu	7.82 ± 1.51	5; 12
Giriş hemoglobin değeri	11.66 ± 1.34	8; 15
Giriş hematokrit değeri	35.52 ± 3.39	27; 43
Postpartum 8. saat hemoglobin değeri	10.62 ± 1.28	7; 14
Postpartum 8. saat hematokrit değeri	32.44 ± 3.42	24; 43

-Ahlfeld belirtisi: Umbilikal kordun uzaması

-Küstner belirtisi: Mons pubisten dik olarak bir el ile bası yapılınc kordon boyunca bir kısımla olmaması

-Schroeder belirtisi: Fundusun, umblikus üzerinde yükselmesi, uterusun uzun şeklinden yuvarlak hale geçmesi

Sigara içme durumu ile plasentanın ayrılma belirtileri karşılaştırıldığında; ayrılma kanaması, schroeder belirtisi, ahlfeld belirtisi, küstner belirtisi ve plasentanın doğum süresi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla $p=0,431$, $p=0,879$, $p=0,586$, $p=0,578$, $p=0,696$) (Tablo 8).

Latent fazda uygulanan girişimler ile plasentanın ayrılma belirtileri karşılaştırıldığında; ayrılma kanaması, schroeder belirtisi, ahlfeld belirtisi, küstner belirtisi ve plasentanın doğum süresi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla $p=0,277$, $p=0,408$, $p=0,452$, $p=0,256$, $p=0,882$) (Tablo 9).

Aktif fazda uygulanan girişimler ile plasentanın ayrılma belirtileri ve plasentanın doğum süresi karşılaştırıldığında; ayrılma kanaması, schroeder belirtisi, ahlfeld belirtisi, küstner belirtisi ve plasentanın doğum süresi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla $p=0,722$, $p=0,495$, $p=0,715$, $p=0,486$, $p=0,989$) (Tablo 10).

Epizyotomi uygulanma durumu ile plasentanın ayrılma belirtileri ve plasentanın doğum süresi karşılaştırıldığında; ayrılma kanaması, schroeder belirtisi, ahlfeld belirtisi, küstner belirtisi ve plasentanın doğum süresi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla $p=0,565$, $p=0,556$, $p=0,326$, $p=0,317$, $p=0,148$) (Tablo 11).

Epizyotomi uygulanma durumu ile postpartum 8. saat hemoglobin ve hematokrit değerleri arasında anlamlı olarak bir ilişki bulunmamıştır (sırasıyla $p=0,691$, $p=0,783$) (Tablo 11).

Gebelikteki anlık duygudurum ile plasentanın ayrılma belirtileri karşılaştırıldığında; schroeder belirtisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,048$) (Tablo 12). Gebelikteki duygudurumunu tanımlayamayan annelerin Schroeder belirtisi dakikası diğerlerine göre daha yüksektir.

Kord klempenmeden yapılan ten tene temas sonrası bebeğin emmeye başlama durumu ile plasentanın ayrılma belirtileri ve plasentanın doğum süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 13).

Gebeliği isteme durumu ile plasentanın ayrılma belirtileri süresi ve plasentanın doğum süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 14).

Plasentanın doğum süresi ile postpartum 8. saat hemoglobin değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 15).

Latent fazda girişim uygulanma durumu ile Postpartum 8. saat hemoglobin-hematokrit değeri karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 16).

Aktif fazda girişim uygulanma durumu ile Postpartum 8. saat hemoglobin-hematokrit değeri karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 17).

Epizyotomi uygulaması ile Postpartum 8. saat hemoglobin-hematokrit değeri karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 18).

Tablo 8. Gebelerin Sigara İçme Durumu ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresinin Karşılaştırılması

	Sigara içme durumu		Test İstatistiği	
	İçiyor (n=3)	İçmiyor (n=94)	Z	p
	Ortanca	Ortanca		
Ayrılma kanaması	5.00	5.00	0.788	0.431
Schroeder belirtisi	5.00	5.00	0.152	0.879
Ahlfeld belirtisi	5.00	6.00	0.544	0.586
Küstner belirtisi	-	6.00	0.556	0.578
Plasentanın doğumu	-	8.00	0.390	0.696

-Mann Whitney non parametrik test

Tablo 9. Latent Fazda Girişim Uygulanma Durumu ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresinin Karşılaştırılması

Plasentanın ayrılma belirtileri (dk)	Latent fazda girişim uygulanması		Test İst
	Evet (n=20)	Hayır (n=75)	
	Ortanca	Ortanca	Z
Ayrılma kanaması	5.00	5.00	1.088
Schroeder belirtisi	6.00	5.00	0.827
Ahlfeld belirtisi	6.00	6.00	0.751
Küstner belirtisi	7.00	6.00	1.137
Plasentanın doğumu	8.00	8.00	0.149

-Mann Whitney non parametrik test

Tablo 10. Aktif Fazda Girişim Uygulanma Durumu ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresinin Karşılaştırılması

Plasentanın ayrılma belirtileri (dk)	Aktif fazda girişim uygulanması		Test İstatis
	Evet (n=22)	Hayır (n=73)	
	Ortanca	Ortanca	Z
Ayrılma kanaması	5.00	5.00	0.356
Schroeder belirtisi	6.00	5.00	0.682

Ahlfeld belirtisi	6.00	6.00	0.365	0.715
Küstner belirtisi	6.00	6.00	0.696	0.486
Plasentanın doğumu (dk)	8.00	8.00	0.013	0.989

-Mann Whitney non parametrik test

Tablo 12. Gebelikteki Anlık Duygudurum ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresinin Karşılaştırılması

Plasentanın ayrılma belirtileri (dk)	Gebelikteki anlık duygudurum				Test İstatistiği
	Korkulu	Heyecanlı	Mutlu	Fikri yok	χ^2

Tablo 11. Epizyotomi Uygulanma ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresi ve Postpartum 8. saat Hemogloblin-Hematokrit Değerlerinin Karşılaştırılması

Plasentanın ayrılma belirtileri (dk)	Epizyotomi uygulanma durumu		Test İstatistiği		
	Evet (n=84)	Hayır (n=11)	Z		
	Ortanca	Ortanca			
Ayrılma kanaması	5.00	4.00	0.575	0.	
Schroeder belirtisi	5.00	5.00	0.589	0.	
Ahlfeld belirtisi	6.00	5.00	0.981	0.	
Küstner belirtisi	6.00	6.00	1.001	0.	
Plasentanın doğumu	8.00	7.00	1.445	0.	
Postpartum 8. saat hemogloblin değeri	10.00	11.00	0.398	0.	
Postpartum 8. saat hematokrit değeri	32.00	33.00	0.275	0.	
-Mann Whitney non parametrik test	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	
Ayrılma kanaması	4.00	5.00	5.00	5.00	3.478
Schroeder belirtisi	4.00	5.00	5.00	6.00	3.913
Ahlfeld belirtisi	5.00	6.00	6.00	6.00	1.778
Küstner belirtisi	6.00	6.00	6.00	7.00	0.405
Plasentanın doğumu	7.00	8.00	8.00	9.00	0.633

-Kruskal Wallis non parametrik testi

Tablo 13. KKYTTT Sonrası Bebeğin Emmeye Başlama Durumu ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresinin Karşılaştırılması

Değişkenler	KKYTTT sonrası bebeğin emmeye başlama durumu		Test İstatistiği	
	Evet(n=7)	Hayır (n=88)	Z	
	Ortanca	Ortanca		
Ayrılma kanaması	5.00	5.00	0.960	0.
Schroeder belirtisi	5.00	5.00	0.270	0.
Ahlfeld belirtisi	5.00	6.00	0.015	0.
Küstner belirtisi	6.00	6.00	0.686	0.
Plasentanın doğumu	8.00	8.00	0.921	0.

-Mann Whitney non parametrik test

Tablo 14. KKYTTT Sırasındaki Duygudurum ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresinin Karşılaştırılması

Plasentanın ayrılma belirtileri (dk)	KKYTTT sırasındaki duygudurum				Test İstatistiği	
	Mutlu	Kirli	Korkulu	Heyecanlı	Z	p
	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca		
Ayrılma kanaması	5.00	4.00	5.00	5.00	2.742	0.47
Schroeder belirtisi	5.00	4.50	5.00	5.00	1.949	0.58
Ahlfeld belirtisi	5.50	-	5.00	6.00	3.091	0.37
Küstner belirtisi	6.00	-	6.00	7.00	1.131	0.77
Plasentanın doğumu	8.00	6.50	8.00	8.00	2.076	0.57

-Kruskal Wallis Non Parametrik Test

Tablo 15. Postpartum 8. Saat Hemoglobın Değerleri ile Plasentanın Doğum Süresi Arasındaki Korelasyon Analizi

	r	p
Postpartum 8. saat hemoglobın değeri-Plasenta doğum süresi	0.185	0.073

* *Spearman Rho İlişki Katsayısı*

Tablo 16. Latent Fazda Girişim Uygulanma Durumu ile Postpartum 8. Saat Hemoglobın-Hematokrit Değerinin Karşılaştırılması

	Latent fazda girişim uygulanma durumu		Test İstatistiği	
	Evet	Hayır	Z	p
	Ortanca	Ortanca		
Postpartum 8. saat hemoglobın değeri	10.00	11.00	0.946	0.344
Postpartum 8. saat hematokrit değeri	30.50	33.00	1.519	0.129

-Mann Whitney U Non Parametrik Test

Tablo 17. Latent Fazda Girişim Uygulanma Durumu ile Postpartum 8. Saat Hemoglobın-Hematokrit Değerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Aktif fazda girişim uygulanma durumu		Test İstatistiği	
	Evet	Hayır	Z	p
	Ortanca	Ortanca		
Postpartum 8. saat hemoglobın değeri	10.00	11.00	1.047	0.295
Postpartum 8. saat hematokrit değeri	30.50	33.00	1.481	0.139

-Mann Whitney U Non Parametrik Test

Tablo 18. Epizyotomi Uygulanması ile Postpartum 8. Saat hemoglobın-Hematokrit Değerlerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Epizyotomi uygulanma durumu		Test İstatistiği	
	Evet	Hayır	Z	p
	Ortanca	Ortanca		

Postpartum 8. saat hemoglobin değeri	10.00	11.00	0.398	0.691
Postpartum 8. saat hematokrit değeri	32.00	33.00	0.275	0.783

-Mann Whitney U non parametrik test

TARTIŞMA

Ten tene temasın anne açısından; memnuniyeti arttırdığı, oksitosin salınımını uyardığı, erken emzirmeyi başlattığı, anneliğe uyum sağlama ve bağlanmayı kolaylaştırdığı belirtilmektedir (1, 15, 29, 34). Bizim çalışmamızda doğum olduğunda KKYTTT uygulanmış ve annelere hiçbir medikal girişim yapılmamıştır. Plasentanın ayrılma belirtileri kronometre tutularak kaydedilmiş, plasenta tam ayrıldığında umbilikal kord klemplenmiş ve bebek anneden

ayrılarak plasentanın doğumuna yardımcı olunmuştur. Son olarak plasentanın doğum süresi kaydedilerek çalışmaya son verilmiştir. Doğum sonu umbilikal kord kesilmeden yapılan ten tene temasın (KKYTTT) plasenta ayrılma süresine olan etkisinin incelemek amacıyla yaptığımız çalışmanın literatür ile bu bölümde tartışılmıştır.

Bizim çalışmamızda KKYTTT uygulanan annelerde; plasenta ayrılmaya başlama süresi ayrılma kanaması ile 4.70 ± 1.658 (min; maks: 2; 8) dakika, plasentanın tam doğum süresi ortalama 7.82 ± 1.517 (min; maks: 5; 12) dakika olarak bulunmuştur. Turan'ın (2016) kord atımı durana kadar kordun kesilmediği ve 30 dakika TTT uygulanan annelerde plasenta ayrılma süresini, oksitosin düzeyini ve ağrı düzeyini incelediği çalışmada plasenta ayrılma süresi ortalama 10.1 ± 4.8 dakika olarak bulunmuştur (33). Essa ve İsmail'in (2015) TTT'in doğumun üçüncü evre süresi ve emzirmeye başlaması üzerine etkisini inceledikleri çalışmada ise TTT yapılan annelerin %96'sının doğumun 3. evresinin 5 dakikadan kısa olduğunu belirtmektedir (9). Mejbil ve Ali'nin (2012) TTT'in doğumun üçüncü evre süresine etkisini incelemek amaçlı yaptıkları çalışmada umbilikal kordu keserek TTT yapılan annelerde plasentanın ayrılma süresini ortalama $1.880 \pm .65758$ olarak belirtmektedir (23). Bu çalışmaların bulguları metot olarak bizim çalışmamıza benzemese de sonuçlar bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

KKYTTT yapılan annelerde plasentanın ayrılma süresini; sigara içme, gebeliği isteme, KKYTTT sırasındaki duygudurum, latent ve aktif fazda girişim uygulama ve epizyotomi uygulaması etkilememiştir ($p > 0.05$). Mejbil ve Ali'nin yaptıkları çalışmada TTT yapılan annelerin %30'una birinci evrede girişim uygulanmıştır. Bizim çalışmamızda ise annelerin %20'sine latent fazda ve %22'sine aktif fazda girişim uygulanmıştır (23). Mejbil ve Ali'nin çalışmasındaki bulgular bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Turan ise yaptığı çalışmada birinci evrede girişim uygulanan gebeleri çalışmaya dahil etmemiştir (33). Bizim çalışmamızda sentetik oksitosinin yarılanma ömrü 2-7 dakika olarak kabul edilerek birinci evrede geçiş fazına kadar girişim uygulanan gebeler çalışmaya dahil edilmiştir (8).

Byaruhanga ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2008) verniks kaseoza ve kanla karışık amniyon sıvısı kirli olarak algılansa da bizim çalışmamızda sadece 2 anne çalışma sırasında kirli hissetmiştir (2). Finigan ve Long'un (2014) çalışmasında da kültüre bakılmaksızın TTT'ı bütün kadınlar olumlu karşılamaktadır (11). Bu çalışmaların bulguları bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

KKYTTT ile erken emzirme arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Chiou ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2014) TTT'in emzirmenin başarılı olmasında etkili olduğunu bildirmektedir (3). Essa ve İsmail'in yaptığı çalışmada ise TTT yapılan annelerin %88'inin ilk emzirmeyi kendiliğinden başlattığı belirtilmektedir. Yine aynı çalışmada TTT yapılan annelerin doğumdan ilk emzirmeye kadar geçen süre daha kısa bulunmuştur (9). Bizim çalışmamızda doğum sonu KKYTTT sırasında emzirme eylemi gözlenmiş, plasentanın tüm ayrılma belirtileri gözlemlendikten sonra çalışma bitirilmiş ve yenidoğan anneden ayrılmıştır. Nimbalkar ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2016) TTT yapılan bebeklerin %38'i emzirmeye bir saat içinde başlanırken, TTT yapılmayan bebeklerin %32'si bir saat içinde emzirmeye başlanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da diğer çalışmalar emzirmenin arttırdığını göstermektedir (26). Karahan ve Şimşek'in (2017) yaptığı çalışmada 1 saat ten tene temas eden bebeklerin %96'sı ilk emzirmede problem yaşamamışlardır. Ayrıca bu annelerin %86'sı kendi kendine yetebileceğini düşünmektedir (30). Moore ve arkadaşlarının yaptığı bir Cochrane derlemesinde (2012) ten tene temasın emzirme süresini arttırdığını söylemektedirler (25). Yine Moore ve arkadaşlarının yaptığı Cochrane çalışmasında (2007) bebekleriyle ten tene temas yaşayan kadınların doğum sonrası bir ila dört ay arasında emzirmeye devam etme olasılığı %24 daha fazla olduğunu bildirmektedir (24). Bizim çalışmamızda bu ilişkinin bulunamaması plasentanın tüm ayrılma belirtilerinin tamamı gözlemlendiğinde bebeğin anneden ayrılmasından kaynaklanıyor olabilir. Dolayısıyla yöntemsel farklılıktan ve çalışmanın amacının farklı olmasından söz edebiliriz.

KKYTTT yapılan annelerin plasenta doğum süresi ile doğum sonu kanama arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Konuyla alakalı birebir çalışma bulunmasa da kaynaklar; TTT'in oksitosin düzeyini artırarak plasentanın doğum süresini kısalttığını ve postpartum kanamayı azalttığını belirtmektedir (6, 7, 10, 13, 14, 16, 24, 31).

Doğum sonu kanama plasenta ayrılması sebebiyle kaçınılmaz bir durumdur. Direkt konuyla ilgili literatürde bir çalışma yoktur. Ancak literatürde epizyotomi tamirinin plasentanın doğumundan önce yapılmasının kan kaybını azalttığını söylemektedir (20). Kaynaklarda üçüncü evrenin aktif ve pasif yönetimi karşılaştırılmakta ve halen tartışılmaktadır (4, 18, 31, 32). Bizim çalışmamızda latent ve aktif fazda uygulanan girişim ve epizyotomi doğum sonu kanamayı etkilememiştir ($p>0.05$).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

- Çalışmamızda KKYTTT uygulanan annelerde; plasenta ayrılmaya başlama süresi ayrılma kanaması ile 4.70 ± 1.65 (min; maks: 2; 8) dakika, plasentanın tam doğum süresi ortalama 7.82 ± 1.51 (min; maks: 5;12) dakika olarak bulunmuştur.
- KKYTTT yapılan annelerde plasentanın ayrılma ve doğum süresini; sigara içme, gebeliği isteme, KKYTTT sırasındaki duygudurum, latent ve aktif fazda girişim uygulama ve epizyotomi uygulaması etkilememiştir ($p>0.05$).
- KKYTTT yapılan annelerin plasenta doğum süresi ile doğum sonu kanama arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

- KKYTTT yapıldığı sıradaki duygudurum plasentanın doğum süresini etkilememiştir ($p>0.05$).
- Gebelikteki anlık duygudurum Schroeder ayrılma belirtisini etkilese de plasentanın doğum süresini etkilememiştir ($p>0.05$).
- KKYTTT ile erken emzirmeye başlama arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).
- Latent ve aktif fazda uygulanan girişim ve epizyotomi doğum sonu kanamayı etkilememiştir ($p>0.05$).

Öneriler

- Çalışmanın sonuçlarından yola çıkarak; gebelere ve doğum sonu annelere gereksiz medikal müdahalelerin yapılmamasını,
- Literatürdeki doğal doğum/normal doğum karmaşasının giderilmesi ve uygulanan her girişimde doğumun normalden uzaklaştığının benimsenmesi ve kaydedilmesini,
- Çalışma yapılırken literatürde plasentanın çok fazla çalışılmadığı fark edildi. Plasentanın çalışmalara dahil edilmesini,
- Doğumun birinci evresinde girişim uygulanan (propess, misoprostol, sentetik oksitosin vb.), girişim uygulanmadan yapılan TTT'ın karşılaştırıldığı çalışmaların yapılmasını,
- Çalışmaya kontrol grubu sağlanarak ve serum oksitosin düzeylerine bakılarak geliştirilmesini,
- KKYTTT ile doğum sonu kanama arasında doğrudan sonuçlar bulunabilecek çalışmalar yapılmasını,
- KKYTTT sırasında annelerin olumlu duygudurum içinde olduğu kanıtlanmıştır. Bu veriler göz önüne alınarak kliniklerde KKYTTT yapılmasını önermekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Buckley, S. (2015). Oxytocin. Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence And Implications For Women, Babies And Maternity Care. Childbirth Connection, New York. 26-92.
2. Byaruhanga, R. N., Bergström, A., Tibemanya, J., Nakitto, C., & Okong, P. (2008). Perceptions among post-delivery mothers of skin-to-skin contact and newborn baby care in a periurban hospital in Uganda. Midwifery, 24(2),- 183-189.
3. Chiou,- S. T., Chen, L. C., Yeh,- H., Wu, S. R. and Chien, L. Y. (2014). Early Skin to Skin Contact, Rooming in, and Breastfeeding: A Comparison of the 2004 and 2011 National Surveys in Taiwan. Birth, 41(1), 33-38

4. Chong, Y.S., Su, L.L. and Arulkumaran, S. (2004). Current strategies for the prevention of postpartum haemorrhage in the third stage of labour. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 16, 143–50
5. Çağan, M. (2017). Doğum Biçiminin Yıllar İçinde Gösterdiği Değişim ve “Robson On Gruplu Sınıflandırma Sistemi”, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara
6. Dal Monte, O., Noble, P. L., Turchi, J., Cummins, A. And Averbeck, B. B. (2014). CSF And Blood Oxytocin Concentration Changes Following İntranasal Delivery İn Macaque.
7. Davis, D., Baddock, S., Pairman, S., Hunter, M., Benn, C., Anderson, J-. And Herbison, P. (2012). Risk of Severe Postpartum Hemorrhage İn Low Risk Childbearing Women İn New Zealand: Exploring The Effect Of Place Of Birth And Comparing Third Stage Management Of Labor. *Birth*, 39(2), 98-105.
8. Demirel, G., & Çelik, D. B. (2013). Doğal doğuma müdahale: sentetik oksitosin kullanımı. *Merhaba*, 157.
9. Essa, R. M. ve Ismail, N. I. A. A. (2015). Effect of early maternal/newborn skin-to-skin contact after birth on the duration of third stage of labor and initiation of breastfeeding. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(4), 98.
10. Fahy, K.M., Hastie, C., Bisits, A., Marsh, C., Smith, L. And Saxton A. (2010). Holistic Physiological Care Compared with Active Management Of The Third Stage Of Labour For Women At Low Risk Of Postpartum Haemorrhage: A Cohort Study. *Women and Birth* 23(4), 146-152
11. Finigan, V. and Long, T. (2014). Skin- to- skin contact: multicultural perspectives on birth fluids and birth ‘dirt’. *International nursing Review*, 61(2), 270-277.
12. Güleşen, A., & Yıldız, D. (2013). Erken Postpartum Dönemde Anne Bebek Bağlanmasının Kanıta Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(2), 177-82.
13. Gyte, G. (2006). NCT Evidence Based Briefing. Third Stage of Labour. Part 1: Physiological Third Stage. *New Digest*, (35), 24, 8
14. Hastie, C. And Fahy, K. M. (2009). Optimising Psychophysiology İn Third Stage of Labour: Theory Applied- To Practice. *Women- and Birth*, 22(3), 89-96.
15. ICEA 2016, Ulaşabilirsiniz: https://Icea.Org/Wp-Content/Uploads/2016/01/Skin_To_Skin_Contact_PP.Pdf , Erişim Tarihi: 07.04.2019
16. İnternet: Evidence Based Guidelines for Midwifery- Led Care in labour: Third Stage of Labour (2012). The Royal College of Midwives. <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Third%20Stage%20of%20Labour.pdf>

17. İnternet: TDK Sözlüğü, Erişim Tarihi: 15.06.2019:
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ce38fd908d7e3.11255113
18. Jangsten, E., Mattsson, L., Lyckestam, I., Hellstro'm, A. and Berg, M. (2011). A comparison of active management and expectant management of the third stage of labour: a Swedish randomised controlled trial. *Bjog*,118, 362–369.
19. Karabulutlu, Ö., & Yavuz, C. (2018). Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Doğal Doğuma Yönelik Bilgi ve Düşünceleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 7-14.
20. Kelekci, S., Savan, K., Yaşar, L., Sönmez, S., Şahin, L., & Şentürk, A. (2002). Epizyotomi Tamirinin Plasenta Çıkışından Önce veya Sonra Yapılmasının Peripartum Kan Kaybına Etkisi. *Perinatoloji Dergisi*, 10(4), 331-335.
21. Kızılkaya Beji N. (Ed.) (2017). Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (2. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi
22. Kömürcü N. (2014). Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp kitabevi.
23. Mejbel, M. K. And Ali, R. M. (2012). Effectiveness of Skin-To Skin Contact on Duration of Third Stage of Labor İn Baghdad Teaching Hospital: Comparative Study. *Kufa Journal for Nursing Sciences*, 2(3), 21-29.
24. Moore, E. R. -And Anderson,- G-. C. (2007). Randomized Controlled Trial of Very Early Mother Infant Skin To Skin Contact and Breastfeeding Status. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(2), 116-125.
25. Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N. And Dowswell, T. (2012). Early Skin-To-Skin Contact for Mothers and Their Healthy Newborn Infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 5.
26. Nimbalkar, A. S., Patel, D. V., Nimbalkar, S. M., Patel, V. K., Patel, D. N., & Phatak, A. G. (2016). Infant and Young Child Feeding Practices in Infants Receiving Skin to Skin Care at Birth: Follow-up of Randomized Cohort. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 10(12), SC09.
27. Onat Bayram G. (2009). Kanıtı Dayalı Uygulamalar Doğrultusunda Alternatif Bir Doğum Yöntemi: Evde Doğum Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi; 2(3): 99-104.
28. Rathfisch G. (2012). Doğal Doğum Felsefesi. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
29. Stevens,-- J., Schmied, V., Burns, E. and Dahlen, H. (2014). Immediate or early skin to skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Maternal & child nutrition*, 10(4), 456-473.

30. Şimşek, S., & Karahan, N. (2017). Assessment of TheImpact of Mother-Infant Skin-to-Skin Contact at Childbirth on Breastfeeding. *Konuralp MedicalJournal/Konuralp Tıp Dergisi*, 9(1).
31. Taşkın, L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 13. Baskı, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
32. Thilaganathan, B., Cunter, A., Latimer, J. and Beard, R. (1993). Management of the third stage of labour in women at low risk of postpartum haemorrhage. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 48, 19–22.
33. Turan, Z., & Erenel, A. Ş. (2016). Effect of skin-to-skin contact on the placental separation time, mother's oxytocin and pain levels: randomized controlled trial. *Turkish Journal of Biochemistry*.
35. Winberg, J. (2005). Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior—a selective review. *Developmental psychobiology*, 47(3), 217-229.

Anahtar Kelimeler: ten tene temas, kord klemplenmesi, plasentanın ayrılma süresi

Bildiri No: 20 Bildiri Türü: Sözlü Bildiri

Makat Prezantasyonu Baş Prezantasyona Çevirmek İçin Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Gebe Okuluna Başvuran Gebelerin Prezantasyon Durumlarının İncelenmesi

Yağmur Erişen

Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

Özet

Araştırmamızın amacı 2018-2019 yıllarında İstanbul Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yalnızca 'Gebe Okuluna 'makat gelişle başvuran gebelere makat geliş baş gelişe çevirmek için gösterilen egzersizler sonrası prezantasyon durumlarının retrospektif olarak incelenmesidir.

Giriş

Ülkemizde sezaryen oranı gelişmiş ülkelere oranla ciddi bir artış göstermektedir. Sezaryen sonrası yaşam kalitesi ve iyileşme döneminin süresi ve sezaryen maliyeti normal spontan vajinal doğuma(NSD) göre daha fazladır.(1)Artmış sezaryen oranları düşünüldüğünde primipar ve önceki doğumu veya doğumları NSD olan gebelerde, ilerleyen bölümlerde detaylarıyla anlatılacak olan egzersizler ile makat geliş sezaryen endikasyon oranını düşürmek için yapılan çalışmanın sonuçları yorumlanıp, önerilerde bulunulacaktır.

Sezaryen

Sezaryen, NSD'nin mümkün olmadığı durumlarda veya NSD ile birlikte fetal ya da maternal morbidite riskinde artış olduğu durumlarda uygulanır.(2) Türkiye Halk Sağlığı Kurumları 2016 verilerine göre Sezaryen oranı Türkiye genelinde, 2008 TNSA verilerine göre % 16,4'lük bir artış göstererek %53,1 oranına yükselmiştir.(3) Dünya Sağlık Örgütü'nün maternal ve perinatal mortalite oranlarını dikkate alarak hedeflediği sezaryen oranı % 15'dir. Anestezi, kullanılan ilaç ve malzemeler, cerrahi ve postoperatif bakımdaki gelişmeler sezaryenlere bağlı mortalite ve morbiditeleri azaltmış olmakla birlikte halen enfeksiyon, kanama, transfüzyon ihtiyacı, tromboembolik riskler, hastanede daha uzun kalma, iyileşmenin daha geç olması, daha çok ağrı çekilmesi gibi riskler devam etmektedir.(4)

SEZARYEN ENDİKASYONLARI

1. Fetal Endikasyonlar

- 1.1. Fetal Sıkıntı
- 1.2. Fetal Prezantasyon anomalileri
 - 1.2.a. Makat Prezantasyon
 - 1.2.b. Diğer Prezantasyon Anomalileri (Transvers, alın, yüz geliş, vb.)
- 1.3. Çoğul Gebelikler
- 1.4. Fetal Anomaliler (Hidrocefali, sakrokoksigeal teratom vb.)

2. Maternal Endikasyonlar

- 2.1. Geçirilmiş Uterus Cerrahisi (Sezaryen, diğer operasyonlar)
- 2.2. Sistemik Hastalıklar (DM, HT, Gebeliğe Bağlı Hipertansiyon vb.)
- 2.3. Vertikal Geçişli Maternal Enfeksiyonlar (HIV, HSV-2, vb.)

3. Travay veya Doğuma Ait Endikasyonlar

- 3.1. Baş-pelvis Uyumsuzluğu
- 3.2. Uzamış Eylem
- 3.3. Fetal Makrozomi

4. Umbilikal Kord ve Plasantaya Ait Endikasyonlar

- 4.1. Kordon Sarkması
- 4.2. Plasenta Previa
- 4.3. Ablasyo plasenta
- 4.4. Vasa Previa

(5)

Makat Prezantasyon

Makat geliş, term öncesi sık görülen fizyolojik bir durumdur. Gebeliğin erken aylarında fetusta çoğu kez prezantasyon bozukluğu görülür

Nedenleri;

- Anne yaşının ileri olması ve çok doğum yapması (grandmultiparite),
- Uterusun aşırı gerilmesine neden olan (iri bebek, polihidramniyos, çoğul gebelik) durumlar,
- Uterusun şekil bozuklukları,
- Hidrosefali ve anensefali gibi fetus başına ait bozukluklar ile doğum yolunu engelleyen (Plasenta previa ve myomlar gibi) durumlar makat gelişe neden olan durumlardır.

Tanı Makat geliş, birinci leopold manevrasında uterusun fundus kısmında sert bir kitle olarak başın alınması ile kolayca tanınır.

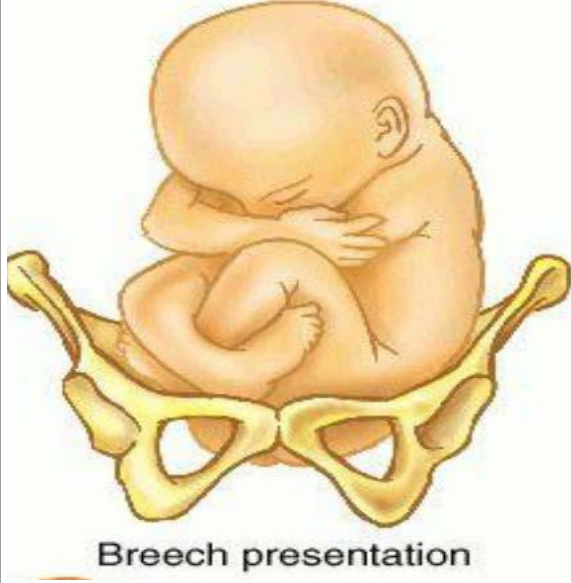
Üçüncü leopold manevrasında ise başa göre daha yumuşak olan makat, pelvis giriminde palpe edilir.

Tam olmayan makat gelişlerinde, makat yanında gelen diz ya da ayak gibi kısımlar palpe edilir. Ultrason, eylem öncesinde ya da eylem sırasında tanının kesinleşmesi ve fetusa ait ölçümlerin yapılabilmesi açısından gerekli bir yöntemdir. (5)

Makat ve alt ekstremiteler ile pelvis arasındaki ilişkiye göre üç ayrı makat geliş tanımlanır:

- 1) Tam makat: Üst bacaklar gövdeye doğru, alt bacaklar üst bacaklara doğru fleksiyondadır.
- 2) Saf makat(Frank Breech): Fetusun bacakları bir atel gibi gövdenin önünde uzanır. Ayaklar yüze yakındır.

3) Yarı makat: Bir ya da iki ayak prezante olmuştur. (6)



GEBELİK ve EGZERSİZ

Günümüzde sağlıklı bir yaşam için spor ve egzersizin faydaları iyice anlaşılmış durumdadır. Hekimler hastalarına sağlıklı bir yaşam için egzersiz yapmayı önermekte, egzersiz ve spor günümüzde kadınların

hayatlarında önemli bir yer almaktadır. Gebelik fiziksel, hormonal, psikolojik değişikliklerin olduğu uzun bir süreçtir. Bu süreçte bedenin iyi yönetilmesi Gebelikte bir çok sistemde önemli anatomik ve fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Bu sistemlerin başlıcaları kas-iskelet sistemi, kardiyovasküler sistem, solunum sistemi,

metabolik sistem ve endokrin sistemdir. Gebeliğe bağlı fizyolojik değişiklikler ve egzersizin oluşturduğu değişiklikler anne, fetus ve gebeliği etkiler.

Gebelikte yapılan egzersizlerin fetüs, doğum ağırlığı, gebelik süresi ve doğum süresine olan olumlu etkileri günümüzde yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır.(7)

Gebelikte Egzersizin Yararları

Egzersiz gebelikte hem fiziksel hem de psikolojik yönden fayda sağlar. Gebelikte yaygın görülen yorgunluk, gebelik varisleri ve bacaklardaki ödem egzersiz ile azalır. Ayrıca egzersiz yapan

gebelerde unutkanlık, stres, anksiyete ve depresyon daha az görülür. Bazı çalışmalarda gebelikte egzersiz ile az kilo almanın doğum süresini ve doğum komplikasyonlarını azalttığı bulunmuştur.

Egzersiz doğum için gereken kas aktivitesinin düzenlenmesine yardımcı olur. Sezaryen oranını ve, analjezik gereksinimini azaltır. Vücut şeklinin korunmasına yardımcı olarak özgüveni artırır. Stres, anksiyete, depresyon gibi durumlar azalır. Spor yönünden aktif kadınlarda gebelik hipertansiyonu, preeklampsi daha az görülür. Dolaşım ve sindirim işlevlerini düzenler. Fiziksel kondüsyon daha kolay korunabilir, halsizliğe karşı direnç artar.

Postür bozuklukları önlenebilir. Sırt ve bel ağrısı oluşumunu, bacak krampları oluşmasını, variköz ven oluşumunu, ödem oluşumunu azaltır. Tüm bu değişiklikler gebelikte oluşabilecek komplikasyonları azaltırken sağlıklı bir bebek doğurmaya yardımcı olur.(8)

Gebelere Egzersiz Önerilmeden Önce

Gebe genel olarak değerlendirilmeli, medikal ve obstetrik durum gözden geçirilmelidir. Egzersiz için kontraendikasyon teşkil eden durumlar belirlenmeli ve gebenin daha önceki aktivite durumu incelenmelidir. Egzersiz programları, potansiyel riskleri, uygulanışı hakkında yeterli bilgi sahibi olunmalıdır. Verilecek programın uygulanıp uygulanamayacağı dikkate alınmalıdır.(9)

Gebelikte Egzersizin Kontraendikasyonları

Gebede membran rüptürü, preterm eylem, gebeliğin hipertansif hastalıkları, servikal yetersizlik, intrauterin gelişme geriliği, çoğul gebelikler (≥üçüz gebelik), plasenta previa, persistan 2. ve 3. trimester kanamaları, kontrolsüz tip I diyabet, tiroid hastalıkları, ciddi kardiyovasküler, respiratuvar ve sistemik hastalıklar varsa egzersiz önerilmez.(10)

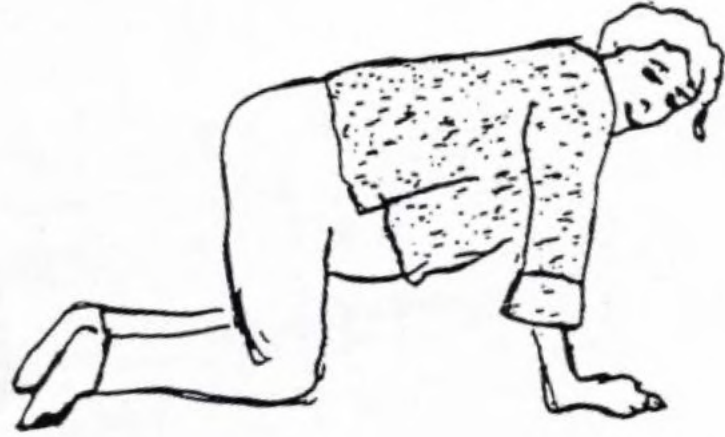
YÖNTEM ve GEREÇLER

Gebe okuluna katılım sağlayan gebelerin kısa anamnezleri ve kişisel bilgileri düzenli olarak kayıt altına alınmaktadır. Gebe okuluna makat geliş ile başvuran gebelere egzersiz gösterildikten sonra da bilgileri kaydedilmektedir. 2018-2019 yılları arasında başvuran 100 gebenin bilgileri kayıtlanan verilerden kontrol edilmiş ve doğum şekilleri Probel HBYS programı ile alınmıştır.

Makat Gelişler İçin Önerilen Egzersizler

Gösterilen egzersizler bebeğin en hareketli olduğu zaman dilimlerinde yapılmalı ve gebe yorulduğu zaman egzersizi sonlandırmalıdır. Gebe çömelme pozisyonu almamalı, yükseğe uzanmamalıdır. Egzersizlerin amacı bebek pelvik kanala makat ile yerleşmeden, uterus içerisinde dönebmesi için fetüse alan açmaktır.

Gebe kalçasının altına bir yastık koyarak sırt üstü uzanmalı, ayak tabanları yere paralel ve dizler 90 derece dik pozisyonda iken gebe ayaklarından güç alarak kalçasını yukarı doğru kaldırıp indirir.



Gebe diz göğüs pozisyonunda düzenli soluk alıp vererek 5-10 dk boyunca kalmalıdır.



VINAVER

METHOD TO TURN A BREECH

Naoli Vinaver, a midwife in Mexico, suggests the following protocol for help a breech baby turn. She says that 36 weeks is a perfect time to try and reports a success rate, usually within 36 hours.

Before starting the following exercises, consider if there is any conflict in your relations with the baby's dad. Ms. Vinaver noticed that babies often go head down when that is required. Prepare in advance for your day or two doing these exercises. It is hard work and requires you to be free of other duties, especially caring for small children.



The Method: Do each exercise for 20 minutes (60 min of work). Take a two hour break, eating and drinking at the beginning of the break. Repeat until you go to sleep for the night. Check baby's position in the morning before starting again.



1 Chest-to-Floor Inversion

From a kneeling position, put your chest on the floor. Your upper-legs should be straight and your torso at a 45° angle. Be gentle to your neck. Use pillows underneath if you need to, but keep this extreme angle for a full 20 minutes. This helps your uterine and pelvic tissues to balance.

2 Breech Tilt

Find a way to lay down at a 45° angle. Prop an ironing board or mattress up to allow you to elevate your bum and keep your back straight. This can be tricky when very pregnant, so be sure to have help and go slow at first. This angle backs baby up out of the pelvis so s/he can turn and helps get the chin tucked.

3 Wide Crawl

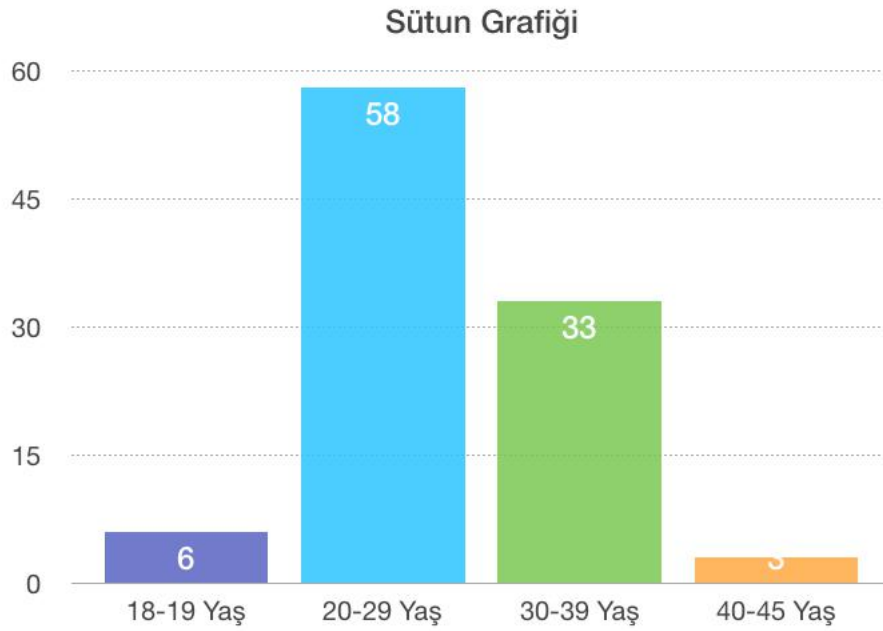
Crawl around on your hands and knees for 20 minutes. Protect your knees! Take some big, wide, steps with your knees, really open up the hips. Time on all fours can help release tight muscles and turn a posterior baby. Your breech is posterior more likely to turn if it starts to face your spine first.

Prepared exclusively for angienbell@yahoo.com Transaction: 0012027706

(11)

BULGULAR

Makat prezantasyon nedenlerinden olan multiyarite ve ileri anne yaşı Esenler Kadın Doğum Hastanesi Gebe Okuluna 2018-2019 yılları arasında makat geliş ile başvuran gebelerin anne yaşlarının karşılaştırılması.



Gebe Okuluna Başvuran Gebelerin Yaş Dağılımları

YAŞLAR	KİŞİ SAYISI
18-19 Yaş	6
20-29 Yaş	58
30-39 Yaş	33
40-45 Yaş	3

Sonuç

Gebe okuluna makat geliş egzersizlerini öğrenmek üzere başvuran 100 gebenin 45i baş geliş normal spontan vajinal doğum yapmıştır. 29 gebe dış kurumda doğum yapmıştır. 17 gebe makat geliş endikasyonu nedeniyle sezaryen doğum yaparken 1 gebe fetal distress (baş geliş) endikasyonu ile sezaryen, 1 gebe (baş geliş) mükerrer sezaryen ve 1 gebe uzamış eylem endikasyonu ile sezaryen, 1 gebe (baş geliş) iri bebek endikasyonu ile sezaryen doğum yapmıştır. 5 gebenin gebeliği devam etmekte olup 3 gebenin obstetrik ultrasonda prezantasyonlarının baş gelişe döndüğü görülmüştür. Gösterilen egzersizlerin etkililik oranı %45'tir. Artmış sezaryen oranı düşünüldüğünde makat geliş endikasyonunu gebelere gösterilen egzersiz ile bu endikasyona ait sezaryen oranı düşürülebilir.

Tartışma

Ülkemizde 2016 yılında tüm doğumlar içinde sezaryen doğum hızı %53,1 olarak belirlenirken; primer sezaryen doğumun tüm doğumlar içindeki payı da %26,4 olmuştur. Bu doğumların endikasyonlarına bakıldığında ise eski sezaryen %38,30, fetal distress % 17,96, baş-pelvis uygunsuzluğu % 10,50, ilerlemeyen travay %5,64, makat geliş %9,97 'dir. (12) . Ülkemizde makat gelişler için yalnızca eksternal sefalik versiyon uygulanmaktadır. New Mexico Üniversitesi Sağlık Merkezi Ebeleri tarafından ve American Academy of Family Physicians tarafından önerilen egzersizler ile makat geliş bebekler baş gelişe dönebilmektedir. Sezaryen endikasyonu olan Makat geliş gebelikleri 32-33 haftasından itibaren uygulayacakları egzersizler ile baş prezantasyonuna dönüp ve normal vajinal doğum yapabilmektedirler.

Kaynaklar

Gebelik ve Egzersiz PREGNANCY AND EXERCISE Dr. Güleğül KÖKEN,a Dr. Mehmet YILMAZERa aKadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, AFYONKARAHİSAR DERLEME / REVIEW.(7,8,9,10)

Anahtar Kelimeler: makat geliş, makat prezantasyon, prezantasyon bozukluğu, egzersiz

Bildiri No: 21 Bildiri Türü: Sözlü Bildiri

Dokosahekzaenoik Asit'in (Omega-3 Çoklu Doymamış Yağ Asidi) ve Krill Yağı'nın Rat Modellerinde Over Rezervi Üzerine Etkisi

Esmâ Yıldırım¹, Ali Yavuzcan²

Karayazı Türk Eczacıları Birliği İlçe Devlet Hastanesi, Erzurum

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

İnfertilite kontraseptif yöntem kullanmaksızın 1 yıl düzenli ilişkiyle gebelik elde edilememesidir. Reprodüktif çağıdaki çiftlerin %15'ini etkilemektedir. İnflamasyon ve oksidatif stres ovulasyon ve implantasyon olaylarında rol alır. Antioksidan sistemin çalışmasında Omega-3 etkin rol oynamaktadır. Krill yağında Omega-3 yağ asitleri, fosfolipitler, kolin, astaksantin ve güçlü antioksidanlar bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı ratlarda Omega-3 ve Krill yağı desteğinin antral folikül sayısı, atreziye giden folikül yüzdesi ve serum AMH düzeyindeki değişim parametreleri eşliğinde ovarian rezerve etkisini incelemektir. Bu çalışma 24adet 100±20gram Sprague-Dawley cinsi dişi ratlarda 4 östrus siklusu boyunca gerçekleştirilmiştir. 1.gruba ek hiçbir destek ürünü verilmemiştir. 2.gruba mide gavajıyla Omega-3-LCPUFA(450mg/kg/gün), 3.gruba Krill yağı(500mg/kg/gün) verilmiştir. Çalışmanın başlangıcı ve bitişinde alınan serum örneklerinden AMH düzeyi incelenmiştir. İmmünohistokimyasal analizde primordiyal, primer, preantral, antral ve atrezik folikül ve korpus luteum sayıları sayılmıştır. Çalışma çift kör yöntemiyle, İstatistiksel analizde SPSS for Windows 22.00 istatistik paket programı kullanılarak yapılmış, p<0,05 önem düzeyinde anlamlılık olarak kabul edilmiştir. Kontrol grubundaki primordiyal folikül sayısının Omega-3 grubundan(p=0,034); Krill yağı grubundaki primer folikül sayısının Omega-3 grubundan(p=0,035) daha fazla olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında preantral, antral folikül ve toplam folikül sayılarında fark olmadığı görülmüştür. Kontrol grubundaki korpus luteum sayısının Omega-3 grubundan daha fazla olduğu saptanmıştır(p=0,044). Atrezik folikül yüzdesi en yüksek Omega-3 grubunda görülmüştür(p=0,00). Tüm gruplarda deney öncesi/sonrası AMH değerlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur(p=0,161).Çalışmada ratlarda Krill yağı ve Omega-3 yağ asidinin folikül rezervini histolojik olarak ve gerekse serum parametreleri açısından olumlu yönde etkilemediği gösterilmiştir. İnfertilitenin en önemli nedenlerinden olan düşük over rezervinin tedavisinde rutin olarak güvenle verilebilecek ajanların keşfedilmesi için kapsamlı ve randomize yeni çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Anahtar Sözcükler: İnfertilite, over rezervi, Omega-3, Krill yağı, AMH (antiMüllerianHormon), folikül, atrezi.

Bildiri No: 22 Bildiri Türü: Sözlü Bildiri

**Prematüre Bebeklerin Annelerinde Doğum Sonu Yaşam Kalitesi ve Depresyon
Turana Isgandarlı¹, Fatma Deniz Sayın²**

*Bona Dea International Hospital
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi*

Özet

Amaç; Preterm doğum eyleminin etkileri bebekle sınırlı kalmamakla birlikte annelerde de adaptasyon, bebek bakımı ile ilgili sorumluluklar ve ciddi ruhsal problemlerle başetme gibi sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu çalışmanın amacı prematüre bebeği olan annelerde yaşam kalitesini ve depresyon riski düzeylerini belirleme ve doğum sonu dönemde annenin yaşam kalitesi ile depresyon riski arasındaki ilişkiyi saptamaktır.

Yöntem; Araştırma, 07 Kasım 2018 – 07 Mart 2019 tarihleri arasında, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları ek binasında 150 gönüllü anne ile yapılmıştır. Araştırmaya lohusa servisinde takip edilen ve miad bebeğe sahip olan 74 gönüllü anne ile bebeği ismi geçen hastanenin Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesi'nde prematürite tanısı ile yatmakta olan 76 gönüllü anne katılmıştır. Veri toplama aracı olarak; araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda geliştirilen 24 soruluk anket formu, Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ) ve Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MSEXcel 2007 programları kullanılmıştır.

Bulgular; Çalışmada yer alan annelerin %49,3'ünün bebekleri miadında ve %50,7'sinin bebekleri ise prematüredir. Prematüre bebeği olan annelerin yaş ortalaması 29.84±6.02, miad bebeği olan annelerinki ise 28.22±4.69 olarak bulunmuştur. Annelerin yaş ortalaması benzerdir ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Sigara kullanımı prematüre bebeği olan annelerde daha fazla görülmüştür (p<0.05). Prematüre bebeği olan annelerde prematürite öyküsü daha çok görülmüştür (p<0.05). İlk gebeliği olan annelerin çoğunluğunu prematüre bebek anneleri oluşturmuştur (p<0.05). Çalışmamızda prematüre bebek annelerinin doğum sonu yaşam kalitesi düşük (p<0.05), doğum sonu depresyon riski yüksek (p<0.001) bulunmuştur.

Sonuç; Araştırmamızda prematüre bebeği olan annelerin doğum sonu yaşam kalitesi düşük, depresyon riski ise yüksek bulunmuştur. Doğum sonu yaşam kalitesi ile depresyon riski arasında negatif yönlü, doğrusal ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Çalışmamızda doğum sonu dönemde yaşam kalitesi azaldıkça/arttııkça depresyon riski artmıştır/azalmıştır.

Anahtar Kelimeler; prematürite, yaşam kalitesi, doğum sonu yaşam kalitesi, postpartum depresyon, yenidoğan yoğunbakım

1. Giriş ve Amaç

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönem kadınlar için çok özel bir dönemdir. Birbirinden farklı ve karışık duygular bir arada ve yoğun olarak bu dönemde yaşanır. Vücudunu fizyolojik değişikliklere teslim eden anne aynı zamanda ebeveynlik rolüne geçişle yükümlüdür. Yeni sorumlulukların üstlenilmesi anneyi duygusal açıdan risk altında bırakmaktadır. Aileler doğum sonu dönemde bebeğe bakım vermektan bebeğin sağlık sorunlarını çözmeye kadar geniş aralıktaki sorunlarla baş etmek zorunda kalabilirler. Bu

nedenle bazen bu dönem tüm aile için kriz haline dönüşebilmektedir (Dereli Yılmaz, 2017). Fizyolojik birçok değişimi eşzamanlı yaşayan anne, aynı zamanda karmaşık sosyolojik ve psikolojik bir süreçten geçmektedir. Aileye yeni bireyin katıldığı bu dönem, anne için yeni düzene alışmak, vücudundaki değişikliklerle uyum sağlamak zorunda olduğundan güçtür (Aksakallı, Çapık, Ejder Apay, Pasinlioğlu & Bayram, 2012). Bu dönemde yaşanan sağlık sorunlarını anne ve yenidoğanın sağlık sorunları adı altında iki başlıkta inceleyebiliriz. Annelerin başlıca sağlık sorunları; epizyo bölgesinde ağrı, kızarıklık ve enfeksiyon, yorgunluk, uykusuzluk, konstipasyon, hemoroid, meme ucu sorunları, idrar inkontinansı, idrar yolu enfeksiyonu, vajinal enfeksiyonlar, olumsuz beden imajı, disparanoya, annelik rolünü yerine getirememe, yenidoğan ve kendi bakımında yetersizlik olarak nitelendirilirken, yenidoğanın başlıca sağlık sorunları; yetersiz emme, sarılık, huzursuzluk, pamukçuk, pişik, göz ve göbek enfeksiyonları, ishal, yetersiz kilo alımı olarak nitelendirilmektedir (Balkaya, 2002; Özkahraman Koç, 2018). Bu sorunlar sağlıklı her bebekte görülebilen ve baş edilmesi daha kolay olan sorunlardır. Fakat bunun yanında baş edilmesi daha zor olan ve yenidoğanın yoğun bakım ünitesine yatışını gerektiren ciddi sağlık sorunları da mevcuttur. Yenidoğan ölümlerinin nedenleri arasında ciddi payı olan prematürite bu sorunların en önemlileri arasındadır. DSÖ tarafından yapılan tanıma göre 37. haftası tamamlanmadan doğan bebekler prematüre bebekler olarak kabul edilmektedir (WHO, 2015). Son adet tarihinin ilk gününden itibaren 259 günden veya konsepsiyon sonrası 245 günden öncesi gerçekleşen doğumlar, preterm doğumlar olarak adlandırılmaktadır (Göksever, Kılıç, Erata, 2008). Prematüre doğumun yaklaşık %80'nini 32-36. gebelik haftasında gerçekleşen doğumlar oluşturmaktadır. Prematürite perinatal, neonatal ve post neonatal dönemde önemli bir ölüm nedeni olmakla beraber, bakım ve tedavisi de oldukça zordur. Ruhsal olarak erken doğum için hazırlıklı olmayan aile prematüre bir bebeğin doğumu ile aşırı derecede bunaltı yaşarlar ve çoğu zaman kendi kendilerine bu durumla baş etmeye çalışırlar. Bu durumdan en çok anne etkilenmektedir (Turan, Bolışık, 2003).

Preterm doğum eyleminin etkileri bebekle sınırlı kalmamakla birlikte annelerde de adaptasyon, bebek bakımı ile ilgili sorumluluklar ve ciddi ruhsal problemlerle başetme gibi sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu çalışmanın amacı prematüre bebeklerin annelerinde yaşam kalitesini ve depresyon riski düzeylerini belirleme ve doğum sonu dönemde annenin yaşam kalitesi ile depresyon arasındaki ilişkiyi saptamaktır.

2. Gereç ve Yöntem

Prematüre bebeğe sahip annelerde doğum sonu yaşam kalitesi ve depresyon riskini belirlemek ve yaşam kalitesi ile depresyon riski arasındaki ilişkiyi saptamak amacı ile yapılmış tanımlayıcı, kesitsel tipte olan araştırma, problemi daha iyi tanımlamak amacı ile 07 Kasım 2018-07 Mart 2019 tarihleri arasında İstanbul ili Avrupa yakasında yer alan İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek binası yenidoğan yoğunbakım ünitesi ve lohusa servisinde iki grup ile yapılmıştır. Çalışmanın yapıldığı hastane Kanuni Sultan Süleyman tarafından 1555'de yaptırılmış olup, 120 yatak kapasitesi (19 çocuk, 6 çocuk acil, 22 kuvözlü üçüncü basamak YYBÜ ve 32 yataklı lohusa servisi) ve 29 polikliniği bulunmaktadır. YYBÜ kendi içerisinde birinci, ikinci ve üçüncü basamak olmak üzere üç ayrı bölümden oluşur. Bölümde 1 uzman neonotolog, 2 yandal uzmanı, 2 yandal asistanı olmak üzere 3 uzman hekim, 8 asistan hekim, biri sorumlu servis ebesi olmak üzere 22 ebe ve hemşire, 1 tıbbi sekreter çalışmaktadır. Ünitenin içerisinde 4 yataklı anne oteli bulunmaktadır.

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan çalışmanın evrenini, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek binasında 07.11.19-07.03.19 tarihleri arasında yenidoğan yoğunbakım ünitesinde yatıyor olan prematüre bebeklerin anneleri ve bu tarihlerde miadında ve sağlıklı doğan bebeklerin anneleri

oluşturmaktadır. G*Power analizi yapılarak gereken minimum denek sayısı 73 olarak belirlenmiştir. Çalışmanın amacını tanımlayabilmek, takip süresince yaşanacak bilgi kayıplarını önlemek ve çalışmayı %95 güç ile gerçekleştirebilmek için çalışma 150 kişi ile yapılmıştır. Çalışma rastgele seçilmiş, gönüllü 76 prematüre bebek annesi ve 74 miadında sağlıklı ve miadında doğan bebek annesiyle tamamlanmıştır. Türkçe bilmeyenler ve 18 yaş altı kadınlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Veriler konu ile ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel bilgi formu Kişisel Bilgi Formu: Yaş, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sosyal güvence, eşin çalışma durumu, eve giren toplam gelir, herhangi bir hastalığın varlığı, madde bağımlılığı, ilk gebelik yaşı, abortus ve yaşayan sayısı ve gebelik öyküsünü de içeren sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri içeren 24 sorudan oluşmaktadır. İlk 23 soru bütün anneler tarafından cevaplandırılmış olup, 24. Soru sadece prematüre bebeği YYBÜ'nde yatan anneler tarafından cevaplandırılmıştır.

Doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği (DSYKÖ): Doğum sonu dönemde yaşam kalitesini değerlendirmek için Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmaktadır. Bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hill, Aldag, Riner ve Bloomfield tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Bu ölçek annenin içerisinde bulunduğu durumu algılamasına göre değerlendirilmektedir. Ölçek 5 alt kısımdan, 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları akrabalık aile/arkadaş (9 madde), sosyoekonomik (9 madde), eş (5 madde), sağlık (8 madde), psikolojik (9 madde) boyuttan oluşmaktadır. Ölçek doğum sonu, annelerin kendilerini ne derece memnun ve önemli hissettiklerini değerlendirmekte ve iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde memnuniyet, ikinci bölümde ise önemlilik derecesi 6'lı likert skalasına göre değerlendirilir. Ölçeğin memnuniyet ve önemlilik bölümleri 1'den 6'ya kadar numaralandırılmıştır (1-hiç memnun değil, 6-çok memnun). Annelerden sorulardaki alanla ilgili olarak ne kadar memnun olduğunu ya da o alanın onun için ne kadar önemli olduğunu tanımlayan en doğru şıkkın seçilmesi istenmiştir. Yaşam kalitesi ölçeği puanlarını hesaplamak için; 1'den 6'ya kadar olan memnuniyet maddelerinin her birinden 3.5 çıkarılmakta, ölçeğin önemlilik boyutundaki aynı maddelerle memnuniyet boyutundan alınan puanlar çarpılmaktadır. İşlem sonrası elde edilen puanlar toplanarak ölçek soru sayısına bölünerek, negatif sonuçlar oluşmaması için bölümden elde edilen rakama sabit bir değer kabul edilen 15 puan eklenip sonuç bulunmaktadır. Sonuç olarak Yaşam Kalitesi Skoru 0-30 aralığında çıkmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe kişinin yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir (Hill, Aldag, Hekel, Riner, Bloomfield 2006). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Altıntuğ ve Ege tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Türkçe ölçeğin faktör analizinde faktör yükü 0.41 ile 0.80 arasında değişmektedir. Doğrulayıcı faktör analizinde beş faktörlü yapı doğrulanmıştır. Ölçek toplam puanına göre Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı: 0.95, alt ölçeklerden psikolojik (0.83), akrabalık/aile-arkadaş (0.84), sosyoekonomik (0.87), eş (0.78), sağlık (0.81) olarak bulunmuştur (Altıntuğ, Ege 2012).

Edinburgh doğum sonu depresyon ölçeği (EDSDÖ): Postpartum depresyonu taramak için Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği kullanılmaktadır. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Cox ve arkadaşları tarafından 1987'de geliştirilmiştir. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 10 soru içermektedir. Ölçümü dörtlü likert tiptedir. Uygulaması kolay olduğundan kişiler kendi başlarına doldururlar. Her maddenin puanlaması farklıdır (3., 5., 6., 7., 8., 9., ve 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan, 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanır). Ölçek 0-30 puan arasında puanlandırılır. Toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Engindeniz ve arkadaşları tarafından 1996'da yapılmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik sırasıyla %84 ve %88, cronbach alfa değeri ise

0.79 olarak hesaplanmıştır. Kesme puanının 12-13 olduğu gösterilmiştir (Engindeniz, Küey, Kültür 1997). Türkiye ölçeğın kesme puanı 13 olarak hesaplanmış, 13 ve üzerindeki değerleri alan annelerin sevk edilmesi uygun görülmüştür (Eren 2007).

Veriler 07 Kasım 2018-07 Mart 2019 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek binası yenidoğan yoğunbakım ünitesi ve lohusa servisinde toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelere araştırma hakkında bilgi verilmiş, sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Kişisel Bilgi Formu doğum sonu dönemde hastanenin lohusa servisinde yatan annelerle ve bebeği YYBÜ'nde yatan annelerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından toplanmıştır. Annelerin bebeklerinin miad ve prematüre doğması bazında değerlerinin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile sınınanarak, parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olup olmadığını tespit etmek için Mann Whitney U non parametrik testi uygulanmıştır. Sosyodemografik ve obstetrik bilgiler içeren soruların karşılaştırılmasında Ki Kare Karşılaştırma testi kullanılmıştır. Miadında ve prematüre bebeği olan annelerin DSYKÖ toplam puanları ile EDSDÖ toplam puanları arasında ilişkiyi saptamak amacı ile korelasyon analizi yapılarak, spearman rho ilişki katsayıları hesaplanmıştır. Cronbach's Alpha katsayısı 0.5'ten küçük ise tutarsız, 0.5 ile 0.6 arasında ise kötü, 0.6 ile 0.7 arasında ise şüpheli, 0.7 ile 0.8 arasında ise kabul edilebilir, 0.8 ile 0.9 arasında ise iyi ve 0.9'dan büyük ise çalışma mükemmel olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızda DSYKÖ cevapların iç tutarlılık katsayısı 0.903, EDSDÖ cevaplarına ait iç tutarlılık katsayısı 0.860 olarak hesaplanmıştır. DSYKÖ alt faktörlerine ait iç tutarlılık cronbachs alpha katsayıları ve tanımlayıcı istatistikler aşağıdaki tablolarda sırası ile gösterilmiştir (Tablo 2.2, Tablo 2.3).

Tablo 2.1. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğine ait iç tutarlılık analizi

Ölçekler	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEğİ (DSYKÖ)	40	0.903
EDINBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEğİ (EDSDÖ)	10	0.860

Tablo 2.2. DSYKÖ alt faktörlerine ait iç tutarlılık cronbachs alpha katsayıları

Faktör no	Madde sayısı	Cronbach's Alfa
Faktör 1	10	0.746
Faktör 2	9	0.809
Faktör 3	5	0.552
Faktör 4	8	0.786
Faktör 5	8	0.834

Tablo 3. DSYKÖ alt boyutlarına ait tanımlayıcı istatistikler

Doğum Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt boyutları	Miad bebeği olan Ort±SS	Prematüre bebeği olan Ort±SS
Akrabalık-aile-arkadaş	27.78 ± 18.39	18.57 ± 20.63
Sosyo ekonomik	6.58 ± 25.22	11.65 ± 25.16
Eş	16.43 ± 10.20	18.90 ± 12.53
Sağlık	15.39 ± 19.97	1.67 ± 30.48
Psikoloji	31.91 ± 16.17	6.26 ± 24.26
Toplam sayı	74	76

Sadece prematüre bebeği olan annelerin cevapladığı Kişisel Bilgi Formu'nun 24. sorusuna ait cevap dağılımlarının sayı ve yüzdeleri hesaplanarak, ölçeklerin puanları ve seçenekler Kruskal Wallis nonparametrik test ve Mann Whitney U nonparametrik test kullanılarak, istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği ölçülmüştür. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışmanın istatistiksel anlamlılık düzeyi **p<0.05** olarak kabul edilmiştir.

Çalışmanın yapılabilmesi için, T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 2018 tarih ve 25403353-05.99-E.72979 sayılı onay alınmıştır.

3. Bulgular

Çalışmamızın bulguları annelerin sosyodemografik özelliklerini, obstetrik özelliklerini, ölçeklerin birbiri ile ilişkisini ve prematüre bebeği olan annelerin duygusal özelliklerini içeren bulgular olmak üzere 4 başlık altında ele alınmıştır.

3.1. Sosyodemografik Özellikler: Çalışmamıza katılan annelerin genel yaş ortalaması 29.04 ± 5.45 olarak hesaplanmıştır. Yaş değerleri 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Annelerin %49.3'nün (n=74) bebeği miadında, %50.7'nin (n=76) bebeği prematüre olarak doğmuştur. Annelerin miad ve prematüre bazında sosyo-demografik özelliklerinin dağılımına baktığımız zaman; medeni durum, evli olanlara ait evlilik süresi, öğrenim durumları, meslekleri, sosyal güvence durumları, eşlerinin çalışma durumları, eve giren gelir düzeyleri, hastalık durumları ve sürekli kullandıkları ilaçların dağılımı her iki grupta benzer olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Sigara kullanmayan annelerde miad bebek doğum oranı %53.3 (n=65), preterm bebek doğum oranı %32.1 (n=9) olarak bulunmuştur. Sigara kullanan annelerde ise bu oran miad bebeği olan annelerde %46.7 (n=57), prematüre bebeği olan annelerde ise %67.9 (n=9) olarak belirlenmiştir (Tablo 4). Çalışmamızda sigara kullanım oranı prematüre bebeği olan kadınlarda daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p=0.044**).

Tablo 3.1.1. Annelerin sosyo-demografik özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	Prematüre bebeği olan		Miad bebeği olan		x²	p
	n	%	N	%		
Medeni Durum					20.981	*0.084

Bekar	3	100.00	0			
Evli	73	49.7	74	50.3		
Evlilik süresi						
1 yıldan daha az	13	72.2	5	27.8	4.845	0.184
2-5 yıl	21	42.9	28	57.1		
6-10 yıl	20	47.6	22	52.4		
11 yıldan daha fazla	22	53.7	19	46.3		
Eğitim durumu						
Okuryazar değil	8	44.4	10	55.6	4.698	0.320
Okuryazar	3	37.5	5	62.5		
İlkokul	43	47.3	48	52.7		
Lise	15	68.2	7	31.8		
Yüksek Öğretim	7	63.6	4	36.4		
Meslek						
Ev hanımı	65	48.5	69	51.5	3.293	0.349
İşçi	3	60.0	2	40.0		
Devlet Memuru	2	100.0	0			
Özel sektör çalışanı	6	66.7	3	33.3		
Sosyal güvence						
Var	30	52.6	27	47.4	0.142	0.706
Yok	46	49.5	47	50.5		
Eşin çalışma durumu						
Çalışıyor	5	55.6	4	44.4	0.092	0.762
Çalışmıyor	71	50.4	70	49.6		
Eve giren gelir miktarı						
Asgari ücretten az	6	46.2	7	53.8	2.438	0.656
Asgari ücret	32	50.8	33	49.2		
1500 TL – 2000 TL	12	42.9	16	57.1		
2500 TL – 3500 TL	13	50.0	13	50.0		
3500 TL ve üzeri	13	65.0	7	35.0		
Hastalık varlığı						
Evet	9	50.0	9	50.0	0.004	0.952
Hayır	67	50.8	65	49.2		
Sürekli ilaç kullanımı						
Evet	8	53.3	7	46.7	0.047	0.828
Hayır	68	50.4	67	49.6		
**Sigara kullanımı						
Sigara kullanıyor	19	67.9	9	32.1	4.070	0.044
Sigara kullanmıyor	57	46.7	65	53.3		

*Denek yetersizliğinden test istatistiği verilemez.

**Madde bağımlılığı verisinde denek az olduğundan sigara kullanımı alınmıştır.

Yaş grubu 18-25 olan ve miad bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 18.15, prematüre bebeği olan annelerin ise 16.26 olarak saptanmıştır. Yaş grubu 18-25 olan annelerin gruplar bazında DSYKÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.032$). Evlilik süresi 1 yıldan daha az olan ve miadında bebeği olan annelerin DSYKÖ

puanı 17.06, prematüre bebeği olan annelerin ise 16.18 olarak bulunmuştur. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (**p=0.015**). İlkokul mezunu olan ve miad bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 17.37, prematüre bebeği olan annelerin ise 16.18 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (**p<0.001**). Meslek durumlarına baktığımız zaman çalışmamızda ev hanımı olan ve miad bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 17.20, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.37 olarak saptanmıştır, annelerin gruplar bazında DSYKÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (**p=0.004**). Çalışmamızda sosyal güvencesi olmayan ve miadında bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 17.06, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.26 olarak bulunmuştur. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (**p=0.015**). Eşi çalışan ve miad bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 17.31, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16,43 olarak bulunmuştur. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (**p=0.002**). Gelir durumu asgari ücret olan ve miad bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 18.18, prematüre bebeği olan annelerinki ise 15.90 olarak saptanmıştır, annelerin gruplar bazında DSYKÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (**p<0.001**). Hastalığı olmayan, sağlıklı annelerden miad bebeği olanların DSYKÖ puanı 17.25, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.37 olarak saptanmıştır, annelerin gruplar bazında DSYKÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (**p<0.001**). Sürekli ilaç kullanmayan ve miad bebeği olan annelerin DSYKÖ puanı 17.25, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.37 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (**p=0.003**).

Tablo 3.1.2. Annelerin sosyodemografik özelliklerine göre DSYKÖ puanları

Sosyo - demografik Özellikler	Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği						
	Prematüre Bebeği Olan			Miad Bebeği Olan			t; p
	n	Medyan	Min; Max	n	Medyan	Min; Max	
Yaş grupları							
18-25	24	16.26	11.88;19.88	20	18.15	13.63; 20.69	2.145; 0.032
26 ve üzeri	52	16.75	11.31; 19.81	54	17.20	13.38; 20.51	1.846; 0.065
Evlilik süresi							
1 yıldan daha az	13	16.18	14.31; 19.50	5	17.06	16.88;19.00	2.424; 0.015
2-5 yıl	21	17.05	11.31; 19.88	28	18.49	14.33; 20.69	1.405; 0.160
6-10 yıl	20	16.62	11.88; 19.81	22	17.31	13.38; 20.31	1.310; 0.190
11 yıldan fazla	22	16.87	13.06; 18.88	19	16.90	14.94; 20.51	0.392 0.695
Eğitim durumu							
Okuryazar olmayan	8	15.65	11.31; 19.50	10	15.84	113.38; 18.09	0.534; 0.633
Okuryazar	3	16.18	16.06; 16,19	5	18.68	15.63; 20.11	1.350; 0.250
İlkokul	43	16.18	11.88; 19.88	48	17.37	13.63; 20.69	3.518; <0.001
Lise	15	18.18	14.25; 19,81	7	17.25	15.25; 19.81	0.212; 0.837
Yüksek Öğretim	7	17.31	16.38; 18.63	4	17.09	15.54; 20.06	0.379; 0.788
Meslek							
Ev hanımı	65	16.37	11.31; 19.88	69	17.20	13.38; 20.69	2.881; 0.004
İşçi	3	19.43	17.06; 19.44	2	-	16.13	1.826; 0.200
Devlet memuru	2	16.90	15.69; 18.13	0	-	-	-

Özel sektör çalışanı	6	16.56	14.75; 18.19	3	18.68	18.06; 19.19	1.823; 0.095
Sosyal güvence							
Var	30	17.18	11.88; 19.88	27	18.06	14.50; 20.69	1.487; 0.137
Yok	46	16.26	11.38; 19.50	47	17.06	13.38; 20.51	2.429; 0.015
Eşin çalışma durumu							
Çalışıyor	71	16.43	11.31; 19.88	70	17.31	13.38; 20.69	3.151; 0.002
Çalışmıyor	5	16.75	14.94; 19.44	4	15.13	13.86; 16.63	1.599; 0.110
Eve giren gelir miktarı							
Asgari ücretten az	6	15.75	11.31; 19.44	7	15.62	14.94; 16.63	0.510; 0.628
Asgari ücret	32	15.90	12.80; 19.38	33	18.18	13.86; 20.69	4.243; <0.001
1500 – 2000 TL	12	16.81	11.88; 19.50	16	16.87	13.38; 18.69	0.093; 0.945
2500 – 3500 TL	13	16.62	13.06; 19.88	13	17.18	14.50; 19.81	0.205; 0.840
3500 TL ve üzeri	13	18.06	14.25; 19.44	7	19.18	15.54; 20.31	1.667; 0.097
Kronik hastalık öyküsü							
Var	9	16.87	12.80; 19.81	9	15.62	14.94; 18.75	0.310; 0.796
Yok	67	16.37	11.31; 19.88	65	17.25	13.38; 20.69	2.993; <0.001
Sürekli ilaç kullanımı							
Evet	8	16.96	13.06; 19.81	7	16.93	15.54; 18.75	0.232; 0.867
Hayır	68	16.37	11.31; 19.88	67	17.25	13.38; 20.69	2.920; 0.003
Sigara kullanımı							
Var	19	15.87	11.31; 19.81	9	17.18	13.38; 20.31	1.674; 0.095
Yok	57	16.87	11.88; 19.88	65	17.25	13.63; 20.69	1.689; 0.091
Toplam sayı	76			74			-

Mann Whitney U non parametrik test

Yaş grubu 18-25 olan ve miad bebeği olan annelerin EDSDÖ puanı 4.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 18.50, yaşları 26 ve üzeri olan ve miad bebeğe sahip annelerin SDÖ puanı 5.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 15.00 olarak bulunmuştur. Her iki yaş grubundaki prematüre bebeği olan annelerin EDSDÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p<0.001, p<0.001**).

Öğrenim durumu okur yazar olmayan, okuryazar, ilkokul, lise ve yüksek öğretim olan annelerin gruplar bazında EDSDÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p=0.016, p=0.036, p<0.001, p<0.001, p=0.042**). Ev hanımı olan ve miad bebeği olan annelerin SDÖ puanı 5.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 15.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSDÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**0.001**). Özel sektör çalışanı olan ve miad bebeği olan annelerin EDSDÖ puanı 2.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında SDÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p=0.035**). Sosyal güvencesi olan ve miad bebeği olan annelerin EDSDÖ puanı 4.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.00, sosyal güvencesi olmayan ve miad bebeği olan annelerin EDSDÖ puanı 0, prematüre bebeği olan annelerinki ise 15.00 olarak bulunmuştur. Gruplar bazında EDSDÖ puan değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p<0.001, p<0.001**). Eşi çalışan miadında bebeği olan annelerin EDSDÖ puanı 5.00, prematüre bebeği olanlarınki ise 16.00 olarak bulunmuştur. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (**p<0.001**). Eve giren gelir miktarı, asgari ücretten az olan, asgari ücret olan, 1500-2000 TL olan, 2500- 3500 TL olan ve 3500 TL

üzeri olan ve prematüre bebeği olan annelerin gruplar bazında EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0.014$, $p<0.001$, $p=0.008$, $p=0.006$, $p=0.001$). herhangi bir hastalığı olan ve miad bebeği olan annelerin EDSDÖ puanı 7.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 12.00, herhangi bir hastalığı olmayan ve miad bebeği olan annelerin EDSDÖ puanı 4.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.00 olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p=0.032$, $p<0.001$). Sürekli ilaç kullanmayan ve miad bebeği olan annelerin EDSDÖ puanı 5.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 16.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.001$). Sigara kullanmayan ve miad bebeği olan annelerin EDSDÖ puanı 5.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 15.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.001$). Sigara kullanan ve miad bebeği olan annelerin EDSDÖ puanı 6.00, prematüre bebeği olan annelerinki ise 17.00 olarak saptanmıştır. Annelerin gruplar bazında EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p=0.006$).

Tablo 3.1.3. Annelerin sosyodemografik özelliklerine göre EDSDÖ puanları

Sosyo - demografik Özellikler	EDSDÖ						
	Prematüre Bebeği Olan			Miad Bebeği Olan			
	n	Medyan	Min; Maks	N	Medyan	Min; Maks	t; p
Yaş grupları							
18-25	24	18.50	0.00; 27.00	20	4.00	0.00; 10.00	5.009; <0.001
26 ve üzeri	52	15.00	1.00; 29.00	54	5.00	0.00; 23.00	6.287; <0.001
Evlilik süresi							
1 yıldan az	13	18.00	3.00; 26.00	5	4.00	0.00; 6.00	2.923; 0.002
2-5 yıl	21	15.00	0.00.; 29.00	28	4.00	0.00; 23.00	4.049; <0.001
6-10 yıl	20	13.00	6.00; 27.00	22	5.50	0.00; 17.00	3.548; <0.001
11 yıldan fazla	22	18.00	8.00; 24.00	19	7.00	0.00; 21.00	4.705; <0.001
Öğrenim durumu							
Okuryazar olmayan	8	19.00	6.00; 24.00	10	7.00	2.00; 21.00	2.364; 0.016
Okuryazar	3	-	-	5	2.00	0.00; 6.00	2.306; 0.036
İlkokul	43	15.00	0.00; 27.00	48	5.00	0.00; 23.00	6.231; <0.001
Lise	15	15.00	6.00; 29.00	7	1.00	0.00; 13.00	3.362; <0.001
Yüksek Öğretim	7	19.00	3.00;	4	6.00	2.00; 11.00	2.088; 0.042
Meslek							
Ev hanımı	65	15.00	0.00; 29.00	69	5.00	0.00; 23.00	7.686; <0.001
İşçi	3	6.00	6.00; 23.00	2	-	-	1.826; 0.068
Devlet memuru	2	18.50	16.00; 21.00	0	-	-	-

Özel sektör çalışanı	6	16.00	3.00; 26.00	3	2.00	1.00; 8.00	2.110; 0.035
Sosyal güvence							
Var	30	16.00	0.00; 27.00	27	4.00	0.00; 13.00	5.136; <0.001
Yok	46	15.00	1.00; 29.00	47	5.00	0.00; 23.00	6.254; <0.001
Eşin çalışma durumu							
Çalışıyor	71	16.00	0.00; 29.00	70	5.00	0.00; 23.00	8.001; <0.001
Çalışmıyor	5	15.00	3.00; 19.00	4	6.00	2.00; 10.00	1.225; 0.221
Eve giren gelir miktarı							
Asgari ücretten az	6	18.00	12.00; 24.00	7	7.00	2.00; 21.00	2.377; 0.014
Asgari ücret	32	16.00	6.00; 26.00	31	5.00	0.00; 13.00	6.184; <0.001
1500 – 2000 TL	12	13.00	3.00; 27.00	16	5.00	1.00; 23.00	2.582; 0.008
2500 – 3500 TL	13	15.00	0.00; 21.00	13	5.00	0.00; 13.00	2.734; 0.006
3500 TL ve üzeri	13	19.00	6.00;29.00	7	4.00	0.00; 11.00	3.231; 0.001
Hastalık varlığı							
Var	9	12.00	7.00; 22.00	9	7.00	2.00; 13.00	2.140; 0.032
Yok	67	16.00	0.00; 29.00	65	4.00	0.00; 23.00	7.677; <0.001
Sürekli ilaç kullanımı							
Evet	8	12.00	7.00; 22.00	7	7.00	2.00; 13.00	1.854; 0.072
Hayır	68	16.00	0.00; 29.00	67	5.00	0.00; 23.00	7.744; <0.001
Sigara kullanımı							
Var	19	17.00	3.00; 29.00	9	6.00	2.00; 21.00	2.768; 0.006
Yok	57	15.00	0.00; 27.00	65	5.00	0.00; 23.00	7.322; <0.001
Toplam sayı			76			74	-

Mann Whitney U non parametrik test

3.2. *Obstetrik Özellikler:* Miad ve prematüre bebeği olan annelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; İlk gebelik yaşı, çocuk sayısı, düşük varlığı, eş ile akraba olma durumu, gebeliği isteme durumu, depresyon öyküsü, sağlık problemi, gebelik süresince kontrollerin düzenli yaptırılması ve kullanılan ilaçlar bebeklerinin miad ve prematüre olması bazında dağılımı istatistiksel olarak etkilememiştir. Prematürite öyküsü olan annelerin %28'i miadında, %72'si preterm doğum yapmıştır. Bebeklerinin miad ve prematüre olması bazında prematürite öyküsü istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p=0.019**). Miad ve

preterm doğum bazında annelerin gebelik sayıları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p=0.029$).

Tablo 3.2.1. Annelerin obstetrik özellikleri

Obstetrik öykü	Prematüre bebeği olan		Miad bebeği olan		χ^2	P
	n	%	n	%		
İlk gebelik yaşı						
18-25	48	46.2	56	53.8	2.763	0.096
26 ve üzeri	28	60.9	18	39.1		
Düşük varlığı						
Hayır	32	53.3	28	46.7	0.284	0.594
Evet	44	48.9	46	51.1		
Yaşayan çocuk sayısı						
1-2	23	69.7	11	30.3	89.751	00.021
3	31	53.4	27	46.6		
4 ve üzeri	22	37.9	36	62.1		
Prematürite öyküsü						
Evet	18	72.0	7	28.0	5.462	0.019
Hayır	67	46.4	58	53.6		
Eşi ile akrabalık durumu						
Evet	14	37.8	23	62.2	3.234	0.072
Hayır	62	54.9	51	45.1		
Gebelik sayısı						
1	24	75.0	8	25.0	10.772	0.029
2	15	41.7	21	58.3		
3	12	38.7	19	61.3		
4	15	51.7	14	48.3		
5 ve üzeri	10	45.5	12	54.5		
Gebeliği isteme durumu						
Evet	61	52.1	56	47.9	0.460	0.498
Hayır	15	45.5	18	54.5		
Gebelikte boyunca düzenli kontrol durumu						
Evet	62	50.8	60	49.2	0.006	0.938
Hayır	14	50.0	14	50.0		
Gebelik boyunca sağlık sorunu varlığı						
Evet	15	53.6	13	46.4	0.116	0.733
Hayır	61	50.0	61	50.0		
Gebelik boyunca ilaç kullanımı						
Evet	8	50.0	8	50.0	0.001	0.977
Hayır	67	50.4	66	49.6		
Depresyon öyküsü varlığı						
Evet	5	41.7	7	58.3	0.423	0.516
Hayır	71	51.4	67	48.6		

İlk gebelik yaşı 18-25 ve 26 ve üzeri olan annelerin miad ve prematüre bebek sahibi olma bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p=0.001$, $p=0.770$). Düşük durumu olmayan annelerin gruplar bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p=0.008$). Prematürite öyküsü olmayan annelerin gruplar

bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p=0.007**). Eş ile akrabalık durumu olmayan annelerin gruplar bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p=0.008**). Gebeliği isteyen annelerin gruplar bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p=0.007**). Gebeliği süresince düzenli kontrol yaptıran annelerin gruplar bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p=0.022**). Gebeliği süresince ilaç kullanmayan annelerin gruplar bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p=0.029**). Depresyon öyküsü olmayan annelerin gruplar bazında DSYKÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p=0.004**).

Tablo 3.2.2. Annelerin obstetrik özelliklerine göre DSYKÖ puanları

Obstetrik Özellikler	Doğum Sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği						
	Prematüre Bebeği Olan			Miad Bebeği Olan			t; p
	n	Medyan	Min; Maks	n	Medyan	Min; Maks	
İlk gebelik yaşı							
18-25	48	16.38	11.88; 19.88	56	17.59	13.38; 26.69	3.225; 0.001
26 ve üzeri	28	16.90	11.31; 19.44	18	16.18	14.33; 19.21	0.293; 0.770
Düşük varlığı							
Var	32	16.87	11.31; 19.81	28	17.22	13.38; 19.31	0.904; 0.366
Yok	44	16.26	11.88; 19.88	46	17.21	13.63; 20.63	2.656; 0.008
Yaşayan çocuk sayısı							
1-2	23	16.33	12.94; 19.50	11	16.87	15.25; 19.81	1.294; 0.207
3	31	16.37	11.31; 19.88	27	18.01	14.33; 19.58	1.676; 0.094
4 ve üzeri	22	16.71	13.06; 19.81	36	17.20	13.38; 20.69	1.050; 0.294
Prematürite öyküsü							
Var	18	16.84	11.88; 19.81	7	18.18	14.94; 19.21	1.000; 0.326
Yok	58	16.37	11.31; 19.88	67	17.20	13.38; 20.69	2.718; 0.007
Eş ile akrabalık durumu							
Var	14	17.46	12.80; 19.88	23	17.37	13.86; 20.69	0.439; 0.676
Yok	62	16.35	11.31; 19.81	51	17.20	13.38; 20.31	2.666; 0.008
Gebelik sayısı							
1	24	16.18	12.94; 19.81	8	16.87	15.25; 19.81	1.502; 0.135
2	15	18.18	11.88; 19.88	21	18.56	14.33; 19.58	0.819; 0.427
3	12	16.90	11.31; 19.44	19	17.81	13.63; 20.69	0.933; 0.367
4	15	16.62	14.06; 17.84	14	17.00	13.38; 20.11	1.027; 0.310

5 ve üzeri	10	16.87	14.38; 18.88	12	17.20	15.54; 20.51	0.924; 0.381
Gebeliği isteme durumu							
Evet	61	16.43	11.31;19,88	56	17.31	13.38;20.69	2.688; 0.007
Hayır	15	16.75	12.80; 19.81	18	17.00	13.63; 20.51	0.832; 0.421
Gebelik boyunca düzenli kontrol durumu							
Evet	62	16.75	11.31;19.81	60	17.20	13.38; 20.69	2.284; 0.022
Hayır	14	15.81	13.06; 19.88	14	18.07	13.86; 20.11	1.425; 0.164
Gebelik boyunca sağlık sorunu varlığı							
Evet	15	16.87	12.94; 19.81	13	17.25	13.38; 20.51	0.853; 0.413
Hayır	61	16.43	11.31; 19.88	61	17.20	13.63;20.69	2.658; 0.008
Gebelik boyunca ilaç kullanımı							
Evet	8	16.62	13.19; 18.44	8	18.12	15.63; 20.51	1.895; 0.058
Hayır	68	16.61	11.88; 19.88	66	17.22	13.38; 20.69	2.183; 0.029
Depresyon öyküsü varlığı							
Evet	5	16.87	15.81; 18.44	7	15.62	13.63; 20.31	0.570; 0.639
Hayır	71	16.43	11.31; 19.88	67	17.25	13.38; 20.69	2.867; 0.004
Toplam sayı	76			74			

Mann Whitney U non parametrik test

İlk gebelik yaşı 18-25 ve 26 ve üzeri olan annelerin gruplar bazında EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p<0.001, p=0.002**). Düşük öyküsü olan ve olmayan annelerin gruplar bazında EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p<0.001, p<0.001**). Yaşayan çocuk sayısı 1-2, 3 ve 4 ve üzeri olan annelerin gruplar bazında EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p<0.001, p<0.001, p<0.001**). Prematüre öyküsü olmayan annelerin gruplar bazında EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p<0.001**). Eşi ile akrabalık durumu olan ve olmayan annelerin gruplar bazında EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p<0.001, p<0.001**). Gebelik sayısı 1,2,3,4 ve 5 ve üzeri olan annelerin gruplar bazında EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p<0.001, p=0.005, p<0.001, p=0.002, p=0.001**). Gebeliği isteyen ve istemeyen annelerin gruplar bazında EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p<0.001, p<0.001**). Gebelik boyunca düzenli kontrol yaptıran ve yaptırmayan annelerin gruplar bazında EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p<0.001, p<0.001**). Gebelik boyunca sağlık sorunu yaşayan ve yaşamayan annelerin gruplar bazında EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p=0.002, p<0.001**). Gebelik boyunca ilaç kullanan ve kullanmayan annelerin gruplar bazında EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p=0.008, p<0.001**). Depresyon öyküsü olmayan annelerin gruplar bazında EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p<0.001**).

Tablo 3.2.3. Annelerin obstetrik özelliklerine göre EDSDÖ puanları

Obstetrik Özellikler	EDSDÖ						
	Prematüre Bebeği Olan			Miad Bebeği Olan			t; p
	n	Medyan	Min; Maks	n	Medyan	Min; Maks	
İlk gebelik yaşı							
18-25	48	15.00	0.00; 27.00	56	5.00	0.00; 17.00	7.462; <0.001
26 ve üzeri	28	17.00	1.00; 29.00	18	4.00	0.00; 23.00	3.170; 0.002
Düşük varlığı							
Var	32	14.00	6.00; 26.00	28	6.00	0.00; 17.00	4.691; <0.001
Yok	44	18.50	0.00; 29.00	46	4.50	0.00; 23.00	6.148; <0.001
Yaşayan çocuk sayısı							
1-2	23	19.00	7.00; 29.00	11	3.50	0.00; 13.00	4.403; <0.001
3	31	16.00	0.00; 27.00	27	4.00	0.00; 23.00	4.558; <0.001
4 ve üzeri	22	14.50	6.00; 24.00	36	6.00	0.00; 21.00	3.727; <0.001
Prematürite öyküsü							
Var	18	10.00	6.00; 27.00	7	5.00	1.00; 21.00	1.762; 0.078
Yok	58	17.50	0.00; 29.00	67	5.00	0.00; 23.00	7.723; <0.001
Eş ile akrabalık durumu							
Var	14	16.00	0.00; 24.00	23	5.00	0.00; 13.00	4.068; <0.001
Yok	62	15.00	1.00; 29.00	51	4.00	0.00; 23.00	6.737; <0.001
Gebelik sayısı							
1	24	18.50	3.00; 29.00	8	4.00	0.00; 13.00	3.871; <0.001
2	15	18.00	0.00; 27.00	21	4.00	0.00; 23.00	2.781; 0.005
3	12	12.00	6.00; 26.00	19	4.00	0.00; 10.00	3.817; <0.001
4	15	15.00	6.00; 23.00	14	5.00	1.00; 17.00	3.064; 0.002
5 ve üzeri	10	15.50	8.00; 24.00	12	8.00	0.00; 13.00	3.278; 0.001
Gebeliği isteme durumu							
Evet	61	16.00	0.00; 29.00	56	5.00	0.00; 23.00	7.112; <0.001
Hayır	15	14.00	1.00; 26.00	18	4.50	0.00; 13.00	3.694; <0.001
Gebelik boyunca düzenli kontrol durumu							

Evet	62	16.00	1.00; 29.00	60	5.00	0.00; 23.00	7.096; <0.001
Hayır	14	15.00	0.00; 26.00	14	5.50	0.00; 10.00	3.851; <0.001
Gebelik boyunca sağlık sorunu varlığı							
Evet	15	17.00	1.00; 29.00	13	5.00	0.00; 21.00	3.119; 0.002
Hayır	61	15.00	0.00; 27.00	61	5.00	0.00; 23.00	7.459; <0.001
Gebelik boyunca ilaç kullanımı							
Evet	8	12.00	1.00; 20.00	8	5.50	0.00; 10.00	2.637; 0.008
Hayır	68	16.00	0.00; 29.00	66	5.00	0.00; 23.00	7.643; <0.001
Depresyon öyküsü varlığı							
Evet	5	7.00	1.00; 12.00	7	6.00	2.00; 21.00	0.739; 0.460
Hayır	71	16.00	0.00; 29.00	67	5.00	0.00; 23.00	8.189; <0.001
Toplam sayı	76			74			

Mann Whitney U non parametrik test

3.3. *DSYKÖ ile EDSDÖ Arasındaki İlişki:* Çalışmamızda yer alan annelerin DSYKÖ puan ortalaması 16.85 ± 1.99 , EDSDÖ puan ortalaması 10.63 ± 7.47 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3.3.1. Annelerin DSYKÖ ve EDSDÖ puanları

Ölçekler	Ortalama \pm SS	Min; Maks
Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği	16.85 ± 1.99	11.31; 20.69
Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği	10.63 ± 7.47	0; 29
Toplam	74+76	

Çalışmamızda yer alan annelerin %39.3'ünün (n=59) EDSDÖ puanı 13 (kesme sayısı) ve üzerinde (riskli), %60.7'sinin (n=91) EDSDÖ puanı 13'ün altında saptanmıştır .

Tablo 3.3.2. Annelerin EDSDÖ'ne göre risk durumu

EDINBURGH DOĞUM SONU DEPRESYON ÖLÇEĞİ	n	%
Risk var	59	39.3
Risk yok	91	60.7

Prematüre bebeği olan annelerin %89.8'i (n=53) doğum sonu depresyon açısından daha riskli bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p<0.001**).

Tablo 3.3.3. Annelerin EDSDÖ'ne göre risk durumlarının karşılaştırılması

	Miad Doğan	Prematüre Doğan		
EDSDÖ	n (%)	n (%)	x ²	p
Risk var	6 (10.2)	53 (89.8)	59.677	<0.001
Risk yok	68 (74.7)	23 (25.3)		

-Ki Kare Karşılaştırma testi

Çalışmamızda yer alan ve bebekleri miadında doğan annelerin DSYKÖ puanı 17.22, bebekleri prematüre doğan annelerinki ise 16.53 olarak bulunmuştur. DSYKÖ puanları 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p=0.006$). Çalışmamızda yer alan ve bebekleri miadında doğan annelerin EDSDÖ puanı 5.00, bebekleri prematüre doğan annelerinki ise 15.50 olarak bulunmuştur. EDSDÖ puanları 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.001$).

Tablo 3.3.4. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ ve EDSDÖ puanları karşılaştırması

Ölçekler	Grup				Z	p
	Prematüre bebeği olan		Miad bebeği olan			
	Medyan	Min; Max;	Medyan	Min; Max;		
DSYKÖ	16.53	11.31; 19.88	17.22	13.38; 20.69	2.735	0.006
EDSDÖ	15.50	0.00; 29.00	5.00	0.00; 23.00	8.087	<0.001

Mann Whitney U non parametrik test

Çalışmamızda yer alan annelerin DSYKÖ toplam puanları ile EDSDÖ toplam puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($\rho=-0.519$, $p<0.001$). Annelerin DSYKÖ toplam puanları artarken/azalırken, EDSDÖ toplam puanları azalmış/artmıştır.

Tablo 3.3.5. Annelerin DSYKÖ ile EDSDÖ puanları arası korelasyon analizi

Ölçekler	Spearman Rho İlişki Katsayısı; p
DSYKÖ – EDSDÖ	-0.519; <0.001
Toplam sayı	74+76

Çalışmada yer alan miad bebeği olan annelerin (n=74) DSYKÖ toplam puanları ile EDSDÖ toplam puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($\rho=-0.505$, $p<0.001$). Annelerin DSYKÖ toplam puanları artarken/azalırken, EDSDÖ toplam puanları azalmış/artmıştır. Çalışmada yer alan prematüre bebeği olan annelerin (n=76) DSYKÖ toplam puanları ile EDSDÖ toplam puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($\rho=-0.462$, $p<0.001$). Annelerin DSYKÖ toplam puanları artarken/azalırken, EDSDÖ toplam puanları azalmış/artmıştır.

Tablo 3.3.6. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ ile EDSDÖ puanları arası korelasyon analizi

Ölçekler	Miad Spearman Rho İlişki Katsayısı; p	Prematüre Spearman Rho İlişki Katsayısı; p
DSYKÖ – EDSDÖ	-0.505; <0.001	-0.462; <0.001
Toplam sayı	74	76

DSYKÖ Alt Boyutları ile EDSDÖ Arasındaki İlişki: Çalışmamıza katılan annelerin DSYKÖ alt boyutlarından olan akrabalık-aile-arkadaş, eş, sağlık ve psikolojik alt boyutları gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık göstermiştir ($p=0.006$, $p=0.041$, $p=0.011$, $p<0.001$).

Tablo 3.3.7. Annelerin DSYKÖ alt boyutlarına ait puanların karşılaştırılması

DSYKÖ Alt boyutları	Miad Bebeği Olan Ort±SS	Prematüre Bebeği Ort±SS	Z;p
Akrabalık-aile-arkadaş	27.78 ± 18.39	18.57 ± 20.63	2.763; 0.006
Sosyo ekonomik	6.58 ± 25.22	11.65 ± 25.16	0.991; 0.322

Eş	16.43 ± 10.20	18.90 ± 12.53	2.039; 0.041
Sağlık	15.39 ± 19.97	1.67 ± 30.48	2.535; 0.011
Psikolojik	31.91 ± 16.17	6.26 ± 24.26	6.581; <0.001
Toplam sayı	74	76	

Mann Whitney U non parametrik test

Miad bebeği olan annelerin (n=74) DSYKÖ alt boyutları ile EDSDÖ toplam puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (**rho=-0.400, -0.403, -0.403, -0.435, -0.438, p<0.001**). Miadında bebek sahibi olan annelerin DSYKÖ alt boyut puanları artarken/azalırken, EDSDÖ toplam puanları azalmış/artmıştır. Çalışmada prematüre bebeği olan annelerin (n=76) DSYKÖ alt boyutlarından olan akrabalık-aile-arkadaş, sağlık ve psikolojik alt boyut puanları ile EDSDÖ toplam puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (**rho=-0.461, -0.486, -0.544, p<0.001**). Annelerin DSYKÖ alt boyutlarından olan akrabalık-aile-arkadaş, sağlık ve psikolojik alt boyut puanları artarken/azalırken, EDSDÖ toplam puanları azalmış/artmıştır.

Tablo 3.3.8. Annelerin gruplar bazında DSYKÖ alt boyutları ile EDSDÖ puanları arası korelasyon analizi

DSYKÖ alt boyutları – EDSDÖ	Miad Bebeği Olan Spearman Rho İlişki Katsayısı; p	Prematüre Bebeği Olan Spearman Rho İlişki Katsayısı; p
Akrabalık-aile-arkadaş – EDSDÖ	-0.400; <0.001	-0.461; <0.001
Sosyoekonomik düzey – EDSDÖ	-0.403; <0.001	-0.074; 0.524
Eş – EDSDÖ	-0.403; <0.001	-0.022; 0.851
Sağlık – EDSDÖ	-0.435; <0.001	-0.486; <0.001
Psikoloji – EDSDÖ	-0.438; <0.001	-0.544; <0.001
Toplam sayı	74	76

3.4. Annelerin Duygusal Özellikleri: Çalışmamızda prematüre bebeği olan annelerinin; %93.4'ü bebeğini emziremediği için üzüldüğünü, %47.4'ü bebeğinde sekel kalacağından korktuğunu, %60.5'i bebeğini kaybetmekten korktuğunu, %67.1'i bebeğinin küçük olmasından dolayı endişe duyduğunu, %86.8'i bebeğine dokunamadığı için üzüldüğünü, %27.6'sı bebeği prematüre olduğu için kendini suçlu hissettiğini, %48.7'si bebeğinin yoğunbakımda olmasının yeme-içme alışkanlıklarını etkilediğini, %52.6'sı bebeğinin yoğunbakımda olmasının uyku alışkanlıklarının değişmesine neden olduğunu bildirmiştir. Prematüre bebeği olan annelerin duygusal özelliklerinin ölçek puanlarına göre dağılımına bakıldığında; bebeğini emziremediği için üzülen, bebeğinde sekel kalacağından korkan, bebeğini kaybetmekten korkan, bebeği küçük olduğu için endişelenen, bebeğine dokunamadığı için üzülen annelerin DSYKÖ ve EDSDÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Annelerin DSYKÖ puanlarının düşük, EDSDÖ puanlarının ise yüksek olduğu saptanmıştır. Bebeği prematüre olduğu için yenidoğan yoğunbakıma yatırılan annelerin yeme-içme ve uyku alışkanlıklarının bozulduğu, günlük hayatlarının aksadığı saptanmıştır. Bu annelerin DSYKÖ puanları düşük EDSDÖ puanları yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir.

Tablo 3.4.1. Annelerin duygusal özelliklerine göre DSYKÖ puanları

	DSYKÖ
--	--------------

Prematüre bebeği olan kadınların duygusal özellikleri	Medyan	Min; Max;	Z;p
Bebeğimi emzirememek beni üzüyor			
Evet	16.62	11.31; 19.88	2.725; 0.006
Hayır	17.20	14.31; 19.44	
Bebeğimde sekel kalacağından korkuyorum			
Evet	15.71	11.31; 19.88	2.790; 0.005
Hayır	17.06	12.94; 19.50	
Bebeğimi kaybetmekten korkuyorum			
Evet	16.18	11.31; 19.88	3.249; 0.001
Hayır	17.06	12.94; 19.44	
Bebeğimin küçük olması beni endişelendiriyor			
Evet	16.06	11.31; 19.88	3.426; 0.001
Hayır	17.06	13.88; 19.50	
Bebeğime dokunamamak beni üzüyor			
Evet	16.37	11.88; 19.50	2.793; 0.005
Hayır	17.20	11.31; 19.88	
Bebeğim prematüre olduğu için ben suçluyum			
Evet	16.18	11.31; 19.81	1.595; 0.111
Hayır	16.90	11.88; 19.88	
Ailemin desteğini hep hissediyorum			
Evet	16.62	11.31; 19.88	2.148; 0.032
Hayır	17.19	14.06; 16.75	
Eşimin desteğini hep hissediyorum			
Evet	16.62	11.88; 19.88	2.172; 0.030
Hayır	17.20	11.31; 16.75	
Yeme-içme alışkanlıklarım etkileniyor			
Evet	15.62	11.31; 18.63	4.988; <0.001
Hayır	17.20	12.94; 19.88	
Uyku alışkanlıklarım etkileniyor			
Evet	15.75	11.31; 19.81	4.369; <0.001
Hayır	17.12	12.94; 19.88	
Günlük hayatımda aksaklıklara neden oluyor			
Evet	15.68	11.88; 19.19	3.563; <0.001
Hayır	17.06	11.31; 19.88	

Tablo 3.4.2. Annelerin duygusal özelliklerine göre EDSÖ puanları

Prematüre bebeği olan kadınların duygusal özellikleri	EDSDÖ		
	Medyan	Min; Max;	Z; p
Bebeğimi emzirememek beni üzüyor			
Evet	16.00	0; 29	8.011; <0.001
Hayır	5.00	6; 15	
Bebeğimde sekel kalacağından korkuyorum			
Evet	18.00	0; 29	5.811; <0.001
Hayır	7.00	3; 23	

Bebeğimi kaybetmekten korkuyorum			
Evet	6.00	0; 29	6.707; <0.001
Hayır	17.50	1; 25	
Bebeğimin küçük olması beni endişelendiriyor			
Evet	18.00	0; 29	6.745; <0.001
Hayır	6.00	6; 22	
Bebeğime dokunamamak beni üzüyor			
Evet	16.50	3; 29	8.039; <0.001
Hayır	5.00	0; 21	
Bebeğim prematüre olduğu için ben suçluyum			
Evet	19.00	3; 29	4.603; <0.001
Hayır	7.00	0; 27	
Ailemin desteğini hep hissediyorum			
Evet	15.00	0; 29	7.652; <0.001
Hayır	5.00	3; 22	
Eşimin desteğini hep hissediyorum			
Evet	15.00	0; 29	7.846; <0.001
Hayır	5.00	3; 21	
Yeme-içme alışkanlıklarım etkileniyor			
Evet	19.00	6; 29	6.467; <0.001
Hayır	6.00	0; 23	
Uyku alışkanlıklarım etkileniyor			
Evet	18.00	6; 29	6.608; <0.001
Hayır	6.00	0; 23	
Günlük hayatımda aksaklıklara neden oluyor			
Evet	19.00	6; 29	5.354; <0.001
Hayır	7.00	0; 26	

4.Tartışma

Çalışmamızın tartışma bölümü annelerin sosyodemografik özelliklerinin, obstetrik özelliklerinin, ölçekler arası ilişkinin ve prematüriteye bağlı duygusal özelliklerin tartışması olmak üzere 4 ana başlık altında ele alınmıştır.

4.1. Sosyodemografik Özellikler: Sigara kullanımı preterm eyleme sebep olan başlıca risk faktörlerinden biridir (Anders, Day, 2000; Çelen, 2013; Taşkın, 2011; Ko vd 2014). Sigara kullnımı gestasyonel yaş ve DDA ile birebir ilişkilidir (Backe, 1993; Alp vd., 1995, Wisborg, Henriksen, Secher, 2001; Marakoğlu, Sezer, 2003). Çalışmalar sigara kullanımının ölü doğuma, ani bebek ölümü sendromuna, fetüste gelişim geriliğine, konjenital major anomalilere ve kalp anomalilerine sebep olduğunu göstermiştir (Alp vd., 1995; Alverson, Strickland, Gilboa, Correa, 2011; Raisanen, 2014). Sigara içen annelerde preterem eylem görölme riski içmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur (Wisborg, Henriksen, Hedegaard, Jergen, 1996). Aynı zamanda sigara içen annelerin bebeklerinde YYBÜ'ne yatış oranı daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Oster, Delea, Colditz, 1988; Raisanen, 2014). Çalışmamızda sigara kullanım durumu literatürle uyumlu olarak prematüre bebeği olan annelerde daha fazla görölmüş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p<0.05**).

Çalışmamıza katılan ve prematüre bebeği olan, 18-25 yaş aralığında bulunan annelerin DSYKÖ puan ortancası düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p<0.05**). Yaş

faktörü yaşam kalitesini etkileyen başlıca göstergeler arasındadır. Genç ve erken anne yaşı preeklempsi, anemi, zor doğum eylemi, kanama, prematüre, DDA gibi doğum sonu döneme etki eden bir çok faktörle ilişkilidir (Taşkın, 2011). Çalışmamızda 18-25 yaş aralığında bulunan, ilk gebeliği olan ve prematüre bebek sahibi olan annelerin oranı (%60.9) daha fazladır. Normal koşullar altında doğum sonu dönemde anneler yenidoğan bakımı ile ilgili birçok sorun yaşayabilir ve bakım vermede yetersiz kalabilirler. Bu yaş aralığındaki annelerde ilk kez anne olmanın ve prematüre bebeğe sahip olmanın da getirdiği sıkıntılar karşısında annelerin yaşam kalitesinin negatif yönde etkilendiği düşünülmektedir. Çalışmamızda evlilik süresi 1 yıldan az olan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları miad bebeği olan annelere göre daha düşük (16.18) bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Öztürkün çalışmasında doğum sonu dönemde evlilik süresi uzadıkça DSYKÖ puanları daha düşük bulunmuştur (Öztürk, 2014). Aradaki farkın Öztürkün çalışmasının normal doğum sonu süreç yaşayan annelerle, bizim çalışmamızın ise prematüre bebeği olan özellikli annelerle yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Eğitim durumu yaşam kalitesinin belirleyicilerinden biridir. Ülkemizde kadınların eğitim düzeyi istenilen düzeyde değildir. Kadın nüfusunun çoğunluğunu eğitimsiz ve ilkokul mezunu kadınlar oluşturmaktadır. Türkiyede eğitimsiz kadınların oranı % 12, ilkokul mezunu kadınların oranı ise % 34.6 olarak bildirilmiştir (TNSA, 2013). Çalışmamızda eğitim durumu ilkokul olan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanı miad bebeği olan annelere göre düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Ülkemizde yapılan çalışmalar doğum sonu dönemde annenin eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığını, eğitim düzeyi düşüldükçe yaşam kalitesinin düşüldüğünü göstermiştir (Durukan, İlhan, Bumin, Aycan, 2011). Bir çalışmada eğitim durumu ilköğretim ve altı olan kadınların yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur (Altıparmak, Eser, 2007). Bizim çalışmamıza benzer olarak Yılmaztürkün ve Öztürkün çalışmalarında ilköğretim mezunu olan annelerin DSYKÖ puanları daha düşük olarak bulunmuştur (Yılmaztürk, 2010; Öztürk, 2014). Bu bağlamda çalışmamızın sonuçları literatürle uyumluluk göstermektedir.

Çalışmamıza katılan prematüre bebek sahibi annelerin (n=76) çoğu ev hanımıdır (n=65) ve herhangi bir işte çalışmamaktadır. Prematüre bebeği olan ev hanımı annelerin DSYKÖ puanı miad bebeği olan annelere göre daha düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Ülkemizde yapılan bir çalışmada YYBÜ'de bebeği yatan annelerin büyük çoğunluğunun (%86) herhangi bir işte çalışmadığı bulunmuştur (Kurnaz, 2007). Altıparmakla Eserin çalışmasında çalışan kadınların yaşam kalitesi çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Altıparmak, Eser, 2007). Doğum sonu yaşam kalitesi ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda çalışan kadınların DSYKÖ puanları çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Bağcı, 2014; Öztürk, 2014).

Sağlık güvencesi ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü ilişkinin olduğu düşünülmektedir (Koçoğlu, Akin, 2009). Çalışmamızda sosyal güvencesi olmayan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları miad bebeği olan annelere göre daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızın sonuçlarına benzer olarak Yılmaztürk ve Öztürkün çalışmalarında sosyal güvencenin olmayışı doğum sonu dönemde annelerin yaşam kalitesini düşüren faktör olarak belirlenmiştir (Yılmaztürk, 2010; Öztürk, 2014).

Eşin çalışma durumu kadınlarda yaşam kalitesini etkileyen bir faktördür. Ülkemizde yapılan çalışmalar doğum sonu dönemde eşin çalışmıyor olmasının annelerin yaşam kalitesini düşürdüğünü göstermiştir (Yılmaztürk, 2010; Durukan, İlhan, Bumin, Aycan, 2011; Öztürk, 2014). Bizim çalışmamızda ise eşi çalışan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanı miad bebeği olan annelere göre daha düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık

göstermiştir ($p<0.05$). Çalışmamıza katılan prematüre bebek annelerin ($n=76$) çoğunluğunun eşi çalışmaktadır ($n=71$). Doğum sonu dönemde destek ihtiyaçları artan anneler prematüre bebeğin varlığı karşısında daha çok destek ihtiyacı duymaktadırlar. Çalışmamızda prematüre bebeği olan annelerin eşleri çalıştığı için gereksinim duydukları destekten yoksun kaldıkları ve yaşam kalitesininin bu durumdan etkilendiği düşünülmektedir. Yapılan araştırmalar gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığını göstermiştir (Park, 2002; Diener, Diener, 2002). Çalışmamızda gelir durumu asgari ücret olan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları miad bebeği olan annelere göre daha düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Öztürkün çalışmasında doğum sonu dönemde geliri giderinden daha az olan annelerin, Bağcının çalışmasında gelir durumu kötü ve orta olan annelerin DSYKÖ puanları daha düşük bulunmuştur (Öztürk, 2014; Bağcı, 2014). Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumluluk göstermektedir.

Ülkemizde yapılan çalışmalar sağlığın yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu göstermiştir. Kronik hastalık varlığı yaşam kalitesini düşüren bir faktör olarak belirtilmiştir (Altıparmak, Eser, 2007; Demirağ, 2015). Çalışmamızda kronik hastalığı olmayan ve sürekli ilaç kullanmayan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları daha düşük olarak bulunmuştur. Sayı olarak çalışmamızda kronik hastalığı olmayan ($n=67$) ve sürekli ilaç kullanmayan ($n=68$) prematüre bebek anneleri çoğunluktadır. Literatüre zıtlık teşkil eden bu durumun prematüre bebek varlığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan annelerin sosyodemografik özelliklerine göre EDSDÖ puanlarına baktığımızda; yaş grubu 18-25 ve 26 ve üzeri olan prematüre bebek annelerinin, evlilik süresi 1 yıldan daha az, 2-5 yıl, 6-10 yıl ve 11 yıldan fazla olan, okuryazar olmayan, okur yazar olan, ilkokul, lise ve yükseköğretim mezunu olan, ev hanımı olan, devlet memuru olan, sosyal güvencesi olan ve olmayan, eşi çalışan, gelir durumu asgari ücretten az olan, asgari ücret olan, 1500-2000 TL olan, 2500-3500 TL ve 3500 TL üzeri olan, kronik hastalığı olan ve olmayan, sürekli ilaç kullanan, sigara kullanan ve kullanmayan prematüre bebek anneleri doğumsonu depresyon açısından riskli bulunmuşlardır ve bu risk EDSDÖ puanları bazında prematüre bebeği olan annelerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir . Adaptasyonu zor olan doğum sonu dönemde prematüre bebeğin varlığı bizim çalışmamızda sosyodemografik özelliklerin neredeyse tamamı üzerinde etkilidir. Çalışmamızda prematüre bebek annelerinin doğum sonu depresyon riski sosyodemografik özelliklere bakılmaksızın daha yüksek bulunmuştur.

4.2. Obstetrik Özellikler: Prematüritenin başlıca risk faktörlerinden birisi de daha önceden prematürite öyküsünün mevcut olmasıdır (Taşkın, 2011; Altun Yılmaz, 2016; Güngör, Oskay 2017). Prematürite öyküsü bizim çalışmamızda da gruplar arasında farklılık göstermektedir. Daha önceden prematüre öyküsünün varlığı çalışmamızda prematüre bebeği olan annelerde daha fazla görülmüş ve istatistiksel olarak anlamlı farketmiştir ($p<0.05$). Çalışmamızın sonuçları bu bağlamda literatürle uyumluluk göstermektedir.

Çalışmamızda yer alan annelerin gebelik sayısı iki grup arasında farklı bulunmuştur. İlk gebeliğinde preterm doğum yapan annelerin oranı çalışmamızda daha yüksek olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Doğum sayısının 0 veya 4'den fazla olması literatürde preterm eylem açısından risk faktörü olarak belirlenmiştir (Altun Yılmaz, 2016). Çalışmamız bu anlamda literatürle uyumluluk göstermektedir.

Çalışmamıza katılan annelerin obstetrik özelliklerine göre DSYKÖ puanları incelendiğinde; İlk gebelik yaşı 18-25 olan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları miad bebeği olan annelere göre daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızda adaptasyonu zor olan doğum sonu dönemde ilk gebeliğe prematüre

bebek varlığının eklenmesinin annelerinin DSYKÖ puanlarını düşürdüğü düşünülmektedir. Literatürde risk faktörü olarak belirlenmeyen düşük varlığının ve prematüre öyküsünün, eş ile akrabalık durumunun, gebeliği istememe durumunun olmayışı, gebelikte kontrollerin düzenli olması, herhangi bir sağlık sorunu ve ilaç kullanımının olmayışı, daha önceden depresyon öyküsünün yaşanmamış olması çalışmamızda gruplar arasında fark oluşturmuştur.

Çalışmamıza katılan annelerin obstetrik özelliklerine göre EDSDÖ puanlarına baktığımız zaman; İlk gebelik yaşı 18-25 ve 26 yaş üstü olan, düşük öyküsü olan ve olmayan, yaşayan çocuk sayısı 1-2, 3, 4 ve üzeri olan, prematüre öyküsü olan, eş ile akrabalık durumu olan ve olmayan, gebelik sayısı 1, 2, 3, 4, ve üzeri olan, gebeliği isteyen istemeyen, gebeliği boyunca düzenli olarak kontrollerini yaptıran ve yaptırmayan, gebeliği boyunca herhangi bir sağlık sorunu yaşayan ve yaşamayan, ilaç kullanan ve kullanmayan, daha önceden depresyon öyküsü olmayan anneler arasında EDSDÖ puanları farklılık göstermiştir. Obstetrik özellikler farketmeksizin prematüre bebek annelerinin EDSDÖ puanları daha düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Çalışmamızdaki bu farkın prematüre bebek varlığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

4.3. DSYKÖ İle EDSDÖ Arasındaki İlişki: Çalışmamızda yer alan annelerin DSYKÖ puan ortalaması 16.85 ± 1.99 , olarak bulunmuştur. Ülkemizde DSYKÖ ile yapılan çalışmalar incelendiğinde, bizim çalışmamıza benzer olarak Öztürkün çalışmasında annelerin ölçek puan ortalaması 16.53 ± 0.83 , Yılmaztürkün çalışmasında ise 15.93 ± 0.97 olarak bulunmuştur (Yılmaztürk, 2010; Öztürk, 2014). Ölçek puanlarına gruplar bazında ayrı ayrı bakacak olursak; çalışmamızda prematüre bebeği olan annelerin DSYKÖ puan ortancası (16.53) miad bebeği olan annelerin DSYKÖ puan ortancasından (17.22) daha düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**$p < 0.05$**). Çalışmamızın sonuçları ile benzer olarak Yılmaztürkün çalışmasında prematüre bebeği olan annelerin DSYKÖ puanları diğer gruba göre daha düşük bulunmuştur (Yılmaztürk, 2010).

Çalışmamıza katılan annelerin EDSDÖ puan ortalaması 10.63 ± 7.47 olarak bulunmuştur. Gruplara ayrı ayrı bakacak olursak; prematüre bebeği olan annelerin EDSDÖ puan ortancası (15.00), miad bebeği olan annelerin EDSDÖ puan ortancasına (5.00) göre daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**$p < 0.05$**). Ülkemizde yenidoğan yoğunbakım ünitesinde prematüre bebeği yatan annelerle yapılmış bir çalışmada annelerin EDSDÖ puan ortalaması 16 ± 4.76 olarak bulunmuştur (Öztürk, Saruhan, 2013). YYBÜ'de bebeği olan annelerle yapılan başka bir çalışmada annelerin depresyon riski yüksek, EDSDÖ puan ortalaması ise 14.31 ± 6.91 olarak bulunmuştur (Küçükkoğlu, Çelebioğlu, Coşkun, 2014). Çalışmamızın sonuçları bu bağlamda literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda EDSDÖ'ne göre doğum sonu depresyon riski %39.3 olarak belirlenmiştir. Ülkemizde doğum sonu dönemde depresyon riski oranı %6-58 arasında, gelişmekte olan ülkelerde %5.2 - 74.0, gelişmiş ülkelerde ise %1.9 - 82.1 arasında değişmektedir (Norhayati N.M., at al. 2015; Ay vd, 2018).

Çalışmamızda prematüre bebeği olan annelerde bu oran % 89.8, miad bebeği olan annelerde ise %10.2 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda prematüre bebek anneleri doğum sonu depresyon riski açısından miad bebek annelerine göre 8.8 kat daha riskli bulunmuştur. Korja ve arkadaşlarının prematüre bebek anneleri ile yaptıkları çalışmada EDSDÖ kullanılarak belirlenen depresyon riski %12.6, Vigod ve arkadaşlarının çalışmasında ise % 40 olarak belirlenmiştir (Korja vd, 2008; Vigod, Villegas, Dennis, Ross, 2010). Hem ülkemizde hemde dünyada yapılan çalışmaları prematüre bebeği olan annelerin doğum sonu depresyon açısından daha riskli grup olduğunu göstermiştir (Korja vd, 2008; Vigod, Villegas, Dennis, Ross, 2010; Gungor, Oskay, Beji, 2011; Şahin, Tiryaki, 2011).

Çalışmamızda yer alan annelerin DSYKÖ puanları ile EDSDÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; ölçek puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (**p<0.001**).

Miad ve prematüre bebeği olan annelerin ölçek puanları arasındaki ilişkiye ayrı ayrı bakıldığında; Miad bebeği olan annelerin ölçek puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (**p<0.001**). Prematüre bebeği olan annelerin ölçek puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, orta güçte ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (**p<0.001**).

Çalışmamızda annelerin DSYKÖ puanları arttıkça EDSDÖ puanları azalmış, DSYKÖ puanları azaldıkça EDSDÖ puanları artmıştır.

4.4. Annelerin Duygusal Özellikleri: İlk dokunuş ve ten teması anne ve bebek için çok önemlidir. Doğumdan sonra annenin teni ile temas eden bebeklerin daha az ağladığı, emzirmeye daha kolay uyum sağladığı, uyku düzeninin daha iyi olduğu ve vücut sıcaklığını daha iyi koruduğu bilinmektedir (Bardacke, 2012). Anne bebek etkileşiminin mümkün olan en erken zamanda başlaması hem anne hem de bebek için önemlidir (Rathfisch, 2012). Bağlanmanın süresi anne ve bebek sağlığına ve doğumun gerçekleşme koşullarına bağlıdır (Aslan, 2017). Bebeğin veya annenin hayati tehlikesi söz konusu ise ilk temas ve bağlanma süreci aksayabilir. Bizim çalışmamıza katılan prematüre bebeği olan annelerin hepsinin bebeği doğar doğmaz hayati tehlike ve risk söz konusu olduğu için YYBÜ'ne yatırılmıştır. Hayati risk taşıyan prematüre bebekler doğar doğmaz annelerinden ayrıldığı için ilk dokunuş, ten tene temas ve bağlanmanın sağladığı faydalardan yoksun kalmakta, aynı şekilde annelerde bu durumdan etkilenmektedir. Prematürütenin annelerde anksiyete, depresyon ve kaygı seviyesini arttırdığı bildirilmiştir (Uludağ, Ünlüoğlu, 2012).

Çalışmamızda bebeğini emzirememe ($p<0.05$), bebeğinde sekel kalacağından korkma ($p<0.05$), bebeğini kaybetme korkusu ($p=0.001$), bebeğin küçük olmasından endişe duyma ($p=0.001$), bebeğine dokunamama ($p<0.05$), annenin yeme-içme alışkanlıklarının değişmesi ($p<0.001$), annenin uyku alışkanlıklarının değişmesi ($p<0.001$), annenin günlük hayatının aksaması ($p<0.001$), prematüre bebeklerin annelerinde yaşam kalitesini düşürerek depresyon riskini arttıran başlıca faktörler olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda annelerin duygusal özelliklerine göre ölçek puanları incelendiğinde; bebeğini emziremeyen annelerin DSYKÖ puanları düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p<0.05**). EDSDÖ puanları ise yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (**p<0.001**). Sağlıklı bir doğum sürecinde anne ile bebek arasındaki ilk ten teması gerçekliştikten sonraki aşama emzirmedir. Yenidoğana verilecek en sağlıklı besin anne sütüdür. Miadında ve sağlıklı doğan bebekler yakalama ve emme refleksine sahip doğarlar ve bu sayede memeyi daha kolay kavrayıp emebilirler. Bu refleksler doğum sonu ilk 20-30 dakikada doruk noktaya ulaşır (Rathfisch, 2012). Emzirme sırasında ortaya çıkan oksitosin süt üretiminin oluşmasını ve devamlılığını sağlayan, anne ile bebek arasında bağlanmayı oluşturan başlıca faktördür (Bardacke, 2012). Preterm bebekler doğdukları gestasyonel haftaya göre yakalama ve emme refleksleri gelişmeden doğabiliyor, annesinin memesini emerek değil, oragastrik veya nazogastrik sonda ile beslenebiliyor, bazende parenteral yollarla sıvı ve ilaçlarla beslenebiliyorlar. Bu durum anne-bebek bağlanmasını geciktirdiği gibi, sevgi hormonu olarak bilinen oksitosininde salınmasını engeller. Emzirmeyen annelerin bizim çalışmamızda depresyon açısından riskli bulunmasının oksitosin yetersizliğine ve bağlanma sürecindeki gecikmeye bağlı olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda emzirmeyen annelerde prolaktin seviyesinin hızla düştüğü bilinmektedir. Prolaktin seviyesindeki hızlı düşüşün kadınlarda doğum sonu depresyonu tetiklediği bildirilmiştir (Gülseren, 1999). Yapılan başka bir çalışmada doğum sonu dönemde bebeğini emziremeyen annelerde bizim çalışmamıza benzer olarak yaşam kalitesi daha düşük

bulunmuştur (Bağcı, 2014). Ülkemizde yapılan bir çalışmada YYBÜ'de bebeği olan annelerin bebeklerinin hasta olacağından, özürlü olacağından ve gelişiminin geç olacağından endişe duydukları bildirilmiştir (Kurnaz, 2007). Çalışmamızda bebeğinde sekel kalacağından korkan annelerin DSYKÖ puanları düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). EDSÖ puanları ise yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.001$).

Yapılan bir çalışmada yoğunbakımda bebeği olan annelerin %50'den fazlasının bebeğini kaybetmekten korktuğu bildirilmiştir (Kurnaz, 2007). Çalışmamızda bebeğini kaybetmekten korkan annelerin DSYKÖ puanları düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p=0.001$). EDSÖ puanları ise yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.001$). Bebeğin küçük olması doğum sonu dönemde yoğunbakımda bebeği yatan annelerde endişe yaratan durumlar arasındadır (Kurnaz, 2007). Çalışmamızda bebeğinin küçük olmasından endişe duyan annelerin DSYKÖ puanları düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p=0.001$). EDSÖ puanları ise yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.001$). Bebekleri YYBÜ'ne yatan ailelerin artmış kaygı, depresyon ve travma belirtileri gösterdikleri bilinmektedir. Yeni anne olmanın yarattığı duygusal problemlere ek olarak; hasta bir bebeğe sahip olma, yoğunbakım ünitesinin stresli ortamı, bebekten fiziksel ve duygusal olarak izolasyon gibi faktörler aileler için ek stres kaynağı oluşturmaktadır (Melnik vd., 2006). Annelerin yaşadığı stresin; bebeklerin tıbbi durumu, YYBÜ'de yatışının süresi, doğum ağırlığı, gestasyon haftası gibi faktörlerden bağımsız olduğu ve en önemli sebebinin annenin annelik rolünü yerine getiremeyerek bebeğine yardımda kendini eksik hissetmesi, onu kucaklayamaması, acı çekmekten koruyamaması olduğu bildirilmektedir (Shaw vd., 2006). Ülkemizde yapılan bir çalışmada bebeğine dokunamayıp, bakım verememenin yoğunbakımda bebeği yatan annelerin hastanede yaşadığı sorunlardan birisi olduğu bulunmuştur (Kurnaz, 2007). Çalışmamızda bebeğine dokunamayan annelerin DSYKÖ puanları düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). EDSÖ puanları ise yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.001$). Yapılan bir çalışmada sarılmanın anne ile bebek arasında bağlanmayı sağlayan başlıca faktörlerden biri olduğu bulunmuştur (Evcili, Abak, Tali, Yurtsal, 2014). Bizim çalışmamızda da anne bebek arasında ilk temasın geç başlaması, annenin bebeğine dokunamaması annelerin doğum sonu dönemde yaşam kalitesini düşürerek depresyon riskini arttırdığı düşünülmektedir.

Şok, kızgınlık, umutsuzluk gibi duyguların yanı sıra bebekleri yoğunbakımda yatan anneler suçluluk duygusu da yaşamaktadır (Spear, Epps, Locke, 2002). Çoğu anne bu dönemde hazırlıksızdır ve YYBÜ ile ilgili bir fikri yoktur. Bebeğini bilmediği bu ortamda bırakmak annelere bebekleri üzerinde kontrollerini kaybettiğini düşündürmektedir. Anne bu dönemde uyuşukluk, boyun eğme ve suçluluk gibi duygularla mücadele etmektedir (Whitfield, 2003). Çalışmamızda bebeği prematüre doğduğu için kendini suçlu hisseden annelerin EDSÖ puanları ise yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.001$).

Doğum sonu dönemde kadınlar bir çok fizyolojik ve psikolojik değişiklikler ve sorunlarla karşı karşıyadırlar. Bu dönemde, en sık görülen sorunlar arasında beslenme bozuklukları, uyku ve dinlenme sorunları, bebekle ilgili kaygı ve endişe hissi, suçluluk duygusu, özgüven eksikliği gösterilmektedir (Kara, Çakmaklı, Nacak, Türeci, 2001; Tezel, Gözüm, 2005; Taşkın, 2011; Yılmaz Dereli, 2017). Anneler kendilerini yenidoğan bakımında yetersiz hissettikleri için anneliğe geçiş süresi uzamaktadır (Balkaya 2002). Prematüre bebeği olan annelerde ise bu sorunlarla başetme ve anneliğe geçiş süresi daha zordur. Bu annelerin

bebeği yoğunbakımda takip edildiği için anne ile bebek arasında etkileşim gecikmektedir. Beklenen normal süreç başlamadığı için anne kendini yetersiz hissetmektedir (Oskay, Avcı Serbest, 2017). Çalışmamızda yeme içme alışkanlıkları değişen annelerin DSYKÖ puanları düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.001$). EDSDÖ puanları yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.001$). Bebeğinin durumundan dolayı uyku alışkanlıklarının değiştiğini ifade eden kadınların DSYKÖ puanları düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.001$). EDSDÖ puanları ise yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.001$). Çalışmamızda günlük hayatında aksaklıklar alan annelerin DSYKÖ puanları düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.001$). EDSDÖ puanları yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.001$). Bizim çalışmamıza benzer olarak ülkemizde yapılan bir çalışmada doğum sonu dönemde kadınlarda görülen beslenme ve uyku sorunları yaşam kalitesini düşüren faktörler olarak bulunmuştur (Bağcı, 2014).

Doğum sonu dönemde sosyal destek; anneye yakın çevresi tarafından sağlanan bebek bakımına destek, ev işlerine yardım ve duygusal desteği içermektedir (Herbert 1994). Sosyal destek annelerde, annelik rolüne ilişkin yeterlilik duygusunu artırarak depresyon görülme riskini azaltmaktadır (Gülseren, 1999). Yapılan çalışmalar eş ile arası iyi olan ve doğum sonu dönemde eşi tarafından desteklenen annelerin kendilerini daha iyi hissettiklerini göstermiştir (Başer, Mucuk, Korkmaz, Seviğ, 2005; Çankaya, Yılmaz Dereli, Can, & Kodaz, Değerli, 2017). Başka bir çalışmada ise sosyal destekten ziyade prematüre bebek annelerinde YYBÜ'de çalışan profesyonellerin verdiği desteğin daha etkili olduğu görülmüştür (Spear, Epps, Locke, 2003). Başka bir çalışma prematüre bebeği olan annelerin herşeyden daha ziyade bilgi gereksinimine ihtiyaç duyduğunu göstermiştir (Sola, Diken, 2008).

Çalışmamızda prematüre bebeği olan annelerin aile desteği (%94.7), ve eş desteği (%96.1) yüksek bulunmasında rağmen, annelerin DSYKÖ puanları düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$, $p<0.05$). EDSDÖ puanları ise yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.001$, $p<0.001$). Çalışmamızda aile ve eş desteği prematüre bebek annelerinde doğum sonu yaşam kalitesi ve depresyon üzerinde etkili bulunmamıştır. Bebeği prematüre olan ve yoğunbakım ünitesinde tedavi görmekte olan annelerin doğum sonu dönemde sosyal desteğin yanı sıra profesyonel desteğe de ihtiyaç duydukları düşünülmektedir. Yaşamlarının her döneminde kadınların en yakın olduğu profesyonel meslek grubu mensupları olan ebeler, doğum sonu dönemde hem hastanede hem de birinci basamakta ev ziyaretleri ile annelerle daha yakından ilgilenmeli, annenin kendi bakımı ve bebek bakımı ile ilgili konularda, ruhsal problemlerle başetmede annelere destek olmalıdırlar. Çalışmamızda aile ve eş desteğinden oluşan sosyal desteğin doğum sonu dönemde annelerde yaşam kalitesi ve depresyon riski üzerinde etkili olmamasının, profesyonel ebe desteğine duydukları ihtiyaçtan kaynaklandığı düşünülmektedir.

5. Sonuç ve öneriler

Çalışmamızın sonuçları dört başlık altında toplanmıştır.

5.1. Sosyo-demografik Özelliklerle İlgili Sonuçlar

1.Sigara içme oranı prematüre bebeklerin annelerinde daha yüksek bulunmuştur.

2.Yaş aralığı 18-25 olan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları daha düşük bulunmuştur.

3.Evlilik süresi 1 yıldan az olan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları daha düşük bulunmuştur.

4.Eğitim durumu ilkokul olan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları daha düşük bulunmuştur.

5.Sosyal güvencesi olmayan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları daha düşük bulunmuştur.

6.Eşi çalışan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları daha düşük bulunmuştur.

7.Kronik hastalığı olmayan ve ilaç kullanmayan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları daha düşük bulunmuştur.

8.Yaş, evlilik süresi, eğitim durumu, meslek durumu, sosyal güvence varlığı, eşin çalışma durumu, kronik hastalık varlığı ve sigara kullanma durumu farketmeksizin prematüre bebek annelerinin EDSDÖ puanları yüksek bulunmuştur.

5.2. *Obstetrik Özelliklerle İlgili Sonuçlar*

1.Prematürite öyküsü preterm bebek sahibi kadınlarda daha fazla görülmüştür.

2.Prematürite daha çok ilk gebeliği olan kadınlarda görülmüştür.

3.İlk gebelik yaşı 18-25 olan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları daha düşük bulunmuştur.

4.İlk gebelik yaşı, düşük varlığı, çocuk sayısı, prematürite öyküsü, eş ile akrabalık durumu, gebelik sayısı, gebeliğin istenme durumu, gebelik boyunca düzenli kontrol varlığı, gebelikte sağlık sorunu ve ilaç kullanımı, depresyon öyküsü farketmeksizin prematüre bebeği olan annelerin EDSDÖ puanları yüksek bulunmuştur.

5.3. *DSYKÖ İle EDSDÖ Arasındaki İlişki İle İlgili Sonuçlar*

1.Prematüre bebeği olan annelerin miadında bebeği olan annelere göre DSYKÖ puanları düşük, EDSDÖ puanları yüksek bulunmuştur.

2.Annelerin doğum sonu depresyon riski %39.3 olarak bulunmuştur.

3.Prematüre bebeği olan annelerin doğum sonu depresyon riski %89.8 olarak bulunmuştur.

4.DSYKÖ ile EDSDÖ arasında negatif yönlü, doğrusal, ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. DSYKÖ puanları arttıkça/azaldıkça EDSDÖ puanları azalmış/artmıştır.

5.DSYKÖ alt boyutlarından akrabalık-aile-arkadaşlık, eş, sağlık ve psikolojik alt boyut puanları prematüre bebeği olan annelerde miad bebeği olan annelere göre daha düşük bulunmuştur.

6.Annelerin DSYKÖ alt boyutlarından akrabalık-aile-arkadaş, sosyoekonomik, sağlık ve psikolojik alt boyut puanları ile EDSDÖ puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. DSYKÖ alt boyut puanları arttıkça/azaldıkça EDSDÖ puanları azalmış/artmıştır.

7.Prematüre bebeği olan annelerin DSYKÖ alt boyutlarından akrabalık-aile-arkadaş, sağlık ve psikolojik alt boyut puanları ile EDSDÖ puanları arasında negatif yönlü, doğrusal, ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. DSYKÖ alt boyut puanları arttıkça/azaldıkça EDSDÖ puanları azalmış/artmıştır.

5.4. *Annelerin Duygusal Özellikleri İle İlgili Sonuçlar*

1.Bebeğini emzirememe, bebeğinde sekel kalacağından korkma, bebeğini kaybetmekten korkma, bebeğinin küçük olmasından endişe duyma, bebeğine dokunamama, bebeğinin durumundan dolayı suçluluk duyma, eşin ve ailenin desteğini hissetme, yeme-içme ve uyku alışkanlıklarının değişmesi,günlük hayatta aksaklılların olması prematüre bebeği olan annelerin başlıca duygusal özellikleri olarak bulunmuştur.

2.Bebeğini emziremeyen, bebeğinde sekel kalacağından korkan, bebeğini kaybetmekten korkan, bebeğinin küçük olmasından endişe duyan, bebeğine dokunamayan, eşinin ve ailesinin desteğini hisseden, yeme-içme ve uyku alışkanlıkları değişen, günlük hayatı aksayan prematüre bebek annelerinin DSYKÖ puanları düşük bulunmuştur.

3.Bebeğini emziremeyen, bebeğinde sekel kalacağından korkan, bebeğini kaybetmekten korkan, bebeğinin küçük olmasından endişe duyan, bebeğine dokunamayan, bebeğinin durumundan dolayı kendini suçlu hisseden, eşinin ve ailesinin desteğini hisseden, yeme-içme ve uyku alışkanlıkları değişen, günlük hayatı aksayan prematüre bebek annelerinin EDSDÖ puanları yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızın sonuçlarına göre;

- Hayatın her aşamasında kadınlara en yakın meslek grubu üyeleri olan ebelerin preterm doğumla ilgili detaylı bilgi sahibi olmaları, preterm doğumun risk faktörlerini iyi bilmeleri, anne ve bebek sağlığı üzerindeki etkileri ile ilgili yeterli donanıma sahip olmaları ve bu konuda kadınları eğiterek desteklemeleri, preterm doğumun olası sonuçlarına kadınları hazırlamaları,
- Doğum sonu dönemde gelişebilecek riskli süreçler göz önünde bulundurularak ebenin anneyi daha yakından tanınması ve takip etmesi için antenatal dönemden itibaren sürekli ebe desteğinin sağlanması,
- Doğum sonu dönemde kadınlarda gelişebilecek fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin ebeler tarafından iyi bilinmesi, bu süreçte anne ve bebeğe ihtiyaçları doğrultusunda gereken desteği sağlaması,
- Madde kullanımının, özellikle sigaranın anne bebek sağlığı açısından gebelik öncesi ve gebelik döneminde zararlı etkileri konusunda kadınların ebeler tarafından etraflıca bilgilendirilmesi,
- Erken doğumu gerçekleştiren kadınların bebeğinin yatırılacağı YYBÜ'si hakkında ebeler tarafından bilgilendirilmesi, annenin üniteyi görmesinin sağlanması,
- Annenin endişelerini gidermek için bebeğin durumu, bebeğe yapılacak işlemler ve bebeğin etrafındaki cihazlarla ilgili annenin detaylı bir şekilde bilgilendirilmesi ve tüm sorularının yanıtlanması,
- Doğum sonu erken ten teması gerçekleşmediyse en kısa sürede ebe desteği ile anne ve bebek arasında ten temasının başlatılması,
- Annenin istediği zaman bebeğine dokunmasına izin verilmesi,
- Ebe desteği ile en kısa sürede emzirmenin başlatılması,
- Emzirmenin mümkün olmadığı durumlarda ebenin anneyi sütünü sağma konusunda teşvik etmesi, süt sağma konusunda eğitim vermesi,
- Postpartum dönemdeki prematüre bebek annelerinin ebe tarafından daha detaylı gözlemlenerek depresyon riskinin en erken dönemde tespit edilmesi,

- Postpartum dönemde annelerinin fiziksel ihtiyaçları, beslenme ve uyku düzenleri ile ilgili ebeler tarafından bilgilendirilmesi ve eksik yanlarının tespit edilerek desteklenmesi önerilmektedir.

Kaynakça

- Aksakallı, M., Çapık, A., Ejder Apay, S., Pasinlioğlu, T., & Bayram, S. (2012). Loğusaların destek ihtiyaçlarının ve doğum sonu dönemde alınan destek düzeylerinin belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing* 2012;3(3):129-135 Doi: 10.5505/phd.2012.57441
- Alp, H., Selimoğlu, M. A., Yaman, S., Energin, M., Altınkaynak, S., & Orbak, Z. (1995). Gebelikte sigara kullanımının fetusa etkileri. *Türk Pediatri Arşivi*, 30(2).
- Altıparmak, S., Eser, E., 2007, 15-49 Yağ Grubu Evli Kadınlarda Yağam Kalitesi, Aile ve Toplum, Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, 3: 11, 29-33 s.
- Altuntuğ K, Ege E. (2012). Doğum sonrası yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3):214-222.
- Altun Yılmaz, E. (2016). Yüksek Riskli Yenidoğan. Ekti Genç, R., Özkan, H. (Ed.) (2016). *Ebeler için Yenidoğan Sağlığı ve Hastalıkları* (1. Baskı). Elazığ: Anadolu Nobel
- Alverson, C. J., Strickland, M. J., Gilboa, S. M., & Correa, A. (2011). Maternal smoking and congenital heart defects in the Baltimore-Washington Infant Study. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 66(7), 408-409.
- Andres, R. L., & Day, M. C. (2000). Perinatal complications associated with maternal tobacco use. *Seminars in Neonatology* (Vol. 5, No. 3, pp. 231-241). WB Saunders.
- Aslan, E. (2017). Normal Lohusalık Süreci ve Bakım. Kızılkaya Beji N. (Ed.) (2017). *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* (2. Baskı). İstanbul: Nobel
- Aslan, E. (2017). Lohusalık Döneminde Psikososyal Adaptasyon. Kızılkaya Beji N. (Ed.) (2017). *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* (2. Baskı). İstanbul: Nobel
- Ay, F., Tektaş, E., Mak, A., & Aktay, N. (2018). Postpartum depresyon ve etkileyen faktörler: 2000–2017 araştırma sonuçları.
- Backe, B. (1993). Maternal smoking and age: Effect on birthweight and risk for small-for-gestational age births. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 72(3), 172-176.
- Bağcı, S., Altuntuğ, K. (2014). Annelerin doğum sonunda yaşadığı sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. (Yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Balcı, S. (2006). Preterm bebeğin evdeki bakımına yönelik hemşirelik girişimlerinin bebeğin büyüme-gelişmesine ve annelerin bakım sorunlarını çözme becerilerine etkisi. (Doktora tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Balkaya, N. A. (2002). Postpartum Dönemde Annelerin Bakım Gereksinimleri ve Ebe-Hemşirenin Rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(2), 42-9.
- Bardacke, N. (2012). Farkındalıkla Doğum. Onan. Ö (çev). İstanbul: Doğan Novus
- Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z, Seviğ Ü. (2005). Postpartum Dönemde Anne ve Babaların Yenidoğan Bakımına İlişkin Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*; 14: 54–58.

- Çankaya, S., Yılmaz, S. D., Can, R., & Kodaz, N. D. (2017). Postpartum depresyonun maternal bağlanma üzerine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8, 232-40.
- Çelen, R. (2013). Prematüre bebeği olan anne ve babaların kaygı düzeyleri ve ilişkili faktörler, Yüksek lisans tezi, Konya Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Dereli Yılmaz S. (2017). Doğumun Dördüncü Evresi ve Postpartum Dönem. (Ed.), Demirgöz Bal M, Dereli Yılmaz S. (Ed.). (s. 137-170). *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum*. Ankara; Akademisyen
- Diener, E., Diener., R.B. (2002). "Will Money Increase Subjective Well-Being?", *Social Indicators Research*, 57, 119-169.
- Durukan, E., İlhan, M. N., Bumin, M. A., & Aycan, S. (2011). 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. *Balkan Medical Journal*, 2011(4), 385-393.
- Engindeniz N, Küey L, Kültür S. (1997). Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği Türkçe Formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, *Bahar Sempozyumları*, 1(1):51-2.
- Eren, Tİ. (2007). Postpartum Depresyon Prevalansı ve Sosyodemografik Risk Faktörleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. Uzmanlık Tezi.
- Evcili, F., Abak, G., Tali, B., & Yurtsal, Z. B. (2014). Erken doğum sonrası dönemdeki loğusaların anne-bebek bağlanmasına ilişkin görüşleri. *Merhaba*, 138.
- Göksever, H., Kılıç, B., & Erata, Y. (2008). Preterm Doğumlarda Epidemiyolojik Faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 18(5), 294-305.
- Gülseren L. Postpartum Depression: A Review. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1999; 10(1): 58-67
- Güngör, İ., Oskay, Ü. (2017). Riskli Doğum Eylemi. Kızılkaya Beji N. (Ed.) (2017). *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* (2. Baskı). İstanbul: Nobel
- Herbert P (1994). Support of first-time mothers in the three months after birth. *Nursing Times* 15(24): 36-37
- Hill P, Aldag JC, Hekel B, Riner G, Bloomfield P. (2006). Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire, *Journal of Nursing Measurement*, 14(3):205-20.
- Kara, B., Çakmaklı, P., Nacak, E., & Türeci, F. (2001). Doğum sonrası depresyon. *Sted*, 10(9), 333-4.
- Ko, T. J., Tsai, L. Y., Chu, L. C., Yeh, S. J., Leung, C., Chen, C. Y., ... & Hsieh, W. S. (2014). Parental smoking during pregnancy and its association with low birth weight, small for gestational age, and preterm birth offspring: a birth cohort study. *Pediatrics & neonatology*, 55(1), 20-27.
- Koçoğlu, D., & Akın, B. (2009). Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi.
- Korja, R., Savonlahti, E., Ahlqvist-Björkroth, S., Stolt, S., Haataja, L., Lapinleimu, H., ... & PIPARI Study Group. (2008). Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants. *Acta Paediatrica*, 97(6), 724-730.
- Kurnaz, E. (2007). Bebeği Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesinde Olan Annelerin Endişeleri ve Bakım Gereksinimleri. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Küçükoglu, S., Çelebioğlu, A., & Coşkun, D. (2014). Yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin postpartum depresyon belirtileri ve emzirme özyeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 921-932.
- Marakoğlu, K. Sezer, R. E. (2003). Sivas' ta Gebelikte Sigara Kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 157-164.
- Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Alpert-Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H. F., Sinkin, R. A., ... & Gross, S. J. (2006). Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE)

- neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 118(5), e1414-e1427.
- Oskay, Ü., Avcı Serbest, N. (2017). Riskli Postpartum Dönem ve Hemşirelik Yaklaşımı. Kızılkaya Beji N. (Ed.) (2017). *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* (2. Baskı). İstanbul: Nobel
- Oster, G., Delea, T. E., & Colditz, G. A. (1988). Maternal smoking during pregnancy and expenditures on neonatal health care. *American Journal of Preventive Medicine*, 4(4), 216-219.
- Özkahraman Koç, Ş. (2018). Doğum Sonrası Dönemde Psikososyal Adaptasyon. Yeşilçiçek Çalık, K., Coşar Çetin, F. (Ed). *Ebeler ve Ebelik Öğrencileri için Normal Doğum ve Sonrası Dönem*, (240-257). İstanbul: İstanbul
- Öztürk, S. (2014). *Annelerin Doğum Sonu Dönemde Yaşam Kalitesi ve Desteklerinin Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisan Tezi). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Erzurum
- Öztürk, R., & Saruhan, A. (2013). 1-4 Aylık Premature Bebeği Hastanede Tedavi Gören Annelerin Depresyon ve Maternal Bağlanma İlişkisinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 15(1).
- Park, J. and Others. (2002) "Impacts of Poverty on Quality of Life in Families of Children With Disabilities", *Exceptional Children*, 68(2), 151-170.
- Raisanen, S., Sankilampi, U., Gissler, M., Kramer, M. R., Hakulinen-Viitanen, T., Saari, J., & Heinonen, S. (2014). Smoking cessation in the first trimester reduces most obstetric risks, but not the risks of major congenital anomalies and admission to neonatal care: a population-based cohort study of 1 164 953 singleton pregnancies in Finland. *J Epidemiol Community Health*, 68(2), 159-164.
- Rathfisch, G. (2012). *Doğal Doğum Felsefesi*. İstanbul: Nobel
- Shaw, E., Levitt, C., Wong, S., Kaczorowski, J., & McMaster (2006). University Postpartum Research Group. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. *Birth*, 33(3), 210-220.
- Sola C., & Diken, İ. H. (2008). Gelişimsel gerilik riski altındaki prematüre ve düşük doğum ağırlıklı çocuğa sahip annelerin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 9(02), 21-39.
- Spear ML, Leef K, Epps S, Locke R. (2002). Family reactions during infants' hospitalization in the neonatal intensive care unit. *Am J Perinatol*; 19: 205-213.
- Şahin, E., & Tiryaki, A. (2011). Düşük Doğum Ağırlıklı Prematüre Bebek Annelerinde Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 21(3), 155-163.
- Taşkın, L. (2011). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 13. Baskı, Ankara: Akademisyen
- Tezel, A., Gözüm, S. (2005). Postpartum dönemde kadınlarda görülebilen depresif belirtiler ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 12(2), 62-68.
- TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2013. Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. Erişim tarihi: 20.03.2019
- Turan, M. T., & Bolışık, B. (2003). Prematüre bebeği olan ailelere serviste uygulanan planlı eğitimin anne ve bebek üzerine olan etkilerinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1), 39-46.
- Uludağ, A., Ünlüoğlu, İ. (2012). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin annelerinde stres oluşturan faktörler; stresle başa çıkmada birinci basamağın rolünün belirlenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2012(3), 19-26.

Vigod, S. N., Villegas, L., Dennis, C. L., & Ross, L. E. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117(5), 540-550.

Whitfield MF.(2003). Psychological effects of intensive care on infants and families after discharge. *Semin Neonatol*; 8: 185-193.

Wisborg, K., Henriksen, T. B., & Secher, N. J. (2001). Maternal smoking and gestational age in twin pregnancies. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 80(10), 926-930.

World Health Organization (WHO) 2015. Preterm birth. Erişim adresi: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Erişim tarihi: 24.03.2019

Yılmaztürk, Y. (2010). Postpartum dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.

Anahtar Kelimeler: prematürite, yaşam kalitesi, doğum sonu yaşam kalitesi, postpartum depresyon, yenidoğan yoğunbakım

Bildiri No: 23 Bildiri Türü: Sözlü Bildiri

Gebelikte Saptanan Huzursuz Bacak Sendromunun Anksiyete, Depresyon ve Uyku Bozuklukları ile Olan İlişkisi

Engin Yıldırım

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD.

Amaç: Huzursuz bacak sendromu (RLS) genellikle istirahatte başlayıp, hareketle hafifleyen, hastaların bacaklarını hareket ettirmek için dürtü sahibi olduğu, multifaktöriyel bir hareket bozukluğudur. RLS ile uyku bozukluklarının ilişkisi oldukça belirginken temel psikiyatrik bozukluklarla yapılan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışmamızda gebelikte ilk kez ortaya çıkan RLS'nin psikiyatrik semptomlarla ilişkisini saptamayı hedefledik.

Yöntem: Ekim 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıklar ve Doğum Kliniğine başvuran ikinci trimesterdeki bacak krampı şikayeti olan gebelerden 253 tanesi çalışmayı kabul etti ve vaka kontrol çalışması şeklinde çalışma dizaynı yapıldı. Katılımcılara RLS tanısı için International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) tarafından belirlenmiş kriterler kullanıldı. Ardından kriterlerini kapsayan gruba RLS şiddetini belirlemek için IRLSSG tarafından belirlenmiş farklı bir ölçek kullanıldı. Katılımcıların anksiyete, depresyon şiddetleri Beck Anksiyete ve Depresyon ölçeği ile, uyku kaliteleri Pittsburg Uyku Kalite İndeksi ile ölçüldü.

Bulgular: Çalışmaya toplam 253 gebe dahil oldu, 134 sağlıklı ikinci trimester gebe kontrol grubunu oluştururken, 119 gebe RLS grubunu oluşturdu. Grupların gebelik haftaları, body mass indexleri ve fetal biyometrik ölçümleri arasında istatistiksel fark yoktu ($p>0.05$). RLS grubunda abortus öyküsü daha yüksekti ($p=0.016$). RLS grubunda Beck Anksiyete Skoru ve Pittsburg Uyku Kalite İndeksi skoru daha yüksek saptandı ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.001$, $p<0.001$). Beck Depresyon skorları arasında istatistiksel fark yoktu ($p=0.269$)

Sonuç: RLS gebelikte beklendiği şekilde uyku kalitesini kötüleştirmeyken anneleri anksiyeteye sevk etmektedir. RLS tanısı alan annelerin kötü obstetrik öyküleri bulunmaktadır. Gebeliğin ikinci trimesterinden itibaren bacak krampı tarifleyen annelerde RLS sorgulanmalı, tanı alındığında tedavi için nöroloğa yönlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Huzursuz Bacak Sendromu, Gebelik, Anksiyete, Depresyon, Uyku Bozukluğu

Bildiri No: 24 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Spontan İkinma

Filiz Yarıcı

Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

Doğum, kadın yaşamında gerçekleşen en eşsiz ve mucize deneyimlerden biridir. Gebelik sürecinde başlayan bu mucize eşler arasında sevinçle beklenirken, özellikle ilk gebeliklerde doğum anı konusunda da endişeli bir bekleyiş vardır. Çünkü birçok çift hamilelik ve doğum konusunda yeterli bilgiye sahip değildir. Doğum eyleminin ikinci evresi, tam servikal dilatasyon (10 cm) ile bebeğin doğumuna dek geçen zamandır. Sıklıkla kadının vajinal-rektal basınç ve aşırı ıkınma dürtüsü hissettiği sık ve düzenli kontraksiyonlar ile karakterizedir. Doğum sırasında kadının nasıl ve ne şekilde ıkınacağı, kimden nasıl bir destek alacağı konusunda ki bilgisizliği endişesini artırmaktadır. Bu sürecin sağlıklı biçimde yaşanması için kadın ve bebeğin eylem sırasındaki değerlendirmesinin ebe tarafından doğru şekilde yapılması, uygun ıkınma şekli ile eylemin sağlıklı bir biçimde sonlandırılması gerekmektedir. Doğum eyleminde spontan ve Valsalva manevrası olmak üzere iki farklı ıkınma tekniği kullanılmaktadır. Literatürde, valsalva manevrası ile ıkınmanın anne ve bebek fizyolojisi üzerine etkileri merak uyandırmış ve bu durum araştırmalara konu olmuştur. Araştırma sonuçlarına göre, valsalva tipi ıkınmanın fetüste oksijen saturasyonunda düşmeye, yol açtığı belirlenmiştir. Spontan ıkınmada kontraksiyonlar olsa da ıkınma dürtüsü olana kadar gebe ıkınmaz. İkinma dürtüsü ile ıkınma gerçekleşir. Literatürde, nefes vererek ya da açık spontan ıkınmanın en iyi ıkınma tekniği olduğu belirtilmektedir. Spontan bir şekilde ıkınan gebelerin %81'inin ıkınma yönergesi verilmeden doğumunu gerçekleştirdiği ve doğumun ikinci evresinin uzunluğu 2 saatten daha az sürdüğü belirlenmiştir. İlaveten forseps yardımı ile doğum, yırtık için sütür gereksiniminin spontan ıkınma grubunda yaklaşık olarak %50 oranında azaldığı belirtilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Valsalva ıkınma, spontan ıkınma, ikinci evre, doğum

Bildiri No: 25 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Cinselliğin Devamı; Doğum, Orgazmik Doğum

Seda Karatopuk¹, Filiz Yarıcı¹

Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

Tanım ve algılarda farklılık olsa da cinsellik insanlığın varoluşundan bu yana hep vardır ve çağlar boyu önemini kaybetmemiştir. İncesu'nun belirttiği gibi "cinsellik hem en çok merak edilen, hem de en çok yasaklanan, hem en çok konuşulan hem de aslında hiç konuşulmayan, çok bilindiği iddia edilen ama aslında çok az bilinen, bir yanda övünülen diğer yanda ise aslında çok utanılan bir konu olması nedeniyle zorlu bir konudur". Cinsellik doğum öncesi başlayıp ömür boyu devam eden, insanların değerleri, inanışları, duyguları, kişilikleri, sevdikleri ve sevmedikleri şeyler, tutumları, davranışları, fiziksel görünüşleri ve içinde yaşadıkları toplumlara göre şekillenen bir kavramdır. Doğum ise hormonal uyumun sonucunda, fetüs ve eklerinin uterusun atılımı ile sonlanan bir süreçtir. Doğumda yer alan oksitosin, endorfin ve epinefrin-nöroepinefrin hormonları cinsellik sırasında da salgılanmaktadır. Orgazmik doğum, cinselliğin bir uzantısı olarak düşünülmekte ve orgazmik doğumu keşfetmeye giden yolun cinsellikten ve cinsellik ile doğumda rol oynayan hormonlardan geçtiği bildirilmektedir. Cinsellik ve doğum arasında ki bu hormonal paralellik, "Doğum ve cinsellik arasında bir bağlantı olabilir mi?" sorusunu akıllara getirmektedir. Buckley, sevişmek ve doğurmak arasında bir paralellik olduğunu, her iki süreçinde tutku ve sevgi içerdiğini, mahremiyet sağlandığında bireylerin kendini güvende hissettiği ve bu his ile en iyi şekilde uyumlandığını belirtmektedir.

Anahtar Kelimeler: Cinsellik, Doğum, Orgazm, Orgazmik Doğum

Bildiri No: 27 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Management of Patients With Stress Urinary Incontinence

İlaha Qasimzade

Azerbaijan Medical University

Aim. The aim of this study is improvement efficiency and safety of the treatment of patients with pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence by using new techniques of surgical correction.

Introduction. Pelvic organ prolapse (PT) and stress urinary incontinence (SNM) are extremely common pathologies that affect up to 50% of women (1, 2). Not presenting direct threat to the life, these diseases in more than half of the patients, lead to various manifestation of incontinence and in the long-run to social disadaptation and serious emotional problems (5). In the United States each year more than 200,000 people are executed annually. operations for SNM and PTO, and the total cost of treatment exceeds \$18 billion (7). By 2050, the number of patients with these pathologies in the United States is projected to more than double to 37 million. (6). All this makes it possible to talk about the PTO and SNM as a serious socio-economic problem. In solving the problem of SUI, it would seem that the gold standard has been defined -synthetic medium-urethral sling. However, choosing the degree of tension of the implant remains to this day by manipulation of absolutely no standardized, which seriously affects the results of treatment. Despite the fact that that the prosthesis is installed, according to most authors, without tension("tension-free"), the frequency of obstructive urination after sling installation reaches 5.9% (2-33.9%) (3). Moreover, about 6% (0-21.3%) such patients need repeated operational interventions in connection with obstruction(4). In case if the prosthesis is not stretched enough the opposite situation will be seen. According to recent research long-term objective effectiveness of the methodology does not exceed 64.4%, and the number of reinterventions for SUI within 5 years reaches 17.7% (3, 8). According to the results of studies, the need to correct the position of tapes was seen in 11.6-60% of cases, which indicates the obvious urgency of the problem.

Aim of the study: to improve efficiency and safety of the treatment of patients with pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence by using new techniques of surgical correction

Materials and methods

A prospective study conducted on 22 patient's by Modified Kharkovsk's method of SUI and prolapses performed by the same surgeon from January of 2019 till October of 2019 y., at German hospital in Azerbaijan, Baku. Total 22 number of patients were included to the current study. Current study included two groups of patients the first group of patients who undergo retropubic sling surgery without removing the uterus and the second one is group with total or subtotal removal of the uterus along with retropubic sling. 12 patients in the first group, and 10 in the second group. Medical records of the patients identified were reviewed, factors examined included demographic details, preoperative diagnosis, past gynecological surgery, method of anesthesia, length of operation, intra-operative and post-operative complications, length of stay in hospital and findings at post-operative review (at 6-12 weeks after surgery).

Description of the method. The patient is placed in a horizontal position. Under general anesthesia after disinfection, the bladder is emptied via a transurethral Foley catheter. Under sterile conditions the operation was performed from the lower-middle pubic access. From the aponeurosis of the straight abdominal muscles cut a rectangular flap measuring about 10.0 to 1.5 cm, the ends of which were stitched with capron ligatures. The sling flap was fixed to the back of the bladder neck with 4-5 dexon seams in the vicinity of the bladder hole. Then we brought sling ligatures to the aponeurosis. Sling ligatures were fixed on the aponeurosis of the direct abdominal muscles with the help of the Kharkiv antenna system (Picture 1). The Kharkiv antenna is a special tubular system for regulating the postoperative tension of sling ligatures, developed in 2002 by a group of Kharkiv urologists. It consists of two Teflon or polypropylene tubes of different diameters (8 and 10 Ch) and length (depending on the thickness of subcutaneous fat). Installation of this device and the actual regulation are carried out as follows: after the removal of sling ligatures on the aponeurosis, the latter are carried through the light of a tube of a larger diameter with a direct surgical needle. Ligatures are fixed by inserting a smaller-diameter tube into the lumen of a larger diameter tube. Sling was not stretched. The pubic wound was layered. At the same time, the end of the fixing-steering system was excreted over the skin. On 20-21 days after the operation, the urethral catheter was removed. A day later, the degree of urine retention was assessed, as well as the presence of residual urine. When a leak of urine is detected, the ligatures were pulled up, having previously pulled out a smaller tube from the larger lumen. Fixation of the necessary degree of tension was carried out by the introduction of one tube into another. In a urinary retreat situation, the tension of the ligatures weakened in the same way. Regulation was carried out for 2-14 days at intervals of 1-3 days. Removal of the fixing system was carried out by applying a surgical clamp on the ligature below the proximal end of the large tube. This allowed to maintain the necessary degree of tension of the sling. The smaller tube was then removed from the larger lumen. Sling ligatures finally tied over the aponeurosis, and the clamp was removed.

Further, depending on whether a hysterectomy was performed or not, two techniques of surgery are used, the first is carried out ventral fixation of the uterus with the seizure and tightening of the bladder with the elimination of douglas space. The second one is after total hysterectomy the cervix stump is fixed with the seizure and tightening of the bladder. 4 different types of techniques are performed depends on the kind of disorders exist.

1) if prolapse is combined with cystocele, anterior colporophia and retropubic sling are performed

2) if cystocele combined with rectocele, anterior and posterior colporophia and retropubic sling are performed

3) in cases of varying degrees of uterine prolapse + cysto and rectocele, anterior and posterior colporophia and retropubic sling are performed along with ventrofixation of the uterus with capture of the bottom of the urinary bladder and its posterior and anterior walls with the main emphasis on eliminating the anterior Douglas, as a result the ends of the threads go from the periton and fixed on peritonea

4) if for any reason a total hysterectomy is performed, it is necessary to fix the stump and bladder over the pubic symphysis

Results and discussion. Up to now, we have applied this technique in 22 cases. The clinical results, also checked by tonometry and sonography, were satisfying.

No bladder or urethral perforations were noted. Post-operatively 22% (5/22) required recatheterisation in the short term of one week following surgery. However only 13% (3/22) and 4.5 % (1/22) required readjustment of sling (during one week following surgery).

The median number of day's hospitalization was three for isolated retropubic sling and 5 for colposuspension + retropubic sling. The overall success rate, defined as subjective absence of stress urinary incontinence was 86.3 % (19/22) and 95.4 % (21/22) respectively for retropubic sling and combined colposuspension + retropubic sling.

The advantages of this method are low price , allograft as it is taken from its own aponeurosis and the most important is the possibility of regulation after surgery.

Statistical analysis using the non-parametric Mann-Whitney test was performed. No significant difference at the 5% level was noted.

I would like to stress that the previously mentioned disorder caused family issues and misunderstanding in the patients' families. However, after undergoing the treatment most of our patients feel relieved. The method alleviates the symptoms in a long-term and helps women to get back to normal life . Thus success lies not only in elimination of physical problems but psychological ones as well.

Anahtar Kelimeler: retropubic sling, prolapses, stress urinary incontinence

Bildiri No: 28 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Total Laparoscopic Hysterectomy in Patients with Previous Cesarean Section

Ahdab Azim

Azerbaijan Medical University

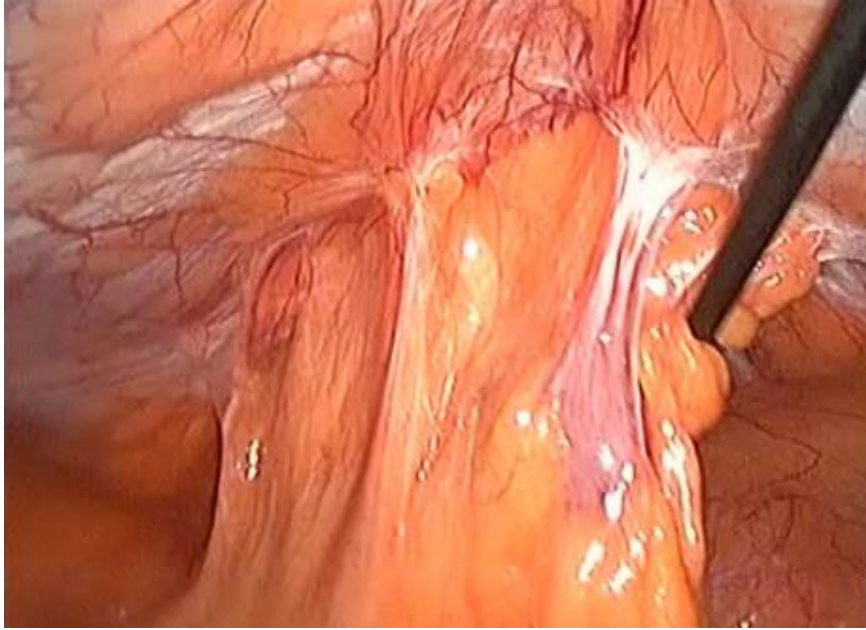
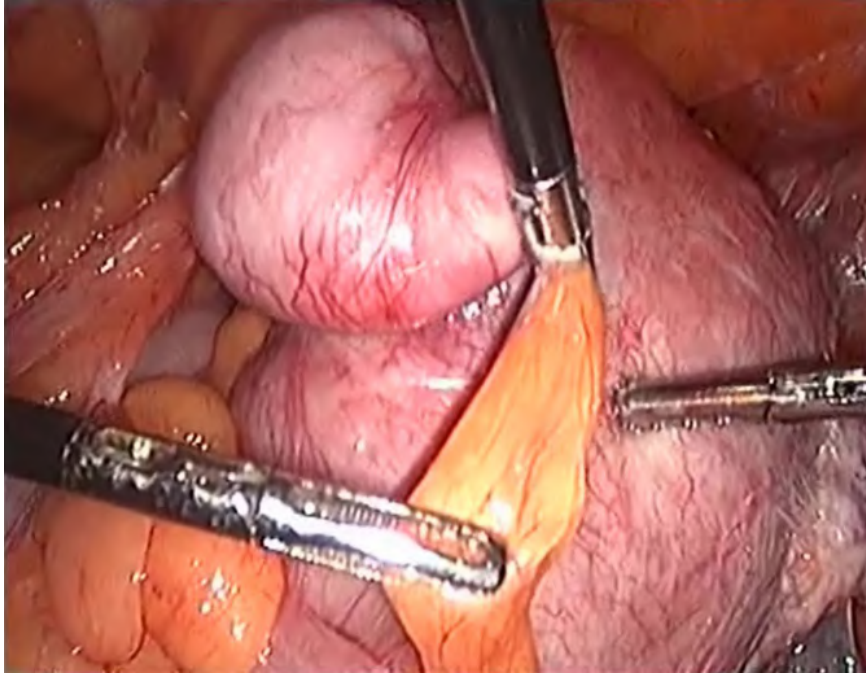
A Objective. To evaluate the severity of adhesions after caesarean section as well as to identify surgery-related outcomes of total laparoscopic hysterectomy (TLH) in patients with a history of previous cesarean section .

Introduction. Currently, hysterectomy constitutes the second most common operation performed in female with previous cesarean section. The majority of patients undergoing TLH, are in risk of suffering complications during and after surgery. In patients with previous cesarean section, these risks are much higher and mainly related to urologic injuries. Surgical adhesions caused by previous cesarean section may cause distortion of pelvic anatomy. During performing TLH in these patients, bladder adhesions to the uterus may make dissection much more difficult with higher complication rates.

Materials and methods. This study was conducted between January 2013 and January 2015, total 550 patients with different gynecological laparoscopic surgeries performed by us were reviewed. Among 550 patients 10 patients had a history of previous cesarean section and had been performed TLH at the gynecological department in Clinical Medical Centre, Baku, Azerbaijan. These 10 patients were included in this study.

Results. All patients were in the age group of 40 years and above. 4 women had moderate, and 6 women had severe adhesions. Adhesions were mainly localized in the lower central region of the small pelvis $33.3\% \pm 8.61$. $23.3\% \pm 7.72$ adhesions were located in the lower left. $13.3\% \pm 6.21$ adhesions were centrally located, 13.3 ± 6.21 in the upper right area and 13.3 ± 6.21 in the lower right area. In $76.7\% \pm 7.72$ cases, adhesions were dense, and required acute dissection. In 13.3 ± 6.21 cases, very strong vascular adhesions were found that required dissection by the acute method and also entailed the risk of damage. Pic. 1, 2.

Conclusion. Our study showed that cesarean section doesn't pass without a trace for patients. Adhesions of varying degrees of severity is noted in all women with a history of abdominal delivery. Also, in patients with a history of cesarean section, an extension of the time for a hysterectomy should be expected due to technical difficulties and it needs more accurate and careful dissection of fibrosis tissues. Dense uterine adhesions with the anterior abdominal wall and bladder in these patients lead to obvious changes in the anatomy of the pelvic cavity.



Anahtar Kelimeler: Cesarean section, adhesions, laparoscopic hysterectomy

Bildiri No: 30 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Gebelikte Bulantı-Kusma Şiddetinin Doğum Korkusu ve Psikososyal Sağlık Düzeyi ile İlişkisi

Çiğdem Karakayalı¹, Yeşim Aksoy Derya¹
İnönü Üniversitesi

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı, gebelikte bulantı ve kusma şiddeti ile doğum korkusu ve psikososyal sağlık düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Yöntem: İlişkisel tanımlayıcı türde olan bu araştırma 659 gebe ile yürütüldü. Verilerin elde edilmesinde, “Kişisel Bilgi Formu”, “Gebelikte Bulantı-Kusma Şiddeti Değerlendirme (PUQE; The Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea Test) Testi”, “Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ;) The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire A Version) A Versiyonu” ve “Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ)” kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmede; tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra, tek yönlü varyans analizi, tukey testi ve pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: PUQE testi toplam puan ortalamasının 9.05 ± 2.30 olduğu, gebelerin %15.5’inin hafif, %77.5’inin orta ve %7.0’ının ise ağır düzeyde bulantı-kusma yaşadığı belirlendi. Gebelerde W-DEQ-A versiyonu toplam puan ortalaması 69.97 ± 19.07 , GPSDÖ toplam puan ortalaması 3.25 ± 0.30 idi. Bulantı kusma şiddeti ağır olan gebelerin hafif ve orta düzeyde bulantı kusma şiddeti yaşayan gebelere göre daha fazla doğum korkusu yaşadığı belirlendi ($p < 0.001$). PUQE testi sınıflandırılmasına göre GPSDÖ’nin “Gebelik ve Eş İlişkileri”, “Aile İçi Şiddet” ve “Gebeliğe İlişkin Fiziksel ve Psikososyal Değişiklikler” alt boyutları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi ($p < 0.05$). PUQE testi puan ortalaması ile doğum korkusu arasında pozitif yönde, psikososyal sağlık düzeyi ile de negatif yönde önemli ilişki saptandı ($p < 0.05$).

Sonuç: Gebelerde bulantı-kusma şiddeti arttıkça doğum korkusunun arttığı buna karşın psikososyal sağlık düzeyinin azaldığı belirlendi. Sonuç olarak, bulantı-kusma şikayetlerine yönelik değerlendirmelerde, doğum korkusu ve psikososyal sağlık düzeyi gibi değişkenlerin ele alınması gebelere bütüncül bir sağlık hizmetinin sunulmasında katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Bulantı-Kusma, Doğum Korkusu, Gebelik, Psikososyal Sağlık Düzeyi.

Bildiri No: 31 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Sperm Analizinde Tam Otomatik Analizör ile Manuel Ölçüm Yöntemlerinin Karşılaştırılması ve Kliniğe Etkisi

Ozgür Mehmet Yis

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç

İnfertilite, eşlerin aralıksız 12 ay boyunca, korunmasız ilişkiye rağmen gebelik oluşmaması durumu olarak tanımlanabilir. Erkek infertilitesinin belirlenmesinde tanı koydurucu basamak semen analizinde sperm sayımıdır. Sperm sayımı için Thoma lamı, makler kamera (MK), spektrofotometrik yöntemler ve tam otomatik sperm analizörleri (OSA) kullanılabilir. Semen analizinde hiç sperm bulunmaması azospermi olarak tanımlanır. Ancak semende 1 adet sperm bulunması durumunda azospermiden bahsedilemez. Bir adet sperm bulunması durumu bile tedaviyi etkileyebilmektedir. Yaygın olarak kullanıma giren OSA'da azospermi olarak değerlendirilen hastaların semenlerinde sayılamayacak kadar az sperm bulunması sıklıkla karşılaşılabilmektedir. Bu çalışmada OSA ile yapılan sperm sayımları MK ile karşılaştırılarak, klinik etkisi araştırılmıştır.

Yöntem

Kliniğimize gelen 79 semen örneği OSA (SQA analyser) ve makler kamera ile değerlendirildi. Değerler SQA ve MK sonuçlarına göre sperm olanlar ve olmayanlar şeklinde ayrı ayrı iki gruba ayrıldı. Sonuçlar istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular

Sperm olan grupta OSA ve makler kamera ortanca değerleri sırasıyla 35,25(14,95-55,15) ve 32(15,5-62,5) idi ve iki değer arasında istatistiksel olarak farklılık yoktu ($p=0,484$). İki ölçüm yöntemi arasında çok yüksek korelasyon vardı ($\rho=0,960$). MK de sperm görülmeyen örneklerin hiç birinde OSA'da sperm görülmedi. Ancak, OSA ölçümlerinde sperm görülmeyen hastalar ($N=33$) MK değerlendirildiğinde %45'inde ortalama $0,29\pm 0,48$ (ortanca 0,2(0,1-0,2) sperm görülmüştür.

Sonuç

Rutin semen analizlerinde kullanılan OSA'lar sperm sayılarını ölçmede manuel yöntemlere göre büyük kolaylıklar sağlamakta ve yüksek korelasyonlu sonuçlar vermektedir. Fakat azospermilerin değerlendirilmesinde numunelerde bir tane bile sperm varlığı kliniği ve tedaviyi değiştirebileceği bilinmektedir. Çalışmamızda azospermi olan numunelerde örneklerin manuel bir yöntemle farklı sonuçlar elde edilmesi nedeniyle örneklerin manuel doğrulamasının yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, Azospermi, sperm analizi

Anahtar Kelimeler: İnfertilite, Azospermi, sperm analizi

Bildiri No: 32 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Nadir Bir Olgu; Gebelikte Borderline Musinoz Tümör Takibi ve Salpingooferektomi Sonrası Rekküren Musinöz Kistadenom.

Ferah Kazancı Kazancı¹, M.Anıl Onan¹

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD

Giriş: Gebelikte adneksiyel kitle insidansı 1/81 ile 1/8000'dir (1). Sıklıkla asemptomatik olup prenatal rutin ultrasonda erken dönemde saptanırlar (2). Epiteyal over tümörlerinin %10-15'i borderline over tümörleridir(BOT), düşük malign potansiyelli %80'i evre 1'de, sıklıkla 30- 50 yaşlarında izlenir.(3,4). Gebelikte BOT'un insidansı % 0.15 -3'dir (5).

OLGU: Gebelikte adneksiyel kitle nedeniyle refere edilen 27 yaşındaki hastamız son adetine(SAT) göre 10 haftalık ilk başvurusunda CA-125 düzeyi 122.6U/ml, HE4 30 pmol/l, MR'da, sol adnekte 9*9*17 cm septasyonlar içeren kist ve pelvik girimde effüzyonu mevcuttu. Açıklanamayan infertilite nedeniyle IVF sonucu monokoryonik diamiyotik ikiz gebeliği mevcuttu.Takiblerinde 18 hafta 2 gün iken servikal uzunluğunun 18 mm ölçülmüş, pesser uygulanmış, 29 hafta 4 günlük iken pretem eylem tanısı ile,tokoliz ve fetal akciğer gelişimi için betametazon yapılmıştı. SAT'ne göre 33 haftada eylem başlamış, malprezantasyon endikasyonlu sezaryeni sırasında 20cm kistine sol salpingooferektomi yapılmıştı. Patolojisi assit sitolojisi benign, borderline musinoz tümör şeklindeydi. Farklı merkezde 18 ay önce patolojisi musinoz kistadenom olan, sağ over kist eksizyonu, omentektomi ve appendektomi hikayesi vardı.Takiblerinde, 15. ayında sol adneksde 3-4 cm kitle ve ca-125 46.7U/ml saptanması üzerine laporoskopik kistektomi yapılmış, patolojisi musinöz kistadenom olarak raporlanmıştı.

Tartışma: Musinoz tip, büyük boyutlarda , kistik, multiloküle, yaklaşık %75'i benign, %10 borderline ve %15'u malign, ikinci en sıklıkta olan epiteyal over tümörleridir. BOT'larda seröz tip ve musinözden fazla görülmesine rağmen gebelikte musinöz tipi çoğunluktadır (%48) ve agressif seyredeler(6,7). Rekküren musinöz kistadenom vakaları çok azdır(8-9). Yetersiz cerrahi, intraoperatif kist rüptürü, sadece kist eksizyonu rekkürensense etken hipotezlerdir(10).

Sonuç: Gebelikte musinoz BOT nadirdir ve pretem doğum, malprezantasyona neden olabilirler. Rekkürensler açısından takibleri yapılmalıdır.

Kaynaklar:

1. Kumari I, Kaur S, Mohan H, Huri A. Adnexal masses in pregnancy: A 5 year Review.Aust N Z Obstet Gynecol.2006;46:52-4.
2. De Priest PD, de Simone CP. Ultrasound screening in the detection of ovarian cancer. J Clin Oncol.2003;21:194s-9s.
- 3.Seidman JD, Kurman RJ. Subclassification of serous borderline tumors of the ovary into benign and malignant types. A clinicopathological study of 65 advanced stage cases. Am J Surg Pathol. 1996;20:1331-1345.
4. Dubeau L. The cell of origin of ovarian epithelial tumours. Lancet Oncol.2008; 9:1191-1197.
5. Sherard GB, Hodson CA, PhD, Williams HJ, Semer DA, Hadi HA, and Tait DL. Adnexal masses and pregnancy: A 12-year experience. Am J Obstet Gynecol 2003;189:358-63.) doi:10.1067/S0002-9378(03)00731-27.
6. Fauvet R, Brzakowski M, Morice P, Resch B, Marret H, Graesslin O, Darari E. Borderline ovarian tumors diagnosed during pregnancy exhibit a high incidence of

aggressive features: results of a French multicenter study. Ann Oncol. 2012; 23(6): 1481-87. <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdr45>

7. Fauvet R, Boccara J, Dufournet C et al. Laparoscopic management of borderline ovarian tumors: results of a French multicenter study. Ann Oncol 2005; 16:403–410.

8. Olesen H, Eisum AK. Recurrent mucinous cystadenoma in an 11-year-old premenarchal girl. Ugeskr Laeger 2001; 163(47):6601–6602 PMID:11760544

9. Gotoh T, Hayashi N, Takeda S, Takano M, Kikuchi Y (2004) Synchronous mucinous adenocarcinoma of the endometrium and mucinous cystadenoma of bilateral ovaries presenting during fertility therapy. Int J Gynecol Cancer 2004; 14(1):169–171. <https://doi.org/10.1111/j.1048-891x.2004.014168.x>

10. Ben-Ami I, Smorgick N, Tovbin J, Fuchs N, Halperin R, Pansky M. Does intraoperative spillage of benign ovarian mucinous cystadenoma increase its recurrence rate? Am J Obstet Gynecol 2010;202:142.e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2009.10.854

Anahtar Kelimeler: Borderline musinöz tümör, gebelik, rekkürens, preterm doğum

Bildiri No: 33 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Annelerde Sağlık Okuryazarlığının Postpartum Kendini Değerlendirme Düzeyine Etkisi

Çiğdem Karakayalı¹, Çiğdem Erdemoğlu¹, Yeşim Aksoy Derya¹
İnönü Üniversitesi

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı, annelerde sağlık okuryazarlığının postpartum kendini değerlendirme düzeyine etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Kesitsel türde olan bu araştırma 444 lohusa ile yürütüldü. Verilerin elde edilmesinde, “Kişisel Bilgi Formu”, “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ)”, “Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)” kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmede; tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra, bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi, kruskal wallis H testi, pearson korelasyon analizi ve çoklu doğrusal regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Kadınların yaş ortalaması 28.73±5.75’dir. Kadınların %74.5’i çekirdek aile yapısına sahip, %67.8’inin ekonomik durumu ortadır. Kadınların %75.9’u kendisini normal doğuma hazırlarken, %70.7’si normal doğum yapmıştır. Kadınların SOÖ ölçeği toplam puanı ve “bilgiye erişim”, “bilgileri anlama”, “değer biçme/ değerlendirme” “uygulama/kullanma” alt ölçeklerinden aldıkları toplam puan ortalamaları sırasıyla; 104.49 ± 15.32, 21.38 ± 4.44, 27.75 ± 4.67, 33.59 ± 5.42, 21.82 ± 3.21’dir. Kadınların PKDÖ ölçeği toplam puanı ve “eşler arasındaki ilişkinin kalitesi”, “partnerlerin bebek bakımına katılıma bakışları”, “doğum deneyiminden memnuniyet”, “hayatın devamından hoşnut olma”, “annelik görevleriyle başa çıkmada güce güvenme”, “annelik ve yeni doğan bakımından memnurluk”, “aile ve arkadaşların annelik için desteği” alt ölçeklerinden aldıkları toplam puan ortalamaları sırasıyla; 134.71 ± 29.47, 18.13 ± 5.61, 17.85 ± 5.96, 17.46 ± 4.39, 22.03 ± 6.60, 23.85 ± 6.39, 17.34 ± 5.13, 18.01 ± 5.01’dir. Kadınların sağlık okuryazarlığı ile postpartum kendini değerlendirme ve tüm alt boyutları ile arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.001). Çoklu doğrusal regresyon modelinde, yordayıcı değişkenlerden sadece partnerlerin bebek bakımına katılıma bakışları ve hayatın devamından hoşnut olma değişkenlerinin sağlık okuryazarlığı üzerinde anlamlı yordayıcı olduğu görüldü (sırasıyla $\beta=-0.145$; p< 0.05, $\beta=-0.171$; p<0.001).

Sonuç: Bu çalışmaya göre kadınların sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça, doğum sonu uyum düzeylerinde de artış olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Lohusalar, Sağlık okuryazarlık, Postpartum Dönem.

Bildiri No: 34 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Konjenital Adrenal Hiperplazi: Olgu Serisi Sunumu

Neval Çayönü Kahraman¹, Mehmet Obut¹, Özgür Arat¹, Seval Yılmaz Ergani¹, Harun Egemen Tolunay¹, Aykan Yücel¹, Dilek Uygur¹

Etilik Zübeyde Hanım Kadın doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Kliniğimize başvurmuş KAH çocuk öyküsü ve maternal KAH olan vakaların takdimini yapmak ve konjenital adrenal hiperplazi olan vakaların prenatal yönetimini tartışmak.

Giriş: Konjenital adrenal hiperplazi primer adrenal yetmezlik yapan nedir görülen bir genetik hastalıktır. Bu hastalık kortizol biyosentezinde bulunan steroidogenez başmaklarında çeşitli aksaklık nedeniyle oluşmaktadır. Azalmış kortizol sentezi artmış ACTH' ya neden olur sonuç olarak adrenal glandların uzun süreli uyarıya maruz kalması adrenal hiperplaziye yol açmaktadır. Bunun sonucunda adrenal glandların aktivitesi artar fakat enzimatik aksaklık nedeniyle kortizol sentezlenemez ve steroid prekürsörleri artar. Artan steroid prekürsörleri çeşitli enzimatik reaksiyonlarla androjenlere dönüşür. Bu androjenler intrauterin hayatta erkek cinsiyete sahip fetüs üzerinde majör bir etki yaratmamasına karşın kız fetüslerde virilizasyon ve maskülinizasyona yaolaçabilmektedir.

Tartışma ve Sonuç: KAH tanısı; anamnezden yola çıkılarak yapılan genetik inceleme sonrası konulur. Bu yüzden dikkatli bir anamnez bu hastalarda tanı basamağının en önemli basamağını oluşturur. KAH sıklıkla 21 hidroksilaz geninin (CYP21A2) mutasyonu ile oluşan otozomal resesif geçiş gösteren nadir bir grup hastalıktır. Bu hastalarda 9. gebelik haftasından önce plasental geçişi olan (dexametazon) steroid başlanmalıdır. Genetik tanı amacıyla gebelik haftasına göre CVS veya amniosentez önerilmektedir. Genetik tanı sonrası kız ve genetik olarak etkilenmiş hastalarda tedavi doğuma kadar devam edilmeli diğer durumlarda tedavi kesilmelidir. Son zamanlarda NİPT (noninvaziv prenatal test) erken cinsiyet tayini amacıyla önerilmektedir.

Anamnez	Ebeveyn Genetik Analiz	İlk Başvuru	Tedavi dozu Ve Başlangıç	İnvaziv Prenatal Tanı Test ve fetal cinsiyet tayini	Karar	Doğum
25 Yaşında Y1: KAH	Anne:Bilinmiyor Baba:Bilinmiyor	CRL:18 mm 8w2d	8w2d iken Dexametazon 20mcg/kg dan başlandı.	13w CVS ,NİPT önerisi ,hasta reddi. Usg de cinsiyet kız	Doğuma kadar dexametazon tedavisi	38.w c/s ile doğum CYP21A2 homozigot / PP 2 günde bebek ex oldu

30 Yaşında Maternal KAH tanısı	Anne:CYP2 1A2 Heterozigot (+) Baba: Bilinmiyor	CRL: 17mm 7hafta 5 gü	7h+5g iken Dexameta zon 20mcg/kg	14h CVS,Nİ PT önerisi ,hasta reddi.Us g de fetal cinsiyet kız	Doğuma kadar dexameta zon tedavisi	37.h da c/s canlı doğum postnatal genetik tanı yok .
29 Yaşında Y1:KAH,46 XX CYP21A2 homozigot	Anne:Bilim iyor Baba:Bilim iyor	CRL:18 mm 8 hafta	8h iken Dexameta zon 20mcg/kg	Hastaya CVS ve NİPT önerildi. Hasta redd etti	Erkek fetüs dexameta zon tedavisi düşünül medi	Normal erkek fenotip, komplika yon gelişmedi
29 Yaşında G2P1A0Y1 Y1:KAH,46 XY CYP21A2 homozigot	Anne:CYP2 1A2 Heterozigot Baba: CYP21A2 Heterozigot	CRL: 19mm 8hafta 2gün	8h 2giken Dexameta zon 20mcg/kg	16h A/S 46XX CYP21 A2 heterozi got	Doğuma kadar Dexameta zon	Gebelik devam ediyor

KAH: Konjenital adrenal hiperplazi Y: yaşayan çocuk sayısı NİPT: Non invaziv prenatal test

CVS: Korion villus örnekleme, AS: Amniosentez,

Kaynaklar:

1. David M,Forest MG.Prenatal treatment of congenital adrenal hyperplasia resulting from 21-hydroxylase deficiency. J Pediatr 1984;105(5):799-803 [PubMed: 6334149]
2. Forest MG,Betuel H,David M.Prenatal treatment in congenital adrenal hyperplasia due to 21- hydroxylase deficiency :up-date 88 of the French multicentric study.Endocr Res 1989;15:277-301
3. Forest MG ,David M ,Morel Y.Prenatal diagnosis and treatment of 21-hydroxylase deficiency .J Steroid Biochem Mol Biol 1993;45:75-82

Anahtar Kelimeler: Konjenital adrenal hiperplazi, Prenatal tanı, Tedavi

Bildiri No: 35 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Features of The Course of Postpartum Complications in Women with Preterm Labor
Fatima R. Hajjyeva

Research Institute of Obstetrics and Gynecologists

Preterm birth is one of the most pressing problems of modern obstetrics. The course of the postpartum period in such births is often complicated by purulent-septic and other diseases, which significantly affects the state of the mother's reproductive system in the future.

Materials and methods. We examined 45 patients aged 25-38 years with complications of the postpartum period. At the same time, the main group included 25 women who gave birth at 22-36 weeks of gestation. The control group consisted of 20 patients who delivered on time.

Results. During the study, we obtained data on the difference in obstetric and gynecological anamnesis and extragenital pathology in the groups (more abortions and more common chronic pyelonephritis in the group of women with premature births). The duration of the anhydrous period also negatively affected the course of the postpartum period, despite ongoing antibiotic therapy. Infection with genital tract infections (*U.urealiticum*, *M.genitalium*, *Cl.trachomatis*) is significantly higher in the main group than in the control group (95 and 42.5%, respectively). A bacteriological study of the separated cervical canal also revealed a high infection of women in the main group (72.5% compared with 22.5% in the control group). Based on the foregoing, we can conclude that, on the basis of such a small number of studies conducted by us, postpartum complications in women with premature birth are much more common than in women whose births occurred on time. This is due, as with the presence of foci of chronic infection of the genitourinary system and infection by pathogens of perinatal infection, and with the duration of the anhydrous interval.

Anahtar Kelimeler: --

Bildiri No: 36 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Risk Factors of Development and Features of Course of Postpartum Endometritis

Fatma R. Hajiyeva

Research Institute of Obstetrics and Gynecologists

The purpose of the study was to study the clinical features of the postpartum endometritis in puerperas after spontaneous and operative delivery, and to identify risk factors for the development of postpartum complications.

Materials and methods. in the period from 2017 to 2018 in the gynecological department of the Research Institute of Obstetrics and Gynecology. 25 women with a diagnosis of postpartum endometritis were treated. All patients underwent general clinical, instrumental examinations. Bacteriological studies: assessment of the microbial landscape of the birth canal in the postpartum period with an assessment of sensitivity to antibacterial drugs. As a material: the contents of the cervical canal and aspirate from the uterine cavity in the postpartum period on the 1st day after diagnosis, taking material from the wound surface and from the abdominal cavity intraoperatively, histological examination of biopsy and postoperative material.

Results and discussion. Risk factors for the development of postpartum endometritis during pregnancy are bacterial vaginosis (70,9%) and sexually transmitted infections (25,2%). Risk factors for the development of postpartum endometritis in labor are: soft tissue injuries of the birth canal (22,4%), chorioamnionitis (8,7%) and premature discharge of amniotic fluid (7,8%). The clinical picture of postpartum endometritis after surgical labor appears on 6±2 days, while after spontaneous labor - on 4±2 days. Due to early discharge from the obstetric hospital, the onset of postpartum endometritis may occur while the woman is outside the hospital, which leads to untimely provision of medical care. The frequency of postpartum endometritis is 13 times higher with emergency caesarean section than with planned. With an increase in the number of abdominal deliveries, there is an increase in the number of emergency operations, which pose a high risk of infectious complications. The main problem of emergency surgical delivery is the lack of sufficient time for preoperative preparation and rehabilitation of foci of infection. In the study of microflora, it was revealed that at the present stage there is a contamination of opportunistic flora due to violation of the pregnant woman's immune barrier, which is characterized by a change in the leading microbial agent in the direction of the prevalence of *Enterococcus faecalis* and *Enterococcus faecium* according to the scheme: vagina 19.4% > cervical canal 28, 2% > uterine cavity 10.7%.

Anahtar Kelimeler: --

Bildiri No: 37 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Hiperemesis Gravidarum Tanısı Almanın Gebelerin Gebeliği Kabulüne ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Tuğba Tahta¹, Figen Alp Yılmaz²

Ankara Medipol Üniversitesi

Yozgat Bozok Üniversitesi

Amaç: Bu çalışma gebe kadınlarda hiperemesis gravidarum tanısının gebelik kabulü ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu vaka kontrol çalışması Ankara'da Lokman Hekim Üniversitesi'nde Temmuz 2018'den Şubat 2019'a kadar kontrol altında olan 375 hamile kadın [175 hiperemesis gravidarumlu (vaka grubu), 200 hiperemesis gravidarumu olmayan (kontrol grubu)] ile gerçekleştirildi. Veriler, Gebelik Aracı'nda Tanımlayıcı Özellikler Anketi, Bulantı ve Kusma, Prenatal Öz Değerlendirme Anketi, Perinatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin alt boyutu Gebelik Kabulü ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Yaşam Kalitesi Anketi Kısa Versiyonu kullanılarak toplanmıştır. Analiz için Kolmogorov-Smirnov testi, tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi, bağımsız örnekler t testi ve tek yönlü ANOVA kullanıldı.

Bulgular: Bu çalışmada hiperemesis gravidarumu olan gebelerin gebelik kabulü ve yaşam kalitesi düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edildi.

Sonuçlar: Bu çalışmada, gebe kadınlarda hiperemesis gravidarum tanısının gebe kadınların yaşam kalitesi ve gebeliğin kabulü üzerinde olumsuz etkisi olan bir sorun olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç, sağlık profesyonellerinin hiperemesisli kadınların yaşam kalitesini iyileştirmek ve hamileliklerini kabul etmelerine yardımcı olmak için bir strateji geliştirmeleri gerektiğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hiperemesis gravidarum, gebeliğin kabulü, yaşam kalitesi.

Bildiri No: 38 Bildiri Türü: Sözlü Bildiri

Hiperemezis Gravidarumda Tanı, Tedavi ve Hemşirelik Bakımı

Tuğba Tahta¹, Figen Alp Yılmaz²

Ankara Medipol Üniversitesi

Yozgat Bozok Üniversitesi

Gebelik kadının yaşamındaki eşsiz zamanlardan olup aynı zamanda kadın hayatında olağan bir süreçtir. Buna rağmen kadını birçok yönden etkilemektedir (Taşkın, 2016). Bu süreçteki gebe kadınların yaklaşık %20'sinde bazı sağlık sorunları yaşanmaktadır. Bu dönemde en sık yaşanan sorun bulantı kusmadır (Meighan ve Wood, 2005). Gebelerin % 0.3-2'sinde bulantı ve kusmaya göre daha ağır bir durum olan hiperemezis gravidarum (HG) görülür. HG'de yaşanan bulantı kusma çok ciddidir (Decherney vd., 2010).

1. ANAMNEZ

Anamnez alınırken gebenin özellikleri (yaş, kilo, boy, aile yapısı, gelir durumu vb.), obstetrik özellikleri (gebelik sayısı, düşük, kürtaj, ölü doğum, gebeliğin planlı-plansız olması vb.) ve önceki gebeliklerindeki bulantı ve kusma durumu belirlenmelidir (Tola, 2012). Tüm özellikler dikkatlice kontrol edilmeli, gebelikte bulantı ve kusma ile ilgili olan etkenler hakkında detaylı bilgi alınmalıdır (Taşkın, 2016).

2. TANI VE LABORATUVAR

HG olan bir gebede tanı koymak için bulantı kusmanın sıklığı, yoğunluğu, şiddeti ve süresi değerlendirilir. Bulantı ve kusmaya bağlı kilo kaybı, elektrolit dengesizliği, ketonüri ve dehidratasyon değerlendirilir. Bu değerlendirmelerin ardından kan testleri ve direkt batın grafileri istenir (Kasap vd., 2009; Boelig vd., 2016).

3. TEDAVİ

HG tedavisinde çeşitli müdahaleler (hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik) vardır. HG'nin klinik seyri hafif ve inatçı olmak üzere iki şekilde gerçekleşir. HG'nin tedavisi de hafif ya da inatçı şekilde olmasına göre değişir (Boelig vd., 2016). Hafif seyreden tablolarda, diyet değişiklikleri, bulantı önleyici ve vitamin kombinasyonları yeterli olur (Nguyen vd., 2006; Kasap vd., 2009; Abramowitz vd., 2017). İnatçı vakarlarda ise mide bulantısı, dehidratasyon, elektrolit anormallikleri, yetersiz beslenme ve açlık nedeniyle vücudun sıvı-elektrolit dengesi bozulur. Bu vakalarda ilk önce sıvı elektrolit dengesi ve sıvı kaybı düzenlenmelidir. HG eğer tedavi edilmezse maternal ve fetal morbiditeye neden olabilir (Sykes vd., 2013; Boelig vd., 2016; Omay vd., 2017; Austin vd., 2018). Bu vakalarda tedaviye başlamadan önce sıvı kaybının düzeltilmesi için sıvı elektrolit dengesinin sağlanması gerekmektedir (Sykes vd., 2013; Omay vd., 2017; Boelig vd., 2016; Austin vd., 2018).

3.1 İlaçsız Tedaviler

3.1.1. Diyet tedavisi

Gebeler günde 3 öğüne ilave olarak ara öğünleri koymalı ve günlük 6-8 öğün arasında beslenmelidirler. Hafif ve kuru gıdalar tüketilmelidir. Sıvı alımı artırılmalı, yemeklerden sonra su içilmelidir. Özellikle sabah bulantılarında tuzlu çubuk kraker, peksimet, tuzlu bisküvi ve leblebi tüketilebilir. Haşlama patates, lifli veya tahıllı ekmek, peynir, yumurta tüketilmelidir. Kızartma, kavurma ve yağlı şeylerden mümkün oldukça uzak durulmalı ve haşlama, ızgara yöntemleriyle yapılan yemekler tüketilmelidir (Samur, 2008; Taşkın, 2016).

Başlıca karbonhidrat ve proteinlerden oluşan küçük ama sık aralı porsiyonlarla beslenilmelidir. Gebeler baharatlı gıdalardan ve bulantıya neden olan kokulardan kaçınmalıdır. Öğünler yavaş yavaş tüketilmelidir. Bu uygulamaların yanı sıra vitamin ilaçları da önerilmektedir (Lacasse vd., 2008; Matthews, 2015; Boelig vd., 2016; Vliet vd., 2018).

3.1.2.Zencefil

Zencefil, bulantı ve kusma da Pridoksin ile aynı etkiye sahiptir. Zencefilin kusmayı önleyici etkisini, gebeliğe bağlı bulantı ve kusmanın en şiddetli şekli olan HG’de araştıran çalışmalar mevcuttur. Günlük dört kez 250 mg dozda alınan zencefilin etkili olduğu düşünülmektedir (Ensiyeh vd., 2009; Smith, 2012; Liu vd., 2014; Austin vd., 2018). Bununla birlikte, zencefilin gebe kadınlar ve fetuslar üzerindeki etkileri belirsiz olan çalışmalar da mevcuttur. Zencefil henüz gebe kadınlar için güvenli bir ilaç olarak sınıflandırılmamıştır (Tiran, 2012).

3.1.3.Akupunktur

Gebelikte bulantı ve kusmalara karşı, diyet ve tıbbi tedaviler yetersiz kaldığında akupunktur yöntemi ek bir yöntem olarak kullanılabilir. El bileğinin iç P6 noktasına yapılan bu uygulama ile bulantı ve kusma tedavisi yapılmaktadır. Bu bölgeye yapılan baskı ya da masajın gastrik hareketliliği değiştirip midenin normal aktivitesine dönmesini sağladığı düşünülmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda da akupunkturun gebelik bulantı kusmasında etkili olduğu gösterilmiştir ancak yine de kanıtlar sınırlıdır (Özkan, 2010; Matthews, 2015; Mella, 2011; Boelig vd., 2016).

3.1.4.Hipnoz ve psikoterapi

Hipnoz ile psikolojik değişiklikler kontrol altına alınabilir. Hipnoz tedavisi sempatik sinir sisteminde gevşemeyi sağlar. Bu sebeple semptomların azaltılmasına yardımcı olur. HG’nin psikolojik komponenti düşünülerek hipnoz ve psikoterapinin tedavide etkili olabileceği iddia edilmektedir (McCormack, 2010).

3.2.İlaç Tedavileri

3.2.1.Antiemetikler

Kusma gastrik içeriğin zorla ve güçlü bir şekilde oral yoldan atılması olayıdır. Kusma merkezi medullanın retiküler formasyonunda lokalizedir. Bu merkez elektriksel stimülasyona karşı duyarlıdır. Bu bölge, serotonin, 5HT3 ve dopamin D2 reseptörlerinden zengindir. Kusma merkezi kusma sırasında birçok motor nöronun koordinasyonunu sağlar (Ovayolu, 2016).

HG tedavisinde önemli basamaklardan biri de antiemetik tedavidir. Gebelikte teratojenik etkisinin olabileceği düşünülse de yapılan çalışmalarda bu ilaçların HG tedavisinde kullanılabileceği bildirilmiştir (Bülbül vd., 2017; Abramowitz vd., 2017).

3.2.2.Pridoksin

Çok çeşitli metabolik süreçlerde ve nükleik asitlerin ve bazı nörotransmitterlerin sentezinde kofaktör olarak kullanılan suda çözünür bir vitamindir. Pridoksin eksikliğinin bulantı da rol oynadığı düşünülmektedir (Verberg vd., 2005; Boelig vd., 2016). Kendi başına kullanıldığında, mide bulantısında bir azalma ile ilişkilidir, ancak kusmada ilişkisi bulunamamıştır (Mella, 2011; Boelig vd., 2016).

3.2.3.Antihistaminikler

Difenhidrinatın, mide bulantısı ve gebeliğin kusmasının önlenmesinde etkili olduğunu gösteren bir randomize kontrollü çalışma vardır. Famotidin ve ranitidin gibi H2-reseptör antagonistleri, periferik olarak indirgeyici akse etki ederler; bu sayede mide bulantısı ve kusmanın semptomlarını azaltmaya yardımcı olabilir. Antihistaminiklerin kullanımı ile ilgili meta-analizlerin sonucunda konjenital malformasyon riski, düşük veya preterm doğum riski artışı bildirilmemiştir (Mella 2011; Boelig vd., 2016).

3.2.4.Dopamin antagonistleri

Metaklopramid gibi dopamin-2 antagonistlerinin gastrointestinal hareketliliği uyardığı ve kusmanın azaltılmasında etkili olduğu bildirilmiştir. Sınırlı çalışmalar gebelikte güvenliğini göstermiştir (Arsenault 2002; Mella 2011).

3.2.5.Benzodiazepinler

Diazepam gibi benzodiazepinlerin, muhtemelen kaygı gibi psikosomatik semptomları hafifletmek suretiyle, hiperemezis gravidarum durumunda yararlı olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, bu ilaçların gebelikte güvenliği hala tartışmalıdır (Mella 2011; Tasci 2009).

3.2.6.Serotonin antagonistleri

Yapılan bir çalışmada metoklopramid ve ondansetron tedavileri karşılaştırılmıştır. Bu tedaviler arasında bulantı veya kusmanın ciddiyetinde açık bir fark olmadığı bildirilmiştir. Ancak metoklopramid tedavisi alan gebelerde daha fazla uyuşukluk ve ağız kuruluğu şikayeti vardır (Boelig vd., 2016). Son zamanlarda, yapılan bir retrospektif kohort çalışması ondansetron ve ters fetal sonuçlar arasında bir ilişki bulamamıştır (Pasternak, 2013).

3.2.7.Kortikosteroidler

Kortikosteroidler, refrakter hiperemezis tedavisi için sıklıkla son çare olarak kullanılır. Bununla birlikte, erken gebelikte kullanımları oral yarı malformasyonları ile ilişkilendirilmiştir, bu nedenle genellikle son çare müdahalesi olarak ayrılmıştır. Yapılan çalışmalarda hidrokortizon tedavisinin kusmayı azaltmada IV metoklopramitten daha etkili olduğu bildirilmiştir. Ancak daha fazla randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır. (Arsenault, 2002; Yost, 2003; Ismail, 2007; Jarvis, 2011).

HG tedavisinde bir müdahalenin diğerine üstünlüğünü destekleyen çok az kanıt olduğu göz önüne alındığında, daha çok kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

4.HİPEREMEZİS GRAVİDARUM VE HEMŞİRELİK BAKIMI

HG'nin hemşirelik bakımında amaç gebenin durumunun iyileştirilmesi ve olası yan etkilerin önlenmesidir (Wieland Ladewig vd., 2010b). HG'nin hemşirelik bakımı hafif ve inatçı olan vakalarda farklı bakım tarzını gerektirmektedir.

Hafif HG'Lİ hastalarda hemşire gebe kadının rahat etmesi için dikkat etmesi gereken konularla ilgili bilgilendirme yapılmalıdır. (Taşkın, 2016; Emmanuel vd., 2013; Liu vd., 2014)

Hafif HG'si olan kadının bilgilendirilmesi gereken konular

- Az ve sık yemek yenmelidir.
- Üç öğün yerine altı öğün beslenmek önemlidir.
- Destek amaçlı ek gıdalar tüketilebilir.
- Yeme işlemi yavaş gerçekleştirilmeli ve miktarı az olmalıdır.
- Çiğneme işlemi etkili bir şekilde yapılmalı ve yiyeceklerin yavaş yenmesine özen gösterilmelidir.
- Gebe sevmediği yiyecekleri yemek için ısrarcı olmamalı ve açlık hissi olmadığında yemek yemeye çalışmamalıdır.
- Kendini daha iyi hissettiği saatlerde gereken besinleri almaya gayret etmelidir.
- Yemek yemeden önce bulantı ilaçları alınarak ilacın etkisini yemek sırasında ve sonrasında göstermesi sağlanmalıdır.
- Sabahları bulantı durumu ile karşılaşıldığında mideyi rahatlatıcı yiyecekler alınmalıdır.
- Tatlı, kızartma ve yağ içeren gıdalardan uzak durulmalıdır.
- Kafeinli ve gazlı içecekler tüketilmemelidir.
- Bulantı varken yemek hazırlamak için bir başkasından yardım istenmelidir.
- Kusma sonrası ağız temizliğine önem verilmeli, dişler fırçalanmalı veya bol miktarda su ile çalkalanmalıdır.
- Gebe rahat kıyafetler giymeye özen göstermelidir. Özellikle bel bölgesini rahat hissettiren kıyafetler tercih etmelidir.
- Yemek sonrası dinlenmek için sessiz ortamlar tercih edilmelidir.
- Yemek sonrasındaki 2 saat süre zarfında sırt üstü yatılmamalıdır.
- Bulantı durumunda yavaş ve derin nefes almak suretiyle egzersizler yapılmalıdır.
- Açık havada yorucu olmayan yürüyüşler yapılabilir.

- Yemek mahalinin havalandırılmasına ve böylelikle yemek kokularının giderilmesine özen gösterilmelidir.
- Bulantı ve kusmayı şiddetlendiren koku, görüntü ve seslerden kaçınılmalıdır. Şiddetli HG'LI hastalarda hemşirelik bakımı hastane bakımını içermektedir (Taşkın, 2016; Emmanuel vd., 2013; Liu vd., 2014).
- Hasta hastane de yatarak tedavi edilmelidir.
- İlk 24 saat çok önemlidir.
- Sık yaşam bulguları takibi yapılır.
- IV tedavi ile kaybedilen sıvı yerine konmalıdır.
- Mayiler dengeli miktarda sıvı ve elektrolit içermelidir.
- Sıvı tedavisine ek olarak B6-B12 vitaminleri, antiemetikler de hastaya uygulanmalıdır.
- Gebenin gebelik öncesi kilosu belirlenir ve düzenli tartılır, aldığı-çıkarıldığı takibi yapılır.
- Gebenin yemekten önce dinlenmesi sağlanır.
- Sıvılar yemek aralarında alınır. İçecekler öğünlerden 1 saat önce verilir.
- Bulantı ve kusma bitine kadar hastaya oral yolla herhangi bir şey verilmez.
- Gebe ağızdan beslenecek seviyeye ulaşana kadar besin kısıtlaması yapılabilir. Daha sonra küçük porsiyonlar halinde ağız yolu ile beslenmeye başlanıp giderek besin miktarının artırılması suretiyle normal beslenmeye geçilir.
- Gerekiyorsa bir diyet uzmanı ile birlikte çalışılmalıdır.
- Hasta çok ışıklı olmayan loş bir odada kalmalıdır.
- Gebeye ve ailesine durumu hakkında gerekli bilgilendirilmeler yapılmalıdır.

SONUÇ

Gebe kadınlarda hiperemesisin ciddiyetinin gebelik kabulü ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin bilinmesi, kadınlara iyi bakım sağlanmasında büyük yarar sağlayacaktır. Hemşireler, gebeliğe uyum sıkıntısı olan gebeleri tespit edilerek uygun danışmanlık almaları için yönlendirmelerde bulunabilirler. Böylece gebelerin hiperemesis gravidarum ile baş etmelerine yardımcı olup gebeliğe uyum sağlamalarına ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesine önemli katkı sağlayabilirler.

KAYNAKLAR

1. Tola, E.N. (2012). Hiperemesis gravidarumda tedavi modaliteleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 32-36.
2. Taşkın, L. (2016). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
3. Kasap, E., Yüceyar, H. (2009). Bulantı-kusma ve yaklaşım. Güncel Gastroenteroloji Dergisi, 13/3.
4. Boelig, R.C., Barton, S.J., Saccone, G., Kelly, A.J., Edwards, S.J., Berghella, V. (2016). Interventions for treating hyperemesis gravidarum: a cochrane systematic review and meta-analysis, The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 31(18), 2492-2505, DOI: 10.1080/14767058.2017.1342805.
5. Nguyen, P., Einarson, A. (2006). Managing nausea and vomiting of pregnancy with pharmacological and nonpharmacological treatments, Women's Health, 2(5), 753–760.
6. Abramowitz, A., Miller, E.S., Wisner, K.L. (2017). Treatment options for hyperemesis gravidarum. Arch Womens Ment Health, 20, 63– 372.
7. Sykes, C., Swallow, B., Gadsby, R., Barnie-Adshead, A., Dean, C., Moran, E., Kitching, H.(2013). Seeking medical help for nausea and vomiting in pregnancy (nvp) and hyperemesis gravidarum (hg) in primary care. MIDIRS,D 9, 13–15.

8. Omay, O., Einarson, A. (2017). Is mirtazapine an effective treatment for nausea and vomiting of pregnancy? A case series. *J Clin Psychopharmacol*, 37,260–261.
9. Austin, K., Wilson, K., Saha, S. (2018). Hyperemesis gravidarum. *Nutrition in Clinical Practice*, 1-16. DOI: 10.1002/ncp.10205.
10. Samur, G. (2008). *Gebelik ve emzilik döneminde beslenme*, Ankara: Klasmat Matbaacılık, s.13.
11. Lacasse, A., Rey, E., Ferreira, E., Romero, R., Goodwin, T.M. (2008). Nausea and vomiting of pregnancy: what about quality of life? *BJOG*, 115,1484-93.
12. Matthews, A., Haas, D.M., O’Mathuna, D.P., Dowswell, T. (2015). interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9. DOI: 10.1002/14651858.CD007575.pub3
13. Vliet, R., Bink, M., Polman, J., Suntharan, A., Grooten, I., Zwolsman, S.E, Roseboom, T.J., Painter, R,C. (2018). Patient preferences and experiences in hyperemesis gravidarum treatment: a qualitative study, *Journal of Pregnancy*, Article ID 5378502, 8 pages <https://doi.org/10.1155/2018/5378502>.
14. Ensiyeh, J., Sakineh, M.A. (2009). Comparing ginger and vitamin b6 for the treatment of nausea and vomiting in pregnancy: a randomised controlled trial. *Midwifery*, 25, 649–653.
15. Smith, C. (2012). Ginger reduces severity of nausea in early pregnancy compared with vitamin b6, and the two treatments are similarly effective for reducing number of vomiting episodes. *Journal of Evidence-Based Nursing*, 13, 40–41.
16. Liu, M.C., Kuo, S.H., Chou, F.H., Chan, T.F., Yang, H.Y. (2018). Transformation of quality of life in prenatal women with nausea and vomiting, *Women and Birth*, <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.10.009>.
17. Liu, M.C., Kuo, S.H., Lin, C.P., Yang, Y.M., Chou, F.H., Yang, H.Y.(2014). Effects of professional support on nausea, vomiting, and quality of life during early pregnancy, *Biological Research for Nursing*, Vol. 16(4), 378-386.
18. Tiran, D. (2012). Ginger to reduce nausea and vomiting during pregnancy: evidence of effectiveness is not the same as proof of safety. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 18, 22–25.
19. Özkan, A., Arslan, H. (2007). Bebeliğe karar verme fizyolojik yakınmaları algılama ve eğitim gereksinimleri, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 38(4).
20. Mella, M.T. (2011). Nausea/vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum. In: Berghella V editor(s). *Maternal-Fetal Evidence Based Guidelines*. 2. New York City, New York USA: Informa Healthcare, 72–80.
21. McCormack, D. (2010). Hypnosis for hyperemesis gravidarum. *J Obstet Gynaecol*, 30,647-53.
22. Ovayolu, N., Ovayolu, Ö. (Ed.) (2016). *Patofizyoloji: pratik bir yaklaşım, Çukurova: Çukurova Nobel Tıp Kitabevleri*.
23. Bülbül, M., Kaplanoğlu, M., Yıldırım, E.A., Dilbaz, B. (2017). Hiperemesis gravidarum, *Archives Medical Review Journal*, 26(3),269-296.
24. Verberg, M.F.G., Gillott, D., Al-Fardan, N., Grudzinskas, J.G. (2005). Hyperemesis gravidarm, a literature review, *Article - Literature Review*, 11(5),527-39.
25. Arsenault, M., Lane, C., MacKinnon, C., Bartellas, E., Cargill, Y., Klein, M. (2002). The management of nausea and vomiting of pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 24(10), 817-31.
26. Tasci, Y., Demir, B., Dilbaz, S., Haberal, A. (2009). Use of diazepam for hyperemesis gravidarum. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 22,353–6.

27. Pasternak, B., Svanström, H., Hviid, A. (2013). Ondansetron in pregnancy and risk of adverse fetal outcomes. *New England Journal of Medicine*, 368(9), 814–23.
28. Arsenault, M., Lane, C., MacKinnon, C., Bartellas, E., Cargill, Y., Klein, M. (2002). The management of nausea and vomiting of pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 24(10), 817-31.
29. Yost, N.P., McIntire, D.D., Wians, F.H., Ramin, S.M., Balko, J.A., Leveno, K.H. (2003). A randomized, placebo-controlled trial of corticosteroids for hyperemesis due to pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 102(6),1250–4.
30. Ismail, S.K., Kenny, L. (2007). Review on hyperemesis gravidarum. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 21, 755–69.
31. Jarvis, S., Nelson-Piercy, C. (2011). Management of nausea and vomiting in pregnancy. *BMJ*, 342,1407–12.
32. Wieland Ladewig, P., London, M.I., Davidson, M.R. (2010b). *Contemporary maternal-newborn nursing care*. Pearson. 7nd Ed, p.345-346.

Emmanuel, E., Sun, J. (2013). Health related quality of life across the perinatal period among australian women, *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1611–1619, doi: 10.1111/jocn.12265.

Anahtar Kelimeler: Hiperemezis gravidarum, bulantı, kusma

Bildiri No: 39 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

**Terapötik Dokunmanın Doğum Ağrısı, Anksiyete ve Doğum Tutumuna Etkisi:
Randomize Kontrollü Çalışma**

Şükran Ertekin Pınar¹, Gülbahtiyar Demirel¹

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

Özet

Amaç: Dokunmak fiziksel, duygusal ve ruhsal rahatlamayı, güven, huzur, sakinlik ve iyilik halinde olunmasını sağlar, benlik saygısında artışa neden olur. Araştırma, terapötik dokunmanın doğum ağrısı, anksiyete ve doğum tutumuna etkisinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Randomize kontrollü deneysel çalışma doğum sırasında terapötik dokunmanın kullanıldığı 80 (deney grubu=40; kontrol grubu: 40) kadın ile yapılmıştır. Araştırmanın uygulaması 1 Temmuz - 30 Aralık 2019 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin doğum salonunda yapılmıştır. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Visual Anolog Skala, Durumluk Kaygı Envanteri ve Doğum Tutum Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı ve yüzdeler dağılım, gruplar arası karşılaştırmalarda ki-kare testi, grupların izlemlerdeki puan ortalamalarının karşılaştırmasında ise t testi kullanılmıştır. Sonuçlar $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Deney grubundaki kadınların yaş ortalaması 26.60 ± 5.52 , kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması ise 25.07 ± 5.22 'dir. Deney ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özellikleri birbirine benzer özelliktedir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Terapötik dokunma sonrası deney grubu ile kontrol grubu arasında Visual Anolog Skala, Durumluk Kaygı Envanteri ve Doğum Tutum Ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0.05$).

Sonuç: Terapötik dokunma sonrası deney grubundaki kadınların ağrı, anksiyete ve tutum puanlarında düşme olmuştur. Kontrol grubundaki kadınların ise ağrı puanlarında artış, anksiyete ve tutum puanlarında değişim olmadığı saptanmıştır. Bu sonuçlara göre doğum sırasındaki ağrı, anksiyete ve doğuma yönelik tutum düzeylerini azaltmada terapötik dokunmanın kullanılması önerilmektedir.

*Bu araştırma SBF-075 nolu Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesidir.

Anahtar Kelimeler: Terapötik dokunma, doğum ağrısı, anksiyete, doğum tutumu

Bildiri No: 40 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Riskli Gebelerde Stres Yönetim Eğitiminin Algılanan Stres, Kaygı ve Umutsuzluk Düzeyleri Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma

Şükran Ertekin Pınar¹, Gülseren Dağlar¹, Özlem Duran Aksoy¹

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

Özet

Amaç: Riskli gebelik, annenin ve fetüsün yaşamını ve sağlığını tehlikeye sokan, hastalık ve ölüm riskini artıran, fizyolojik ve psiko-sosyal bir durumdur. Araştırma riskli gebelerde stres yönetim eğitiminin algılanan stres, kaygı ve umutsuzluk düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Randomize kontrollü deneysel çalışmanın örneklemini toplam 206 riskli gebe (Deney=103; kontrol=103) oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini 1 Mayıs 2018-30 Haziran 2019 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin Gebe ve Jinekoloji Servisi'ne yatışı yapılan riskli gebeler oluşturmuştur. Deney grubundaki riskli gebelere stres yönetim eğitimi uygulanmış, kontrol grubundaki gebelere uygulanmamıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Algılanan Stres Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Umutsuzluk Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı ve yüzdeler dağılımı, gruplar arası karşılaştırmalarda ki-kare testi, grupların izlemlerdeki puan ortalamalarının karşılaştırmasında ise t testi kullanılmıştır. Sonuçlar $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmada deney grubundaki gebelerin yaş ortalaması 28.89 ± 6.73 , kontrol grubundaki gebelerin yaş ortalaması ise 30.01 ± 5.53 'dür. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin sosyo-demografik ve gebelik özellikleri birbirine benzer özelliktedir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Eğitim sonrası ikinci izlemden deney ve kontrol grubunda Algılanan Stres Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Taburculuk sırasında eğitim yapılmayan kontrol grubunun algılanan stres puanlarında artış olmuş, eğitim verilen gebelerin umutsuzluk puanları düşmüştür. Eğitim sonrasında deney grubunda durumluk ve sürekli kaygı puanları eğitim öncesine göre azalmış, eğitim verilmeyen kontrol grubunun kaygı puanlarında artış olmuştur. Bu sonuçlara göre riskli gebelere bireysel ya da grup olarak stres ile başa çıkma eğitim programlarının düzenlenmesi ve danışmanlık yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Riskli gebe, algılanan stres, kaygı, umutsuzluk

Bildiri No: 41 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Multipar Gebelerde Doğum Korkusu ve Etkileyen Faktörler

Derya Yüksel Koçak¹, Yeliz Varışoğlu²

Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

ÖZET

Amaç: Çalışma gebelerin yaşadıkları doğum korkusunu ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Nisan-Haziran 2019 tarihleri arasında Çorum ilinde bulunan Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın- Doğum polikliniğine başvuran 164 multipar gebe ile gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Veri toplama aşamasında araştırmacılar tarafından literatüre dayanarak hazırlanan 22 soruluk anket formu ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu (W-DEQ-A) kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) ve MannWhitney U, Kruskal Wallis analizi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmanın %46'sını 20-27 yaş aralığındaki gebeler oluşturmaktadır. Çalışmadaki gebelerin % 35'i lise, %31'i üniversite mezunudur. Çalışmaya katılan gebelerin eşlerini %51 oranla 20-27 yaş aralığındaki kişiler oluşturmaktadır ve eşlerin %36'sı üniversite mezunudur. Çalışmadaki gebeliklerin %76.8'i planlı gebeliktir. Çalışmaya katılan gebelerin %15'i şu anki gebeliğinde en az bir sağlık sorunu yaşamıştır ve % 18'inin de kronik hastalığı mevcuttur. Çalışmadaki gebelerin sadece % 16'sı gebeliklerinde eğitim aldıklarını söylemiştir. Wijma Doğum beklentisine göre çalışmadaki gebelerin % 20'sinin ağır derecede korku, %23'ünün klinik derecede korku hissettiği belirlenmiştir.

Sonuçlar: Yapılan araştırma sonuçlarına göre Çorum ilinde yaşayan gebelerin sosyo-demografik özellikleriyle yaşadıkları doğum korkusu arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür. Bu bulgu gebelerin sosyo-demografik özelliklerinden ziyade daha önce yaşanmış olumsuz doğum tecrübesinin ve ruhsal durumlarının doğum korkusunu etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Fear of Birth and Affecting Factors in Multipar Pregnant

Derya Yüksel KOÇAK¹, Yeliz VARIŞOĞLU²

¹ Hitit University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Çorum

deryayuksel.guvenc@gmail.com

² Istanbul Medipol University, Faculty of Health Sciences, Nursing Department, Istanbul

yvarisoglu@medipol.edu.tr

ABSTRACT

Objective: This study was planned as a descriptive study in order to determine the fear of birth experienced by pregnant women and the factors affecting this.

Materials and Methods: The study was carried out with 164 pregnant women who applied to the Obstetrics and Gynecology Outpatient Clinic of Hitit University Erol Olçok Training and Research Hospital in Çorum between April and June 2019. Data were collected by the researcher using face to face interview method. In the data collection phase, 22-item questionnaire form prepared by the researchers based on the literature and Wijma Birth Expectation / Experience Scale A version (W-DEQ-A) were used. Descriptive statistical methods (number, percentage, mean, standard deviation) were used for statistical analysis of the data.

Findings: 46% of the study consisted of pregnant women between the ages of 20-27. 35% of the pregnant women in the study are high school graduates and 31% are university graduates. The spouses of the pregnant women who participated in the study consisted of people between the ages of 20-27 with 51% and 36% of the spouses were university graduates. 76.8% of the pregnancies in the study is planned pregnancy. 15% of the pregnant women who participated in the study had at least one health problem in their current pregnancy and 18% had chronic disease. Only 16% of the pregnant women in the study stated that they received education in their pregnancies. According to Wijma birth expectancy, 20% of the pregnant women felt severe fear and 23% felt clinically fearful.

Results: According to the results of the research, it was found that there was no significant difference between the sociodemographic characteristics of the pregnant women living in Çorum and their fear of birth. This finding suggests that negative birth experience and mental status of pregnant women may affect fear of birth rather than socio-demographic characteristics.

Anahtar Kelimeler: gebe,korku,doğum

Bildiri No: 42 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

GEBE EĞİTİM SINIFINA KATILAN BİR GRUP ANNENİN BEBEK BESLENMESİ HAKKINDAKİ TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ
Sevil Şahin¹, Döndü Sevimli Güler², Ayten Arıöz Düzgün¹, Alaettin Ünsal³, Hilal Uslu Yuvacı⁴

*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Amaç: Gebe eğitim sınıfına katılan bir grup annenin bebek beslenmesi hakkındaki tutumlarının belirlenmesi ve ilişkili olduğu düşünülen bazı değişkenlerin incelenmesidir.

Gereç ve yöntem: Kesitsel tipte olan bu çalışma, Haziran 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında Sakarya’da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yapılmıştır. Çalışma grubu gebe eğitim sınıfına katılan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 330 anneden oluşmuştur. Verilerin toplanmasında kişisel veri formu ve IOWA Bebek Beslenme Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Veriler, bilgisayar ortamında SPSS İstatistik Paket Programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Shapiro-Wilk testi, Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturan annelerin yaşları 20-41 arasında değişmekte olup, ortalama 29.07 ± 3.71 yıldır. Annelerin IOWA Bebek Beslenme Tutum Ölçeğinden aldıkları puanlar 44-79 arasında değişmekte olup, ortalama 65.12 ± 5.78 puandır. Aile gelir durumu iyi olanların, çalışanların, kronik hastalık öyküsü olmayanların, ilk çocuğu olan annelerin, doğum sonrası ilk bir saat içinde bebeğini anne sütü ile besleyenlerin, bebeğini toplam 6 ay ve daha fazla süre emzirenlerin IOWA Bebek Beslenme Tutum Ölçeğinden aldıkları puanların daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmamızda annelerden 133’ü (%40.3) anne sütünün kesilme nedeni olarak bebeğin bıraktığını bildirdi. Bebeklerin sadece anne sütü ile beslenme süresi 0-6 ay arasında değişmekte olup, ortalama 1.97 ± 0.75 ay, bebeğin toplam emzirilme süresi ise 0-25 ay arasında değişmekte olup, ortalama 13.47 ± 5.70 ay idi.

Sonuç ve öneriler: Çalışmamızda gebe eğitim sınıfına katılan annelerin bebek beslenmesi hakkındaki tutumlarının iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Annelerin bebek beslenmesi hakkındaki tutumlarının daha da olumlu hale getirilmesi için anne adaylarının gebe eğitim sınıflarına düzenli olarak katılmalarının sağlanması ve verilen eğitim içeriğinin geliştirilmesi yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: gebe eğitim sınıfı, bebek beslenmesi, Iowa bebek beslenme tutum ölçeği

Bildiri No: 43 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Management of Patients with Stress Urinary Incontinence

İlaha Gasimzadeh

Azerbaijan Medical University

Aim. The aim of this study is improvement efficiency and safety of the treatment of patients with pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence by using new techniques of surgical correction.

Introduction. Pelvic organ prolapse (PT) and stress urinary incontinence (SNM) are extremely common pathologies that affect up to 50% of women (1, 2). Not presenting direct threat to the life, these diseases in more than half of the patients, lead to various manifestation of incontinence and in the long-run to social disadaptation and serious emotional problems (5). In the United States each year more than 200,000 people are executed annually. operations for SNM and PTO, and the total cost of treatment exceeds \$18 billion (7). By 2050, the number of patients with these pathologies in the United States is projected to more than double to 37 million. (6). All this makes it possible to talk about the PTO and SNM as a serious socio-economic problem. In solving the problem of SUI, it would seem that the gold standard has been defined -synthetic medium-urethral sling.

However, choosing the degree of tension of the implant remains to this day by manipulation of absolutely no standardized, which seriously affects the results of treatment. Despite the fact that that the prosthesis is installed, according to most authors, without tension("tension-free"), the frequency of obstructive urination after sling installation reaches 5.9% (2-33.9%) (3). Moreover, about 6% (0-21.3%) such patients need repeated operational interventions in connection with obstruction(4). In case if the prosthesis is not stretched enough the opposite situation will be seen. According to recent research long-term objective effectiveness of the methodology does not exceed 64.4%, and the number of reinterventions for SUI within 5 years reaches 17.7% (3, 8). According to the results of studies, the need to correct the position of tapes was seen in 11.6-60% of cases, which indicates the obvious urgency of the problem.

Aim of the study: to improve efficiency and safety of the treatment of patients with pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence by using new techniques of surgical correction

Materials and methods

A prospective study conducted on 22 patient's by Modified Kharkovsk's method of SUI and prolapses performed by the same surgeon from January of 2019 till October of 2019 y., at German hospital in Azerbaijan, Baku. Total 22 number of patients were included to the current study. Current study included two groups of patients the first group of patients who undergo retropubic sling surgery without removing the uterus and the second one is group with total or subtotal removal of the uterus along with retropubic sling. 12 patients in the first group, and 10 in the second group. Medical records of the patients identified were reviewed, factors examined included demographic details, preoperative diagnosis, past gynecological surgery, method of anesthesia, length of operation, intra-operative and post-operative complications, length of stay in hospital and findings at post-operative review (at 6-12 weeks after surgery).

Description of the method. The patient is placed in a horizontal position. Under general anesthesia after disinfection, the bladder is emptied via a transurethral Foley catheter. Under sterile conditions the operation was performed from the lower-middle pubic access. From the aponeurosis of the straight abdominal muscles cut a rectangular flap measuring about 10.0 to 1.5 cm, the ends of which were stitched with capron ligatures. The sling flap was fixed to the back of the bladder neck with 4-5 dexon seams in the vicinity of the bladder hole. Then we brought sling ligatures to the aponeurosis. Sling ligatures were fixed on the aponeurosis of the direct abdominal muscles with the help of the Kharkiv antenna system (Picture 1). The Kharkiv antenna is a special tubular system for regulating the postoperative tension of sling ligatures, developed in 2002 by a group of Kharkiv urologists. It consists of two Teflon or polypropylene tubes of different diameters (8 and 10 Ch) and length (depending on the thickness of subcutaneous fat. Installation of this device and the actual regulation are carried out as follows: after the removal of sling ligatures on the aponeurosis, the latter are carried through the light of a tube of a larger diameter with a direct surgical needle. Ligatures are fixed by inserting a smaller-diameter tube into the lumen of a larger diameter tube. Sling was not stretched. The pubic wound was layered. At the same time, the end of the fixing-steering system was excreted over the skin. On 20-21 days after the operation, the urethral catheter was removed. A day later, the degree of urine retention was assessed, as well as the presence of residual urine. When a leak of urine is detected, the ligatures were pulled up, having previously pulled out a smaller tube from the larger lumen. Fixation of the necessary degree of tension was carried out by the introduction of one tube into another. In a urinary retreat situation, the tension of the ligatures weakened in the same way. Regulation was carried out for 2-14 days at intervals of 1-3 days. Removal of the fixing system was carried out by applying a surgical clamp on the ligature below the proximal end of the large tube. This allowed to maintain the necessary degree of tension of the sling. The smaller tube was then removed from the larger lumen. Sling ligatures finally tied over the aponeurosis, and the clamp was removed.

Further, depending on whether a hysterectomy was performed or not, two techniques of surgery are used, the first is carried out ventral fixation of the uterus with the seizure and tightening of the bladder with the elimination of douglas space. The second one is after total hysterectomy the cervix stump is fixed with the seizure and tightening of the bladder. 4 different types of techniques are performed depends on the kind of disorders exist.

- 1) if prolapse is combined with cystocele, anterior colporophia and retropubic sling are performed
- 2) if cystocele combined with rectocele, anterior and posterior colporophia and retropubic sling are performed
- 3) in cases of varying degrees of uterine prolapse + cysto and rectocele, anterior and posterior colporophia and retropubic sling are performed along with ventrofixation of the uterus with capture of the bottom of the urinary bladder and its posterior and anterior walls with the main emphasis on eliminating the anterior Douglas, as a result the ends of the threads go from the periton and fixed on peritonea
- 4) if for any reason a total hysterectomy is performed, it is necessary to fix the stump and bladder over the pubic symphysis

Results and discussion. Up to now, we have applied this technique in 22 cases. The clinical results, also checked by tonometry and sonography, were satisfying.

No bladder or urethral perforations were noted. Post-operatively 22% (5/22) required recatheterisation in the short term of one week following surgery. However only 13% (3/22) and 4.5 % (1/22) required readjustment of sling (during one week following surgery).

The median number of day's hospitalization was three for isolated retropubic sling and 5 for colposuspension + retropubic sling. The overall success rate, defined as subjective absence of stress urinary incontinence was 86.3 % (19/22) and 95.4 % (21/22) respectively for retropubic sling and combined colposuspension + retropubic sling.

The advantages of this method are low price , allograft as it is taken from its own aponeurosis and the most important is the possibility of regulation after surgery.

Statistical analysis using the non-parametric Mann-Whitney test was performed. No significant difference at the 5% level was noted.

I would like to stress that the previously mentioned disorder caused family issues and misunderstanding in the patients' families. However, after undergoing the treatment most of our patients feel relieved. The method alleviates the symptoms in a long-term and helps women to get back to normal life . Thus success lies not only in elimination of physical problems but psychological ones as well.

Anahtar Kelimeler: retropubic sling, prolapses, stress urinary incontinence

Bildiri No: 44 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Postpartum Kanamanın Önlenmesi ve Yönetiminde Karbetosin Kullanımı

Fulya Batuhan¹, Nurgül Kamiloğlu¹

Amerikan Hastanesi

Giriş ve Amaç: Postpartum kanama, dünya genelinde maternal morbidite ve mortalitenin en önemli, önlenebilir nedenlerindedir (1, 2). Acil obstetrik bir durum olan postpartum kanama, vajinal doğumda 500 ml, sezaryen sonrası 1000 ml’yi aşan kan kaybı olarak tanımlanmaktadır. Önerilen bir diğer tanım ise hematokrit düzeyinde %10 azalmadır (3). Postpartum kanamanın net tanımı olmamakla birlikte, Amerikan Obstetrik ve Jinekologlar Birliği tarafından 2017’de yayımlanan Postpartum Kanama Bülteni’ne göre, doğumdan sonraki ilk 24 saatte kan kaybının 1000 ml ve üzerinde olması veya beraberinde hipovolemi belirtilerinin görülmesi olarak güncellenmiştir (4). Dünyada görülme oranı %6-10 arasındadır (5). Yapılan sistematik derlemeler, doğum eyleminin üçüncü evresinin aktif yönetimiyle postpartum kanama ve anemi riskinin azaldığı kanıtlanmıştır. (6). Ayrıca profilaktik olarak uterotonik kullanımı güncel kılavuzların birçoğunda yer almaktadır. Bu derlemenin amacıysa literatür doğrultusunda postpartum kanamanın önlenmesi ve yönetiminde uterotonik olarak kullanılan karbetosinin kullanımını incelemektir. Karbetosin, ilk olarak 1970 yıllarında veterinerlik ürünü olarak geliştirilmiştir. Oksitosinin sentetik bir analogu olup molekülde bazı yapısal farklılıklara sahiptir (7,8). Tek doz uygulanır, tıpkı oksitosin gibi ritmik uterus kontraksiyonlarını uyararak mevcut kontraksiyon şiddetini ve kasların tonusunu artırır. Karbetosini, oksitosinden ayıran temel özelliklerden birisiyse uterotonik aktivitenin, saatler boyunca devam etmesi, bu nedenle doğumdan önceki herhangi bir süreçte kullanılamamasıdır. Ayrıca antidiüretik etkisi, oksitosine göre daha zayıftır (9).

Sonuç ve Öneriler: Oksitosin analogu olan karbetosin, postpartum kanamanın önlenmesi ve yönetiminde kullanılmaktadır. Karbetosin kullanımıyla ek uterotonik gereksiniminin azalması ile birlikte, genel anesteziyle yapılan sezaryen operasyonlarında kullanılamaması ve yüksek maliyetli bir ajan olması dezavantajıdır (9). Oksitosin sonrası uygulanması ve genel anesteziyle yapılan sezaryen operasyonlarında tercih edilmeme ile ilgili çalışmaların yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Anahtar kelimeler: karbetosin, oksitosin, postpartum kanama

Bildiri No: 45 Bildiri Türü: Sözlü Bildiri

Kamptomelik Displazinin Prenatal Tanısı ve SOX9 Genindeki Farklı Mutasyonlar
Sibel Mutlu¹, Engin Yurtçu¹

Karabük Üniversitesi

Özet

İskelet displazileri, kemik ve kıkırdakların anormal büyümeleri ile karakterize genetik geçişli bir hastalık grubudur. Kamptomelik displazi (KD), otozomal dominant kalıtım gösteren; alt ekstremitelerde uzun kemiklerinde eğrilme ve kısalık, belirgin yüz görünümü(mikrognati, yarık damak dudak), hipoplastik skapula, kosta eksikliği, dar göğüs ve pes ekinovarus ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Kamptomelik displazi, kıkırdak doku gelişimi ve cinsiyetin belirlenmesinin çeşitli basamaklarında görev alan transkripsiyon faktörünü kodlayan kromozom 17q24 bölgesindeki SOX9 geninde yer alan heterozigot mutasyonlarla oluşur

Olgumuz; 20 yaşında G3P0A2Y0, geçirilmiş histeroskopik septum operasyonu mevcut.

Hastanın tekrarlayan düşüklere nedeniyle yapılan trombofili tetkiklerinde; MTHFR heterozigot mutasyon saptandı. Hastanın gebeliğinin 10. Haftasında yapılan ultrasonografide NT'nin 4.4 mm saptanması üzerine 12. Gebelik haftasında koryon villus örnekleme yapıldı ve sonuç normal konstitüsyonel karyotip olarak raporlandı. Gebeliğin 16. gebelik haftasında yapılan ultrasonografide; akrofasial anomali, torakoabdominal anomali, mikrognati, humerus-femur kısalığı, femurda eğrilme vertebra ve kaburga anomalileri tespit edildi. Hasta ve yakınlarına fetüs hakkında bilgi verilerek terminasyon önerildi ancak hasta terminasyonu kabul etmedi. Hasta gebeliğinin 39. haftasında sezeryan doğum ile 3500 gr ağırlığında apgar 5-6 erkek bebek doğurdu. Bebekte inspeksiyonda uzun kemiklerde kısalık, bilateral pes ekinovarus, spina bifida ve yarık damak dudak mevcuttu. Bebek solunum sıkıntısı nedeniyle yenidoğan yoğun bakımda takip edilirken solunum yetmezliği nedeniyle doğum sonrası 7. günde ex oldu. Bebekten alınan doku örneğinden çalışılan genetik testlerde SOX9 geninde c.523C>T (p.Q.175)(p.Gln175T) heterozigot mutasyon tespit edildi ve genetik danışmanlık önerildi. Genetik bölümü tarafından anne ve babanın aynı gen değişikliği açısından araştırılması önerildi. Anne ve babaya yapılan genetik analizlerde herhangi bir patolojiye rastlanmaması nedeniyle bebekteki mutasyon de novo mutasyon olarak değerlendirildi. SOX9 geninde heterozigot mutasyon sonrası oluşan kamptomelik displazi oldukça nadir görülen ve yenidoğan döneminde fatal seyreden bir durumdur. Bu olgularda yeni doğan dönemi ölüm oranlarının en önemli nedeni ise dar göğüs, hipoplastik akciğerler nedeniyle oluşan solunum yetmezliğidir. Kamptomelik displazi; prenatal dönemde spesifik radyolojik bulgularla kendini gösteren ve yenidoğan döneminde mortal seyreden bir hastalıktır. Prenatal dönemde klinik tanının konulması ve spesifik moleküler testlerin yapılarak aileye genetik danışmanlık verilmesi önem arz etmektedir. Literatür araştırmalarında kamptomelik displaziye neden olan SOX9 genindeki c.473C>T (p.A158V) ve (p.A158T) mutasyonlar daha önce tanımlanmış olup olgumuzdaki; SOX9 geninde daha önce literatürde tanımlanmamış c.523C>T (p.Q.175)(p.Gln175T) mutasyonunu paylaşarak prenatal dönemdeki kemik displazilerinde nadir görülmesine rağmen kamptomelik displazi'nin akılda tutulması gerektiğini vurguladık.





Anahtar Kelimeler: Kamptomelik displazi, mikrognati, pes ekinovarus

Bildiri No: 46 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Doğum İçin Yatırılan Hastalarda Lavman Uygulamasının Doğum Zamanı Üzerine Etkisi

Batuhan Turgay

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi - Ankara Şehir Hastanesi

Amaç: Doğum için yatırılan hastalarda lavman uygulaması sıklıkla kullanılmaktadır. Bu uygulama doğum süresini kısaltabileceği ve puerperal ve neonatal enfeksiyonları azaltabileceği düşünüldüğü için yapılmaktadır (1,2). Bu çalışma ile bu uygulamanın doğum zamanı üzerine herhangi bir etkisi olup olmadığı incelenmeye çalışılacaktır.

Yöntem: Temmuz 2018-Kasım 2018 tarihleri arasında yapılan çalışmaya iki farklı ilçe devlet hastanesine başvuran vajinal doğum için kontraendikasyonu olmayan, 37. gebelik haftasından sonra başvuran ve servikal açıklığı 4-8 cm arasında olan hastalar dahil edilmiştir. Hastaların demografik ve obstetrik bilgileri, yenidoğan Apgar skorlarıyla beraber; lavman uygulanma durumu ve doğumun birinci evresinin aktif fazında ve doğumun ikinci evresinde geçen süreler (dakika) kayıt altına alınmıştır. Doğum eylemi için doğum indüksiyonu uygulanan olgular ve çalışmaya dahil olmak istemeyen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Önce tüm katılımcıların, daha sonrasında parite durumuna göre gruplandırılan hastaların doğum zamanları karşılaştırılmıştır. Toplam 190 hasta çalışmaya dahil edilmişken, sezaryen ile doğum yapan 22 hastanın bilgileri doğum zaman süresi analizinde çıkarılmış; sezaryen ile doğum veya vajinal doğum analizlerinde dahil edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil olmayı kabul eden 85 nullipar ve 83 multipar hastanın bulguları değerlendirmeye alınmıştır. Tüm hastalar içerisinde 74 hastaya lavman uygulanmış ve 94 hastaya uygulanmamıştır. Katılımcıların demografik bilgileri Tablo 1 'de verilmiştir. Katılımcıların ortalama yaşının $26,86 \pm 5,12$ olduğu saptanmıştır. Doğum öncesi ortalama hemoglobin değeri $12,3 \pm 2,1$ g/dl iken doğum sonrası $11,7 \pm 1,5$ g/dl olarak saptanmıştır. Neonatal sonuçlara bakıldığında 14 yenidoğanın yenidoğan yoğun bakıma yatışı yapıldığı görülmüş ve bunlardan 12 tanesinin solunum sıkıntısı ve yenidoğanın geçici taşipnesi nedeniyle olduğu görülmüştür. Sonuçlara göre lavman uygulanmasının doğumun ilk evresinin aktif fazı süresine istatistiksel olarak herhangi bir etkisinin olmadığı görülmüştür (Uygulanmayan: $213,75 \pm 96,42$ dk; Uygulanan: $229,22 \pm 82,86$ dk $p=0,296$). Doğumun ikinci evresi için de benzer bulgular elde edilmiştir (Uygulanmayan: $56,32 \pm 24,99$ dk; Uygulanan: $59,46 \pm 29,68$ dk $p=0,497$). Hastaların doğum süreleri parite durumlarına göre gruplandırılarak analiz edildiğinde; multipar hastalar içerisinde lavman uygulanan grupta doğumun ikinci evresinin anlamlı olarak kısaldığı tespit edilmiştir (Uygulanmayan: $53,38 \pm 25,89$ dk; Uygulanan: $41,78 \pm 16,29$ dk $p=0,008$). Bu bulgu haricinde parite durumuna göre gruplandırılan hastalarda istatistiksel anlamlı bir bulgu saptanmamıştır (Tablo 2). Lavman uygulanan ve uygulanmayan grupta yenidoğan yatış sayısı karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,381$). Sezaryen veya vajinal doğum olma sayıları karşılaştırıldığında da iki grup arasında yine istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,261$).

Sonuç: Doğum eylemi için başvuran hastalarda yapılan lavman uygulamasının multipar hastaların doğumun ikinci evresi süresini kısaltması haricinde pozitif bir etkisi gösterilememiştir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber lavman uygulanmayan hastalarda doğum eyleminin daha kısa olması ilgi çekicidir. Bu konuyla ilgili yapılan

randomize kontrollü çalışmalar da ise 1027 hastanın katıldığı çalışmada lavman yapılan grupta doğum süresinin kısaldığı görülmüşken, 443 kadının dahil edildiği çalışmada anlamlı bir fark saptanmamıştır (1,2). Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda yenidoğan sonuçlarının benzer olduğu da ayrıca belirtilmektedir (3,4). Dünya Sağlık Örgütü’de bu çalışmaların ışığında rutin lavman uygulamasını doğum eyleminde önermemektedir (5).

Referanslar

- 1) Kovavisarach E, Sringamvong W. Enema versus no-enema in pregnant women on admission in labor: a randomized controlled trial. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2005;88(12):1763-7.
- 2) Cuervo LG, Bernal MP, Mendoza N. Effects of high volume saline enemas vs no enema during labour – the randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2006;6:8
- 3) Clarke NT, Jenkins TR. Randomized prospective trial of the effects of an enema during labor. *Obstetrics & Gynecology* 2007;109(4 Suppl):7S.
- 4) Reveiz L, Gaitan HG, Cuervo LG. Enemas during labour. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013(5):Cd000330.
- 5) <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-1st-stage/who-recommendation-administration-enema-reducing-use-labour-augmentation>. published in 2018

Tablo 1 Katılımcıların Demografik Bilgileri

	Ortalama	Standart sapma
Yaş (yıl)	26,86	5,12
BMI (kg/m ²)	24,99	3,59
Doğum haftası (hafta)	38,62	0,86
Doğumun ilk evresinin aktif fazının süresi (dakika)	204,89	101,14
Doğumun ikinci evresi (dakika)	52,06	33,22
Doğum öncesi hemoglobin (g/dl)	12,3	2,1
Doğum sonrası hemoglobin (g/dl)	11,7	1,5
	Median	Minimum-Maksimum
Gravida	2	1-9
Parite	1	0-6
Yaşayan	2	0-6
Dilatasyon (cm)	6	4-8
Efasman (%)	60	40-80
Apgar 1.dakika	8	4-9
Apgar 2.dakika	9	6-10

Tablo 2 Katılımcıların lavman durumuna göre doğum zaman süreleri

Lavman	Doğum ilk evre aktif faz süresi (dakika)	p
Uygulanan	229,22±82,86	0,296
Uygulanmayan	213,75±96,42	

	Doğumun ikinci evresi(dakika)	
Uygulanan	59,46±29,68	0,497
Uygulanmayan	56,32±24,99	
	Nullipar-Doğum ilk evre aktif faz süresi (dakika)	
Uygulanan	251,07±87,60	0,242
Uygulanmayan	254,84±100,53	
	Multipar-Doğum ilk evre aktif faz süresi (dakika)	
Uygulanan	207,38±72,45	0,643
Uygulanmayan	170,00±70,04	
	Nullipar-Doğum ikinci evre süresi (dakika)	
Uygulanan	77,14±29,63	0,177
Uygulanmayan	59,09±24,18	
	Multipar-Doğum ikinci evre süresi (dakika)	
Uygulanan	41,78±16,29	0,008
Uygulanmayan	53,38±25,89	

Anahtar Kelimeler: Vajinal doğum, doğum süresi, lavman uygulaması

Bildiri No: 47 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Medikal Tedaviye Dirençli Gebelik Kolestazında Yeni Bir Tedavi Yöntemi Olarak Karaciğer Aferezi: Olgu Sunumu

Onur Güralp

Carl von Ossietzky Oldenburg Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Almanya

Giriş

Gebeliğin intrahepatik kolestazı kaşıntı ve safra asitlerinde yükselme ile karakterizedir. Safra asitlerindeki yükseklik kötü perinatal sonuçlarla doğru ilişkilidir. Özellikle erken gebelik haftalarında başlayan olgularda intrauterin fetal ölüm riskinde artış olduğu bildirilmiştir (1). Tedavide klasik olarak ursodeoksikolik asit ve antihistaminik ilaçlar verilmektedir. Dirençli olgularda kolestiramin verilebilir. Ancak medikal tedaviye dirençli olgularda tedavi ile ilgili tecrübe henüz yeterli değildir.

Olgu

I G, 0 P, 28+4 gebelik haftasındaki (GH) hasta tüm vücutta kaşıntı şikayetiyle başvurdu. Yapılan değerlendirmede fetal gelişimin normal olduğu gözlemlendi, amniyotik sıvı ve fetomaternal Doppler incelemelerinde herhangi patolojik bulguya rastlanmadı. Kan tahlillerinde aspartat aminotransferaz (AST) 72 U/L, alanin aminotransferaz (ALT) 88 U/L ve açlık safra asitleri 145 µmol/l (normal <10 µmol/l) olarak saptandı. Trombosit sayısı ve haptoglobulin düzeyi normal sınırlardaydı. Üst batin sonografisinde herhangi bir patolojik bulgu gözlenmedi. Hasta gebeliğin intrahepatik kolestazı tanısıyla servise yatırıldı. Yapılan 24 saatlik tansiyon ve idrarda protein testlerinde ek olarak hafif preeklampsi tanısı koyuldu. Ursodeoksikolik asit 500 mg 1-1-1 verilen hastanın yapılan takiplerinde 3 hafta süreyle açlık safra asitlerinde herhangi bir azalma saptanmadı. Semptomatik tedavi amacıyla antihistaminik verildi ancak kaşıntı şikayetlerinde hafif bir gerileme olmasına rağmen şikayetler devam etti. Bunun üzerine kolestiramin tedavisine geçildi. Kolestiramin tedavisinden de yarar görmeyen hastanın, olası yan etkileri nedeniyle rifampin tedavisini reddetmesi nedeniyle, karaciğer aferezi (terapötik plazma değişimi) yapılmasına karar verildi.

32+2 GH'dan itibaren beş gün süreyle günlük olarak aferez uygulandı. Uygulama öncesi ve sonrası ölçülen safra asitleri ve transaminazlarda belirgin düşüş gözlemlendi (AST=44 U/L, ALT 38 U/L, açlık safra asitleri 29 µmol/l). Ayrıca kaşıntı yakınmalarında azalma sağlandı. Hasta 34+4 GH'da gelişen oligüri ve yaygın ödem nedeniyle sezaryen ile doğurtuldu.

Tartışma

Gebeliğin intrahepatik kolestazında kaşıntı ve safra asitlerinde artış ile karakterize anormal karaciğer fonksiyonları görülmektedir. Safra asitlerinin düzeyi için eşik değer genellikle >10 µmol/L olarak kabul edilmektedir. Safra asitleri küme oluşturmaya meyilli olup birbiri içinde çözülmemeyen maddeleri birleştirme (emülsifiye etme) özellikleri vardır. Hepatositler içinde aşırı miktarda biriken safra asitleri küme oluşturma ve emülsifiye etme özelliklerine bağlı olarak hepatotoksik etki göstererek transaminazlar, bilirubin ve gamma-GT salınımına yol açarlar.

Şiddetli kolestaz, literatürde genellikle safra asitlerinin >40 µmol/L olması şeklinde tanımlanmaktadır ve bu değer üzerinde perinatal prognozun belirgin olarak kötüleştiği bildirilmiştir (2). Gebeliğin intrahepatik kolestazında preterm doğum riskinin 3,47 kat, fetal ölüm oranının 1,46 kat arttığı bildirilmiştir (3). Safra asitlerinin >100 µmol/L olması durumunda ise intrauterin ölüm oranının normal popülasyona kıyasla yaklaşık 12 kat arttığı bildirilmiştir (3). İntrahepatik gebelik kolestazında intrauterin ölümün hangi mekanizmayla meydana geldiği henüz bilinmemektedir. Gebeliğin intrahepatik kolestazı görülen gebelerde yapılan amniyotik sıvı, kordon kanı ve mekonyum incelemelerinde safra asidi miktarının yüksek olduğu saptanmıştır (4). Yaygın görüş, ölümün, kronik

plasental yetersizlikten ziyade, safra asitlerinin fetal kalp üzerindeki toksik etkisine bağlı olduğu yönündedir (5). Safra asitlerinin yüksekliğinin yanı sıra, perinatal sonuçları etkileyen bir diğer parametre de gebelik haftasıdır. Puljic ve ark. (6) 1,6 milyon gebelik üzerinde yaptıkları retrospektif çalışmalarında, hemen doğum ile takip yaklaşımlarını karşılaştırmış, 36 GH'dan itibaren hemen doğurtulan olgulara kıyasla spontan takip edilen olgularda belirgin risk artışı olduğunu saptamışlardır.

İntrahepatik gebelik kolestazında görülen kolestaza bağlı kaşıntının patofizyolojisinde sorumlu olan mekanizmalar arasında bazı safra asitlerinin deride doğrudan kaşıntıya neden olması, safra asiti substratlarının hepatositlerin zarar görmesi sonucu dolaşım sistemine karışarak deride pruritik etki göstermeleri üzerinde durulmaktadır (7).

İntrahepatik gebelik kolestazında tedavide ilk seçenek olarak ursodeoksikolik asit olup, dirençli olgularda deksametazon, kolestiramin, rifampin, vitamin K verilebilir. Semptomatik tedavide antihistaminikler ve lokal etkili kremler ve losyonlar kullanılabilir. Medikal tedaviye dirençli olgularda safra asitlerinin olası olumsuz etkilerini azaltmak ve kaşıntı yakınmalarını önlemek için karaciğer aferezi yapılması önerilmiştir (8). Karaciğer aferezi basitçe kanın vücut dışına alınarak serumun özel filtrelerle süzülmesi ve daha sonra yeniden dolaşıma geri verilmesi olarak tanımlanabilir. Bu yöntemde kaşıntıya neden olabilecek safra asitleri, progesteron sülfatları, ototaksin ve diğer bazı sitokinlerin kandan süzülmesi amaçlanmaktadır. Kliniğimizdeki bu hastada 5 gün üst üste aferez işlemi uygulanmıştır. Bu amaçla hastaya bu süre boyunca terapötik dozda antikoagulan verilmiştir. Semptomatik yararlar geçici olabilse de, safra asitleri ve transaminazlardaki azalma daha uzun süreli olmuştur.

Medikal tedaviye dirençli gebelik kolestazı olgularında karaciğer aferezi ile fetüsün maruz kaldığı safra asidi miktarı azaltılabilir, karaciğer fonksiyonlarında ve kaşıntı yakınmalarında bir miktar iyileşme sağlanabilir. İnvazif bir yöntem olması nedeniyle yalnızca seçilmiş olgularda uygulanması önerilebilir. Nadir görülen bir durum olması nedeniyle büyük ölçekli çalışma yapma imkânı olmamakla birlikte konuyla ilgili klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar:

1. Madazli R, Yuksel MA, Oncul M, Tuten A, Güralp O, Aydın B. Pregnancy outcomes and prognostic factors in patients with intrahepatic cholestasis of pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* 2015;35(4):358-61.
2. Glantz A, Marschall HU, Mattsson LÅ. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: relationships between bile acid levels and fetal complication rates. *Hepatology.* 2004;40:467-474.
3. Ovadia C, Seed PT, Sklavounos A, et al. Association of adverse perinatal outcomes of intrahepatic cholestasis of pregnancy with biochemical markers: results of aggregate and individual patient data meta-analyses. *Lancet.* 2019;393:899-909.
4. Geenes V, Williamson C. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *World J Gastroenterol.* 2009;15:2049-2066.
5. Williamson C, Miragoli M, Sheikh Abdul Kadir S, et al. Bile acid signaling in fetal tissues: Implications for intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Dig Dis.* 2011;29:58-61.
6. Puljic A, Kim E, Page J, et al. The risk of infant and fetal death by each additional week of expectant management in intrahepatic cholestasis of pregnancy by gestational age. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212:667.e1-667.e5.
7. Varadi DP. Pruritus induced by crude bile and purified bile acids: experimental production of pruritus in human skin. *Arch Dermatol.* 1974;109:678-681.
8. Ovadia C, Lövgren-Sandblom A, Edwards LA, et al. Therapeutic plasma exchange as a novel treatment for severe intrahepatic cholestasis of pregnancy: Case series and mechanism of action. *J Clin Apher.* 2018;33(6):638-644.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer aferezi, gebelik kolestazı, terapötik plazma değişimi

Bildiri No: 48 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Ender Rastlanan Bir Anomali Olan Hepatik Arteriovenöz Malformasyon Olgusu
Ömer Ant¹, And Yavuz², Serenat Eriş Yalçın²

Koru Ankara Hastanesi

S.B.Ü Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Hepatik arteriovenöz malformasyon (AVM), karaciğerdeki venöz drenaj sistemine doğrudan arteriyel bağlantı ile karakterize nadir görülen bir gelişimsel vasküler bozukluktur. Bu durum, yüksek çıkışlı kardiyak yetmezliğe ve hidropslara neden olabilen yüksek akışlı, düşük dirençli bir şant ile sonuçlanır.

Olgu sunumu: 24 yaşında, gravida 2 parite 1, son adet tarihine göre 31 haftalık gebeliği olan, obstetrik ve medikal öyküsünde özellik olmayan hasta dış merkezden abdominal kitle ön tanısıyla hastanemizin prenatal tanı ve tedavi ünitesine sevk edildi. Gebenin yapılan sonografisinde fetal hepatomegali (Figür 1) ve karaciğerde 26x64 mm büyüklüğünde içerisinde venöz ve arterial damarlanma izlenen heterojen ekojenitede kitle (Figür 2) izlendi. Kitlenin Doppler incelemesinde hepatic dolaşımında belirgin dilatasyon (Figür 3), minimal sistolik-diyastolik arterial trase ile yüksek velositeli venöz trase izlendi. Olgu hepatic arteriovenöz malformasyon olarak değerlendirildi. Olgunun değerlendirilmesinde fetal kardiyak yetmezlik ve hidrops bulgularına rastlanılmadı. Olası kalp yetmezliği/portal hipertansiyon bulgularının takibi açısından kontrole çağırıldı ancak takiplerine gelmeyen hastanın 4 hafta sonra acile yaptığı başvuru sırasında fetusun intrauterin hidropsa sekonder exitus olduğu saptandı. 2540 gram ağırlığında erkek fetus ölü olarak vajinal yolla doğurtuldu. Postpartum yapılan incelemede olgunun tanısı patolojik olarak doğrulandı.

Sonuç: Bu olgularda sistemik kan basıncı arteriyel tarafta daha yüksek olduğundan, venöz drenajın ilerleyen bir genişlemesi vardır, bu da karaciğerdeki ekojenik dilate vasküler kanalların karakteristik sonografik bulgularına neden olur. Bu düşük dirençli, yüksek akışlı çıkıştan daha fazla kan şant edildikçe, fetal büyüme ve AVM “çalma fenomeni”nin artan taleplerini karşılamak için fetal kardiyak debinin eşzamanlı olarak artması gerekir. Bu süreç yüksek çıkışlı kalp yetmezliğine neden olabilir ve olgumuzda olduğu gibi intrauterin kayıpla sonuçlanabilir.

Anahtar Kelimeler: hepatic arteriovenöz malformasyon, perinatoloji, ultrasonografi

Bildiri No: 50 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Erken Postpartum Dönemdeki Kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Düzeyi ve Etkileyen Faktörler

Nazife Bakır¹, Cuma Demir¹

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Bucak Sağlık Yüksekokulu, Burdur

ÖZET

Amaç: Bu çalışma erken postpartum dönemdeki kadınların postpartum spesifik anksiyete düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlenmesi amacıyla yapılmıştır

Gereç-Yöntem: Bu araştırma tanımlayıcı nitelikte olup araştırmanın örneklemini Burdur Bucak Devlet Hastanesi'nde canlı doğum yapan erken postpartum dönemdeki 154 kadın oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri sosyo-demografik özellikler formu, postpartum spesifik anksiyete ölçeği ile toplandı. Veriler araştırmacılar tarafından 08.11.2019 ve 20.01.2020 tarihleri arasında hastanenin normal tedavi ve bakım işleyişini bozmadan hastalar için uygun vakitlerde yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmamıza katılan erken postpartum dönemdeki kadınların %53.9'unun 26-34 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Kadınların %96.1'nin evli olduğu, %57.1'nin ortaöğretim mezunu olduğu, %77.3'nün ev hanımı olduğu, %19.5'nin ilk defa çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Yine kadınların %80.5'nin sezaryen doğum yaptığı, %89.6'nın doğum şeklinden memnun olduğu, %90.9'nun isteyerek gebe kaldığı ve %41.6'sının doğum sonu bebek bakım eğitimi aldığı saptanmıştır. Araştırmamızda ilk çocuğunu doğuran kadınların postpartum spesifik anksiyete ölçeği puan ortalamasının, daha önce çocuk sahibi olan kadınların puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. İstemediği gebe kalan kadınların postpartum spesifik anksiyete ölçeği puan ortalamasının, isteyerek gebe kalan kadınların puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Doğum sonrası bebek bakım eğitimi almayan kadınların postpartum spesifik anksiyete ölçeğinin puan ortalamasının, doğum sonrası bebek bakım eğitimi alan kadınların puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmaya katılan erken postpartum dönemdeki kadınların postpartum spesifik anksiyete düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır. (Postpartum spesifik anksiyete ölçeği puan ortalaması: 123.59±7.96).

Postpartum Specific Anxiety Level of Women in Early Postpartum Period and Affecting Factors

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to determine the postpartum specific anxiety level and the factors affecting women in the early postpartum period.

Material method : This study is descriptive and the sample of the study consists of 154 women in the early postpartum period who live in Burdur Bucak State Hospital. The data of the study were collected with the form of socio-demographic features, postpartum specific anxiety scale. The data were collected by the researchers between 08.11.2019 and 20.01.2020, without interrupting the normal treatment and care functioning of the hospital, by using face-to-face interviews at appropriate times.

Results: It was determined that 53.9% of the women in the early postpartum period who participated in our study were between the ages of 26-34. it was determined that 80.5% of women gave birth by cesarean, 89.6% were satisfied with the way of birth, 90.9% got pregnant intentionally and 41.6% received postpartum baby care education. In our study, the mean score of postpartum specific anxiety scale of women who gave birth to their first child was statistically significantly higher than the average scores of women who had children before. It was determined that the average of postpartum specific anxiety scale of women who unintentionally conceived was statistically significantly higher than the mean scores of women who were willingly conceived.

Conclusion: It was found that women in the early postpartum period who participated in the study had high postpartum specific anxiety level.

Anahtar Kelimeler: postpartum, anksiyete, etkileyen faktörler, postpartum, anxiety, woman

Bildiri No: 51 Bildiri Türü: Sözlü Bildiri

Sezaryen Doğum Sonrası Akut Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemlerin Kullanımı: Ebe ve Hemşirenin Rolü

Derya Öztürk¹, Gülten Koç²

*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı,
Ankara*

Giriş

Sezaryen, doğum öncesi dönemde ve doğum sırasında oluşabilecek acil durumlarda, abdominal duvardan açılan insizyon ile fetüsün dışarı çıkarıldığı, günümüzde sık uygulanan major cerrahi bir girişimdir (Çakıroğlu & Özeren, 2018; Sudolmuş Öktem, 2016). Sezaryen ile doğumun yüksek oranda tercih edilmesine rağmen, uygulanan anestezi ve cerrahi girişime bağlı olarak kadınlarda doğum sonu uterin atoni, histerektomi, maternal ölüm, tromboemboli, endometrit, adhezyonlar ve subfertilite gibi birçok komplikasyon görülebilmektedir (Çakıroğlu & Özeren, 2018; Kanmaz, 2012; Mascarello, Horta & Sivleira, 2017; Sudolmuş Öktem, 2016). Sezaryen sonrası oluşabilecek bu ciddi komplikasyonların yanında annelerde ağrı, emzirme sorunları, uyku kalitesinde azalma, konforun azalması, anksiyete, doğum sonu iyileşmede gecikme, daha uzun süre hastanede kalma gibi sorunlar da sıklıkla görülmektedir (Amanak & Karaçam, 2018; Erbaş, 2017; Şahin, Güngör & Sömek, 2007).

Sezaryene bağlı en sık yaşanan sorun abdominal ağrıdır (Amanak & Karaçam, 2018). Sezaryen sonrası ağrı yönetiminde genellikle farmakolojik yöntemlerden (nonopioid ve/veya opioid analjezik) yararlanılmaktadır (Mac Lellan, 2006). Ancak kullanılan farmakolojik yöntemler, ağrının giderilmesinde tamamen etkili olmadığı gibi annede (sedasyon, solunum depresyonu, üriner retansiyon, bulantı ve kusma, konstipasyon, kaşıntı, süt üretiminde azalma gibi) ve yenidoğanda (sedasyon, uyku hali ve ilk emzirmenin gecikmesi ve yetersiz kilo alımı gibi) birçok yan etkilere sahiptir (Bertiken Ergin & Özdamar, 2013; Mac Lellan, 2006; Power, 2005; Sousa ve ark., 2009; Wentz, 2016).

Sezaryen sonrası ağrının azaltılması ya da giderilmesinde kullanılan farmakolojik yöntemlerin yetersiz kalması ve birçok yan etkiye sahip olması postoperatif dönemde nonfarmakolojik ağrı kontrolü yöntemlerine yönelmeye neden olmuştur (Christaens, 2003; Midilli & Eser, 2015). Sezaryen sonrası ağrının giderilmesinde; müzik (Reza ve ark., 2007), masaj (Irani ve ark., 2015), transkütan elektriksel sinir stimülasyonu (TENS) (Alves ve ark., 2015; Jaafarpour ve ark., 2008; Lima ve ark., 2014), progresif gevşeme egzersizleri (Karaman Özlü ve ark., 2016) ve refleksoloji (Khoshtrash ve ark., 2011) gibi farklı nonfarmakolojik yöntemler kullanılabilir. Bu uygulamaların ebelik ve hemşirelik bakımına dahil edilmesi, kadınların sezaryen sonrası postoperatif süreci daha sağlıklı geçirmesine katkı sağlamaktadır. Ayrıca sezaryen sonrası ağrının giderilmesinde nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımı, ebe ve hemşirelerin bağımsız rol ve fonksiyonlarının artmasına katkı sağlamaktadır.

Bu derlemede, nonfarmakolojik yöntemlerin sezaryen sonrası yaşanan akut ağrı üzerindeki etkisini içeren çalışmalar incelenerek ağrının azaltılması ve giderilmesinde, nonfarmakolojik yöntemlerin etkileri, ebe ve hemşirelerin rolü incelenmiştir.

Sezaryen Sonrası Ağrı

Sezaryene bağlı en sık yaşanan sorun abdominal ağrıdır (Amanak & Karaçam, 2018). Postpartum dönemde involüsyon ve oksitosin salınımına bağlı olarak oluşan uterus kontraksiyonları, abdominal ağrıya sebep olmaktadır (Coşkun & Aslan, 2016). Doğum

sonrası yaşanan bu ağrının yanı sıra sezaryende, cerrahiye bağlı abdominal bölgede insizyon dokusundan kaynaklanan ve postoperatif ilk 24-48 saat görülebilen akut ağrı da mevcuttur (Karlström, Engström-Olofsson, Norbergh, Sjöling & Hildingsson, 2007; Kintu ve ark., 2019; Jin ve ark., 2016). Kintu ve ark. (2019)'nın sezaryen ile doğum yapan kadınlarla yaptıkları çalışmada, sezaryen sonrası dönemde en yoğun ağrının ilk altı saat daha yoğun olmak üzere ilk 24 saatte yaşandığı belirlenmiştir (Kintu ve ark., 2019). Amanak ve Karaçam (2018)'in sezaryen ile doğum yapan postpartum erken dönemdeki kadınlarla yaptıkları çalışmada ise postoperatif bir ve üçüncü günler arasında kadınların %54,9'unun ameliyat yerinden kaynaklanan ağrı yaşadıkları belirlenmiştir (Amanak & Karaçam, 2018).

Sezaryen sonrası postoperatif dönemde yaşanan ağrı, kadınları olumsuz olarak etkilemektedir. Sezaryen sonrası postoperatif ağrıya bağlı kadınlarda vital kapasitede azalma, alveoler kollaps, atelettazi ve akciğer enfeksiyonları gibi (Sudolmuş Öktem, 2016; Çakıroğlu & Özeren, 2018; Kanmaz, 2012) komplikasyonların yanında günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe, etkin emzirememe, yenidoğanla yeterince ilgilenememe, doğum sonu konforun azalması, anksiyete, depresyon, beden imajında bozulma, uykusuzluk, kronik ağrı gibi birçok olumsuz durum görülebilmektedir (Karlström ve ark., 2007; Jin ve ark., 2016; Midilli & Eser, 2015; Declercq, Deborah, Cunningham, Johnson & Sakala, 2008). Karlström ve ark. (2007)'nin yaptıkları çalışmada, sezaryen sonrası 24 saatlik süreçte yaşanan akut ağrıya bağlı olarak kadınların olumsuz doğum deneyimleri yaşadıkları, emzirme ve bebek bakımında da zorluklar yaşadıkları belirlenmiştir (Karlström ve ark., 2007). Jin ve ark. (2016)'nin yaptıkları çalışmada ise sezaryen sonrası yaşanan akut ağrının kronik ağrıya dönüşerek ortalama bir yıla kadar devam edebildiği belirlenmiştir. Yaşanılan ağrıya bağlı olarak kadınların günlük yaşam aktivitelerinde zorlandığı ve doğum sonu depresyon oranlarının da arttığı saptanmıştır (Jin ve ark., 2016).

Sezaryen sonrası postoperatif süreçte yaşanan ağrının etkin bir şekilde giderilmesi hayati öneme sahiptir. Sezaryen sonrası ağrının giderilmesi, ağrıya bağlı oluşabilecek fiziksel komplikasyonlar ile anksiyete, depresyon, kronik ağrı gibi sorunların giderilmesinin yanında kadınların bu süreçte yaşam kalitelerinin ve doğum sonu konforunun artırılmasında, emzirme problemlerinin giderilmesinde de oldukça önemlidir (Karlström ve ark., 2007; Jin ve ark., 2016).

Sezaryen Sonrası Ağrı Yönetimi

Sezaryen sonrası ağrı yönetiminde daha çok farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Kullanılan farmakolojik yöntemler genel olarak “Tek Doz Spinal-Epidural Opioidler (morfin, fentanil, sufentanil, hidromorfin, meperidin), Hasta Kontrollü Epidural Analjezi (HKEA), Hasta Kontrollü İntravenöz Analjezi (HKİVA)” yöntemleridir. Ancak kullanılan opioidlere bağlı annelerde; solunum depresyonu, serebral kan akımı ve intrakranial basınçta azalma, ortostatik hipotansiyon, senkop, bradikardi, üriner retansiyon, kaşıntı, bulantı ve kusma, konstipasyon, süt üretiminde azalma gibi yan etkiler görülebilmektedir (Macintyre & Schug, 2014; Sousa ve ark., 2009; Wentz, 2016). Alınan ilaçlara bağlı yenidoğanda da; sedasyon, uyku hali ve ilk emzirmenin gecikmesi, yetersiz kilo alımı gibi yan etkiler görülebilmektedir (Bertiken Ergin & Özdamar, 2013; Mac Lellan, 2006; Power, 2005; Sousa ve ark., 2009; Wentz, 2016). Kullanılan ilaçlara bağlı anne ve yenidoğanda oluşabilecek komplikasyonların yanında hasta kontrollü epidural analjezi cihazlarının maliyetinin yüksek olması ve kullanımından kaynaklanan sorunlar, sezaryen sonrası kadınların bu cihazları kullanımını zorlaştırmaktadır (Wentz, 2016). Sezaryen sonrası oluşabilecek postoperatif ağrının giderilmesinde analjeziklerin yetersiz kalması, anne ve yenidoğan üzerinde birçok yan etkiye sahip olması ve maliyetinin yüksek olması gibi sebepler ağrının giderilmesinde nonfarmakolojik yöntemlere ihtiyacı arttırmaktadır.

Sezaryen Sonrası Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemlerin Kullanımı

Sezaryen sonrası postoperatif ağrının giderilmesinde kullanılan bir diğer yöntem, nonfarmakolojik yöntemlerdir. Kullanılan nonfarmakolojik ağrı kontrol teknikleri genel olarak fiziksel teknikler (deri stimülasyon yöntemleri) ve bilişsel/davranışsal teknikler olarak ikiye ayrılmaktadır (Kömürcü & Berkiten Ergin, 2013; Sağkal, 2012).

1.Fiziksel Teknikler: Ağrının azaltılmasında kullanılabilecek olan fiziksel teknikler, genel olarak kapı kontrol teorisini aktive ederek ve endorfin salınımını artırarak ağrıyı azaltmaktadır. Sezaryen sonrası ağrının azaltılmasında bu tekniklerden; TENS, akapunktur, akupressure, masaj, aromaterapi ve refleksoloji kullanılabilmektedir (Kömürcü & Berkiten Ergin, 2013; Sağkal, 2012; Sağlık Bakanlığı, 2016).

Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS): Düşük voltajlı elektrik dalgalarının cilde uygulanan düz elektrodlar ile verildiği bir tekniktir (Celik, Erhan, Gunduz, & Lakse, 2013). TENS uygulaması, deri stimülasyonu yolu ile analjezik etki göstermektedir. TENS, ağrı algısını çeşitli yollarla azaltmaktadır. Genel olarak kapı kontrol teorisini aktive ederek, endorfin salınımını arttırarak, lokal vazodilatasyon sağlanarak ve akupunktur noktalarını stimüle ederek ağrıyı azaltmaktadır (Alper, 2016). Sezaryen sonrası dönemde TENS ile yapılan çalışmalara baktığımızda, Alves ve ark. (2015)'nin 60 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, deney grubuna postoperatif sekizinci saatten itibaren bir seans 30 dakika süre ile TENS uygulaması sonucunda deney grubunda ağrı seviyesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Alves ve ark., 2015). Mehendale ve Revadkar (2018)'in 96 kadın üzerinde yaptığı çalışmada, deney grubuna postoperatif birinci gün 15 dakikadan oluşan iki TENS seansı uygulanmıştır. Deney grubunda ağrı seviyesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Mehendale & Revadkar, 2018).

Akapunktur: Vücutta bulunan özel noktaların iğne, lazer ışınları, elektrik stimülasyonu (elektroakupunktur), manyetik topçuklar vb. araçlar ile uyarılmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2016). Akapunkturun ağrı algısı üzerindeki etkisi TENS ile benzerdir. Genel olarak kapı kontrol teorisini aktive ederek ve endorfin salınımını arttırarak ağrının azaltılmasını sağlamaktadır (Kömürcü ve Bertiken Ergin, 2013). Sezaryen sonrası dönemde akapunktur ile yapılan çalışmalara baktığımızda, Hesse ve ark. (2016)'nin 22 kadın ile yaptıkları çalışmada, deney grubunda postoperatif birinci gün bir seans akapunktur uygulaması sonucunda deney grubunda ağrı seviyesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Hesse ve ark., 2016). Wu ve ark. (2009)'nin 60 kadın ile yaptıkları çalışmada, deney grubuna sezaryen sonrası ilk 24 saat içerisinde bir seans akapunktur uygulaması sonucunda deney grubunda ağrı seviyesinin daha düşük olduğu bunun yanında narkotik analjezik ihtiyacı ve PCA kullanma sıklığının da daha az olduğu belirlenmiştir (Wu ve ark., 2009).

Akupressure: Akapunktur noktalarına eller, parmaklar, tarak, buz kesesi küçük boncuklar vb farklı nesnelere ile basınç uygulanmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2016). Literatürde sezaryen sonrası ağrının azaltılmasında akupressure yönteminin etkinliğini değerlendiren kısıtlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Nani ve ark (2015)'nin 7 kadın ile yaptıkları çalışmada, postoperatif ilk 24 saatte 20 dakikadan oluşan bir seans HT6 ve LI4 bölgelerine uygulanan akupressure uygulamasının ağrıyı azalttığı belirlenmiştir (Nani ve ark., 2015).

Masaj: Vücudun yumuşak dokularının bilinçli ve sistematik olarak uyarılmasıdır (Kömürcü & Berkiten Ergin, 2013). Masaj genel olarak parasempatik sinir sistemini uyararak ve endorfin salınımını artırarak ağrının şiddetini azaltmaktadır. Bunun yanında kan akımı ve lenfatik dolaşımı arttırıp iskemiye azaltmaktadır (Field, 2010; Mamuk & Davas, 2010). Abbaspoor ve ark. (2014)'nin 80 kadın ile yaptığı çalışmada, deney grubuna postoperatif bir seans 20 dakika el ayak masajı uygulaması sonucunda deney grubunda ağrı seviyesi ve analjezik ihtiyacının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Abbaspoor ve ark., 2014). Ghani ve Elmonem (2018)'in 200 primipar kadın ile yaptığı çalışmada, deney grubuna postoperatif sekizinci saatte bir seans vücudun çeşitli yerlerine (kafa derisi, boyun, üst omuz, el ve ayaklar

vb) zeytinyağı ile masaj uygulanmıştır. Uygulama sonucunda deney grubunda ağrı seviyesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Ghani ve Elmonem, 2018).

Aromaterapi: Bitkilerden elde edilen yüksek konsantrasyonlu öz yağların koku yolu ile solunarak gevşeme sağlanmasıdır (Kömürcü & Berkiten Ergin, 2013). Aromaterapi genellikle limbik sistemi tetikleyerek ağrının azalmasına yardımcı olmaktadır (Aliasgharpour ve ark., 2016; Mogharab ve ark., 2016). Bunun yanında yağların içindeki bilinen ya da bilinmeyen bazı analjezik bileşenlerin dopamin, endorfin, noradrenalin ve serotonin maddelerinin salınmasını artırarak ağrının şiddetini azalttığı belirtilmektedir (Bilgiç, 2017). Olapour ve ark. (2013)'nın 60 kadın ile yaptığı çalışmada, deney grubuna postoperatif gün, beş dakikadan oluşan dört seans %10'luk lavanta inhalasyonu uygulanmıştır. Uygulama sonucunda deney grubunda ağrı seviyesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Olapour ve ark., 2013). Metawie ve ark.(2015)'nin 100 kadın ile yaptığı çalışmada, deney grubuna postoperatif altıncı saat 3 dakikadan oluşan bir seans 1cc lavanta yağı inhalasyonu uygulanmıştır. Çalışma sonucunda deney grubunda ağrı seviyesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Metawie ve ark., 2015). Najafi ve ark. (2017)'nin 80 kadın ile yaptığı çalışmada, deney grubuna postoperatif altıncı saatte bir seans iki damla papatya çiçeği özü inhalasyonu uygulanmıştır. Uygulama sonucunda deney grubunda ağrı seviyesi ve analjezik ihtiyacının daha az olduğu belirlenmiştir (Najafi ve ark., 2017).

Refleksoloji: El, ayak ve kulaklarda bulunan vücudun tüm bölümleri, organ ve bezleri ile ilgili yönlendirici refleks alanlarının parmaklarla özel bir basınç uygulayarak uyarılmasıdır (Khoshrash, Ghanbari, Yeganeh, KazemneZhad & Parvaneh, 2011). Refleksoloji, endorfin ve enkefalin salınımını artırarak ağrının azaltılmasına katkı sağlamaktadır (Dolatian ve ark., 2011; Tiran & Chummun, 2005). Basyouni ve ark. (2018)'nin 70 primipar kadın ile yaptıkları çalışmada, deney grubuna postoperatif 4-6. saatler arasında bir seans 30-40 dakika ayak refleksoloji uygulaması sonucunda deney grubunda ağrı seviyesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Basyouni ve ark., 2018). Irani ve ark. (2015)'nin 80 multipar kadın ile yaptıkları çalışmada, deney grubuna postoperatif dördüncü saat 20 dakikadan oluşan bir seans el ve ayak refleksoloji uygulanmıştır. Çalışma sonucunda deney grubunda ağrı seviyesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Irani ve ark., 2015).

2.Bilişsel/Davranışsal Teknikler: Ağrının azaltılmasında kullanılacak bir diğer teknik olan bilişsel/davranışsal teknikler, genel olarak parasempatik sinir sistemini aktive ederek etki etmektedir. Bu yöntemler arasında; dikkati başka yöne çekme, progresif kas gevşeme egzersizleri, müzik terapi, biofeedback, hipnoz, meditasyon gibi yöntemler bulunmaktadır (Kömürcü & Berkiten Ergin, 2013; Sağlık Bakanlığı, 2016). Sezaryen sonrası ağrının azaltılmasında daha çok progresif gevşeme egzersizleri ve müzik terapi kullanılmaktadır.

Progresif gevşeme egzersizleri: Vücuttaki kas gruplarının derin solunum egzersizleri eşliğinde sırası ile önce kasılıp sonra gevşemesi tekniğidir (Kartal, 2017; Yavuz, Karagöz, Koşar & Özgirgin, 2002). Progresif gevşeme egzersizleri, parasempatik sinir sistemini aktive ederek ağrının azalmasına katkı sağlamaktadır (Kartal, 2017). Ismail ve Elgzar (2018)'in 80 kadın ile yaptığı çalışmada, deney grubuna postoperatif 4. saatten itibaren 8 saat ara ile 30 dakikadan oluşan altı seans progresif gevşeme egzersizleri uygulaması sonucunda deney grubunda ağrı seviyesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Ismail & Elgzar, 2018). Öztürk (2019)'ün 120 kadın ile yaptığı doktora tez çalışmasında, deney grubuna postoperatif sekizinci saatten itibaren 30 dakikadan oluşan beş progresif gevşeme egzersizi uygulaması yapılmıştır. Uygulama sonrasında progresif gevşeme egzersizleri uygulanan deney grubunda ağrının anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir (Öztürk, 2019). Karaman Özlü ve ark. (2016)'nin 72 kadın ile yaptıkları çalışmada, deney grubuna postoperatif birinci gün bir saatten oluşan 2 progresif gevşeme egzersizi seansı yapılmış ve deney grubunda ağrı seviyesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Karaman Özlü ve ark., 2016).

Müzik terapi: İhtiyaçlar doğrultusunda yapılandırılan müzik uygulamalarının bir müzik terapisti tarafından uygulanmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2016). Müzik terapi, kapı kontrol mekanizmasını aktive ederek, enkefalin ve endorfin salınımını artırarak (Eti Aslan, 2006; Uyar & Korhan, 2011) ve parasempatik sinir sisteminin aktive olmasını sağlayarak ağrının azaltılmasına katkı sağlamaktadır (Uçan & Ovayolu, 2007). Şen ve ark. (2009)'nın 100 kadın ile yaptığı çalışmada, deney grubuna sezaryen ameliyatından hemen önce, bir saatten oluşan bir seans müzik terapi kulaklık kullanılarak uygulanmıştır. Uygulama sonucunda deney grubunda postoperatif ağrı seviyesi ve analjezik ihtiyacının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Şen ve ark., 2009). Ebneşahidi ve Mohseni (2008)'nin 80 kadın ile yaptığı çalışmada, deney grubuna postoperatif yaklaşık birinci saat 15 dakikadan oluşan bir seans müzik terapi kulaklık kullanılarak uygulanmış ve deney grubunda ağrı seviyesi ve analjezik gereksiniminin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Ebneşahidi & Mohseni, 2008).

Sezaryen Doğum Sonrası Akut Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemlerin Kullanımı İle İlgili Ebe ve Hemşirenin Rolü

Perinatal alanda çalışan ebe ve hemşirelerin görevleri arasında; sezaryen sonrası dönemde kadınların fiziksel ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak, ağrısıyla baş etmelerine yardımcı olmak, doğum sonrası sürece uyumunu arttırmak, doğum sonu olumlu duygular yaşamasını ve bu sürecin sağlıklı anne ve bebekle sonuçlanmasını sağlamak yer almaktadır (Yılmaz Sezer, 2012). Hemşirelerin kliniklerde bu sonuçlara ulaşmasında nonfarmakolojik yöntemleri kullanması, sezaryen sonrası ağrıyı azaltarak buna bağlı oluşabilecek sorunların giderilmesine ve analjezik ihtiyacı azaltılmasına katkı sağlayacaktır.

Sezaryen sonrası dönemde nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması, yaşanabilecek birçok sorunun giderilmesine katkı sağlamasına rağmen hemşirelerin nonfarmakolojik yöntemleri kullanımı ile ilgili yetkileri kısıtlıdır. Nonfarmakolojik yöntemler daha çok hekim sorumluluğunda ya da gözetiminde uygulanabilmektedir. Hemşirelerin sezaryen sonrası ağrı kontrolünde bağımsız uygulayabilecekleri yöntemler; masaj, gevşeme egzersizleridir. TENS, refleksoloji, müzik terapi ve aromaterapi uygulamaları hekim gözetiminde uygulanabilmektedir. Akupunktur ve akupressur ise hemşirelik uygulamaları kapsamı dışında yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2016). Genel olarak, nonfarmakolojik yöntemler ağrı merkezindeki uzman hekim tarafından istem edilen bir analjezik yöntemlerdir. Uygulanacak yöntemin hangi hastaya uygulanacağı, parametreleri, uygulama alanı ve süresi hekim tarafından belirlenmektedir. Bu uygulamalar, nonfarmakolojik yöntem konusunda eğitimli hemşire ve doktorun işbirliğini gerektirmektedir (Gayaud, 2013).

Nonfarmakolojik yöntemlerin uygulamasında hemşirenin rolleri (Erden & Senol-Celik, 2015);

- Uygulama öncesi hasta iyi bir şekilde desteklenmeli vücudunu sıkmayan rahat hareket edebileceği kıyafetler girmesi sağlanmalıdır.
- Uygulamanın yapılacağı yer, sessiz sakin ve dış uyaranları mümkün olduğunca azaltılmış bir ortam olmalıdır (Otman, 2014).
- Uygulamadan önce hastanın ağrısının değerlendirilmesi; ağrının etyoloji, yeri, şiddeti, sıklığı, süresinin değerlendirilmesi, daha önceki tedaviler, şimdiki tedaviler hakkında bilgi alınmalıdır (Alper, 2016).
- Yapılacak tedavi hakkında bilgi verilmeli, uygulamalar ile ilgili endişeleri var ise giderilmelidir (Alper, 2016).
- Kullanılacak olan nonfarmakolojik yöntem cihaz ise cihazın şarj/pil durumu, elektrodlarının kontrol edilmesi, isteme uygun cihaz modu ve parametreleri ayarlanmalıdır.
- Nonfarmakolojik yöntem uygulamasının etkin olması ve uygulama süresince hastanın rahatının sağlanması için hastaya uygun pozisyon verilmelidir.

- Uygulama yapılacak bölge/deri hazırlanmalıdır (temiz ve kuru olması, görünür olması).
- Uygulama sırasında hasta izlenmelidir.
- Uygulama sonrasında komplikasyonlar açısından izlenmeli, hastanın vital bulgularının takibi yapılmalıdır (Alper, 2016).
- Uygulama sonrasında tedavi süresi ve hasta cevabı konularında kayıt tutulmalıdır.

Sonuç

Literatürde yapılan çalışmalar doğrultusunda, bazı nonfarmakolojik yöntemlerin sezaryen sonrası kadınlarda ağrı şiddetini azalttığı belirlenmiştir. Yaşanılan ağrının azaltılması; kadınların bu süreci fiziksel, psikolojik ve sosyokültürel açıdan daha sağlıklı geçirmesine katkı sağlamaktadır. Ebe ve hemşirelerin kliniklerde nonfarmakolojik yöntemleri kullanması; her iki meslek grubunun profesyonel uygulamalarını, bağımsız rollerini ve bakım kalitesini arttıracaktır. Nonfarmakolojik yöntemlerle ilgili bilgi ve deneyime sahip olan ebe ve hemşireler; kullanılan yöntemlerin seçiminde, uygulanmasında, uygulamaların etkinliğinin, olumlu ve olumsuz yönlerinin değerlendirilmesinde etkili olacaklardır. Bu bağlamda nonfarmakolojik yöntemlerin ebe ve hemşireler tarafından bağımsız olarak kullanılabilmesi gerekmektedir. Bunun sağlanmasında; ebe/hemşirelerin lisans eğitimine bu konuların entegre edilerek nonfarmakolojik yöntemlere karşı farkındalığın artırılması, ebe ve hemşirelerin nonfarmakolojik yöntemler ile ilgili sertifika programlarına katılımlarının teşvik edilmesi ve gerekli yasal düzenlemelerin yapılarak bu alandaki sertifikalı hemşirelere uygulama konusunda yetki ve sorumluluk verilmesi gerekmektedir.

Tablo 1: Sezaryen Sonrası Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemlerin Kullanımına İlişkin

Çalışmalar.

Araştırmacı	Örneklem	Non farmakolojik Yöntemi	Uygulama	Sonuç
Alves ve ark. (2015)	60 kadın	TENS	Postoperatif 8-24 saatleri arasında, 30 dakikadan oluşan bir seans uygulanmıştır.	TENS'in ağrıyı azalttığı belirlenmiştir.
Mehendale ve Revadkar (2018)	96 kadın	TENS	Postoperatif 12. saatten itibaren, 15 dakikadan oluşan iki seans uygulanmıştır.	TENS'in ağrıyı azalttığı belirlenmiştir.
Hesse ve ark. (2016)	22 kadın (spinal anestezi)	Akapunktur	Postoperatif 1. gün, bir seans uygulanmıştır.	Akapunkturun ağrıyı azalttığı belirlenmiştir.
Wu ve ark. (2009)	60 kadın (spinal anestezi)	Akapunktur	Postoperatif ilk 24 saat, bir seans uygulanmıştır.	Akapunkturun ağrıyı ve analjezik ihtiyacını azalttığı belirlenmiştir.
Nani ve ark. (2015)	7 kadın	Akupressure	Postoperatif ilk 24 saat, bir seans, 20 dakika HT6 ve LI4 bölgelerine uygulanmıştır.	Akupressure'nin ağrıyı azalttığı belirlenmiştir.
Abbaspoor ve ark. (2014)	80 kadın	Masaj	Postoperatif, bir seans, her el ve ayağa 5 dakika süre ile toplam 20 dakika masaj uygulanmıştır.	Masajın ağrıyı ve analjezik ihtiyacını azalttığı belirlenmiştir.
Ghani ve Elmonem (2018)	200 primipar kadın (spinal anestezi)	Masaj	Postoperatif 8. saatte, bir seans, vücudun çeşitli yerlerine (kafa derisi, boyun, üst omuz, el ve ayaklar vb) zeytinyağı ile masaj uygulanmıştır.	Masajın ağrıyı azalttığı belirlenmiştir.

Olapour ve ark. (2013)	60 kadın (spinal anestezi)	Aromaterapi	Postoperatif gün, VAS ağrı skoru 3 ün üzerine çıktığında uygulamaya başlanmış, 4saat ara ile toplam 4 seans uygulama yapılmıştır. Uygulamada; %10'luk lavanta yağı kullanılmış, pamuk üzerine 3 damla damlatılarak, 10 cm mesafeden, 5 dakika inhalasyon uygulanmıştır.	Aromaterapinin ağrıyı azalttığı belirlenmiştir.
Metawie ve ark.(2015)	100 kadın	Aromaterapi	Postoperatif 6. saatte, 1 seans uygulama, 1cc lavanta yağı kullanılmış, oksijen maskesi kullanılarak 3 dakika süre inhalasyon uygulanmıştır.	Aromaterapinin ağrıyı azalttığı belirlenmiştir.
Najafi ve ark. (2017)	80 kadın (spinal anestezi)	Aromaterapi	Postoperatif 6. saatte, 1 seans uygulama, iki damla papatya çiçeği özü pamuk üzerine dökülerek inhalasyon uygulanmıştır.	Aromaterapinin ağrıyı ve analjezik ihtiyacını azalttığı belirlenmiştir.
Basyouni ve ark. (2018)	70 primipar kadın	Refleksoloji	Postoperatif 4-6. saatler arasında, 1 seans uygulama, 30-40 dakika, ayak refleksolojisi uygulanmıştır.	Refleksolojinin ağrıyı azalttığı belirlenmiştir.
Irani ve ark. (2015)	80 multipar kadın (genel anestezi)	Refleksoloji	Postoperatif 4. saat, 1 seans uygulama, 20 dakika (el ve ayaklara, beşer dakika) refleksoloji uygulanmıştır.	Refleksolojinin ağrıyı azalttığı belirlenmiştir.
Ismail ve Elgzar (2018)	80 kadın (spinal anestezi)	Progresif gevşeme egzersizi (PGE)	Postoperatif 4. saatten itibaren, 8 saat ara ile toplam 6 seans, bir seans 30 dakika pge uygulanmıştır.	PGE'nin ağrıyı azalttığı belirlenmiştir.
Öztürk (2019)	120 kadın	Progresif gevşeme egzersizi	Postoperatif 8. saatten itibaren, toplam 5 seans, bir seans 30 dakika pge uygulanmıştır.	PGE'nin ağrıyı azalttığı belirlenmiştir.
Karaman Özlü ve ark. (2016).	72 kadın (genel ve epidural anestezi)	Progresif gevşeme egzersizi	Postoperatif 1. gün 2 seans uygulama, 1 seans 1 saat pge uygulanmıştır.	PGE'nin ağrıyı azalttığı belirlenmiştir.
Şen ve ark. (2009).	100 kadın (genel anestezi)	Müzik terapi	Sezaryen ameliyatından hemen önce, 1 seans, 1 saat süre ile kulaklık kullanılarak kadınların tercih ettikleri müzik dinletilmiştir.	Müzik terapinin postoperatif ağrı ve analjezik ihtiyacının azalttığı belirlenmiştir.
Ebneshahidi ve Mohseni (2008).	80 kadın (genel anestezi)	Müzik terapi	Postoperatif yaklaşık 1. saatte, 1seans, 15 dakika hastaların tercih ettikleri müzik kulaklık kullanılarak dinletilmiştir.	Müzik terapinin sezaryen sonrasında ağrı ve analjezik ihtiyacının azalttığı belirlenmiştir.

KAYNAKLAR

- Abbaspoor, Z., Akbari, M., Najar, S. (2014). Effect of foot and hand massage in post-cesarean section pain control: a randomized control trial. Pain Manag Nurs, 15(1), 132-136. doi: 10.1016/j.pmn.2012.07.008.
- Agah, M.S. (2007). The Efficacy of Favorite Music on Pain After Cesarean Section. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology And Infertility, 10(1), 41-46.

Aliasgharpour, M., Abbaszadeh, R., Mohammadi, N. ve Kazemnejad, A. (2016). Effect of lavender aromatherapy on the pain of arteriovenous fistula puncture in patients on hemodialysis. *Nurs Pract Today*, 3(1), 26-30.

Alper, S. (2016). *Transkutan Elektriksel Sinir Stimulasyonu*. Beyazova M, Gokce Kutsal Y, editörler. Fiziksel tıp ve rehabilitasyon. 3. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

Alves, E.M., Rabêlo, T.N., Santos, M.G., Souza, I.G., Lima, P.A. ve Santana, L. (2015). Transcutaneous electric nerve stimulation for post-Cesarean section analgesia. *LSRev Dor. São Paulo*, 16(4), 263-266.

Amanak, K. ve Karaçam, Z. (2018). Sezaryen ile Doğum Yapan Kadınların Postpartum Erken Dönemde Öz Bakım ve Bebek Bakımı Konularında Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. *Tepecik Eğitim Hast Derg*, 28(1), 17-22.

Basyouni, N.R., Gohar, I.E., Zaied, N.F. (2018). Effect of Foot Reflexology on Post-Cesarean Pain. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 7(4), 01-19.

Bertiken Ergin, A. ve Özdamar, D. (2013). Postpartum dönem ve ağrı. Kömürcü N, editör. *Doğum ağrısı ve yönetimi*. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Bilgiç, Ş. (2017). Hemşirelikte holistik bir uygulama; aromaterapi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 5(3), 134-141.

Celik, E.C., Erhan, B., Gunduz, B. ve Lakse, E. (2013). The Effect of Low-Frequency TENS in the Treatment of Neuropathic Pain in Patients with Spinal Cord Injury. *Spinal Cord*, 51(4), 334-337.

Christaens, G. (2003). Independent Nursing Interventions for Pain Management. *Home Health Care Management&Practice*, 15(3), 212-214.

Coşkun, A. ve Aslan, E. (2016). Doğum sonu dönem. A.M. Coşkun (Ed.). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı* (s. 237-292). İstanbul: Koç Üniversitesi.

Çakıroğlu, Y. ve Özeren, S. (2018). Sezaryen doğum. H.M. Tanır, T. Şener (Ed.). *Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler*. (s. 486-520). (5. bs.) Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.

Declercq, E., Deborah, K., Cunningham, D.K., Johnson, C. ve Sakala, C. (2008). Mothers' Reports of Postpartum Pain Associated with Vaginal and Cesarean Deliveries: Results of a National Survey. *Birth*, 35(1), 16-24.

Dolatian, M., Hasanpour, A., Montazeri, S., Heshmat, R. ve Alavi Majd, H. (2011). The Effect of Reflexology on Pain Intensity and Duration of Labor on Primiparas. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 475-479.

Ebneshahidi, A. ve Mohseni, M. (2008). The Effect Of Patient-Selected Music On Early Postoperative Pain, Anxiety, And Hemodynamic Profile İn Cesarean Section Surgery. *J Altern Complement Med*, 14(7), 827-831.

Erbaş, N. (2017). Sezaryen Sonrası Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Verilen Bakımda Kadınların Yaşadığı Sorunlar ve Hemşirelik Tanılarının Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 9(1), 15-29.

Erden, S. ve Senol-Celik, S. (2015). The Effect of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation on Post-Thoracotomy Pain. *Contemp Nurse*, 51(2-3), 163-170.

Eti Aslan, F. (2006). (Ed). *Ağrıda Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler*. Ağrı: Doğası ve Kontrolü. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Mart Matbaacılık Sanatları; 135-147.

- Field, T. (2010). Pregnancy and labor massage. *Journal Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 5(2), 177-181.
- Gayaud, R. (2013). Nursing Expertise in Transcutaneous Neurostimulation. *Rev Infirm*, (187), 40-43.
- Ghani, R.M.A. ve Elmonem, A.S.A. (2018). Effect of Olive Oil Massage on Postoperative Cesarean Pain and Sleep Quality: a Randomized Controlled Trial. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 7(2), 92-98.
- Hesse, T., Henkel, B., Zygmunt, M., Mustea, A. ve Usichenko T.I. (2016). Acupuncture for pain control after Caesarean section: a prospective observational pilot study. *Acupunct Med*, 34(1), 14-19. doi: 10.1136/acupmed-2015-010852.
- Irani, M., Kordi, M., Tara, F., Bahrami, H.Z. ve Nejad, K.S. (2015). The effect of hand and foot massage on post-cesarean pain and anxiety. *J Midwifery Reprod Health*, 3(4), 465-471.
- Ismail, N.I.A.A ve Elgzar, W.T.I. (2018). The Effect of Progressive Muscle Relaxation on Post Cesarean Section Pain, Quality of Sleep and Physical Activities Limitation. *International Journal of Studies in Nursing*, 3(3), 14-29.
- Jaafarpour, M., Khanı, A., Javadifar, N., Taghinejad, H., Mahmoudı, R. ve Saadıpour.K.h. (2008). The analgesic effect of transcutaneous electrical nerve stimulation (tens) on caesarean under spinal anaesthesia. *Journal Of Clinical And Diagnostic Research*, 3, 815-819.
- Jin, J., Peng, L., Chen, Q., Zhang, D., Ren, L., Qin, P. ve ark. (2016). Prevalence and Risk Factors for Chronic Pain Following Cesarean Section: A Prospective Study. *BMC Anesthesiol*, 16(1), 99.
- Kanmaz, A.G. (2012). Sezaryen. R. Aytacı (Ed.). *Bonney's Jinekolojik Cerrahi* (s. 136-145). (11. bs). Ankara: Modern Tıp Kitabevi.
- Karaman-Özlu, Z., Soydan, S., Çapık, A., Ejder-Apay, S., Avşar, G., Özer, N. ve ark. (2016). Sezaryen ameliyatı olan lohusalarda progresif gevşeme egzersizlerinin ağrı kontrolü üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(1), 8-64.
- Karlström, A., Engström-Olofsson, R., Norbergh, K.G., Sjöling, M. ve Hildingsson, I. (2007). Postoperative Pain After Cesarean Birth Affects Breastfeeding and Infant Care. *JOGNN*, 36(5), 430-40.
- Kartal, M. (2017). *Nefes Alma Sanatı* (3. bs). İstanbul: Ray Yayıncılık.
- Khoshrash, M., Ghanbari, A., Yeganeh, M.R., Kazemnezhad, E. ve Parvaneh, R.S. (2011). Survey the Effect of Foot Reflexology on Pain and Physiological Parameters After Cesarean Section in Patients Referring to Alzahra Educational Center in Rasht. *J Holist Nurs Midwifery*, 20(2), 27-33.
- Kintu, A., Abdulla, S., Lubikire, A., Nabukenya, M.T., Igaga, E., Bulamba, F. ve ark. (2019). Postoperative Pain After Cesarean Section: Assessment and Management in a Tertiary Hospital in a Low-Income Country. *BMC Health Serv Res*, 19(1), 68.
- Kömürcü, N. ve Berkiten-Ergin, A. (2013). Doğum Ağrısının Kontrolünde Nonfarmakolojik Yöntemler. N. Kömürcü ve A. Berkiten-Ergin (Ed.). *Doğum Ağrısı ve Yönetimi* (s. 57-144). 2. Baskı . İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Lima, L.E.A., Oliveira Lima, A.S., Rocha1, C.M., Fontenele dos Santos, G., Bezerra, A.J.R., Hazime, F.A. ve ark. (2014). High and low frequency transcutaneous electrical nerve stimulation in post-cesarean pain intensity. *Fisioter Pesq*, 21(3), 243-248.
- Mac Lellan, K. (2006). *Management of pain*. United Kingdom: Nelson Thornes Ltd.

- Macintyre, P.E. ve Schug, S.A. (2014). *Acute Pain Management*. (4th ed.). United Kingdom: CRC Press Ltd.
- Mamuk, R. ve Davas, N.İ. (2010). Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 44(3), 137-144.
- Mascarello, K.C., Horta, B.L. ve Sivleira, M.F. (2017). Maternal Complications and Cesarean Section Without Indication: Systematic Review and Meta-Analysis. *Rev Saude Publica*, 51, 105.
- Mehendale, P.A. ve Revadkar, M.T. (2018). Effect of acupuncture TENS versus conventional TENS on post cesarean section incision pain. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*, 7(9), 3738-3743.
- Metawie, M.A.H.M., Amasha, H.A.R.A., Abdraboo, R.A. ve Ali, S.E. (2015). Effectiveness of Aromatherapy with Lavender Oil in Relieving Post Caesarean Incision Pain. *Journal of Surgery*, 3(2-1), 8-13.
- Midilli, T.S. ve Eser, I. (2015). Effects of reiki on post-cesarean delivery pain, anxiety, and hemodynamic parameters: a randomized, controlled clinical trial. *Pain Manag Nurs*, 16(3), 388-399.
- Mogharab, M., Ayoubzadeh, K., Seyed, M.R.H. ve Sharifzadeh, G. (2016). The effects of inhalation of aromatherapy with lavender on anxiety amongst patients undergoing colonoscopy. *Mod Care J*, 13(1), 9457. doi: 10.17795/modernc.9457.
- Najafi, B., Mojab, F., Ghaderi, L., Farhadifar, F., Roshani, D. ve Seidi, J. (2017). The Effect of Chamomile Flower Essence on Pain Severity after Elective Caesarean Section under Spinal Anaesthesia: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11 (11).
- Nani, D., Maryati, S. ve Rahmaharyant İ.R. (2015). Effect of acupressure therapy point HT 6 and LI 4 on post cesarean section's pain. *International Journal of Research in Medical Sciences*. *Int J Res Med Sci*, 3(Suppl 1), 119-122.
- Olapour, A., Behaen, K., Akhondzadeh, R., Soltani, F., Razavi, F.A.S. ve Bekhradi, R. (2013). The Effect of Inhalation of Aromatherapy Blend containing Lavender Essential Oil on Cesarean Postoperative Pain. *Anesth Pain Med*, 3(1), 203-207.
- Otman, S. (2014). *Gevşeme Egzersizleri*. S. Otman S ve N. Köse (Ed.). *Egzersiz Tedavisinde Temel Prensipler ve Yöntemler* (s. 115-124). (4. bs.) Ankara: Ertem Basım Yayın.
- Öztürk, D. (2019). Sezaryen ile Doğum Yapan Kadınlara Uygulanan Progresif Gevşeme Egzersizleri ve Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonunun Akut Ağrı, Emzirme Davranışı ve Konfor Düzeyine Etkisi; Randomize Kontrollü Çalışma. Hacettepe Üniversitesi. Ankara.
- Power, I. (2005). Recent advances in postoperative pain therapy. *British Journal of Anaesthesia*, 95(1), 43-51.
- Reza, N., Alı, S.M., Saeed, K., Abul-Qasım, A. ve Reza, T.H. (2007). The impact of music on postoperative pain and anxiety following cesarean section. *M.E.J. ANESTH*, 19(3), 573-586.
- Sağkal, T. (2012). *Sezaryen Ameliyatı Sonrası Uygulanan Reiki Dokunma Terapisinin Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi*. Doktora tezi, Ege Üniversitesi; İzmir.

- Sağlık Bakanlığı. (2016). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile İlgili Mevzuat. Ankara: Akademisyen A.Ş.
- Sousa, L., Pitangui, A.C.R., Gomes, F.A., Nakano, A.M.S. ve Ferreira, C.H.J. (2009). Measurement and characteristics of post-cesarean section pain and the relationship to limitation of physical activities. *Acta Paul Enferm*, 22(6), 741-747.
- Sudolmuş-Öktem, S. (2016). Sezaryen Doğum ve Peripartum Histerektomi. Y. Ceylan, G. Yıldırım, A. Gedikbaşı, H. Aslan ve A. Gül (Ed.). *Williams Obstetrik* (s. 544-564). (4.bs). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Şahin, N.H., Güngör, İ. ve Sömek, A. (2007). Kadınların Doğum Yöntemlerine İlişkin Görüşleri ve Erken Postpartum Dönemdeki Sorunlarının Belirlenmesi: Bir Özel Hastane Örneği. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 21(4), 197-204.
- Şen, H., Sızlan, A., Yanarates, Ö., Kul, M., Kılıç, E., Özkan, S. ve ark. (2009). The Effect of Musical Therapy on Postoperative Pain after Caesarean Section. *TAF Prev Med Bull*, 8(2), 107-112.
- Tiran, D. ve Chummun, H. (2005). The physiological basis of reflexology and its use as a potential diagnosis tool. *Complement Therapies in Clinical Practice*, 11, 58-64.
- Uçan, Ö. ve Ovayolu, N. (2007). Kanser Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2, 123-133.
- Uyar, M. ve Korhan, E.A. (2011). Yoğun Bakım Hastalarında Müzik Terapinin Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi. *Derleme*. 23(4), 139-146.
- Wentz, J. (2016). *Pain Management*. Potter PA, Perry AG, editors. *Fundamental of Nursing*. 9th. ed. St. Louis: Mosby Elseiver.
- Wu, H.C., Liu, Y.C., Ou, K.L., Chang, Y.H., Hsieh, C.L., Tsai, A.H. ve ark. (2009). Effects of acupuncture on post-cesarean section pain. *Chin Med J (Engl)*, 122(15), 1743-1748.
- Yavuz, T., Karagöz, A., Koşar, U. ve Özgirgin, N. (2002). Lomber Spinal Stenozda Anamnez ve Klinik Muayene Bulgularının Tanıdaki Değeri. *Fiziksel Tıp*, 5(1), 5-9.
- Yılmaz-Sezer, N. (2012). Doğum Salonunda Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemleri Bilme ve Kullanma Durumları. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Anahtar Kelimeler: Akut ağrı, doğum sonrası bakım, hemşirelik, sezaryen

Bildiri No: 52 Bildiri Türü: Sözlü Bildiri

Postpartum Ağrı Yönetiminde Müzik Terapisinin Önemi

Derya Öztürk¹, Neslihan Yılmaz Sezer²

*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara
Ankara Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ebelik Bölümü, Ankara*

Giriş

Postpartum süreç; kadın, yenidoğan ve ailesi için fiziksel ve psikolojik değişikliklerin yaşandığı önemli bir geçiş sürecidir (Coşkun & Aslan, 2016). Yaşanan bu süreç, bütün sistemlerin gebelik öncesi durumlarına döndüğü anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin yaşandığı bir zaman periyodudur (Taşkın, 2017). Yaşanılan bu sistematik değişikliklerin yanında kadınlarda; ağrı, anksiyete, emzirme sorunları, uyku kalitesinde azalma, konforun azalması, yeni rol ve sorumluluklara geçişte gecikme gibi sorunlar da görülebilmektedir (Coşkun & Aslan, 2016; Şahin ve ark., 2007; Taşkın, 2017).

Doğum sonu dönemde en sık yaşanan sorunlardan biri ağrıdır (Bertiken Ergin & Özdamar, 2013). Yaşanılan ağrıya bağlı olarak kadınlarda yaşam kalitesinde azalma, mobilizasyonda gecikme, doğum sonu depresyona yatkınlık (Gutke ve ark., 2011), kronik ağrı (Vermelis ve ark., 2010), disparoni (Rosen & Pukall, 2016) gibi sorunlar görülebilmektedir. Yaşanılan ağrının giderilmesinde genellikle farmakolojik yöntemlerden yararlanılmaktadır. Ancak kullanılan farmakolojik yöntemlerin anne ve yenidoğan üzerinde istenmeyen yan etkilere sahip olması, ağrının giderilmesinde tamamen etkili olmaması ve maliyetinin yüksek olması gibi sebepler doğum sonu dönemde nonfarmakolojik ağrı kontrolü yöntemlerine yönelmeye neden olmaktadır (Bertiken Ergin & Özdamar, 2013; Hammes ve ark., 2014). Doğum sonu dönemde ağrı kontrolünde kullanılabilir nonfarmakolojik yöntemler arasında; akupunktur (Kindberg ve ark., 2009), kupa terapisi (Akbarzadeh ve ark., 2014) akupressur (Akbarzade ve ark., 2016), TENS (Kayman-Kose ve ark., 2014), refleksoloji (Tan, 2014), masaj (Ozturk Can & Saruhan, 2015), müzik terapisi (Simavli ve ark., 2014), aromaterapi (Peralta-Amores & Sun-Cua, 2014) gibi yöntemler yer almaktadır.

Doğum sonu ağrının giderilmesinde kullanılabilir yöntemlerden biri olan müzik terapi, bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve zihinsel ihtiyaçlarından herhangi birinin karşılanmasında müziğin ve müzik uygulamalarının, konusunda ehliyetli profesyoneller aracılığıyla uygulandığı klinik uygulamadır (Sağlık Bakanlığı, 2016). Müzik terapinin sağlıkla ilgili birçok alanda ağrının azaltılmasında kullanıldığı çalışmalar bulunmaktadır (Bahadır, 2016; Ciğerci ve Özbayır, 2016; Çıfci, 2016; Ulusal, 2015; Yaman-Aktaş & Karabulut, 2016). Bunun yanında doğum ağrısının azaltılmasına yönelik çalışmalar da bulunmaktadır (Phumdoung & Good, 2003; Sebdani ve ark., 2016; Simavli ve ark., 2014; Wan & Wen, 2018). Müzik terapinin sezaryen (Agah & Hossein, 2007; Ebnesshahidi & Mohseni, 2008; Şen ve ark., 2009) ve vajinal doğum sonrası ağrının azaltılmasında kullanımı ile ilgili çalışmalar oldukça kısıtlıdır (Simavli ve ark., 2014; Wan & Wen, 2018). Doğum sonu ağrı yönetimindeki hemşirelik uygulamalarına müzik terapinin dahil edilmesi, kadınların ağrılarının azaltılarak bu süreci daha rahat geçirmesine katkı sağlayacaktır. Ayrıca doğum sonu ağrının giderilmesinde müzik terapinin kullanımı, hemşirelerin bağımsız rol ve fonksiyonlarının artmasına katkı sağlayacaktır.

Bu derlemede, doğum sonu yaşanan ağrının azaltılması ve giderilmesinde, müzik terapinin etkisi incelenmiştir.

Doğum Sonu Dönem

“Puerperium ya da postpartum” olarak ta adlandırılan doğum sonu dönem, kadın, yenidoğan ve ailesi için fiziksel ve psikolojik değişikliklerin olduğu önemli bir geçiş dönemidir. Bu

dönem, doğumda plasentanın çıkması ile başlayarak, gebelik sırasında kadın vücudunda oluşan değişikliklerin hemen hemen gebelik öncesi durumuna geri döndüğü 6-8 haftalık bir süreci kapsamaktadır. Doğum sonu dönemle birlikte birçok sistem (genital sistem, kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, sindirim sistemi vb.) değişikliğe uğrayarak gebelik öncesi duruma dönüş gerçekleştirmektedir (Coşkun & Aslan, 2016). Doğum sonu gerçekleşen sistemik değişikliklerin yanında psikolojik değişiklikler de (anne rolüne uyum, yeni rol ve sorumluluklara uyum, anne-bebek bağlanması, beden algısı vb.) görülmektedir. Yaşanılan bu sistematik ve psikolojik değişikliklere bağlı olarak ve doğum sonu sürecin iyi yönetilmediği durumlarda kadınlarda; ağrı, anksiyete, emzirme sorunları, yorgunluk, uyku kalitesinde azalma, konforun azalması, yeni rol ve sorumluluklara geçişte gecikme, annelik hüznü (maternity blues) gibi sorunlar görülebilmektedir (Coşkun & Aslan, 2016; Şahin ve ark., 2007).

Doğum Sonu Ağrı

Doğum sonu dönemde en sık yaşanan sorunlardan biri ağrıdır. Yaşanılan ağrı genellikle; epizyotomi, perineal laserasyon, perineal travma, involüsyon, doğum sonu uterus kontraksiyonları, meme angorjmanı ve meme sorunları, hemoroidler, konstipasyon, distansiyon, annenin yorgunluğu ve uykusuzluğundan kaynaklanmaktadır (ACOG, 2018; Bertiken Ergin & Özdamar, 2013). Tümüyle doğal seyretmiş normal vajinal bir doğum sonrası ağrının başlıca sebebi uterus kontraksiyonları ve perineal ağrıdır. Uterus kontraksiyonlarına bağlı ağrı, genel olarak postpartum ilk birkaç gün (yaklaşık üç gün) ve çoğunlukla emzirme sırasında meydana gelmektedir (Yıldırım, 2016). Perineal ağrı; epizyotomi, perineal laserasyon, perineal travma ve konstipasyona bağlı ıkınma sonucu olmaktadır. Doğum sonu perineal iyileşme ile gerileyerek yaklaşık 10-14 gün sürmektedir (Bertiken Ergin & Özdamar, 2013). Işık ve ark. (2018)'nin bir üniversite hastanesinin kadın doğum kliniğinde yatan postpartum dönemdeki 153 anne ile yürüttükleri çalışmada, vajinal doğum yapan kadınların ilk 24. saatte %58,2'sinin epizyotomiye bağlı perineal ağrı yaşadıkları, %23,6'sının ise abdominal bölgeden kaynaklı ağrı yaşadıkları belirlenmiştir (Işık ve ark., 2018). Pereira ve ark.(2017)'nin erken postpartum süreçte bulunan kadınlarla yaptıkları çalışmada, kadınların abdominal ağrı (%58), perineal ağrı (%56), bel ağrısı (%26), boyun ağrısı (%4,7) yaşadıkları belirlenmiştir (Pereira ve ark., 2017).

Vajinal doğum sonrası yaşanan ağrının yanı sıra sezaryende, cerrahiye bağlı abdominal bölgede insizyon dokusundan kaynaklanan ve postoperatif ilk 24-48 saat görülebilen akut ağrı mevcuttur (Karlström ve ark., 2007; Kintu ve ark., 2019; Jin ve ark., 2016). Kintu ve ark. (2019)'nin sezaryen ile doğum yapan kadınlarla yaptıkları çalışmada, sezaryen sonrası dönemde en yoğun ağrının ilk altı saat daha yoğun olmak üzere ilk 24 saatte yaşandığı belirlenmiştir (Kintu ve ark., 2019). Amanak ve Karaçam (2018)'in sezaryen ile doğum yapan postpartum erken dönemdeki kadınlarla yaptıkları çalışmada ise postoperatif bir ile üçüncü günler arasında kadınların %54,9'unun ameliyat yerinden kaynaklanan ağrı yaşadıkları belirlenmiştir (Amanak & Karaçam, 2018).

Yaşanılan ağrıya bağlı olarak kadınlarda yaşam kalitesinde azalma, mobilizasyonda gecikme, doğum sonu depresyona yatkınlık (Gutke ve ark., 2011), kronik ağrı (Vermelis ve ark., 2010), disparoni (Rosen & Pukall, 2016) gibi sorunlar görülebilmektedir. Pereira ve ark. (2017)'nin vajinal doğum yapan kadınlarla yaptıkları çalışmada, erken postpartum süreçte yaşanan ağrıya bağlı olarak oturma (%56) ve yürüme zorluğu (%35) gibi mobilizasyon sorunları yaşadıkları; miksiyon (%28), defekasyon (%21), duş alma (%9.3), yemek yeme (%12), uyuma güçlüğü (%8.3) gibi öz bakım ihtiyaçlarını karşılamakta zorlandıkları, emzirme (%46), alt değiştirme (%11) gibi bebek bakımı ile ilgili sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (Pereira ve ark., 2017). Karlström ve ark. (2007)'nin sezaryen doğum yapan kadınlarla yaptıkları çalışmada, sezaryen sonrası 24 saatlik süreçte yaşanan akut ağrıya bağlı olarak kadınların olumsuz doğum deneyimleri yaşadıkları, emzirme ve bebek bakımında da

zorluklar yaşadıkları belirlenmiştir (Karlström ve ark., 2007). Jin ve ark. (2016)'nın yaptıkları çalışmada ise sezaryen sonrası yaşanan akut ağrının kronik ağrıya dönüşerek ortalama bir yıla kadar devam edebildiği belirlenmiştir. Yaşanılan ağrıya bağlı olarak kadınların günlük yaşam aktivitelerinde zorlandığı ve doğum sonu depresyon oranlarının da arttığı saptanmıştır (Jin ve ark., 2016).

Doğum Sonrası Ağrı Yönetimi

Doğum sonrası ağrı yönetiminde, genellikle ağrının kaynağına göre farmakolojik analjezik ilaçlar uygulanmaktadır. Meme angorjmanına bağlı yaşanan ağrıda, antienflamatuar etkiye sahip analjezikler kullanılabilir. Uterus kontraksiyonlarına bağlı oluşan ağrıda, acetaminophen (paracetamol) ve nonsteroidal antienflamatuar ilaçlar uygulanabilir. Perineal ağrının yaşandığı durumlarda ise topikal anestezipler veya oral analjezikler kullanılmaktadır (ACOG, 2018; Bertiken & Özdamar, 2013). Şiddetli ağrının yaşandığı durumlarda ise opioidler kullanılmaktadır.

Sezaryen sonrası ağrı yönetiminde, standart oral ve parenteral analjezik ilaçlar kullanılmaktadır. Bu ilaçlar arasında acetaminophen (paracetamol), nonsteroidal antienflamatuar ilaçlar, opioidler ve acetaminophen veya bir nonsteroidal antienflamatuar ilaçlar ile kombinasyon oluşturduğu opioid ilaçlar uygulanmaktadır (ACOG, 2018). Doğum sonu kullanılan analjezik ilaçlar, ağrının azaltılmasına katkı sağlamakla birlikte anne ve yenidoğan üzerinde yan etkiler görülmesine sebep olmaktadır. Kullanılan nonsteroidal antienflamatuar ilaçlara bağlı olarak kadınlarda; dispepsi, ülser, gastrointestinal kanama gibi yan etkiler görülebilmektedir. Kullanılan opioidlere bağlı olarak ta konstipasyon, uyuşukluk, üriner retansiyon, kaşıntı, bulantı kusma, hipotansiyon, bradikardi, fiziksel bağımlılık, bebek bakımı konularında yetersizlik kalma, yenidoğanda laterji, sedasyon, ilk emzirmenin gecikmesi ve yetersiz kilo alımı görülebilmektedir (Aktürk ve ark., 2018; Macintyre & Schug, 2014). Doğum sonrası ağrının azaltılması ya da giderilmesinde, kullanılan farmakolojik yöntemlerin yetersiz kalması ve birçok yan etkiye sahip olması doğum sonu dönemde nonfarmakolojik ağrı kontrolü yöntemlerine yönelmeye neden olmuştur. Konu ile ilgili *Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG)*'de doğum sonrası ağrı yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin ortak kullanılması gerektiğini vurgulamaktadır (ACOG, 2018).

Doğum Sonrası Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemlerin Kullanımı

Doğum sonu yaşanan ağrının giderilmesinde analjeziklerin etkilerinin yetersiz kaldığı durumlarda, farmakolojik yöntemlerin etkisini arttırmak için kullanılabilen bir diğer yöntem nonfarmakolojik yöntemlerdir. Doğum sonu dönemde ağrı kontrolünde kullanılabilecek nonfarmakolojik yöntemler arasında; emzirme sıklığını arttırmak (meme angorjmanı), lokal sıcak uygulama (ısıtma pedleri; uterus kontraksiyonlarına bağlı ağrı), lokal soğuk uygulama (meme angorjmanı ve periel ağrı) (ACOG, 2018), akupunktur (Kindberg ve ark., 2009), kupa terapisi (Akbarzadeh ve ark., 2014), akupressur (Akbarzade ve ark., 2016), TENS (Kayman-Kose ve ark., 2014), refleksoloji (Tan, 2014), masaj (Ozturk Can & Saruhan, 2015), müzik terapisi (Simavli ve ark., 2014), aromaterapi (Peralta-Amores & Sun-Cua, 2014) gibi yöntemler kullanılabilir.

Doğum Sonrası Ağrı Yönetiminde Müzik Terapi

Müzik Terapi Tanımı

Doğum sonu ağrının giderilmesinde kullanılabilecek yöntemlerden biri olan müzik terapi; bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve zihinsel ihtiyaçlarından herhangi birinin karşılanmasında müziğin ve müzik uygulamalarının, konusunda ehliyetli profesyoneller aracılığıyla uygulandığı klinik uygulamadır (Sağlık Bakanlığı, 2016). Dünya Müzik Terapi Federasyonu, müzik tedaviyi "Bir kişi, aile veya grubun yaşam kalitesini optimize etmek ve geliştirmek için müziğin ve/veya müzikal unsurların (ses, ritm, melodi ve harmoni) eğitimi

bir müzik terapisti tarafından tasarlanarak kullanılması” olarak tanımlanmaktadır (World Federation of Music Therapy, 2011).

Müzik Terapinin Etki Mekanizması

Müzik terapi, ağrı algısını farklı yollarla değiştirmektedir. Bu yollardan biri kapı kontrol mekanizmasını aktive etmesidir. Bu mekanizmaya göre müzik terapi uygulaması ile uyarılan kalın A lifleri, spinal kapının kapanmasını sağlayarak ağrının beyin tarafından algılanmasını engellemektedir. Ayrıca beyin iletişim ağına etki eden müzik, limbik sistem yoluyla duygu durumunu etkiler. Müzik ile uyarılar sağ beyin tarafından alınarak, hipofizden endorfin salınmasına sebep olur. Böylece kanda adrenokortikotropik hormon konsantrasyonu azalır (Karamızrak, 2014; Sidorenko, 2000; Uyar & Korhan, 2011). Böylece olumsuz tutumları etkisiz hale getirir ve strese karşı direnci artırır. Müzik talamus ve retiküler aktivasyon sistemi (RAS) arasındaki etkileşim değişikliğine sebep olur. Bunun sonucu emosyonel durum değişikliği, kas sisteminde değişimler, kan basıncı, kalp ve solunum hızı gibi otonomik fonksiyonlarda değişiklikler meydana gelir (Chang ve ark., 2008; Karamızrak, 2014; Uçan & Ovayolu, 2006).

Müzik Terapide Kullanılan Yöntemler

Müzik terapi, danışman ile ya da bir grup eşliğinde, terapist ve yardımcı olan terapist beraberliğinde melodinin, “insan sesi yada kimi fiziksel hareketlerin karşılıklı olarak kullanılmasıyla oluşturulur (Işıl, 2014). Müzik terapi metotları hastalıkların çeşidine, ortama, hastanın durumu ve isteğine göre farklılıklar gösterebilmektedir. Alandaki çeşitlilik birden fazla müzik terapi modelinin bulunmasına ve her geçen gün yeni modellerin geliştirilmesine olanak sağlamaktadır. Müzik terapi metotları genel olarak aktif müzik terapi ve pasif müzik terapi olarak ikiye ayrılmaktadır.

Aktif müzik terapi; şarkı söyleme, enstrüman çalma, müzikle hareket aktiviteleri (dans, folklor vb.), doğaçlama, beste yapma ve besteleri yorumlama olarak tanımlanır. Hasta, müzik terapistin ona yönelik ve onunla yaptığı müzik ile birlikte etkileşim içinde olmaya ve bu etkileşim sonucu bir doğaçlama üretime ve yaratıcılığa odaklanır. Aktif tedavinin amacı bedensel, ruhsal ve fiziksel açıdan sağlığı geliştirebilmek ve korumaktır. Aktif tedavide, genellikle pentatonik müzik (beş sesli müzik) kullanılmaktadır (Gençel, 2006). Aktif tedavideki müzikle beraber kullanılan ritmik hareketlerin amacı bedeni, ruhsal ve fiziksel yönden geliştirmek ve korumaktır. Hastalara uygulanan ritim çalışmaları ile kas katılığı, eklem rahatsızlığı, denge bozukluğu, isteklendirme eksikliği gibi rahatsızlıklarda olumlu sonuçlar ortaya konmaktadır (Bilgiç & Acaroğlu, 2016).

Pasif müzik terapi; hastanın dinleme eylemini gerçekleştirmesi olarak tanımlar. Pasif müzik terapide hastaya canlı veya kayıtlı bir müzik dinletilir. Canlı ya da kaydedilmiş müziği enstrümental müzik, hareketli müzik ve relaksasyon tekniklerini içeren müzik oluşturur (Bilgiç & Acaroğlu, 2016; Stanczyk, 2011). Bu tür müzik terapisinde terapist, hasta için makamsal veya modal müzikler yapar ve yapılan bu müzik aracılığıyla hastanın psikolojik durumunda değişiklik meydana getirmeyi hedefler (Gençel, 2006). Hasta daha çok dinleyici pozisyonunda ve terapistin yönlendirmesiyle terapist tarafından canlı veya kayıttan müzik dinletilmektedir. Dinletilen müzik kişiye özel hedefler doğrultusunda seçilmelidir. Geleneksel Türk müziği terapide en çok kullanılan yöntemdir. Bu teknikte bir seans süresince geniş ve rahatlatıcı bir ritim ve su sesi eşliğinde, ney, rebab, çeng, ud, dombra ve rübab ile emprovize (ritimli taksim) yapılır ve uygun makamlar üzerinde çalışılır (Vizeli-Doğan & Şenturan, 2012). Bu teknikte hastadan yere sırt üstü uzanarak dinlenme pozisyonunu alması istenir. Terapiye katılan kişilerden, dinletilen müziğe tamamen konsantre olmaları ve kendilerini müziğin akışına bırakmaları istenir. Amaç zihnin, düşünce ve sıkıntı gibi etkenlerden arındırılması, bireyleri rahatlatma ve kendine güvenlerini kazanmalarına yardımcı olmaktır (Kabul, 2012; Vizeli-Doğan & Şenturan, 2012). Bu metod daha çok anksiyete, ağrı, gevşemenin sağlanması, meditatif dinlenme, uyku sorunlarının giderilmesi,

hayati bulguların düzenlenmesi gibi kullanım alanları bulunmaktadır (Bruscia & Uçaner, 2016; Çoban, 2012; Gençel, 2006).

Müzik terapinin kullanım alanları

Günümüzde sağlık alanında müzik terapi kullanım alanları şu şekilde yer almaktadır;

- Nörolojik, ruhsal ve zihinsel rahatsızlıklarda (Şahin Karadeniz, 2017)
- Kanser hastalarında, radyoterapi ve kemoterapi uygulanan hastalarda (Bilgiç & Acaroğlu, 2016; Gökalp, 2015)
- Madde bağımlılığında (Özyıldız & Uçaner Çifdalöz, 2019)
- Gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçte (Agah & Hossein, 2007; Ebneshahidi & Mohseni, 2008; Phumdoung & Good, 2003; Sebdani ve ark., 2016; Simavli ve ark., 2014; Şen & ark., 2009)
- Acil servise başvuran hastalarda (Ulusal, 2015)
- Yoğun bakımda, mekanik ventilatör desteğinde olan hastalarda (Akın ve ark., 2011; Yaman-Aktaş & Karabulut, 2016)
- Yenidoğan yoğun bakımlarda (İmseytoğlu & Yıldız, 2012)
- Ameliyatlarda ve postoperatif süreçte (Bahadır, 2016; Ciğerci ve Özbayır, 2016).
- Girişimsel tanılama ve tedavi uygulamalarında (Çifci, 2016)

Yukarıda bahsedilen alanlarla ilgili olarak; ağrı, korku, anksiyete, ajitasyon ve analjezik kullanımının azaltılması, hastanede kalış süresinin kısaltılması; uyku kalitesi, konfor, memnuniyet ve yaşam kalitesinin artırılması, immün sistemin aktive edilmesi, yaşam bulgularının düzenlenmesi ile ilgili kullanım alanları bulunmaktadır.

Müzik terapinin perinatolojide kullanımı

Müzik terapinin normal ve riskli gebeliklerde kullanımı ile ilgili olarak daha çok stres, anksiyete ve depresyon bulgularının azaltılması ile uyku kalitesinin artırılması ve hayati bulgular ve NST üzerine etkisini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalar bulunmaktadır (Shobeiri ve ark., 2016; Toker, 2014). Toker (2014)'in müzik terapinin preeklampsili gebelerde doğum öncesi anksiyete ve doğum sonrası anne bebek iletişimi ve memnuniyetine etkisini belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada, gebelerin müzik terapiden memnun oldukları, müzik terapinin kan basıncı üzerine düşürücü etkisi olduğu, nabız ve solunum sayılarına etkisi olmadığı, fetal hareket sayısında ve nispeten fetal kalp hızında deney grubu lehine anlamlı fark yarattığı ancak NST sonuçları açısından bir farklılık yaratmadığı belirlenmiştir (Toker, 2014).

Müzik terapinin doğumda kullanımı ile ilgili olarak daha çok ağrı ve anksiyetenin azaltılmasına yönelik çalışmalar bulunmaktadır (Liu ve ark., 2010; Phumdoung & Good, 2003; Sebdani ve ark., 2016). Phumdoung ve Good (2003)'un doğum eyleminin aktif fazında bulunan primipar gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada, müdahale grubunda yer alan kadınların daha az ağrı yaşadıkları belirlenmiştir (Phumdoung & Good, 2003). Sebdani ve ark.(2016)'nın yaptıkları sistematik derlemede, müziğin hissedilen doğum ağrısını azalttığı belirlenmiştir (Sebdani ve ark., 2016). Lin ve ark. (2019)'nın yaptıkları sistematik derlemede ise doğum eyleminde uygulanan müzik terapinin anksiyeti azalttığı belirlenmiştir (Lin ve ark., 2019).

Müzik terapinin sezaryen doğum sonu ağrı yönetiminde kullanımı

Müzik terapinin sezaryen sonrası kullanımı ile ilgili olarak ağrı, anksiyete, analjezik gereksinimi, hayati bulguların değerlendirilmesine yönelik çalışmalar bulunmaktadır (Agah & Hossein, 2007; Ebneshahidi & Mohseni, 2008; Hekmat-Afshar ve ark., 2012; Hepp ve ark., 2018; Şen ve ark., 2009). Müzik terapinin sezaryen sonrası ağrı üzerine etkisini belirlemeye yönelik olarak, Ebneshahidi ve Mohseni (2008)'nin sezaryen doğum sonrası kadınlar tarafından seçilen müziğin, postoperatif ağrı, anksiyete, analjezik gereksinimi ve hayati

bulgular üzerine etkisini belirlemeye yönelik yapılan çalışmada; müzik uygulanan gruptaki kadınların ağrı seviyesinin daha düşük olduğu ve analjezik gereksinimlerinin daha az olduğu belirlenmiştir. Bunun aksine müzik uygulanan grup ile kontrol grubu arasında anksiyete ve hayati bulgular açısından fark olmadığı belirlenmiştir (Ebnesahidi & Mohseni, 2008). Hekmat-Afshar ve ark.(2012)'nin sezaryen doğum sonrası 15-20 dakika klasik müzik dinletilen müdahale grubunda ağrı ve anksiyete seviyesinin anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir (Hekmat-Afshar ve ark., 2012). Şen ve ark.(2009)'nin müzik terapinin sezaryen sonrası ağrı üzerine etkisini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, ameliyattan hemen önce müzik dinletisi uygulanan hastalarda, postoperatif ağrı ve analjezik tüketiminin daha az olduğu belirlenmiştir (Şen ve ark., 2009). Agah ve Hossein (2007)'in müziğin sezaryen sonrası ağrı üzerine etkisini belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada, sezaryen sonrası postoperatif bakım ünitesinde müdahale grubunda bulunan kadınlara en sevdikleri müzikler dinletilmiş, müdahale sonrası uygulama yapılan grubun ağrı seviyesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Agah & Hossein, 2007).

Müzik terapinin vajinal doğum sonu ağrı yönetiminde kullanımı

Müzik terapinin vajinal doğum sonu kullanımı ile ilgili olarak ağrı, anksiyete, memnuniyet, doğum sonrası depresyonun değerlendirilmesine yönelik çalışmalar bulunmaktadır (Simavli ve ark., 2014; Wan & Wen, 2018). Müzik terapinin vajinal doğum sonrası ağrı üzerine etkisini belirlemeye yönelik olarak, Simavli ve ark.(2014)'nin müzik terapisinin vajinal doğum sonrası ağrı, anksiyete, memnuniyet ve erken doğum sonrası depresyon üzerine etkilerini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada doğum sırasında kadınlar kendi seçtikleri müzikleri dinlemeleri sağlanmış ve müdahale grubundaki kadınların doğum sonrası ağrı ve anksiyete düzeyleri kontrol grubundan anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmiştir (Simavli ve ark., 2014). Wan ve Wen (2018)'in müzik terapisi ve akupressur yöntemlerinin doğum ağrısı üzerine etkisini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, doğumun aktif fazında müdahaleler uygulanmıştır. Doğum sonu 2, 12, 24. saatlerde ağrı seviyelerinin müzik terapi, akupressur ve her ikisinin birlikte uygulandığı müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir (Wan & Wen, 2018).

Sonuç

Literatürde yapılan çalışmalar doğrultusunda, müzik terapinin doğum sonu ağrı şiddetini azalttığı belirlenmiştir. Müzik terapi; kullanımı kolay, ekonomik ve herhangi bir yan etkisi bulunmayan bir yöntem olarak kadınların doğum sonu süreci fiziksel, psikolojik, sosyal, emosyonel olarak daha sağlıklı geçirmelerine katkı sağlayacaktır. Bunun yanında ebe ve hemşirelerin kliniklerde müzik terapi yöntemini kullanması; ebelik ve hemşirelik mesleğinin profesyonel uygulamalarını, bağımsız rollerini ve bakım kalitesini arttıracaktır. Bunun sağlanmasında; ebe/hemşirelerin lisans eğitimine bu konuların entegre edilerek nonfarmakolojik yöntemlere karşı farkındalığın artırılması, ebe ve hemşirelerin nonfarmakolojik yöntemler ve müzik terapi ile ilgili sertifika programlarına katılımlarının teşvik edilmesi ve gerekli yasal düzenlemelerin yapılarak bu alandaki sertifikalı ebe ve hemşirelere uygulama konusunda yetki ve sorumluluk verilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

ACOG, 2018. Postpartum Pain Management. <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/CO742.pdf?dmc=1&ts=20200127T1523473725>
Erişim tarihi: 27.01.2020.

Agah, M. ve Hossein, S. (2007). The Efficacy Of Favorite Music On Pain After Cesarean Section. Iranian Journal Of Obstetrics, Gynecology And Infertility, 10(1), 41-46.

- Akbarzade, M., Ghaemmaghami, M., Yazdanpanahi, Z., Zare, N., Mohagheghzadeh, A. ve Azizi, A. (2016). Comparison of the Effect of Dry Cupping Therapy and Acupressure at BL23 Point on Intensity of Postpartum Perineal Pain Based on the Short Form of McGill Pain Questionnaire. *J Reprod Infertil*, 17(1), 39–46.
- Akbarzadeh, M., Ghaemmaghami, M., Yazdanpanahi, Z., Zare, N., Azizi, A. ve Mohagheghzadeh, A. (2014). The Effect Dry Cupping Therapy at Acupoint BL23 on the Intensity of Postpartum Low Back Pain in Primiparous Women Based on Two Types of Questionnaires, 2012; A Randomized Clinical Trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 2(2), 112–120.
- Akin-Korhan, E., Khorshid, L. ve Uyar, M. (2011). The effect of music therapy on physiological signs of anxiety in patients receiving mechanical ventilator support. *Journal of Clinical Nursing*, 20(7-8), 1026-1034. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03434.x
- Aktürk-Acar, F., Mutlu, M. ve Aslan, Y. (2018). Yenidoğan Döneminde Emziren Annelerde İlaç Kullanımı ve Yenidoğan Bebeğe Etkileri. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 10(4), 34-41. <https://Dergipark.Org.Tr/Tr/Download/Article-File/764555>
- Amanak, K. ve Karaçam, Z. (2018). Sezaryen ile doğum yapan kadınların postpartum erken dönemde öz bakım ve bebek bakımı konularında yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Tepecik Eğitim Hast Derg*, 28(1), 17-22.
- Bahadır, Ö. (2016). Müzik terapinin cerrahi uygulanan 6-12 yaş arası çocuklarda anksiyete, korku ve ağrı yönetimine etkisi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Bülent Ecevit Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
- Bertiken-Ergin, A. ve Özdamar, D. (2013). Postpartum dönem ve ağrı. Kömürcü N, editör. *Doğum ağrısı ve yönetimi*. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2013.
- Bilgiç, Ş. ve Acaroğlu, R. (2016). Effects of Listening to Music on the Comfort of Chemotherapy Patients. *Western Journal of Nursing Research*, 39(6), 617. doi: 10.1177/0193945916660527
- Bruscia, K. E. ve Uçaner, B. (2016) Müzik Terapiyi Tanımlamak, Ankara: Nobel Yaşam.
- Chang, M.Y., Chen, C.H. ve Huang, K.F. (2008). Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy, *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2580–2587.
- Ciğerci, Y. ve Özbayır, T. (2016). The effects of music therapy on anxiety, pain and the amount of analgesics following coronary artery surgery. *Türk Gogus Kalp Dama*, 24(1), 44-50.
- Coşkun, A. ve Aslan, E. (2016). Doğum sonu dönem. Coşkun AM, editör. *Kadın hastalıkları ve hemşireliği el kitabı*. İstanbul: Koç Üniversitesi.
- Çifci, C. (2016). Bel ağrısına yönelik girişimsel işlem yapılan hastalarda müzik dinlemenin girişimsel analjezi ve hasta konforuna etkisi. (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Hacettepe Üniversitesi / Tıp Fakültesi, Ankara.
- Çoban, A. (2012). Hoş Sedanın Gücü: Müzikoterapi, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü *Dergisi*, 22, 68-71.
- Ebneshahidi, A. ve Mohseni, M. (2008). The effect of patient-selected music on early postoperative pain, anxiety, and hemodynamic profile in cesarean section surgery. *J Altern Complement Med*, 14(7), 827-831.
- Gençel, Ö. (2006). Müzikle Tedavi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 14(2), 697-706.
- Gökalp, K. (2015). Müzik Terapisinin Yaşlı Kanser Hastalarının Anksiyete ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. (Yayımlanmamış doktora tezi). Atatürk Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Gutke, A., Lundberg, M., Östgaard, H.C. ve Öberg, B. (2011). Impact of postpartum lumbopelvic pain on disability, pain intensity, health-related quality of life, activity level, kinesiophobia, and depressive symptoms. *European Spine Journal*, 20(3), 440–448.

Hammes, T., Sebold, L.F., Kempfer, S.S. ve Girondi, J.B.R. (2014). Nursing Care in Postpartum Adaptation: Perceptions of Brazilian Mothers. *J Nurs Education and Pract*, 4(12), 125-133.

Hekmat-Afshar, M., Hojjati, H., Sharif nia, S.H., Hojjati, H., Salmasi,E. ve Arazi, S. (2012). The Effect of Music Therapy on Anxiety and Pain in Mothers after Caesarean Section Surgery. *JHC*, 14(3), 16-22.

Hepp, P., Hagenbeck, C., Gilles, J., Wolf, O.T., Goertz, W., Janni, W. ve diğerleri. (2018). Effects of music intervention during caesarean delivery on anxiety and stress of the mother a controlled, randomised study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18, 435. doi: 10.1186/s12884-018-2069-6.

Işık, G., Egelioglu-Cetişli, N. ve Başkaya, V.A. (2018). Doğum Şekline Göre Annelerin Postpartum Ağrı, Yorgunluk Düzeyleri ve Emzirme Öz-Yeterlilikleri. *DEUHFED*, 11(3), 224-232.

Işıl, B.Z. (2014). Müzikle tedavi, tarihi gelişimi ve uygulamaları, *Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 1,2, 37-48.

İmseytoğlu, D. ve Yıldız, S. (2012). “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Müzik Terapi”, *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, 20(2), 160-165.

Jin, J., Peng, L., Chen, Q., Zhang, D., Ren, L., Qin, P. ve diğerleri. (2016). Prevalence and risk factors for chronic pain following cesarean section: a prospective study. *BMC Anesthesiol*, 16(1), 99.

Kabul, S. (2012). Acil servislerde yapılan girişimsel işlemler sırasında dinletilen müziğin stres hormonları, ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Gaziantep Üniversitesi/ Tıp Fakültesi, Gaziantep.

Karamızrak, N. (2014). Ses ve Müziğin Organları İyileştirici Etkisi. *Koşuyolu Heart Journal*, 17(1), 54-57, doi: 10.4274/khj.4775

Karlström, A., Engström-Olofsson, R., Norbergh, K.G., Sjöling, M. ve Hildingsson, I. (2007). Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care. *JOGNN*, 36(5), 430-40.

Kayman-Kose, S., Arioz, D.T., Toktas, H., Koken, G., Kanat-Pektas, M., Kose, M. ve diğerleri. (2014). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain control after vaginal delivery and cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 27(15), 1572–1575.

Kindberg, S, Klünder, L., Strøm, J. ve Henriksen, T.B. (2009). Ear acupuncture or local anaesthetics as pain relief during postpartum surgical repair: a randomised controlled trial. *BJOG*, 16, 569-576.

Kintu, A., Abdulla, S., Lubikire, A., Nabukenya, M.T., Igaga, E., Bulamba, F ve diğerleri. (2019). Postoperative pain after cesarean section: assessment and management in a tertiary hospital in a low-income country. *BMC Health Serv Res*, 19(1), 68.

Lin, H-H, Chang Y-C, Chou H-H, Chang C-P, Huang M-Y, Liu S-J. ve diğerleri. (2019). Effect of music interventions on anxiety during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PeerJ* 7:e6945 doi:10.7717/peerj.6945.

Liu, Y.H., Chang, M.Y. ve Chen, C.H. (2010). Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *J Clin Nurs*, 19 (7-8), 1065-1072. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03028.x. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20492051>

Macintyre, P.E. ve Schug, S.A. (2014). *Acute Pain Management*. 4th ed. United Kingdom: CRC Press Ltd. Natalie O.Rosen, Caroline Pukall. (2016). Comparing the Prevalence, Risk Factors, and Repercussions of Postpartum Genito-Pelvic Pain and Dyspareunia. *Sexual Medicine Reviews*, 4(2), 126-135.

Ozturk-Can, H. ve Saruhan, A. (2015). Evaluation of the effects of ice massage applied to large intestine 4 (hegu) on postpartum pain during the active phase of labor. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 20(1), 129–138.

Özyıldız, A. ve Uçaner- Çıfdalöz, B. (2019). Bağımlılıkla Mücadelede Müzik Terapi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12(63), 576- 587.

Peralta-Amores, G. ve Sun-Cua, A. (2014). The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Postpartum Pain Among Patients Who Underwent Spontaneous Vaginal Delivery at a Tertiary Hospital. *Philippine Obstetrical and Gynecological Society (POGS)*, 38(3), 1-6.

Pereira, T.R.C., Souza, F.G. ve Beleza, A.C.S. (2017). Implications of pain in functional activities in immediate postpartum period according to the mode of delivery and parity: an observational study. *Braz J Phys Ther.*, 21(1), 37-43. doi: 10.1016/j.bjpt.2016.12.003. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5537436/pdf/main.pdf>

Phumdoung, S. ve Good, M. (2003). Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Manag Nurs*, 4(2), 54-61.

Sağlık Bakanlığı (2016). Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Geleneksek ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği İle İlgili Mevzuat. Ankara: Akademisyen A.Ş.

Sebdani, A.M., Mostafaei, S. ve Abdollahpour, N. (2016). Labor Pain: A Narrative Review of Music in Pain Management. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, 3(3), 155-160.

Shobeiri, F., Khaledi, S., Masoumi, S.Z. ve Roshanaei, G. (2016). The effect of music therapy counseling on sleep quality in pregnant women. *Int J Med Res Health Sci*, 5(9S), 408-416.

Sidorenko, V.N. (2000). Clinical Application of Medical Resonance Therapy Music in High-Risk Pregnancies, *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 35(3), 199-207.

Simavli, S., Kaygusuz, I., Gumus, I. ve Usluoğulları, B., Yildirim M ve Kafali H. (2014). Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health., *J Affect Disord*, 156, 194-199.

Stanczyk, M.M. (2011). Music therapy in supportive cancer care. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*, 1(6), 170–172.

Şahin-Karadeniz, E.E. (2017). Demans - Alzheimer hastalarında farklı müzik terapi uygulamalarının zihinsel, psikolojik, anksiyete ve ajitasyon etkileri üzerine karşılaştırmalı çalışma. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.

Şahin, N.H., Güngör, İ. ve Sömek, A. (2007). Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin görüşleri ve erken postpartum dönemdeki sorunlarının belirlenmesi: Bir özel hastane örnekleme. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 21(4), 197-204.

Şen, H., Sızlan, A., Yanarateş, Ö., Kul, M., Kılıç, E., Özkan, S. ve diğerleri. (2009). The Effect of Musical Therapy on Postoperative Pain after Caesarean Section. *TAF Prev Med Bull*, 8(2), 107-112.

Tan, R.D.G. (2014). Hand Reflexology's Effect on Level of Pain among Postpartum Mothers. *Philipp J Nurs*, 84(1), 61-67.

Taşkın L. (2017). Doğum sonu döneme uyum ve değerlendirme. Taşkın L, editör. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. 13. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Toker, E. (2014). Müzikoterapinin preeklampsili gebelerde doğum öncesi anksiyete ve doğum sonrası anne-bebek iletişimi ve memnuniyetine etkisi. (Yayımlanmamış doktora tezi). Marmara Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Uçan, Ö. ve Ovayolu, N. (2006) . Müzik ve Tıpta Kullanımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1 (3), 14-22.

Ulusal, S. (2015). Acil servise başvuran hastalarda triajda müzik yayınının ağrı ve anksiyeteye olan etkisinin araştırılması. (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Gazi Üniversitesi / Tıp Fakültesi, Ankara.

Uyar, M. ve Korhan, E.A. (2011). Yoğun Bakım Hastalarında Müzik Terapinin Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi. 23(4), 139-146.

Vermelis, J.M, Wassen, M., Fiddlers, A., Nijhuis, J.G. ve Marcus, M. (2010). Prevalence and predictors of chronic pain after labor and delivery. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 23(3), 295–299.

Vizeli-Doğan, M. ve Şenturan, L. (2012). The effect of music therapy on the level of anxiety in the patients undergoing coronary angiography. *Open Journal of Nursing*, 2, 165- 169. doi:10.4236/ojn.2012.23025.

Wan, Q. ve Wen, F.Y. (2018). Effects of acupuncture and music therapy on reducing labor pain. *Int J Clin Exp Med*, 11(2), 898-903.

World Federation of Music Therapy (2011). What is music therapy?. http://www.musictherapyworld.net/WFMT/About_WFMT.html. Erişim tarihi: 29.01.2020.

Yaman-Aktaş, Y. ve Karabulut, N. (2016). The effects of music therapy in endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients. *Nurs Crit Care*, 21(1), 44-52. doi: 10.1111/nicc.12159.

Yıldırım, G. (2016). Puerperyum. Williams Obstetrik. Ceylan Y, Yıldırım G, Gedikbaşı A, Aslan H, Gül A, editörler. Williams Obstetrik. 4. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, hemşirelik, müzik terapi, postpartum dönem

Bildiri No: 53 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Emzirme ve İntegratif Yaklaşımlar

Yasemin Dinçel¹, Ayla Ergin¹

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Amaç: Annelerde emzirme davranışlarını etkileyen integratif (bütünleştirici) yaklaşımları tanımlamak ve sağlık profesyonellerine kanıt temelli güncel bilgiler sunmaktır.

Anne sütü bebeğin büyüme ve gelişimi için en doğal, en iyi ve en ideal besindir. Dünya Sağlık Örgütü, bebeklerin 2 yaşına kadar anne sütüyle beslenmeye devam edilmesini ve ilk 6 ay ise sadece anne sütü alınımını önermektedir. Emzirme oranlarının azalmasına ilişkin nedenler, anneye, bebeğe ve sağlık personeline ait faktörler ile sosyo-kültürel faktörler olarak sıralanmaktadır. Anneler tarafından en çok dile getirilen nedenler ise, sütün yetersiz olduğu algısıdır.

Dünya genelinde gebelik ve emzirme döneminde integratif yaklaşımların kullanımını giderek artmaktadır. Emziren kadınların % 43'ünün bitkisel ürünler kullandıkları belirlenmiştir.

Yöntem: Derlemede, Scopus, PubMed, Ulakbim ve Türkiye Atıf Dizini arama motorları kullanıldı. 2000-2019 yılları arasında emzirme, integratif yöntemler ve tamamlayıcı tedaviler gibi anahtar kelimeler ile tarama yapıldı. En sık kullanılan yöntemler (Tablo 1)'de özetlenmiştir.

Bulgular:

Tablo 1. Emzirmede En Sık Kullanılan İntegratif Yaklaşımlar

Zihin-Beden Temelli	Manipülatif ve Beden Temelli	Doğal Ürünler ve Biyolojik Temelli	Tıbbi Sistemler	Diğer Yöntemler
Hipnoz/ Hipnoemzirme	Masaj	Fitoterapi	Homeopati, Geleneksel Çin Tıbbı	Oksitosin Masajı
Müzik Terapi	Refleksoloji	Aromaterapi		Kanguru bakımı
Yoga	Akupunktur	Bitkisel Çay	Ayurveda	Ten tene temas
	Akupressur	Bitkisel Galaktogoglar		

Derlemede en çok kullanılan integratif yöntemler kanıt düzeyleri ile birlikte tartışılacaktır.

Sonuç: Emzirme, anne davranışları ve integratif yaklaşımlar hakkında kanıt temelli uygulamaların belirlenmesi ve teşvik edilmesi, doğum sonrası erken dönemde sağlık profesyonelleri anneler ve eşleri emzirme konusunda olumlu desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Emzirme, İntegratif Yöntemler, Tamamlayıcı Tedaviler

Bildiri No: 54 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

İkiz Gebelik Olgusunda İkiz Eşinde Fetal Guatr

Dilek Yüksel¹, Tuncay Yüce²

*Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim Araştırma Hastanesi
Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi*

Fetal guatr sağlıklı gebelik boyunca görülmesi beklenmeyen nadir bir durumdur. Tiroid dishormonogenezine bağlı olan konjenital hipotiroidizmin prenatal göstergesidir ve ciddi perinatal komplikasyonlara yol açabilen bir durumdur (1).

21.gebelik haftasında tarafımıza başvuran gebeye yapılan ultrasonografide dikoryonik – diamniotik ikiz gebelik saptandı. Her iki fetusun ölçümleri haftasıyla uyumlu saptandı. Fetustardan birinde fetal tiroid bezinin normalden büyük olduğu gözlemlendi ve polihidramnios mevcut idi (Resim 1, 2). Diğer fetusta ise ek bir anomali izlenmedi. Maternal tiroid fonksiyon testleri normal ve tiroid antikoru ise negatif idi. İntraamniotik levotiroksin tedavisi planlandı. Gebelik takiplerinde yapılan ultrason ölçümlerinde fetal guatr görüntüsünün kaybolduğu gözlemlendi. 38. gebelik haftasında elektif sezeryan ile sağlıklı 2800 gr ve 2850 gr erkek bebekler doğurtuldu. Doğumda tiroid bezi normal idi ve neonatal tiroid hormon düzeyleri normal idi.

Normal fetal gelişim için tiroid hormonu gereklidir, değişik etiyolojik nedenlerle gelişen fetal hipotiroidi fetusta fiziksel geriliğe yol açar. Fetal guatr birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilir ve çoğunlukla maternal nedenler sorumlu tutulmaktadır (2). Olgumuzda açıklanabilir bir maternal neden yoktur ve ikizlerden birinde fetal guatr gelişmiştir. Fetal ultrasonografideki ilerlemeler hipotiroid fetusta genişleyen guatrın erken tanı ve tedavisine izin verir (2).

REFERANSLAR:

- 1.Bruner JP, Dellinger EH. Antenatal diagnosis and treatment of fetal hypothyroidism. *Fetal Diagn Ther* 1997;12:200–4.
- 2.Mastrolia SA, Mandola A, Mazor M, HersHKovitz R, Mesner O, et al. Antenatal diagnosis and treatment of hypothyroid fetal goiter in an euthyroid mother: a case report and review of literature. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2015;28:2214–20.

Resim 1: 21 haftalık fetusta fetal guatr ultrason görüntüsü



Resim 2: Fetal guatr saptanan fetusta polihidramnios görüntüsü

Bildiri No: 55 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Gebelikte Sağlık Uygulamalarının Psikososyal Belirleyicileri: Kesitsel Bir Çalışma
Esra Güney¹, Hacer Ünver¹, Zeynep Bal¹, Tuba Uçar¹

İnönü Üniversitesi

Özet

Amaç: Gebelikte sağlık uygulamalarının anne, fetus ve yenidoğan üzerine önemli etkileri vardır. Bu araştırma, gebelikte sağlık uygulamalarını etkileyen psikososyal, demografik ve obstetrik faktörleri incelemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Türkiye'de bir devlet hastanesinde yapılan kesitsel çalışmanın örneklemini 383 gebe oluşturmaktadır. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Envanteri ve Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği ile toplanmıştır. Sağlık uygulamalarına katılımın yordayıcılarını incelemek için çoklu doğrusal regresyon kullanılmıştır. Değişkenler, her bir bağımsız değişkenin (depresyon, kaygı, algılanan sosyal destek, yaş, eğitim düzeyi, gebelik haftası ve parite) bağımlı değişken (sağlık uygulamaları) üzerindeki etkisini tahmin etmek için çoklu doğrusal regresyon analizine tabi tutulmuştur.

Bulgular: Gebelikte sağlık uygulamaları için ortalama puan 98.4 idi ve 70-124 arasında değişiyordu. Çoklu doğrusal regresyon modeli, sosyal desteğin ($\beta = .157$; $P = .001$; % 95 CI = .036 - .144) olduğunu gösterdi. , eğitim düzeyi ($\beta = .242$; $P < .001$; % 95 CI = 4.035 - 8.963) ve gebelik haftası ($\beta = .164$; $P = .001$; % 95 CI = .175 - 686) pozitif değişkenler ile ilişkiliydi gebelik sağlık uygulamaları ile. Parite, ($\beta = -.241$; $P < .001$; % 95 CI = -6.296 - 1.184), gebelik sağlık uygulamaları ile ilişkili negatif bir değişkendi.

Sonuç: Bulgular yetersiz sosyal desteğin ve spesifik demografik ve obstetrik özelliklerin (düşük eğitim seviyesi, erken gebelik haftası ve yüksek parite sayısı) gebelikteki sağlık uygulamalarına katılım olasılığının düşük olduğunu göstermektedir. Bu çalışma, gebe kadınların sağlık uygulamalarını iyileştirmek için bu gruplara daha fazla dikkat edilmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: gebelik, sağlık uygulamaları, depresyon, anksiyete, sosyal destek

Anahtar Kelimeler: gebelik, sağlık uygulamaları, depresyon, anksiyete, sosyal destek

Bildiri No: 56 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Travay Odasındaki Gebe Sayısının Doğumdaki Destek ve Kontrol Algısına, Doğum Korkusuna ve Anne Memnuniyetine Etkisi

Gülbahtiyar Demirel¹, Nurdan Kaya², Funda Evcili¹

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Amaç: Bu çalışma travay odasındaki gebe sayısının doğumdaki destek ve kontrol algısına, doğum korkusuna ve anne memnuniyetine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı araştırma tipinde olan çalışma Sivas ve Ordu ilinde yer alan birer hastanede yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü güç analizi kullanılarak hesaplanan araştırmaya toplam 686 kadın dahil edilmiştir. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulan “Lohusa Tanıtım Formu”, “Doğumda Kontrol ve Destek Algısı Ölçeği”, “Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği B Versiyonu” ve “Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği” ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde independent sample t test, ANOVA, Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Bulgular: Tek kişilik travay odasında kalan, doğumu spontan gerçekleşen, ayakta doğum yapan, doğum sırasında müdahalede bulunulmayan, perineal ve servikal yırtığı oluşmayan, doğum sonu komplikasyon yaşamayan, postpartum ilk 20 dakika içinde anne-bebek etkileşimine ve postpartum ilk bir saat içinde emzirmeye başlayan lohusaların doğumda destek / kontrol algısının ve bakıma ilişkin memnuniyet düzeylerinin yüksek, doğum korkusunun ise düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Lohusaların Doğumda Kontrol ve Destek Algısı Ölçeği (DDKÖ) ile Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği B Versiyonu (W-DEQ B) puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan negatif yönde, DDKÖ ile Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (NDAMDÖ) puan ortalamaları arasında ise pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Doğumda destek ve kontrol algısının yüksek olmasının doğum korkusunu azalttığı bununla birlikte normal doğumda bakıma ilişkin memnuniyet duyma düzeylerini de arttırdığı belirlenmiştir ($p<0,05$).

Sonuç: Travay odasında gebe sayısının (tek kişi) az olması doğumda destek, kontrol algısını ve anne memnuniyetini artırmakta, doğum korkusunu azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Travay, Doğum, Destek, Kontrol algısı, Doğum korkusu, Anne memnuniyeti

Bildiri No: 57 Bildiri Türü: Sözlü Bildiri

Eş Desteğinin Doğum Sonu Depresyon Riskine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi
Mahide Demirelöz Akyüz¹, Birsen Karaca Saydam¹, Sezin Gürsu Gürsu²,
Rabia Ekti Genç¹, Esin Çeber Turfan¹

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, İzmir/TÜRKİYE

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilimdalı, İzmir/TÜRKİYE

Giriş

Doğum sonrası (postpartum) dönem birçok insan için özel, hoş bir dönem olarak kabul edilmekle birlikte, bebeğini kucağına alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi açısından riskli bir dönem olabilmektedir. Postpartum dönemde ebeveynler, bebek bakımı sağlamak, bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni rolleri öğrenmek, aile duyarlılığını geliştirmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorundadır. Bu nedenle anneler postpartum dönemde, diğer yaşam dönemlerine oranla duygusal sorunları daha sık yaşamaktadırlar. Postpartum dönemde gelişen psikiyatrik bozukluklar; annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum psikoz olmak üzere 3 tanısal kategori altında toplanmaktadır. Postpartum depresyon doğumdan sonraki ilk 4 hafta içinde başlamakla birlikte ilk 3-6 aylar içinde de başlayabilmekte, uzun yıllar sürebilmekte veya doğum sonrası psikoza dönüşebilmektedir. Postpartum sonu depresyon; huzursuzluk, depresif duygu hali, suçluluk, yorgunluk, anksiyete, uyku bozuklukları, ilgi kaybı, intihar fikirleri ve diğer somatik belirtilerle seyreden bir bozukluktur. Doğum sonrası dönem anne ve ailelerin en fazla bilgi, ilgi ve desteğe ihtiyaç duydukları dönemdir. Yapılan çalışmalarda doğum sonu dönemde yeni anne olan kadınların en fazla eş desteğine ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir. Bu nedenle doğum sonu dönemde eş desteği önemli bir kavramdır ve çalışmamızın içeriği bu yönde tasarlanmıştır. Bu araştırmayla, doğum sonu depresyon gelişme riskine eş desteğinin etkisi belirlenecek aynı zamanda depresyon görülme riskini engelleyen durumlar saptanarak yeni annelere ve anne adaylarına öneriler getirilebilecektir. Bu kesitsel tipteki alan araştırmasında da, yeni doğum yapmış kadınlarda eş desteği alıp almama durumunun Postpartum Depresyon (PPD) görülme sıklığına etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Kesitsel tipte planlanmış olan bu alan araştırmada “Doğum sonu dönemde eş desteği puanı yüksek olan kadınlar ile eş desteği puanı düşük olan kadınlar arasından doğum sonu depresyon görülme riski bakımından fark var mıdır” sorusu temel alınmıştır. İzmir İli

Bornova İlçesinde gerçekleştirilen çalışma kapsamına doğum sonu depresyon riskinin görülmeye başladığı doğumu takip eden ikinci hafta ile altıncı hafta arasında bulunan kadınlar alınmıştır. Çalışmada evreni, İzmir Bornova ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı son 2-6 hafta içinde doğum yapmış 695 kadın oluşturmuştur.

Ülkemizde Doğum Sonu Depresyonun %10-15 oranında görüldüğü bilgisi ile örnekleme %10 prevelans, %95 güven aralığı ve 0.05 hata payı ile 115 kadın alınmıştır. Eş desteği ve doğum sonu depresyonu etkileyebileceği düşünülerek sosyoekonomik düzeyin karıştıcılığını önlemek amacıyla, bölgede düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeyi temsil eden ASM'lerden tabakalı örnekleme yöntemiyle depresyon tanılı kadınlar çalışma dışı bırakılarak örneklem seçilmiştir. Düşük sosyoekonomik düzeyi temsilen 35, orta sosyoekonomik düzeyi temsilen 47, üst sosyoekonomik düzeyi temsilen 33 kadın kayıtlardan tesadüfi yöntemle seçilmiştir. Araştırma verileri, "Sosyo-demografik Anket Formu, Eş Destek Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Riski Ölçeği" kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. *Sosyo-demografik Anket Formu*, araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan; 14 adet sosyo-demografik, 8 adet obstetrik ve 1 adet doğum sonu depresyonla ilgili bilgileri içeren sorulardan oluşmaktadır. *Eş Destek Ölçeği* ise 27 maddeden oluşmakta üçlü likert tipinde bir ölçek olup Yıldırım (2004) tarafından evli bireylerin birbirlerinden algıladıkları desteği değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte her bir maddeye verilecek yanıt "Bana Uygun", "Bana Kısmen Uygun", "Bana Uygun Değil" seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 27 ile 81 arasında değişmektedir. Ölçekten yüksek puan alan bireyin eşinden daha fazla destek aldığını hissettiği, düşük puan alan bireyin ise eşinden daha düşük destek aldığını hissettiği anlamına gelmektedir. Ölçekten yüksek puan alan bireyin eşinden daha fazla destek aldığını hissettiği, düşük puan alan bireyin ise eşinden daha düşük destek aldığını hissettiği anlamına gelmektedir. Ölçeğin güvenilirliği iki yolla test edilmiştir: Birinci olarak, Cronbach Alfa katsayısı bulunmuştur. (Alpha=95). İkinci olarak ise test-tekrar test yöntemi ile dört hafta ara ile 165 evli bireye ölçek iki kez uygulanmış ve böylece test tekrar test güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır. Cox ve ark. tarafından geliştirilen *Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Riski Ölçeği'nin* geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Engindeniz tarafından yapılmış olup doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirleme düzeyini ve şiddet değişimini ölçmeye yönelik tarama amaçlanmıştır. Depresyon tanısı koymaya yönelik bir ölçek değildir. Ölçek 10 maddeden oluşan, 4'lü likert tipi bildirim ölçeğidir. Ölçeğin kesme noktası 13 olarak hesaplanmış olup, ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu

olarak kabul edilmiştir. Çalışmanın yapılabilmesi için; kurumdan gerekli izinler, katılımcılar bilgilendirildikten sonra yazılı/sözlü onamları ve katılımcılara çalışma hakkında gerekli bilginin verilmesini sağlayan aydınlatılmış onam alınmıştır.

Bulgular

Çalışma grubu kadınların yaş ortalamaları 28.62 ± 5.25 (min=17.0,max=47.0), eşlerinin yaş ortalamaları ise 33.06 ± 7.94 (min=20.0,max=49.0)'dur. Çalışma grubu kadınların %20.9'u çalışmakta olduğunu belirtmiştir. Eş Destek Ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0.74, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Riski Ölçeği'nin ise 0.83 olarak bulunmuştur.

Tablo 1: Eş Destek Ölçeği ile Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Riski Ölçeği Değişkenlerinin İstatistikleri ve Korelasyonu

	n	X	ss	ranj	r
Eş Destek Ölçeği	115	48.39	5.85	41	
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Riski Ölçeği	115	7.24	4.92	21	-.21

* $p < 0.05$

Analiz sonuçlarına göre, Eş Destek Ölçeği ile Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Riski Ölçeği arasında zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = -.21$, $p < 0.05$). Çalışma grubunda depresyon riski olmayan kadınların eş desteği ölçek puan ortalaması, depresyon riski olan kadınlara göre daha yüksek bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Kadınların yaş, eğitim, gebeliği isteme, doğumsonu destek alma, eş çalışma ve eş eğitim değişkenleri ile Eş Destek Ölçeği toplam puanları karşılaştırılmıştır. Değişkenler ile ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Sonuç ve Öneriler

Doğum sonrası dönem birçok insan için özel, hoş bir dönem olarak kabul edilmekle birlikte, bebeğini kucağına alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi açısından riskli anne ve ailelerin en fazla bilgi, ilgi ve desteğe ihtiyaç duydukları dönemdir. Aynı zamanda yeni anne olan kadınların en fazla eş desteğine ihtiyaç duydukları dönemdir. Çalışma sonuçlarımıza göre eş desteğinin depresyon riskini azalttığını söylenebilir. Eğitim programları içerisinde doğum sonu depresyon gelişme riski açısından eş desteğinin sağlanması ve depresyon görülme riskini engelleyen durumlar konusunda eşlerin sorumluluk bilincinin geliştirmesine yönelik eğitimlere yer verilmesi önemlidir. Eş Desteği Ölçeği'ni başta psikolojik danışmanlar, psikologlar olmak üzere doğum sonu dönem bakım ve izlemine yapan ebeler de kendi amaçları doğrultusunda kullanabilir ve gerekli durumlarda ilgili birimlere yönlendirme yapabilirler. Ayrıca çiftlerin, evlilik, aile danışmanlığı, gebelik ve doğum sonu hizmet alabilmeleri amacıyla kamu ve özel sektör aracılığıyla eğitim almaları önerilebilir. Ve bu eğitim programları içerisinde de özellikle "Evlilik ve Aile Danışma Merkezleri"nde ile "gebe eğitim sınıflarında" eş desteğinin önemine yer verilmesi önerilmektedir.

Kaynakça

1. Erdem Ö., Çelepkolu T., 2014. Postpartum depresyonun risk faktörleri ve nedenleri /*Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 8(3):93-99
2. Türkoğlu N., Sis Çelik A., Pasinlioğlu T. , 2014. Annelerin doğum sonrası sosyal destek ihtiyaçlarının ve alınan desteğin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 11(1): 18-24
3. Yıldırım İ.,2004. Eş Destek Ölçeği'nin geliştirilmesi. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3 (22), 19-25.
4. Nur N., Çetinkaya S., Bakır DA., Demirel Y., 2004. Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 26 (2): 55 – 59

5. Sünter AT., Güz H., Canbaz S., Dündar C., 2006. Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri, *Researchgate*, 3(1): 26-31
6. Marakoğlu K., Özdemir S., Çivi S., 2009. Postpartum Depresyon. *Türkiye Klinikleri JournalMedicalScience*, 29(1): 206-14
7. Demir S., Şentürk MB., Çakmak Y., Altay M., 2016. Kliniğimizde Doğum Yapan Kişilerde Postpartum Depresyon Oranı ve İlişkili Faktörler. *Haseki Tıp Bülteni. Galenos Yayınevi*, 54:83-9
8. Arslantaş H., Ergin F., AkdolunBalkaya N. , 2009. Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(3): 13-22
9. Bekmezci H., Hamlacı Y., Özerdoğan N., 2016. Türkiye’de postpartum döneme özgü ölçeklerin kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 13 (2): 122-128
10. Çağ P., Yıldırım İ., 2013. Evlilik doyumunu yordayan ilişkişel ve kişisel değişkenler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4 (39)
11. Kılıç M., 2016. Evlilik uyumunun doğum sonrası depresyon belirtilerine etkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 25: 106-113
12. Şahin HN., Dişsiz M., Dinç H., Soypak F., 2014. Erken lohusalık sürecinde kadınların algıladıkları eş desteği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(2): 73
13. Keskin G., 2017. KonsultasyonLiyazon Psikiyatri Hemşireliği perspektifinden postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri J PsychiatryNurse*, 3(1):51-7
14. Topal S., Çınar N., Altınkaynak S., 2017. Emzirmenin anne sağlığına yararları. *Journal of Human Rhythm*, March, 3(1):25-31

Anahtar Kelimeler: Doğum sonu, depresyon, eş desteği

Bildiri No: 59 Bildiri Türü: Sözlü Bildiri

Gebelerin Sezeryan Sonrası Vajinal Doğum Hakkında Görüş ve Bilgi Düzeyleri
Raziye Desdicioğlu¹, Emine Çelen², Hüseyin Levent Keskin³, Esmâ Sarıkaya¹,
Özlem Moraloğlu Tekin³

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi
Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi

Amaç; Gebe kadınların sezeryan sonrası vajinal doğum (SSVD) hakkındaki bilgi düzeyleri ve görüşlerini tespit etmeyi amaçladık.

Gereç ve yöntem; Ankara şehir hastanesi gebe polikliniklerine başvuran gönüllü gebelere anket formumuzdaki sorular yöneltildi.

Bulgular; Araştırmamıza yaşları 18-42 arasında, 146 gönüllü gebe katıldı. Gebelerden 49 unun ilk gebeliği idi. Önceki doğumu vajinal olan 53 ve sezeryan olan 43 gebe katıldı. Gebelere sorulan ‘‘SSVD olabilir mi?’’ sorusuna 63’ü (%43,2) evet cevabı verirken, 27 (%18,5) hayır ve 25(%38,4) bilmiyorum cevabı alındı. Avantajları hakkında en fazla bilinen 64(%43,8) ile ‘‘erken hareketlenme’’iken, 63 gebe (%43,2) ‘‘bilmiyorum’’ cevabını verdi. Riskleri konusunda ise 86 (%58,9) gebe ‘‘bilmiyorum’’ cevabı verdi. En fazla bilinen risk ise 34 (%23,3) ile rüptür riski idi. Sadece sezeryan ile doğum yapmış 43 gebeye sorulan ‘‘Hekiminiz uygun görürse SSVD düşünür müsünüz?’’ sorusuna 21(%48,8) evet, 13(%30,2) hayır ve 9(%20,9) kararsızım cevabı alındı. Gelir dağılımına göre; aylık geliri 5000 tl ve üzeri olan grup ‘‘SSVD düşünür müsünüz?’’ sorusuna 9 (%60) evet, 4 hayır (%26,7) cevabı ile en fazla net cevap veren gruptur. Bilmiyorum cevabı bu grupta en az verilen (%13,3) cevaptır. Eğitim düzeyi ile baktığımızda lisans ve üzeri mezun olanlar SSVD düşüncesine en fazla evet cevabı verirken (%56,8), okuryazar olmayan grup en fazla hayır cevabı veren (%50) grup olmuştur.

Sonuç; Giderek artan sezeryan oranlarını azaltmanın bir yolu da, gebelerin ve toplumun bilinçlendirilmesi ile SSVD sayısını artırmaktır. Bu konuda gebelerin bakış açılarının önceki yıllara göre değiştiği, SSVD hakkında olumlu görüş belirten gebelerin özellikle eğitim ve gelir düzeyi ile ilişkili olarak arttığı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: gebelik, sezeryan sonrası vajinal doğum

Bildiri No: 60 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Kadın Doğum Hekimlerinin Sezeryan Sonrası Vajinal Doğuma Bakışı
**Emine Çelen¹, Raziye Desdicioğlu², Hüseyin Levent Keskin³, Esmâ Sarıkaya²,
Özlem Moraloğlu Tekin³**

Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi

Amaç: Sezeryan sonrası vajinal doğum (SSVD) hakkında kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin bakış açılarını ve bilgi düzeylerini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve yöntem: Araştırmamızda Ankara Şehir Hastanesi bünyesinde, Kadın hastalıkları ve doğum hastanesinde görev yapan, gönüllü 1 yıl ve üzerinde ihtisas süresi olan asistan hekimlere ve uzman hekimlere sorular yöneltildi. Sorularımızda American College of Obstetrician and Gynecologist (ACOG) yayınladığı sık sorulan sorular klavuzu baz alındı.

Bulgular: Araştırmamıza 89’u asistan hekim ve 29’u uzman hekim olmak üzere 118 hekim katıldı. Hekimlerin yaşları 24-52 (ort; 30,33) ve ortalama mesleki tecrübe süresi 1-25 yıl (median; 3) olarak tespit edildi. Araştırmaya katılanların 91(%77,1) si bayan 27 (%22,9) si erkek idi. ‘‘SSVD olabilir mi ?’’ sorusuna 104(%88,1) hekim evet cevabı verirken, 9(%7,6) kişi hayır ve 5(%4,2) kişi bilmiyorum cevabını verdi. Avantajlarını bilmiyorum cevabını veren hekim sayısı 9 (%7,6) iken, riskleri bilmiyorum cevabı veren hekim sayısı 4 (%3,4) idi. Avantajlardan en fazla cevaplananı 104 (%88,1) kişi ile ‘‘tekrar abdominal cerrahi olmaması’’ cevabı idi. Ruptür riskinin ise 111(%94,1) cevap ile en çok bilgi sahibi olunan risk olduğu görüldü. Hekimlere sorulan hastalarınıza SSVD önerir misiniz sorusuna 53 kişi (%44,9) ile kararsızım cevabı verirken, 50 hekim (%42,4) önermem ve 15 hekim (%12,7) öneririm cevabı verdi. Niçin önermezsiniz? açık uçlu sorusuna 85 hekimin (%82,5) ‘‘medikolegal kaygılar nedeni ile ‘’ cevabı verdiği görüldü.

Sonuç: Anket sonuçlarımızın gösterdiği bulgulara dayanarak medikolegal endişeler nedeniyle kadın doğum hekimlerinin yarısından fazlasının SSVD konusunda ikna olmadığı söylenebilir

Anahtar Kelimeler: Kadın doğum hekimi, medikolegal endişe, sezeryan sonrası vajinal doğum

Bildiri No: 62 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Fetal Persiste Sağ Umblikal Ven Tanısı, İnsidansı ve Klinik Önemi

Gülşah Dağdeviren¹, Ayşe Keleş¹, Özge Çelik¹, Aykan Yücel¹, Dilek Şahin¹

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Sağlığı, Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Normal embriyonik gelişim sırasında, sağ umblikal ven gestasyonel 4-7 haftalar arasında dejenere olur ve sol umblikal ven, fetal karaciğerin sol portal venine bağlanarak plasentadan fetüse tüm kanı taşır.(1)

Persiste sağ umblikal ven, sol umblikal venin gerilediği ve sağ umblikal venin açık kaldığı, embriyonik gelişimde meydana gelen patolojik bir vasküler anomalidir. Yapılan son çalışmalarda PSUV insidansı 1 / 250-1 / 1250 olarak bildirilmiştir.(2) Bu anomali, normal varyantını temsil eden izole bir formda ortaya çıkabilir veya diğer majör veya minör anomalilerle ilişkilendirilebilir.

PSUV nedeni bilinmemektedir. Trombüs , teratojenler veya folik asit eksikliği olası etiyolojilerdir.(3) Ultrasonografi ile fetal karın bölgesinin transvers kesitlerinde portal venin mideye doğru anormal bir gidişatı, umblikal venin safra kesesinin sağ lateralinde olması ve umblikal venin mideye doğru kıvrılan portal damarlara bağlantısının izlenmesi ile intrahepatik PSUV veya duktus venosus agenezi ile ilişkili, umblikal venin sağ atriyuma, inferior vena kavanın infrahartiyak bölümüne veya iliak venlere bağlanması ile de ekstrahepatik PSUV tanıları konulabilir. İzole PSUV olgularının prognozu iyidir ancak DV agenezisi ile ilişkili olan vakaların prognozları kötüdür. (4)

Çalışmamızda, hastanemiz perinatoloji polikliniğe başvuran gebelerden PSUV tanısı konulanların sıklığı, eşlik eden malformasyonlar ve prenatal sonuçları ile bu vasküler anomalinin önemini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal-Metod: Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Sağlığı, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji polikliniğinde Ocak 2019- Aralık 2019 tarihleri arasında PSUV tanısı konulan gebelerin sistem kayıtlarından gebelikte kullandığı ilaçlar, ultrason bulguları, tanı haftaları, doğum haftası, doğum ağırlığı ve doğum şekli kaydedildi. PSUV'in tanısı ultrasonografi ile fetal abdominal bölgenin transvers kesitlerinde portal venin mideye doğru anormal gidişatı, umblikal venin safra kesesinin sağ medialinde olması ve umblikal venin mideye doğru kıvrılan portal damarlara bağlantısının izlenmesi ile konuldu. Tüm olguların fetal ekokardiyografi dahil olmak üzere ayrıntılı ultrason sonuçları incelendi. Eğer varsa fetal kromozom analizine yönelik invaziv tanı testi sonuçları kaydedildi. Ailelere telefonla ulaşılarak postnatal dönemle ilgili bilgi alındı.

Bulgular: Perinatoloji polikliniğine başvuran toplam 10.743 gebenin 12 tanesinde PSUV izlendi (%0,11). Duktus venosus PSUV tanısı alan tüm olgularda görüntüledi ve 12 olgunun tamamı intrahepatik tip PSUV olarak değerlendirildi. Tanı alan gebelerin hiçbirinde teratojen ilaç kullanımı öyküsü yoktu ve 2 gebe hariç diğerleri ilk trimester boyunca folik asit kullanmıştı. Olguların tanıdaki gebelik haftası 20 ila 35 hafta arasındaydı. Olgulardan 11'i tekil gebelik(%91,6), bir olgu ise ikiz gebelikti (% 8,3) ve sadece tek fetusta izole PSUV vardı. Olguların 8'inde eşlik eden sonografik bulgu mevcutken (%66,6) sadece 4 olgu izole olarak izlendi (%33,3) (Tablo 1). Majör ve minör anomaliler toplam 5 olguda mevcuttu ve anomali insidansı % 41,6 olarak bulundu. Olgulardan üçünde eşlik eden kardiyak anomali (% 25) ve bunlardan ikisine eşlik eden santral sinir sistemi anomalileri vardı. Bunlar; Fallot tetralojisi, sol atrial izomerizm ve Dandy-Walker malformasyonu birlikteliği, rhombensefalosinapsisin eşlik ettiği DTGA ve tek umblikal arterin eşlik ettiği sol atrial

izomerizm olgularıydı. İki olguda genitoüriner sistem anomalisi saptandı (% 16). Bunlardan biri diyafragma hernisinin eşlik ettiği atnalı böbrek diğeri pelvipektazi olgularıydı. Bir olguda IUGR , bir olguda tek umbilikal arter ve plasental kist birlikteliği ve bir olgu da monokoryonik ikiz gebelik mevcuttu. Toplam üç gebeye invaziv tanı testi yapıldı ve tamamının kromozom analizi normal olarak bildirildi. Sekiz gebelik doğumla sonuçlanırken , dört gebelik halen devam etmektedir. Doğumla sonuçlanan olgulardan ikisinde izole PSUV vardı ve ikisinde postnatal dönemde sorunsuzdu. İntrauterin gelişim geriliği olan olgunun da postnatal dönemde sorunu olmadı. Sol atrial izomerizmin eşlik ettiği olguya ise postnatal dönemde ulaşılamadı. Santral sinir sistemi ve kardiyak anomali birlikteliği olan iki olgu ile atnalı böbrek ve diyafragma hernisi saptanan olgu postpartum dönemde ex oldu. Plasental anomalisi olan olgu 24. haftada dekolman plasenta nedeni ile sezeryana alındı ve prematürite komplikasyonları nedeniyle ex oldu.

Tablo 1. Olguların genel özellikleri , eşlik eden malformasyonlar

Olgu	Tanıdaki gestasyonel yaş(hafta)	Eşlik eden bulgular	Karyotip	Doğumdaki gestasyonel yaş(hafta)	Doğum şekli	Cinsiyet
1	35+0	IUGR		37+0	sezeryan	erkek
2	29+5	izole	46X*	35+3	sezeryan	erkek
3	24+3	TOF, sol atrial izomerizm, Dandy-Walker		37+1	sezeryan	erkek
4	27+0	izole		37+0	vajinal doğum	kız
5	23+0	rhombensefalosinapsis DTGA,VSD	46X*	28+0	vajinal doğum	kız
6	29+1	sol atrial izomerizm, tek umbilikal arter		30+0	vajinal doğum	erkek
7	22+3	plasental kist, tek umbilikal arter		24+3	sezeryan	erkek
8	25+2	diyafragma hernisi, atnalı böbrek	46X*	32+5	sezeryan	erkek
9	20+2	izole		Gebelik devam ediyor		
10	22+3	izole				
11	25+2	sol renal pelvipektazi				
12	28+6	Monokoryonik diamnıyotik ikiz				

Tartışma: Persiste sağ umbilikal venin intrahepatik ve ekstrahepatik olmak üzere iki tipi tanımlanmıştır(5). Ekstrahepatik tip PSUV’de umbilikal ven doğrudan sağ atriuma veya vena kava inferiora bağlanır (6). Ekstrahepatik tipte duktus venozus sıklıkla bulunmaz ve prognozu kötüdür (3). İntrahepatik PSUV, en yaygın görülen tiptir ve vakaların %95’ini oluşturmaktadır (7). Duktus venosus, intrahepatik tipte genellikle bulunur. İntrahepatik tip PSUV prevalansı son yayınlarda % 0.38 olarak bildirilmektedir.(8) Olguların çoğunda majör ve minör anomaliler eşlik etmemektedir ve çoğunluğu izoledir (8,9). Bizim çalışmamızda olgularımızın tamamı intrahepatik tip PSUV olgularıydı ve prevalansı % 0,11’di ve literatürle uyumluydu. Olgularımızda majör ve minör anomali insidansı % 41,6 olarak bulundu (n:5). Vakalardan 3’ü multiple anomaliye sahipti ve literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda

da en sık kardiyovasküler anormallikler eşlik ediyordu (%25). Acherman and Evans tarafından situs solidus ve izomerizmlı olgular PSUUV sıklığı açısından karşılaştırılmış ve situs solidus olanlarda % 0,5 olan sağ umbilikal ven sıklığı izomerizmlı olgularda %42 olarak bulunmuştur(10). Yine aynı çalışmada sol ve sağ izomerizm karşılaştırıldığında özellikle sağ izomerizmlı olgularda PSUUV sıklığı daha fazla bulunmuştur (sıklık sırasıyla %19 ve %73). Bizim çalışmamızda da 2 olguda sol atrial izomerizm saptandı ve PSUUV olgularında izomerizm sıklığı %16 bulundu. Tüm olgulardan 3'üne invaziv işlem yapıldı ve hiçbir kromozomal anormalliklerle ilişkili bulunmadı. Çalışmamızda incelediğimiz fetuslar riskli gebelik popülasyonu olması sebebiyle majör ve minör anomali insidansı literatürde birdirilen birçok çalışmaya göre yüksek bulunmuştur. Düşük riskli gebeliklerde dahil edildiğinde anomali insidansı daha düşük olabilir.

Sonuç: PSUUV prenatal taraması kolaydır ve izole PSUUV vakalarında prognoz iyidir. Ancak eşlik eden anomalilerin varlığının az olmaması nedeniyle tanı konulan fetuslara detaylı anatomi taraması ve özellikle fetal ekokardiyografi yapılmalıdır. İzole PSUUV olguları kromozom anomalileri ile ilişkili görünmesede eşlik eden anomalilerin varlığında invaziv tanı testleri önerilmelidir.

Referanslar:

- 1.Perez-Cosio C, Sheiner E, Abramowicz JS. Four- vessel umbilical cord: not always a dire prognosis. J Ultrasound Med 2008; 27: 1389–1391.
- 2.Kirsch CF, Feldstein VA, Goldstein RB, et al. Persistent intrahepatic right umbilical vein: a prenatal sonographic series without significant anomalies. J Ultrasound Med.1996;15(5):371–374.
- 3.Weichert J, Hartge D, Germer U et al. Persistent right umbilical vein: a prenatal condition worth mentioning? Ultrasound Obstet Gynecol 2011; 37: 543–548.
- 4.Martinez R, Gamez F, Bravo C et al. Perinatal outcome after ultrasound prenatal diagnosis of persistent right umbilical vein. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2013; 168: 36–39
5. Jeanty P. Persistent right umbilical vein: an ominous prenatal finding? Radiology 1990; 177: 735–738.
- 6.Yagel S, Kivilevitch Z, Cohen SM et al. The fetal venous system, Part II: ultrasound evaluation of the fetus with congenital venous system malformation or developing circulatory compromise. Ultrasound Obstet Gynecol 2010; 36: 93–111.
- 8.P. Toscano et al. Intrahepatic Persistent Fetal Right Umbilical Vein: A Retrospective Study The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1702954>.
- 9.Arkadiusz Krzyżanowski, Dariusz Swatowski, Tomasz Gęca, et. al. Prenatal diagnosis of persistent right umbilical vein – Incidence and clinical impact. A prospective study, Aust N Z J Obstet Gynaecol 2019; 59: 77–81
- 10.Ruben J. Acherman, William N. Evans , Persistent right umbilical vein in isomerism, Prenatal Diagnosis. 2019;39:1220–1224

Anahtar Kelimeler: persiste sağ umbilikal ven, fetal malformasyon, prenatal tanı

Bildiri No: 63 Bildiri Türü: Sözlü Bildiri

11 Hafta İnterstisyel Gebelikte Mini Kornual Eksizyon: Olgu Sunumu

Gamze Yılmaz¹, Ayşe Filiz Yavuz²

Ankara Şehir Hastanesi

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi

Amaç:

Nadir rastlanan 11 hafta interstisyel ektopik gebelikte mini kornual eksizyon tekniğinin video sunumu amaçlanmıştır.

Olgu:

36 yaşında daha önceden 3 adet vajinal yolla doğum yapmış kadın hasta gebelik ve karın ağrısı şikayetiyle acil serviste değerlendirildi. Geçirilmiş operasyonu ve sistemik hastalığı olmayan hastanın muayenesinde yaygın defans ve reboundu vardı. Şok tablosunda olmayan hastanın acil tetkiklerinde bhcg>1000, hbg:12.1 gr/dl'ydi. Ultrasonda uterus sağ yarıda crl: 44.1 mm 11+1 haftayla uyumlu fka pozitif fetüs izlenen plasentası olan gestasyonel kese görüldü; sağ adneksiyel loj yerleşimli ektopik gebelik öncelikle düşünüldü fakat bikornu uterin gebelik ekarte edilemedi. Hasta akut batın tablosu ile laparotomiye alındı. Gözlem batında 500 cc hemorajik mai ve sağ kornual alandan kaynaklanan, plasental yapışma yerinden aktif kanayan 12 hafta cesametinde ektopik gebelik izlendi. Uterus bicornu değildi ve bilateral over ve tubalar doğal görünümdeydi. Rüptüre olan kısım plasenta yapışma yerinden şapka şeklinde eksize edildi. Eksizyon yapılan alan 3 kat olmak üzere 1 numara vicryl ile suture edildi. İpsilateral salpenjektomi yapıldı ve kanama kontrolü sağlandı. Histerektomiye gerek kalmadan uterus korunarak operasyon başarıyla bitirildi .

Sonuç:

İnterstisyel gebelik ektopik gebeliklerin %2-4'ünde görülmektedir. Mortalite ve morbiditesi yüksek olan bu durumda cerrahi yaklaşımda klasik kitap bilgisi olarak wedge rezeksiyon önerilmekle birlikte gebelik haftası ilerledikçe yapılan wedge rezeksiyon sonrasında uterus dokusunun kapatılması zorlaşacaktır. Kornuostomi ve mini kornual eksizyon teknikleri ile sağlam miyometriyal dokular alınmaz, uterus kanlanması bozulmaz ve anatomiye uygun olarak doku rahat kapatılabilir. Bir asistan hekimin eğitim sürecinde interstisyel gebelikte karşılaşma olasılığı düşüktür ve acil karar verilmesi gereken durumlarda klasik kitap bilgisinin dışındaki yöntemler akıldan geçirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel gebelik, mini kornual eksizyon

Bildiri No: 64 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Postpartum Uyku Kalitesinin Annelerin Emzirme Öz Yeterlilik Düzeyine Etkisi
**Habibe Bay¹, Aysun Başgün Ekşioğlu², Neriman Soğukpınar², Esin Çeber Turfan²,
Cemile Kısa³,**

Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı Konya/Türkiye
Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı, İzmir/Türkiye
Özgül Gündüz Toplum Sağlığı Merkezi, İzmir/Türkiye

Giriş ve Amaç: Doğum sonu dönemde sıklıkla yaşanan uyku sorunları, annelerin emzirme süreçlerini etkileyebilmekte ve anne sütüyle beslenmenin kesintiye uğramasına neden olmaktadır. Bu çalışma; yeni doğum yapmış annelerin uyku kalitelerinin, emzirme öz yeterlilikleri üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Kesitsel özellikteki bu saha araştırması, İzmir İli Bornova Belediyesi Özgül Gündüz Halk Sağlığı Merkezi'nde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini 110 kadın oluşturmuş olup, dahil edilme kriterlerine uyan ve izlemleri tamamlanan 52 kişi çalışmanın örneklemi oluşturmuştur. Çalışmanın tüm verileri, projede araştırmacı olup aynı zamanda sahada görev yapan bir ebe tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veri toplama araçları sosyodemografik veri formu, pittsburgh uyku kalite indeksi ve emzirme öz yeterlilik ölçeği olup, annenin doğumunu takip eden 1. 4. ve 12. haftalarda ebe tarafından yapılan ev ziyaretleri esnasında uygulanmıştır.

Bulgular: Annelerin %70'inden fazlasının izlemler süresince bebeklerini sadece anne sütüyle beslediği bulunmuştur. Annelerin PUKİ ölçeğinden elde edile puanları; ilk izlemde 4.29 ± 2.46 iken 2.izlemde 3.38 ± 1.28 ve 3.izlemde 2.88 ± 1.38 bulunmuştur. Toplam uyku kalitesine bakıldığında, kadınların ilk izlemde % 38.5'inin, ikinci izlemde % 17.3'ünün ve üçüncü izlemde ise %15.4'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır. Emzirme özyeterlilik ölçeği puanlarının ise izlemler süresince arttığı belirlenmiştir. Annelerin uyku kalitesi ise emzirme özyeterlilik puanları karşılaştırılmış, uyku kalitesi iyi olan annelerde emzirme özyeterlilik puanının arttığı saptanmıştır.

Sonuç: Uyku kalitesi iyi olan annelerde emzirme özyeterlilik düzeyinin arttığı belirlenmiştir.

**EFFECTS OF POSTPARTUM SLEEP QUALITY ON MOTHER
BREASTFEEDING SELF-EFFICACY**

Introduction and Objective: Frequent sleep problems in postnatal period can affect mother's breastfeeding processes and it may form factors in the interruption of breastfeeding. This study was conducted in order to examine the effects of postpartum sleep quality of mothers on breastfeeding self-efficacy.

Method: This cross-sectional field survey was carried out by İzmir İli Bornova Belediyesi Özgül Gündüz Halk Sağlığı Merkezi. The researcher's universe consisted of 110 women, and the sample consisted of 52 people who met the inclusion criteria and whose follow-up was completed. All data of the study were collected by a face-to-face interview technique

by a midwife who is a researcher and also works on the field. Data collection tools were used during home visits by midwives at 1, 4 and 12 weeks following the birth of the mother.

Findings: It was found that more than 70% of the mothers fed their babies only with breastfeeding during the follow-ups. PSQI scores obtained from the scale of the mother; 4.29 ± 2.46 in the first follow-up, 3.38 ± 1.28 in the second and 2.88 ± 1.38 in the third. When the total sleep quality was examined, it was found that 38.5% of the women in the first follow-up, 17.3% in the second follow-up and 15.4% in the third follow-up were found to have poor sleep quality. It was determined that scores of breastfeeding self-efficacy scale increased during the follow-up. Sleep quality of the mothers was compared with breastfeeding self-efficacy scores, and it was found that mother's breastfeeding self-efficacy score increased in mothers with good sleep quality.

Result: it was determined that the breastfeeding self-efficacy increased in mothers with good sleep quality.

Key words: Postpartum, sleep quality, breastfeeding self-efficacy

Anahtar Kelimeler: Postpartum, uyku kalitesi, emzirmede özyeterlilik

Bildiri No: 65 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Gebelerin, Gebelik ve Doğum İle İlgili Doğru Bildiği Yanlışlar
Döndü Sebüktekin¹, Yasemin Başkaya², Kevser Özdemir²

Samandağ Devlet Hastanesi
Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Amaç: Geçmişte kadınlar doğum öncesi dönem hakkında bilgi edinme kaynağı olarak yakın çevresini kullanmaktaydı. Bu durum haliyle yanlış bilgi ve inancı toplum içinde yaygınlaştırmıştır. Bu çalışmanın amacı, gebelerin, gebelik ve doğumla ilgili doğru bildiği yanlışların değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı-kesitsel olarak yapılan araştırmanın evrenini Hatay Samandağ Devlet Hastanesi gebe izlem polikliniğine başvuran kadınlar oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyip 2 Ocak-28 Ocak tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler (n:90 gebe) araştırma grubunu oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür desteği ile hazırlanan 24 soruluk anket formu ve 27 soruluk Gebelik ve Doğuma İlişkin Bilgi Formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde istatistik programı yardımıyla sayı, yüzdeler hesaplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 29,9±6,21 (min-max=19-48)'dir. Gebelerin %78'i multipardır, ortalama gebelik haftaları 31,6±8,5 haftadır ve gebelikleri boyunca 10,9±3,8 kez kontrole geldiklerini belirtmişlerdir. Gebelerin %70'i doğuma hazırlık sınıflarına katılmadığını, %52,2'si gebelik ve doğumla ilgili bilgisini orta düzeyde bulduğunu belirtmiştir. Gebelerin en çok doğru olduğunu düşündüğü yanlışlar sırasıyla Tablo 1.'de verilmiştir.

Tablo 1. Gebelerin Doğru Olduğunu Düşündüğü Yanlışlar

Bilgi	Evet	Hayır	Fil
	n/%	n/%	n/
Bebeğin suyunu arttırmak için anne bol su içmelidir.	58 %64	20 %22	12 %1
Gebeyken bebeğin saçının çok olması annenin midesinin bulanmasına sebep olur.	48 %53	30 %33	12 %1
Gebelikte çok cinsel ilişkiye girmek bebeğe zarar verir	38 %42	33 %36	19 %2
Canının çektiğini yiyemeyen annenin bebeğinde leke olur	36 %40	44 %48	10 %1
Doğum yapmak kadın hastalıklarına karşı koruyucudur.	35 %38	26 %28	29 %

Süt çok olsun diye şekerli şeyler içmek gerekir	35 %38	45 %50	10 %11
Sezeryan doğum sonrası kadında göbek kalır	33 %36	36 %40	21 %23
Gebe 2 canlı olduğu için 2 kişilik yemek yemelidir.	26 %29	62 %69	2 %2
Doğum başlamadan su gelirse çocuk kuruya kalır ve doğum zor olur.	25 %27	38 %42	26 %28

Sonuç: Sonuçlardan da anlaşıldığı üzere gebelerin, gebelik ve doğuma yönelik doğru bildiği yanlışlar bulunmaktadır. Hastanelerdeki doğuma hazırlık sınıflarının niteliği ve kapsamı genişletilmeli ve tüm gebelerin faydalanması sağlanmalıdır. Ayrıca ebelerin gebe takibi sırasında vereceği eğitimler ile gebelerin yanlış bilgilerinin düzeltilmesi sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: gebelik, doğum, bilgi, yanlış

Bildiri No: 66 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Doğal ve Normal Vajinal Doğuma İlişkin Düşüncelerinin Belirlenmesi

Yasemin Şanlı¹, Yeliz Dinçer²

Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi

Düzce Üniversitesi

Giriş ve Amaç:

Doğum, üreme serüveninin en heyecanlı bölümlerinden birisi olup, yaşam için çok özel bir deneyimdir (Amanak ve Balkaya 2013). Gebelik ve doğum sürecine ilişkin temel yaklaşıma göre günümüzde normal doğumun çok daha güvenli, doğal ve hümanistik olduğu savunulmaktadır. Mümkün olduğu kadar müdahale edilmeden gerçekleşen doğumlara doğal doğum, kendiliğinden başlayan, fizyolojik olarak gerçekleşen ve çoğu zaman müdahale gerektirmeyen doğumlara ise normal vajinal doğum denilmektedir (Uzun ve Özsoy 2018, Aydoğdu, Aktaş ve Gökgöz 2015, Amanak ve Balkaya 2013, Duran ve Atan 2011, Patterson, Winslow and Matus 2008).

Doğal doğumda kadın bağımsız hareketler yapabilir, ihtiyaç duyabileceği çevreyi kendisi düzenleyebilir ve kendini rahatlatabilecek uygulamalardan (masaj, müzik, duş alma v.s) faydalanabilir (Amanak ve Balkaya 2013). Doğum sonrası süreçte ise çabuk toparlanma, daha az enfeksiyon riski ve anne-bebek etkileşiminin daha erken başlaması gibi yararları vardır (Aktaş ve Erkek 2018).

Doğum eylemi korku ve baş edememe gibi bir takım engelleri içerisinde barındıran, hem acı hem zevk veren ve tamamen kontrol edilemeyen bir süreçtir (Mortazavi ve Agah 2018, Coşar ve Demirci 2012). Çeşitli etkenlerle doğumun ağırlı, kanlı korkutucu bir olay olması yönünde oluşan olumsuz imaj, kadınların doğum tercihlerini etkileyebilmektedir (Sayiner ve Özerdoğan 2009). Bu olumsuz imaja neden olan başlıca faktörler arasında daha önce böyle bir deneyimin yaşanmamış olması, doğuma ilişkin olumsuz senaryo, deneyim ya da bilgiye sahip olunması, hastane ortamına yada personele duyulan güvensizlik ve ağrı eşliğinin düşük olması sıralanabilir (Kapısız ve ark. 2017).

Birey merkezli bakımın önemini kavrayan, doğal doğumun felsefesini destekleyen ve bilgisini beceriye geçirebilen profesyonellerin yetiştirilmesinin, kadınların olumlu bir doğum deneyimi yaşamaları için önemli bir fırsat olabileceği düşünülmektedir (Karabulutlu ve Yavuz, 2018, Kottwitz, Gouveia ve Gonçalves 2018)

Bu çalışma, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde öğrenim gören öğrencilerin doğal ve normal vajinal doğuma ilişkin bilgi ve düşüncelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem:

Araştırmanın evrenini Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'ne 2019-2020 eğitim-öğretim yılı güz döneminde 3. Sınıf olarak kayıt yaptıran ve öğrenimine devam eden 94 hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Evrenden örneklem seçimine gidilmemiştir. Anketin uygulandığı gün fakültede bulunan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 77 hemşirelik öğrencisi araştırma grubunu oluşturmuştur (evrenin %81.91'i). Soru formunun ön uygulaması 5 öğrencide yapılmıştır. Ön uygulama sonucuna göre soru formu yeniden değerlendirilmiş ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra kullanılmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen 28

sorudan oluşan tanımlayıcı soru formu ile öğrencilerin öz bildirimlerine dayalı olarak toplanmıştır. Araştırmada elde edilen verilerin analizinde, SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede anlamlılık $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir. İstatistiksel analizde tanımlayıcı testler ve ki kare testi kullanılmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı'ndan yazılı izin ve öğrencilerden araştırmanın amacı ve içeriği açıklanarak sözlü izin alınmıştır.

Bulgular:

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının 20.84 ± 0.91 olduğu ve %74'ünün normal doğum yapmak istediği saptandı. Normal doğum yapmak isteyenlerin yakın çevrelerinde normal doğum yapma oranının daha yüksek olduğu, doğum şekilleri ile ilgili bilgi aldıkları ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($p=0.007$, $p=0.002$). Öğrencilerin %71.4'ünün doğal doğumu duyduğu ancak yalnızca %32.5'inin doğal doğumun tanımını doğru olarak bildiği, doğal doğuma ilişkin görüşleri olumlu olmasına karşın (%84.4'ü doğum kendiliğinden başlamalıdır, %81.8'i doğumda kadının hareket özgürlüğü olmalıdır vb.) daha çok normal doğumu destekledikleri ve %50,6 sının ise çevresindeki insanların doğum yapma şeklinden etkilendikleri belirlenmiştir.

Öğrencilerin Doğum Tercihlerinin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=77)							
Özellikler		Doğum şekli				X ²	p
		Normal*		Sezaryen			
		Sayı	%	Sayı	%		
Aile yapısı	Çekirdek	55	90.2	11	9.8	15.229	0.029
	Geniş	6	68.8	5	31.3		
Kardeş sayısı	Bir-iki kardeş	27	79.4	7	20.6	8.242	0.160
	3 ve üzeri	39	90.7	4	9.3		
Öğrencinin kendisinin doğum şekli	Normal doğumla	58	86.6	9	13.4	0.306	0.629
	Sezaryen ile	8	80	2	20		
Yakın çevresindeki kadınların doğum şekli	Normal > Sezaryen	42	85.7	7	14.3	7.824	0.007
	Sezaryen > Normal	24	85.7	4	14.3		
Doğuma hazırlık eğitimi alma durumu	Aldı	14	66.7	7	33.3	34.290	0.000
	Almadı	52	92.9	4	7.1		
Doğum şekillerine yönelik bilgi durumu	Var	44	88	6	12	2.863	0.002
	Yok	22	81.5	5	18.5		

*Bu grupta hem normal doğum, hem de epidural anestezi ile normal doğum yapmak istediğini belirtenler yer almaktadır.

Araştırmada öğrencilerin doğum tercihlerini etkileyen faktörler incelendiğinde, kardeş sayısı ve öğrencinin kendi doğum şeklinin doğum şekli tercihini etkilemediği görülmüştür. Çekirdek aile yapısına sahip olmalarının, yakın çevresindeki kadınlar arasında normal doğum öyküsünün fazla olmasının, doğuma hazırlık eğitimi alma ve doğum şekillerine yönelik bilgi

sahibi olmanın normal doğum yapmayı tercih etmelerini anlamlı olarak etkilediği belirlenmiştir.

Tartışma:

Sağlık profesyonelinin doğuma ilişkin bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının artırılması, gebelerin doğum sürecine ilişkin doğru bilgilendirilmelerini sağlamaktadır (Aydoğdu, Uzun ve Özsoy 2018). Sağlık profesyoneli olma yolunda ilerleyen hemşirelik öğrencilerinin kadın doğum dersi almalarının doğum düşüncelerini etkileyebileceği düşünülmektedir (Aydoğdu, Uzun ve Özsoy 2018). Bu çalışmaya katılan öğrencilerin %71.4'ünün doğal doğumu duyduğu ancak tanımlamada eksiklikler yaşadıkları, doğal doğuma ilişkin görüşleri olumlu olmasına karşın (%84.4'ü doğum kendiliğinden başlamalıdır, %81.8'i doğumda kadının hareket özgürlüğü olmalıdır vb.) daha çok normal vajinal doğumu destekledikleri belirlenmiştir. Yapılan benzer çalışmalarda da doğum dersi alan öğrencilerin doğum tercihlerinin daha çok normal vajinal doğum yönünde olduğu söylenebilir (Aydoğdu, Uzun ve Özsoy 2018, Kapısız ve ark. 2017, Utkualp ve Oğur 2010).

Bu çalışmada çekirdek aile yapısına sahip olmanın, normal doğum tercihlerini anlamlı olarak etkilediği görülmüştür. Öğrenci gruplarında yapılan benzer çalışmalarda ise aile tipinin doğum tercihlerini etkilemediği tespit edilmiştir (Aydoğdu, Uzun ve Özsoy 2018, Karabulutlu ve Yavuz 2018, Amanak ve Balkaya 2013). Bu çalışmadaki örneklem grubunun aile yapıları ve doğum tercihlerinin tesadüfi şekilde benzerlik göstermesinin, çalışmalar arasındaki farklılığa neden olmuş olabileceği düşünülmüştür.

Pek çok kültürde kadınların doğuma yönelik korkularının oluşmasında doğum hakkında olumsuz hikaye ve deneyimlerin paylaşılması yatmaktadır (Kapısız ve ark. 2017, Bülbül ve ark. 2016, Uçar ve Gölbaşı 2015). Bu çalışmaya katılan öğrencilerin yaklaşık olarak yarısı çevresindeki insanların doğum yapma şekline etkilendiklerini belirtmişlerdir. Bu sonuç, benzer çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir. (Bülbül ve ark. 2016, Coşar ve Demirci 2016, Ergöl ve Kürtüncü 2014).

Yakın çevresinde normal doğum öyküsünün fazla olması bu çalışma için normal doğum tercih etmeyi etkileyen bir faktör olarak bu çalışmada karşımıza çıkarken, benzeri bir çalışmada bu sonucu desteklemektedir. (Aktaş ve Erkek 2018).

Bu çalışmada doğuma hazırlık eğitimi alma ve doğum şekillerine yönelik bilgi sahibi olmanın normal doğum yapmayı tercih etmeyi anlamlı olarak etkilediği belirlenmiştir, bu sonuç ülkemizde yapılan doğuma hazırlık eğitimine katılan gebelerin doğumu algılamalarının daha olumlu olduğu yönündeki çalışma sonuçları ile benzerdir (Mete ve ark. 2013, Coşar ve Demirci 2012, Serçekuş ve Mete 2010).

Sonuç ve Öneriler:

Öğrencilerin doğal doğuma ilişkin görüşleri olumlu olmasına karşın doğal doğum konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğu, yakın çevrelerinin doğum şekillerinden etkilendikleri belirlenmiştir. Bu nedenle öğrencilere öğrenimleri süresince doğal doğuma yönelik planlı eğitim verilmesi önerilmektedir.

Kaynakça:

Amanak, K., Balkaya, N. A. (2013). Ebelik bölümü öğrencilerinin doğal doğuma yönelik bilgi ve düşünceleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2): 169-192.

Aktaş, D., Gökgez, N. (2015). Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin düşünce ve memnuniyetlerinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1): 65-82.

- Aktaş, S., Erkek Y. Z. (2018). Annelerin vajinal doğumu tercih etme nedenlerinin incelenmesi: Bir nitel araştırma örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 111-124.
- Aydoğdu, S. G. M., Uzun, B., Özsoy, Ü. (2018). Ebelik öğrencilerinin normal vajinal doğum yapma konusundaki görüşleri. *Androloji Bülteni*, 20:78-84.
- Bülbül, T., Çopur, A., Kayacık, F. (2016). Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 25(3), 126-130.
- Coşar, F., Demirci, N. (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *SDU Journal of Health Science Institute/SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(1): 18-30.
- Duran, E. T., Atan, Ş. Ü. (2011). Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Dergisi*, 21(3): 83-88.
- Ergöl, Ş., Kürtüncü, M. (2014). Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(3), 26-34.
- Kapısız, Ö., Karaca, A., Özkan, F. S., Savaş, H. G. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin doğum algısı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3): 156-160.
- Karabulutlu, Ö., Yavuz, C. (2018). Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Doğal Doğuma Yönelik Bilgi ve Düşünceleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1): 7-14.
- Kottwitz, F., Gouveia, H. G., Gonçaves, A. D. C. (2018). Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations. *Escola Anna Nery*, 22(1): 1-8.
- Mete, S., İsbir, G. G., Çeçe, Ö., Tokat, M. A. (2013). Doğuma Hazırlık Sınıfının Doğum Korkusuna, Doğuma Hazır Oluşluğa ve Doğum Şekli Tercihine Etkisi. 1. Ulusal Doğal Doğum Kongresi Kongre Kitabı. İstanbul. 24-26 Mayıs, 28.
- Mortazavi, F., Agah, J. (2018). Childbirth fear and associated factors in a sample of pregnant Iranian women. *Oman Medical Journal*, 33(6): 497-505.
- Patterson, A., Winslow M., Matus C. D. (2008). Spontaneous vaginal delivery, *American Family Physician*, 7(3): 336-340.
- Sayiner, F. D., Özerdoğan, N. (2009). Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3): 143-148.
- Serçekuş, P., Mete, S. (2010). Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (5), 999-1010.
- Uçar, T., Gölbaşı, Z. (2015). Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2): 54-58.

Utkualp, N., Oğur, P.(2010). Öğrencilerin doğum kadın hastalıkları ve hemşireliği dersi alan uygulamasına ilişkin duygu ve düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1): 78-83.

Anahtar Kelimeler: Doğum,Doğal doğum, Normal vajinal doğum

Bildiri No: 67 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Doğum Yapmamış Kişilerde Doğuma İlişkin Mitlerin Belirlenmesi

Yeliz Dinçer¹, Yasemin Şanlı²

Düzce Üniversitesi

Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi

Giriş:

Doğum, kadının yaşamında unutulmayacak bir deneyim ve önemli bir emosyonel olaydır(Taşhan 2018, Duran ve Atan 2011). Fizyolojik bir olay, aynı zamanda psikososyal bir süreç olarak tanımlanan doğum, yüzlerce adet, gelenek, görenek, çevre, sosyal değerler inanç ve töre tarafından yönetilmektedir(Duran ve Atan 2011, Ergöl ve Kürtüncü 2014). Doğum anıyla ilgili bilinmezlik daha önce doğum yapmamış kadınlarda bazen heyecan ile birlikte endişe ve korku gibi ambivalan duygulara neden olabilir(Taşhan 2018, Ergöl ve Kürtüncü 2014, Duran ve Atan 2011,).

Doğum ile ilgili olumsuz deneyimler, yazılı- görsel basın ve sosyal çevrede anlatılan hikaye ve deneyimlerin etkisi ile kadınlarda doğuma ilişkin kötü algıların oluşmasına sebep olurken, doğum tercihlerini de önemli şekilde etkileyebilmektedir(Aktaş ve Yılar 2018, Aydoğdu, Uzun ve Özsoy 2018). Sağlık profesyonelleri, farklı kültürel özellikleri olan birey ve aileye hizmet verdikleri için kişilerin gelenek, tutum ve değerlerini önemseyerek kültürel inanç ve uygulamaların sağlığa yansımaları boyutunda dikkatli yaklaşmalıdır(Taşhan ve Koyuncu 2018).

Pekçok toplumda doğumun algılanma biçimi, kadının toplumdaki statüsü, ekonomi, eğitim, yaşam biçimi, dini inanç, tabu ve mit gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir (Bilgiç ve ark. 2018). Mit; değerler paradigmasında dünyayı algılama, şekillendirme, sembolleştirme, kısaca ifade etmek gerekirse hayatın ve olayların genelleştirilmiş modeli olarak tanımlanmaktadır (Bayat 2010). Kişilere uymaları gereken kurallar hikâyeler şeklinde verilir(Seyidoğlu 2007, Akkaş 2008). Pek çok kültüre benzer şekilde bizim kültürümüzde de doğuma yönelik gelenek, görenek, örf ve âdetlerin yanı sıra bilimsel geçerliliği olmayan kulaktan dolma varsayımlar olarak nitelendirilen mitler de geniş bir yer tutar (Choudhary ve ark. 2017, Shojaa, Jouybari ve Sanagoo 2009). Doğuma ilişkin mitlerin varlığı bazen olumsuz etki oluşturabilirken, bazen de hiçbir etkisi yaratmayabilir (Shojaa, Jouybari ve Sanagoo 2009). Doğuma ilişkin inanışların ve mitlerin bilinmesi, doğum süreci üzerine etkilerinin değerlendirilmesi, olumsuz algıya neden olanların ortadan kaldırılması doğum sürecinin sağlıklı geçirilmesine katkı sağlayacaktır(Ahmed, Nor ve Daud 2018, Bilgiç ve ark. 2018). Bu bağlamda; doğum yapmamış kişilerde doğuma ilişkin mitlerin belirlenmesinin, sağlık profesyonellerinin günümüz sağlık dünyasında uyum sağlaması gerekliliği giderek önem kazanan ve bireylerin kendi inanış ve kültürleri çerçevesinde planlanan bütüncül bakım hizmetlerinin yürütülmesinde katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu araştırmanın amacı, doğum yapmamış kişilerde doğuma ilişkin mitlerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem:

Araştırma, doğum yapmamış kişilerde doğuma ilişkin mitlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evrenini, 2019-2020 eğitim-öğretim yılı güz döneminde Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin Hemşirelik Bölümü 3. sınıfına kayıtlı olan ve Doğum ve Kadın Hastalıkları dersini alan 94 öğrenci, örneklemi ise bunlar arasından derse devam eden ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 77 öğrenci oluşturmuştur. Veriler Kasım- Aralık 2019 tarihlerinde araştırmacılar tarafından literatür

doğrultusunda geliştirilen 28 sorudan oluşan tanımlayıcı ve 16 sorudan oluşan ve doğru ya da yanlış şeklinde cevaplanan “doğumla ilgili mitler” soru formları ile öğrencilerin öz bildirimlerine dayalı olarak toplanmıştır.

Soru formunun ön uygulaması 5 öğrencide yapılmıştır. Ön uygulama sonucuna göre soru formu yeniden değerlendirilmiş ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra kullanılmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı’ndan yazılı izin ve öğrencilerden araştırmanın amacı ve içeriği açıklanarak sözlü izin alınmıştır.

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirmesinde, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 21.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir. İstatistiksel analizde tanımlayıcı testler ve ki kare testi kullanılmıştır.

Bulgular:

Sosyo- Demografik Özellikler		n(77)	%
Yaş(Ort \pm SS yıl)	20,8 \pm 0,90 (Min- Max: 20-55)		
Cinsiyet	Kadın	60	77,9
	Erkek	17	22,1
Hangi bölgede yaşadığı	Karadeniz	3	3,9
	Ege	2	2,6
	Marmara	30	39
	Güneydoğu Anadolu	12	15,6
	İç Anadolu	30	39
Anne eğitim Düzeyi	8 yıl ve ↓	66	85,7
	8yıl ve ↑	11	14,3
Baba eğitim düzeyi	8 yıl ve ↓	50	64,9
	8yıl ve ↑	27	35,1
Aile gelir durumu	Üst düzey	4	5,2
	Orta düzey	67	87
	Alt düzey	6	7,8
Aile yapısı	Çekirdek	60	77,9
	Geniş	17	23,1
Yaşadığı yer	Aile yanı	16	20,8
	Yurt	53	68,8
	Diğer	8	10,4
Kardeş sayısı	1-2	33	42,9
	3-4	27	35,1
	5 ve daha fazla	17	22
Kendi doğum şekli	Normal	64	83,1
	Sezaryen	13	16,9
Düşündüğü çocuk sayısı	Hiç	2	2,6
	1-2	42	54,6
	3 ve daha fazlası	33	42,8
Düşündüğü doğum şekli	Normal	57	74
	Sezaryen	13	16,9
	Epidural- Normal	7	9,1
Doğuma hazırlık eğitimi alma durumu	Aldım	20	26
	Almadım	57	74

Doğuma yönelik bilgisi olma durumu	Var	34	44,2
	Yok	43	55,8
Doğuma yönelik bilginin alındığı yer	Okul	49	63,6
	İnternet- medya	14	18,2
	Aile- arkadaş- diğer	14	18,2
Yakın çevredeki kadınların doğum şekli	Normal> Sezaryen	46	59,8
	Sezeryan >Normal	26	33,8
	Dikkat etmedim- bilmiyorum	5	6,4
Çevredeki kişilerin doğum yapma şekli sizi etkiler mi?	Evet	39	50,6
	Hayır	38	49,4
Doğum şekline yönelik bilgisi	Evet	50	64,9
	Hayır	27	35,1
İsteğe bağlı sezaryen yapılmalı mı?	Evet	32	41,6
	Hayır	45	58,4
Toparlanma süreci hangi doğum şeklinde daha uzundur?	Normal	10	13
	Sezaryen	63	81,8
	Fikrim Yok	4	5,2
Doğal doğumu duydunuz mu?	Evet	55	71,4
	Hayır	22	28,6
Doğal doğumu nasıl tanımlarsınız?	Müdahalesiz	25	32,5
	Normal vajinal	46	59,7
	Evde, suda v.b	6	7,8

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının $20,8 \pm 0,90$ (Min- Max: 20-55) olduğu, %83,1'inin normal doğum yolu ile dünyaya geldiği ve kendi doğum şekilleri açısından %83,1' inin vajinal doğum gerçekleştirmeyi istediği bulundu. Öğrencilerin %44,2' sinin doğuma yönelik bilgisi olduğu ve bu bilginin yüksek oranda okulda edinildiği belirlendi.

Doğumla İlgili Mitler		n(77)	%
Doğum sırtüstü pozisyonda yapılmalıdır	Evet	68	88,3
	Hayır	9	11,7
Hastane, bir bebeğin doğumu için en rahat/iyi yerdir	Evet	74	96,1
	Hayır	3	3,9
Doğuma yardımcı olacak tek şey ilaçtır	Evet	6	7,8
	Hayır	71	92,2
Doğum her zaman çok acı vericidir	Evet	34	44,2
	Hayır	43	55,8
Doğumu başarmak için yüksek düzeyde ağrıya dayanıklı olmak gerekir	Evet	54	70,1
	Hayır	23	29,9
Su kesesi her zaman doğuma girmeden önce patlar.	Evet	26	33,8
	Hayır	51	66,2
Gebe rahim ağzı açılmaya başlar başlamaz doğuma girer	Evet	38	49,4
	Hayır	39	50,6
Baharatlı yiyecekler doğumu tetikler.	Evet	39	50,6
	Hayır	38	49,4
Doğumu sadece doktor bilir ve doktor yaptırmalıdır	Evet	21	27,3
	Hayır	56	72,7

Kadın doğumdayken mutlaka annesinden destek almalıdır.	Evet	34	44,2
	Hayır	43	55,8
Hastane, bir bebeğin doğumu için en rahat yerdir	Evet	65	84,4
	Hayır	12	15,6
Bir kadının doğumu kendi annesinin doğum deneyimine benzer	Evet	32	41,6
	Hayır	45	58,4
İkinci ve sonraki doğumlar her zaman daha kolay olur.	Evet	40	51,9
	Hayır	37	48,1
Doğuma giden kadın o gün içinde hiçbir şey yiyip-içemez.	Evet	28	36,4
	Hayır	49	63,6
Erkeğin doğumda hiç rolü yoktur, dışarıda beklemeli hatta doğum olduktan sonra gelmelidir.	Evet	13	16,9
	Hayır	64	83,1
Normal doğumdan sonra cinsellik eskisi gibi olamaz	Evet	10	13
	Hayır	67	87

Öğrencilerin %88,3'ünün doğumun sırt üstü pozisyonda yapılması gerektiğini, %70,1'inin doğumun gerçekleşmesi için çok yüksek düzeyde ağrıya dayanıklı olunması gerektiğini, %83,1'inin erkeğin de doğumda rolü olduğunu ve %72,7'sinin doğumu sadece doktorun gerçekleştirmediğini düşündüğü belirlenmiştir.

Tartışma:

Doğum ile ilgili olumsuz deneyim ve düşünceler ve kadınlarda kötü algıların oluşmasına sebep olabilmektedir (Aktaş ve Yılar 2018, Aydoğdu, Uzun ve Özsoy 2018). Bu nedenle doğum ile ilgili inanış ve mitlerin özellikle de olumsuz algıya sebep olabileceklerin belirlenmesinin doğum sürecinin yönetiminde katkı sağlayabileceği düşünülmektedir (Ahmed, Nor ve Daud 2018, Bilgiç ve ark. 2018).

Bu çalışmada öğrencilerin genel olarak doğum ile ilgili pek çok olumlu düşünceye sahip oldukları belirlenmiştir. Bu düşüncelerden bazıları şu şekilde özetlenebilir; normal doğum tercih etme isteği %74 gibi yüksek bir oranda tespit edilmiş ve bu oran hemşirelik öğrencilerinde gerçekleştirilen ve doğum konusundaki görüşleri inceleyen benzer bir çalışmadaki normal vajinal doğum yapma istediğini bildiren kişilerin oranına (%78) benzer bulunmuştur (Amanak ve Bilgiç 2013).

Doğumun her zaman acı verici olduğuna dair düşünceye inanma sonucu bu çalışmada %44,2 gibi bir oranda belirlenirken, gebelik döneminde olan kadınlar ile gerçekleştirilen benzeri bir çalışmada bu oran %97,8 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada örneklemin doğum konusunda farkındalık sahibi olan hemşirelik öğrencilerinden oluşmasının bu sonucu etkilediği düşünülmektedir (Bilgiç 2018).

Bu çalışmada “doğumu sadece doktor bilir ve doktor yaptırmalıdır” seçeneğine hayır diyenlerin oranını %72.7 olarak bulunurken, benzer bir çalışmada kadınların kendi doğum deneyiminde aktif rol almalarının gerekli olduğunu düşünenlerin oranı (%98.2) oranında bulunmuş ve oranların nispeten paralellik gösterdiği belirlenmiştir (Amanak ve Bilgiç 2013). Yukarıda örnekleri verilen olumlu düşüncelerin bizim örnekleminizde yer alan öğrencilerin pek çoğunun doğum konusunda eğitim görmüş olmasının verdiği farkındalık neticesinde oluştuğu düşünülmüştür.

Bu çalışmaya katılan öğrencilerin bazı noktalarda ise önyargılara sahip oldukları belirlenmiştir. Örneğin; doğumun sırtüstü pozisyonda yapılması gerektiği düşüncesine katılanlar bu çalışmada %68 olarak belirlenmiş, benzeri bir çalışmada ise bu düşüncenin daha

düşük bir oranda desteklendiği %32,5 görülmüştür. Bu düşüncenin temelini doğum konusunda alışlagelinen doğum pozisyonlarının yarattığı algının farklı örneklerdeki yansımalarından kaynaklandığı düşünülmektedir (Amanak ve Bilgiç 2013).

Normal doğumdan sonra cinsel hayatın bozulabileceği düşüncesine bu çalışmada %67 oranda evet yanıtı verilirken, aynı yanıtın öğrenciler ile gerçekleştirilen benzeri bir çalışmada %66 oranla verildiği görülmektedir (Aydoğdu 2018). Bu konudaki önyargının bizim toplumumuzda cinsellik gibi özel hayatı içeren konuların fazla konuşulmamasından kaynaklanabileceği öngörülmektedir.

Doğum yapmamış kişilerde doğuma ilişkin mitlerin belirlenmesinin bütüncül bakım hizmeti sunumunda görev alacak sağlık personeline uygulamalarında katkı sağlayacağı ve bu nedenle benzeri çalışmaların farklı örneklem gruplarında tekrarlanmasının alan ile ilgili literatürün geliştirilmesinde katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Sonuç:

Sonuç olarak, sadece en az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde değil, gelişmiş ülkelerde de günümüz toplumlarında potansiyel zararlı inançlar ve uygulamalar halen yaygındır. Bu nedenle mitleri çürütmek ve zararlı uygulamaları ortadan kaldırmak, özellikle topluma en yakın oldukları için birinci basamak sağlık hizmetlerinde öncelikli sağlık hizmeti sağlayıcıların sorumlulukları arasında yer almalıdır.

Kaynakça:

Ahmad, N., Nor, S. F. S., Daud, F. (2019). Understanding myths in pregnancy and childbirth and the potential adverse consequences: a systematic review. *The Malaysian Journal Of Medical Sciences: MJMS*, 26(4): 17-27.

Aktaş, S., Erkek Y. Z. (2018). Annelerin vajinal doğumu tercih etme nedenlerinin incelenmesi: bir nitel araştırma örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 111-124.

Amanak, K., Balkaya, N. A. (2013). Ebelik bölümü öğrencilerinin doğal doğuma yönelik bilgi ve düşünceleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 169-192.

Aydoğdu, S. G. M., Uzun, B., & Özsoy, Ü. (2018). Ebelik öğrencilerinin normal vajinal doğum yapma konusundaki görüşleri, *Androloji Bülteni*, (20):78-84.

Bayat, F. (2010). *Mitolojiye giriş*. İstanbul: Ötüken Yayıncılık.

Bilgiç D. ve ark. (2018). Gebelerin gebelik dönemine ve doğuma ilişkin mitlerinin belirlenmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49(1): 59-64.

Choudhary, R., Gothwal, S., Nayan, S., Meena, B. S. (2017). Common ritualistic myths during pregnancy in Northern India. *International Journal of Contemporary Pediatrics*, 4(5), 1-4.

Duran, E. T., Atan, Ş. Ü. (2011). Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Dergisi*, 21(3).83-88.

Ergöl, Ş., Kürtüncü, M. (2014). Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(3), 26-34.

Önal, A. S. (2008). Mit ve felsefe. *Milli Folklor*, (77): 83-88.

Seyidoğlu, B. (2007). Sel mitleri. *Milli Folklor*, (76): 26-29.

Shojaa M, Jouybari L, Sanagoo A. (2009). The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. *Arch Gynecol Obstet*, 279:353–356.

Taşhan, S. T., Koyuncu, S. B. (2018). Kadınların doğuma yönelik kullandıkları geleneksel yöntemler ve etkileyen faktörler. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2):150-155.

Anahtar Kelimeler: Doğum, Mit, Önyargı

Bildiri No: 68 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Gebelerde Konstipasyon Görülme ve Başa Çıkma Durumları

Yasemin Başkaya¹, Kevser Özdemir¹, Elif Cansu Gündoğdu²

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Konstipasyon bir hastalık olmayıp ve günlük yaşamı etkileyebilen bir semptomdur. Bu çalışmanın amacı gebelerde konstipasyon görülme sıklığını ve gebelerin bu durumla başa çıkmak için yaptıklarının saptanmasıdır.

Gereç ve yöntem: Tanımlayıcı-kesitsel olarak yapılan araştırmanın evrenini Sakarya Kadın-Doğum ve Çocuk Hastanesi gebe izlem polikliniğine başvuran kadınlar oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyip 2 Ocak-20 Ocak tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler (n:121 gebe) araştırma grubunu oluşturmuştur. Literatüre uygun olarak hazırlanmış olan anket formları, gözlem altında araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde istatistik programı yardımıyla sayı, yüzdelik hesaplama, ki-kare kullanılmıştır. Anlamlılık değeri olarak $p < 0.05$ kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 28.63 ± 5.49 yıl (min:18, max:42) idi. Gebelerin %40.5'i lise mezunu, %90.9'u herhangi bir gelir getiren işte çalışmamakta, %82.6'sı çekirdek ailede yaşamakta, %76.9'u ekonomik durumunu orta düzey olarak değerlendirmektedir. Gebelerin boy ortalaması 161.28 ± 5.20 cm (min:147, max:175), kilo ortalaması 75.08 ± 14.00 kg (min:49, max:128), gebelikte alınan kilo ortalaması 11.46 ± 5.53 kg (min:0, max:24), gebelik haftası 33.55 ± 6.40 hafta (min:13, max:41)'dir. Gebelerin %32.2'sinin ilk gebeliğidir, %47.1'i düzenli olarak demir ilacı kullandığını, %53.7'si aktif bir yaşama tarzına sahip olduğunu belirtmiştir. Tablo 1'de gebelerin defekasyon ve beslenme alışkanlıklarına ilişkin bulgular, Tablo 2'de ise gebelerin kabızlık ile başa çıkma durumları verilmiştir.

Sonuç ve öneriler: Gebelerin yarısı konstipasyon sorununu gebeliğinin herhangi bir döneminde yaşamaktadır. Sağlık profesyonellerinin konstipasyon sorununu önlemek ve gebelerin bu sorunla baş etmelerini desteklemek için gerekli eğitim ve danışmanlık hizmetlerini planlanması ve uygulaması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: gebelik, konstipasyon, başa çıkma

Bildiri No: 69 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Riskli ve Sağlıklı Gebeliği Olan Gebelerin Prenatal Stress Düzeyleri
**Hülya Türkmen¹, Aşlı Kuvancı², Sevinç Güler¹, Emine Nur Karagüzel¹,
Yeşim Bakıman¹**

*Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
Atatürk Şehir Hastanesi, Balıkesir*

Amaç: Riskli ve sağlıklı gebeliği olan gebelerin prenatal stress düzeylerini belirlemektir.

Yöntem: Kesitsel tipte olan araştırma Eylül-Aralık 2019 tarihleri arasında Balıkesir de gerçekleştirilmiştir(n=811). Riskli gebeliği olan(n=121) ve sağlıklı gebeliği olan(n=245) 36. ve üzerinde gebelik haftasına sahip olan gebelere doğum öncesi algılanan stres ölçeği (DÖASÖ)ve prenatal stres ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Riskli gebeliği olanlarda sağlıklı gebeliği olan gebelere göre eğitim seviyesi istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük ve gebelik ve doğum sayısı yüksek bulunmuştur(p<0.05). Riskli gebeliği olan gebelerin DÖASÖ toplam puanı ve Prenatal stres toplam puanları sağlıklı gebelerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur(p>0.05). Riskli gebeliği olan gebelerin DÖASÖ alt boyutlarından Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler ve Doğum beklentisi alt boyutu puanları sağlıklı gebeliği olan gebelere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur(p<0.05). Riskli gebeliği olan gebelerin Prenatal stres alt boyutlarından Gebeliğe Bağlı Fiziksel ve Sosyal Değişimler, Bebek ve Doğum Eylemi ile ilgili Endişeler alt boyutu puanları sağlıklı gebeliği olan gebelere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur(p<0.05). Yapılan lineer regresyon analizinde Model 1 DÖASÖ alt boyutlarından oluşmaktadır ve Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler ile riskli gebelik arasında varyansın %0.5'sini(R²=0.057) açıklayan anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur(p=0.000). Model 2 prenatal stress alt boyutlarından oluşmaktadır ve Gebeliğe Bağlı Fiziksel ve Sosyal Değişimler, Bebek ve Doğum Eylemi ile ilgili Endişeler ile riskli gebelik arasında varyansın %0.3'sini(R²=0.035) açıklayan anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur(p=0.002).

Sonuç: Eğitim seviyesinin düşük, gebelik ve doğum sayısının yüksek olmasının riskli gebelik olma durumunu etkilediği belirlenmiştir. Riskli gebelerin Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler ve Gebeliğe Bağlı Fiziksel ve Sosyal Değişimler, Bebek ve Doğum Eylemi ile ilgili Endişelerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Riskli gebelik, Prenatal stres, gebeliğe bağlı fiziksel ve psikososyal değişim

Bildiri No: 70 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Klasik Türk Müziğinin Sezaryen ile Doğum Yapan Kadınlardaki Postpartum Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi

Eylem Toker¹, Gülbahtiyar Demirel², Adem Doğaner³, Selim Karaküçük³

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Kahramanmaraş Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Sivas Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

Amaç: Çalışma müzikoterapinin sezaryen ile doğum yapan kadınlarda postpartum dönemde ağrı ve anksiyete düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Randomize kontrollü deneysel araştırma, Ocak 2018-Eylül 2018 tarihleri arasında üçüncü basamak bir hastanede sezaryen yöntemi ile doğum yapmış 126 kadın (kontrol grubu: 42 kişi, 1. müdahale grubu: 42 kişi, 2. müdahale grubu: 42 kişi) üzerinde yapılmıştır. 1. müdahale grubundaki annelere günde bir kez, 2. müdahale grubundakilere günde iki kez arka arkaya iki gün boyunca 30 dakikalık müzik dinletisi yapılmıştır. Kontrol grubundakiler ise günde bir kez 30 dakika yatak istirahatinde rutin bakım almıştır. Veriler Hasta Bilgi Formu, VAS ve Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri ile elde edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra tek yönlü varyans analizi, paired t test, Kruskal Wallis H, Wilcoxon testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Sezaryen sonrası post-op 1. ve 2. günde müzikoterapi uygulanan gruplarda kontrol grubuna oranla durumluk anksiyete düzeyi ve ağrı düzeyi ortalamalarının anlamlı oranda azaldığı saptanmıştır ($p < 0.001$). Bununla birlikte günde bir kez müzikoterapi uygulanan 2. grup ile günde iki kez müzikoterapi uygulanan 3. grup arasında anksiyete açısından anlamlı bir farklılık bulunmaz iken ($p > 0.05$), post-op 2. gün müzikoterapi uygulanan 3. grupta 2. gruba göre daha düşük ağrı düzeyi olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Tüm gruplarda grup içi ağrı düzeyi ortalamalarının anlamlı oranda düştüğü saptanırken ($p < 0.001$), anksiyete açısından grup içi bu farkın post-op 2. günde kontrol grubunda artış ($p < 0.05$), müdahale gruplarında ise düşüş şeklinde görüldüğü belirlenmiştir ($p < 0.001$).

Sonuç: Müzikoterapinin sezaryen olmuş kadınların postpartum dönemdeki ağrı ve anksiyetesini azaltmada etkili olduğu saptanmış olup obstetri kliniklerinde kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Anksiyete, Klasik Türk Müziği, Müzikoterapi, Sezaryen doğum, Kadın, Postpartum dönem

Bildiri No: 72 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Doğumun 1. Evresinde Uygulanan Farklı Doğum Toplarının Doğum Çıktılarına ve Anne Memnuniyetine Etkisi

Tuğçe Sönmez¹, Serap Ejder Apay¹

Atatürk Üniversitesi

Amaç: Bu araştırma, doğumun 1. evresinde uygulanan farklı doğum toplarının doğum çıktılarına ve anne memnuniyetine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu araştırma, randomize kontrollü tek kör klinik bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırma, Erzurum il merkezinde bulunan kadın doğum hastanesinde Kasım 2018- Temmuz 2019 tarihleri arasında doğum salonuna kabul edilen ve randomize edilen 180 gebe ile yürütülmüştür. Araştırma üç gruptan; 60 kontrol, 60 yuvarlak doğum topu uygulama grubu ve 60 fıstık top uygulama grubu gebelerden oluşmaktadır. Veriler "Tanıtıcı Bilgi Formu", "GKÖ (Görsel Kıyaslama Ölçeği)", "SKÖ (Sözel Kategori Ölçeği)", "Partograf" ve "NDAMDÖ (Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği)" kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamındaki gebeler tanıtıcı ve obstetrik değişkenler bakımından homojenlik göstermektedir. Gebelerin GKÖ ve SKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubundaki gebelerde ağrı algılama düzeylerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yuvarlak doğum topu uygulanan gebelerde fetal baş iniş seviyesi diğer gruplara göre daha hızlı olduğu, fetal baş iniş seviyesi aktif fazın sonunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Gebelerin kontraksiyon sayısı ve sürelerine bakıldığında, doğumun aktif fazında, fıstık top grubundaki gebelerin diğer gruplara göre daha fazla ve uzun sürmüş olup, puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Araştırmada, annelerin NDAMDÖ kesme puanına göre memnuniyet düzeyi en yüksek grup yuvarlak doğum topu grubudur ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Araştırmada kullanılan farklı doğum toplarının doğum ağrısını azaltmada, fetal baş inişinde etkili ve anne memnuniyetini arttırdığı görülmüştür. Özellikle yuvarlak doğum topu ile yapılan uygulamalar daha etkili bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Doğum ağrısı, doğum çıktısı, doğum topu, ebe, gebelik, memnuniyet

Bildiri No: 74 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Emzirme Sanatı ve Tarihsel Gelişimi

Elif Fatma Özkan Pehlivanoglu¹, İlhami Ünlüoglu²

Bolu İl Sağlık Müdürlüğü

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

İnsanlık tarihi boyunca yenidoğan bebekler anne sütü ile beslenme deneyimini yaşamış, emzirme eylemini ya biyolojik anneleri ya da sütanneleri aracılığıyla gerçekleştirmişlerdir. Yaşama tutunmanın önemli unsurlarından olan emzirme, sanatçılar tarafından eserlerinde işlenmiş, zaman içerisinde resim, heykel ve fotoğrafçılık alanları başta olmak üzere sanatsal eylemlerle insanlığa sunulmuştur. Bilinen en eski kayıtlardan olan Ebers Papirüsü'nde yenidoğan beslenmesinde tüketilecek besinin anne sütü olduğu ve çocuğun 3 yaşına dek anne sütü alması gerektiği üzerinde durulmuştur. M.Ö. 2500 senelerine ait Hammurabi Kanunları'nda sütannelikle ilgili maddeye rastlamak mümkündür. 1950'lerde Tokat ilinin Horoztepe Höyüğü yakınında beş bin yıl öncesine ait bebek emziren bir kadın heykeli bulunmuştur. Çocuğunu emziren Tanrıça heykeli o devir için ilginç özellikler taşımaktadır. Eşine rastlanmayan bu heykel, şimdilik Anadolu'nun en eski heykellerini temsil etmektedir. Yunanistan'da M.Ö. 950 yıllarında yüksek statüye sahip insanlar tarafından sütannelere talep fazlaydı. Sütannelerin büyük sorumlulukları vardı. Roma İmparatorluğu döneminde terk edilen kız çocukları için sütannelerle sözleşmeler düzenlenirdi. Bu sözleşmeler emzirme, giyecek, ısınma vb. hizmetler için yapılacak ödeme maddelerini ayrıntılı olarak içeriyordu.

Günümüzde, UNICEF ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından küresel emzirme oranlarını artırmayı amaçlayan yeni bir girişim olan Küresel Emzirme Ortaklığı ile birlikte hazırlanan rapora göre dünyada emzirme alanında tavsiye edilen standartlara tam olarak uyan hiçbir ülke bulunmamaktadır. 194 ülkeyi değerlendiren Küresel Emzirme Karnesi, altı aylıktan küçük bebeklerin yalnızca yüzde 40'ının sadece anne sütüyle beslendiklerini ve bu dönemde bebeklerin sadece anne sütüyle beslenme oranının %60'ın üzerinde olduğu yalnızca 23 ülke bulunduğunu tespit etmiştir. Yaşamın ilk dönemlerinde; beslenmenin bebek sağlığı ve gelişimindeki önemi düşünüldüğünde bebekler için güncel kılavuzlar eşliğinde beslenme politikaları oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anne sütü, emzirme, emzirmenin tarihi, sanat

Bildiri No: 76 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Lohusaların Sosyal Destek Algılarının Emzirme Öz Yeterlilik Algısına Etkisi
Rabia Ceren Sel¹, Yasemin Başkaya², Kevser Özdemir²

Çifteler Devlet Hastanesi
Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

ÖZET

Giriş ve amaç: Sosyal destek emzirme öz yeterliliğini iyileştirmede etkili bir faktördür. Bu araştırma lohusaların sosyal destek algılarının emzirme öz yeterlilik algısına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı-kesitsel olarak yapılan araştırmanın evrenini Eskişehir Şehir Hastanesi'nde lohusa servisinde yatan lohusalar oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyip 2 Ocak-28 Ocak tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler (n:89 gebe) araştırma grubunu oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür desteği ile hazırlanan 22 soruluk anket formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde istatistik programı yardımıyla sayı, yüzdelik hesaplama, pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Anlamlılık değeri olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Lohusaların yaş ortalaması 28.35 ± 5.92 (min:17, max:42)'dir. Kadınların %31,5'i lise mezunu, %51,7'si gelirini giderine eşit olarak görmekte, %69,7'sinin gebeliği planlıdır. Kadınların %38,2'si primipardır, şimdiki doğumlarının şekli %51,7'si normal doğumdur ve doğum yaptıkları gebelik hafta ortalaması 38.64 ± 1.65 'dir. Kadınların emzirme ile ilgili bulguları Tablo 1'de verilmiştir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (60.96 ± 14.40) ve Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puan ortalamasının ($52,77 \pm 11.95$) iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı ile Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalaması arasında pozitif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,333$; $p < 0,001$). Vajinal doğum yapan kadınların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları $62,45 \pm 13,11$, emzirme öz yeterlilik ölçeği toplam puan ortalamaları $54,23 \pm 10,68$; sezaryen doğum yapan kadınların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları $59,37 \pm 15,66$, emzirme öz yeterlilik ölçeği toplam puan ortalamaları $51,20 \pm 13,12$ bulunmuştur. Kadınların doğum şekli emzirme öz yeterlilik düzeylerini etkilememiştir ($p=0,318$; $p=0,238$).

Tablo 1.Lohusaların Emzirme İle İlgili Durumları

DEĞİŞKENLER	Sayı (n)	Yüzde (%)
Emzirmeye Başlama Zamanı		
<i>Doğumdan hemen sonra</i>	40	44,9
<i>Doğumdan 1-2 saat sonra</i>	37	41,6
<i>Doğumdan 3 saat sonrasında</i>	12	13,5
Emzirme ile ilgili bilgi alma durumu		
<i>Evet</i>	67	75,3
<i>Hayır</i>	22	24,7
Bilgi alınan kişi*		

<i>Aile/Akraba</i>	41	46,1
<i>Basılı yayınlar</i>	27	30,3
<i>İnternet</i>	23	25,8
<i>Sağlık profesyoneli</i>	54	60,7
Emzirme sırasında destek olan kişi*		
<i>Sağlık profesyoneli</i>	71	79,8
<i>Eş</i>	42	47,2
<i>Eşin ailesi</i>	45	50,6
<i>Kendi ailesi</i>	59	66,3

*birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Sonuç: Lohusaların algıladıkları sosyal desteğin, emzirme öz yeterliliği olumlu yönde etkileyen bir faktör olduğu ve algılanan sosyal destek arttıkça emzirme öz yeterliliğin de arttığı belirlenmiştir. Bu nedenle ebelerin gebelere ve ailelerine doğum öncesi dönemden başlayarak doğum ve doğum sonrası döneme kadar gerekli bakımı sunmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Emzirme, Öz-Yeterlilik, Sosyal Destek, Lohusa

Bildiri No: 77 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Awareness of Women Who Never Had a Pap Smear Test and Their Reasons
Yasemin Öztürk¹, Elif Gürsoy²

*Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara Training ve Research Hospital,
Eskişehir Osmangazi University Department of Nursing, Faculty of Health Sciences*

Abstract

Background: Cervical cancer, among the gynaecological cancers, is a leading cause of death among women in most of the low- and middle- income countries.

Objectives: This study was conducted to evaluate the awareness of women who have never had a Pap smear test and their reasons.

Methods: This is a descriptive study. The sampling of this study consisted of 400 women who were aged between 35 and 65 and had sexual intercourse but never had a Pap smear test. Of the women, 54% heard about Pap smear test, 92.5% heard about cervical cancer, 43.5% had the feeling of being under the risk of cervical cancer.

Results: Their three reasons for not having smear tests are as follows: 52.2% of them did not have any gynaecological disease, 43.5% did not know about the subject, 35.7% felt ashamed to have a gynaecological examination. The findings obtained in this study showed that women had a low level of awareness and knowledge about the Pap smear test.

Conclusions: It is thought that widespread and constant educational programs about cervical cancer and Pap smear tests in schools, health institutions and media to raise awareness will highly likely to help women take action for their health.

Key Words: Awareness, Cervical Cancer, Pap Smear Test

Introduction

Gynaecological cancers, which have a significant place in women's health, should be examined in detail.¹ Although cervical cancer, among the gynaecological cancers, is a well-known type whose detection can be done with low-cost tests and screening, cervical cancer is a leading cause of death among women in most of the low- and middle- income countries.² Approximately 569847 new cervical cancer cases are diagnosed annually in the world (estimates for 2018). Cervical cancer ranks as the 3rd leading cause of female cancer in the World. Cervical cancer is the 2nd most common female cancer in women aged 15 to 44 years in the World.³ In Turkey, the incidence rates of cervical cancer per 100,000 population is 4.3; its mortality rates per 100,000 population are 1.7.⁴

The biggest hindrance to avoid cervical cancer is not to go under necessary any testing or screening.¹ Lack of knowledge and awareness in cancer affects women's participation in screening programs and undergoing Pap smear test.⁵ It is essential to raise awareness of all women, especially the women under risk.⁶ Even though consciousness level is found to be higher in groups with higher education and income levels, the level of awareness shows differences in every country even in different regions of the same country depending on conservatism, age of initial sexual intercourse, age, educational background, race, social-economic status and cultural features.⁷ These factors may hinder women's approach to gynaecological examination and participation in cervical cancer scanning programmes.⁸ However, the research shows that women who have taken training and consultancy services are more conscious about health and likely to have scanning services.⁶

Thus, health care staff should evaluate women individually, should give personal counseling, prepare prevention and scanning plan and apply it.⁹ In this sense, training for cervical cancer and its scanning programmes, which will be delivered by nurses and midwives, has an important place in protection and improvement of health, and determination of risk groups.⁵

This study was conducted to investigate the awareness of women regarding the Pap smear test.

Material and Method

Content

In the content of this research; women who had not been screened before for cervical cancer were examined and their awareness of Pap smear test and cervical cancer and the reasons for not having Pap smear test were investigated. This study contributes to the elimination of deficiencies and problems in the field. This study sets out to make a valuable scientific contribution to future professional studies and practices.

Type, Place and Time of the Research

This study is descriptive research and was performed in a gynaecology and obstetrics clinic of a training research hospital in Ankara between the dates November 2014 and May 2015. When the target population served by the hospital is compared with the general population of the province, the target population is in a low socioeconomic level. Thus, we decided to conduct this research in the gynaecology and obstetrics clinic of a training research hospital. This research was conducted in menopause polyclinic, pregnant polyclinic, family planning polyclinic and gynecology polyclinics.

Population and Sample of the Research

The target population of this study constituted of 36000 women aging from 35 to 65, who presented to gynaecology and obstetrics clinic in the research hospital in a year. To decide the sample of this research, the formula of the sample whose population is known has been used. The number of women included in the sample was determined as 380. The sample was finally decided to be increased by 20 % to 470. Since 70 of them could not give the full answers in the survey, those participants were excluded from this study. The number of the sample was decided as 70. Purposeful sampling method (quota sampling) was used.

Inclusion Criteria of Sampling Method

The sample of this research consisted of women between the ages of 35-65 who applied to the gynecology and obstetrics outpatient clinic of the hospital, who had not have a Pap smear test before and had sexual intercourse.

Data Collection Tool

As a data collection tool, a 19-item questionnaire form related to literature was prepared by the researcher.¹⁰⁻¹⁴ Seven questions about descriptive characteristics (age,

marital status, educational status, occupation, health insurance, economic status, gynecological examination status) were included in the first part of the questionnaire. In addition, twelve questions were available in the second part of the questionnaire, which were related to women's awareness about Pap smear test and cervical cancer and also the underlying reasons for not taking Pap smear test.

Research Application

This study was applied to the group within the survey after they were told the aim of the study, and their verbal consent was taken. The Sezaryen Oranını Azaltmaya Yönelik Kanıt e women included in this study were between the ages 35-65 and presented to the gynaecology and obstetrics clinic in the research hospital, had been sexual intercourse before, but never undergone a Pap smear test. The literate women were asked to fill the survey form under the observation. The illiterate participants were applied to the survey by the researcher reading out the questions and obtaining verbal responses of the participants. The survey took about ten minutes for each woman.

Data Analysis

Descriptive statistics were calculated using SPSS 23.0 (Statistical Package for the Social Sciences) package program. Descriptive values were referred to as number and percentage for categorical parameters and age average \pm standard deviation.

Ethical Aspects

This research was conducted in accordance with “the Latest Version of the Helsinki Declaration” and “the Good Clinical Practice Directive.” Ethical approval was obtained from the Training, Planning and Coordination Committee of Ankara Training and Research Hospital (Meeting No and Date: 0568-05.11.2014, Decision No: 4698). Informed consent was obtained from the women who participated in this research.

Limitations

According to the data of the Ministry of Health, asymptomatic women in the 30-65 age group are scheduled to receive cervical smears every five years in KETEM centers established throughout the country.¹⁵ In the National Cancer Control Program 2009-2015 published by the Department of Cancer, the sample group of our study consisted of women in this age range since the age limit indicates 35-65 age range.¹⁶ Participants who had a Pap smear test were not included in this research. The low level of literacy and education of some participants caused difficulties in understanding and answering the questions. When this problem was encountered, the questions and options were read by the researcher, and their answers were marked. The accuracy of the data obtained from this research was limited to the answers given by the women to the survey. The results of this research are generalized only to the women whose data were collected. Marital status of the participants was evaluated as married and unmarried (divorced and widowed women).

Research Questions

- Are women aware of the Pap smear test and cervical cancer?

- What are the reasons for women not taking the Pap smear test?

Results

Some descriptive characteristics of the women, such as age, educational status, marital status, occupation, presence of health insurance, economic status, and gynecological examination status, are given in Table 1.

Sociodemographic Characteristics	n	%
Age Group		
35-44	250	62.5
45-54	107	26.8
55-65	43	10.7
The Average Age (X±Ss)	(43.36±7.47)	(Min.=35, Max.=65)
Educational Status		
Under Primary School	50	12.5
Primary School	234	58.5
Secondary School	39	9.8
High School and Above	77	19.2
Perceived Economic Situation		
Good	62	15.5
Medium	300	75.0
Poor	38	9.5
Marital Status		
Married	351	87.8
Unmarried	49	12.2
Occupational Status		
Working	102	25.5
Not Working	298	74.5
Presence of Health Insurance		
Yes	382	95.5
No	18	4.5
Presence of Gynecological Examination Status		
Yes	397	99.3
No	3	0.7
Total	400	100.0

In this study, among the participants, 62.5% is aged between 35-44 and the age average is 43.36±7.47. 58.5% is primary school graduate, 87.8% is married, 95.5% have health insurance, 74.5% of them was unemployed, 75% have middle-class income and 99.3% has at least one gynaecological examination throughout their life (Table 1).

Findings on Awareness about Pap Smear Test (n=400)	n	%
Having Already Heard about Pap Smear Test		
Yes	216	54.0
No	184	46.0

Total	400	100.0
References from Those who Have Already Heard about the Pap Smear Test * (n=216)	n	%*
Friends, Family, Neighbors	144	66.7
Health Personnel	135	62.5
Media	55	25.5

*More than one option is marked so n folded.

54% of the women reported that they had heard the Pap smear test before. The findings showed that 66.7% of the women had the knowledge about the Pap smear test and cervical cancer owing to their friends, family, neighbours, 62.5% from health staff, 25.5% from the media (Table 2).

Table 3. Distribution of Reasons why Women did not have a Pap Smear Test

Reasons why Women did not have a Pap Smear Test	n	%*
Not having a gynecological disease	209	52.2
Not knowing about the subject	174	43.5
Avoiding having a gynecological examination	143	35.7
Fear of the procedure of the gynecological examination	141	35.2
Embarrassment due to the view of the private area (vaginal area)	102	25.5
Disbelief that the Pap smear test is necessary	69	17.2
Fear of a bad outcome	55	13.7
Negligence	37	9.2
Fear of being a gynecological examination by a male doctor	25	6.2
Financial inadequacies	24	6.0
Not informed by the healthcare providers	24	6.0
Thinking that Pap smear test is a painful procedure	19	4.7
Due to religious reasons	9	2.2
Due to menopause	8	2.0
Being unmarried	6	1.5
Negative approach of healthcare providers	4	1.0
Fear of being criticized by others	2	0.5
Inability to leave home because of a chronic disease	1	0.2
Fear of infection during the procedure of gynecological examination	1	0.2

The first three reasons of the women who did not undergo Pap smear tests are as follows: 52.2% of the women did not have any gynaecological disease, 43.5% did not have the knowledge of the subject, 35.7% felt ashamed to have gynaecological examination (Table 3).

Women's Awareness of Cervical Cancer	n	%
Having Already Heard about Cervical Cancer		
Yes	370	92.5
No	30	7.5
Having Knowledge about Cervical Cancer		
Yes	93	23.2
No	307	76.8
The Feeling of Being under the Risk of Cervical Cancer		
Yes	174	43.5
No or Not knowing	226	56.5
Total	400	100.0

The findings showed that 92.5% heard about cervical cancer, and 23.2% did not have any knowledge about the subject. Almost half of the women (43.5%) had the feeling of being under the risk of cervical cancer (Table 4).

Discussion

Since the Pap smear test can help early diagnosis of cervical cancer, its appreciation is a very significant action in providing public and women's health.¹⁷ Because cervical cancer is still one of the most common international malignancies among women, and it is a serious public health problem.¹⁸ Nowadays, even if organized cervical cancer scanning programmes reduce the risk of cancer and mortality, there still exists related areas to be improved.¹⁹ A variety of demographic, psychological and social factors contribute to the decision whether to attend for screening.²⁰

In our study, the mean age of women was 43.36 ± 7.47 (Table 1). Worldwide, there are approximately 2784 million women aged 15 years and older at risk of developing cervical cancer.³ The first of the age ranges in which cervical cancer is frequently seen is between 35-59, and the second is in the 60-64 age group. Worldwide, the average age of cervical cancer cases are 51, in Turkey is 48.7 and the majority are diagnosed in advanced stages.^{15,21} In 2013, the World Health Organization (WHO) recommended that women who had at least one screening in their lives be at least 30-49 years of age.²² In our study, although the mean age of women was consistent with the literature, they were at risk for cervical cancer because they had never undergone a Pap smear test. It is important to decrease the incidence and mortality of cervical cancer, which is a global health problem in our country. Thus, Pap smear test screening programs should be applied effectively to the population of the appropriate age range and awareness should be increased, especially among women in the society.

In our study, Pap smear screening test had heard by 54% of women (Table 2). Our results are similar to other studies. In Ozan et al.'s study²³, 51.8% of the women, Gücük et al.'s study²⁴, 50.6% of the women, Rezaie-Chamani et al.'s study²⁵, 44.3% of the women had knowledge about the Pap smear screening. Aşilar et al.²⁶ reported that 44.1% of women were aware of the "smear" test. One of the major problems in preventing cervical cancer is the lack of awareness in the general population, including women of reproductive age.²⁷ In our study, it was remarkable that half of the women had heard of the Pap smear test but

surprisingly had never had it. To improve health and change health behaviors, it is important to perceive the importance and awareness of the subject. Therefore, to increase the rate of having Pap smear test more, it would be beneficial to carry out studies to improve awareness about Pap smear screening test and cervical cancer in the hospital where the study was conducted and in every center where women receive health services.

In our study, it was indicated that of the women who heard about the test before 66.7% had the knowledge of the subject owing to their friends, family, neighbours, 62.5% from health staff, 25.5% from the media (Table 2). The data obtained in our study are not similar to the literature. In the literature, healthcare providers and the media are among the sources where women have information about cervical cancer and Pap smear test.^{13,24,28-31} Healthcare providers have an important role and responsibility in the development of positive health behaviors in society. Health care providers should advise the Pap smear test to people with complaints and who are in the risk groups, as well as they should put an emphasis on the screening direction. More effective and useful information and consultancy service will increase the awareness of the society, especially among the women, about the importance of this issue. In our study, the findings showed that women preferred media as a source of information about Pap smear was very low. The findings suggest that most of the participants come from a low socioeconomic level, housewife and education level is low, so they do not use the media as a source of information.

In our study, the primary reason for women not having Pap smear test was not having a gynecological disease (Table 3). Surveillance of three Nordic screening programs has indicated that at least half of all Cervical Cancer is diagnosed among women who are noncompliant with screening guidelines. Specifically, in Norway, roughly 65% of eligible women attend cytology-based screening every three years in compliance with national guidelines, but the remaining never attend (nonscreeners) or attend less frequently than the recommended interval (under-screeners).¹⁸ The most important element in contemporary public health philosophy is that individuals maintain and improve their health before they become ill, while they are healthy.³² When the studies on this subject are examined, in Thippeveeranna et al.'s study³³, 58.4% of the nurses, Jia et al.'s study³⁴, 34.1% of women, Budkaew et al.'s study³⁵, 22.7% of women and Uluocak & Bekar's (2012) study⁶, 35.2% of female health workers stated that they did not have Pap smear test because they had no symptoms. The common behavior of receiving health services in our country, Turkey, is to apply to a health institution in case of illness. Symptoms of cervical cancer begin 10-15 years before they occur; hence, it is important to have a regular gynecological examination for control. Therefore, women should be taught that regular gynecological examination is important. Therefore, national and institutional structured programs should be implemented effectively. Women who cannot access healthcare for socioeconomic reasons should be made available by the authorities, which will enable the woman to have a gynecological examination at regular intervals and to increase her awareness on this issue.

In our study, the second reason why women did not have a Pap smear test was found to be a lack of information about the subject. Lack of knowledge of women about the importance of the Pap smear test is one of the factors that prevent the participation of Pap smear screening program.⁴ Low level of knowledge about the Pap smear screening test, false attitudes and beliefs cause women to exhibit negative attitudes and behavior towards protecting and improving their health.³⁶ Lack of information is an important problem in the literature. In the study of Naidu et al.³⁷ (2015) 46% of women, Rezaie-Chamani et al.²⁵ (2012) 21.6% of women, Sönmez et al.³⁸ 36.7% of women and Okunowo et al.³⁹ of the

women 15.8% did not have Pap smear test because of lack of information. If women have sufficient knowledge of the Pap smear test, this will increase their awareness and participation in screening. Thus, it will reduce the incidence and mortality of cervical cancer.

Three other reasons that prevented women from taking the Pap smear test were embarrassment, shyness and fear of the procedure to be performed by gynecological examination. Pap smear test decision, hospital and test procedures and emotional reactions, such as fear, anxiety, and poor results of the test, and as a result gynecological examination can often be frightening for women.⁴⁰ The nature of the examination and the negative attitude of the health personnel is one of the factors that make gynecological examination difficult and intimidating. In addition, psychological and socio-cultural factors affect the early diagnosis of women in cervical cancer. Having a Pap smear test can have different meanings for women. Sexual organs are perceived as private, especially in traditional and conservative societies. Women who grow up in this culture are anxious to apply to health institutions for their gynecological problems. The main reason for this concern is the necessity of showing private organs during examination.³¹ Therefore, the beliefs and attitudes of culture in Muslim countries may cause women to avoid having a Pap smear test.⁴¹ Especially in Muslim societies, women should be encouraged against disturbing emotions, such as shyness from the healthcare providers, feeling of privacy, not going to male doctors and not touching their body that prevent women from participating in cervical cancer screenings.⁴² When the literature was examined, it was found that women experienced similar barriers to Pap smear test as in our study. In the study of Thippeveeranna et al.³³, 20.5% of nurses were afraid of vaginal examination, and 12.9% of them were ashamed, in Augusto et al.'s ⁴³ study, 46.4% of women were ashamed, in Baskaran et al.'s study⁴⁴, 44% of women were ashamed, in Wongwatcharanukul et al.'s study⁴⁵, 20.83% of women were afraid of vaginal examination and 43.75% of them were ashamed and in Kivistik et al.'s study⁴⁶, 14.3% of women stated that they did not have a Pap smear test because of fear of the procedure (vaginal examination). This situation causes women to be affected by cultural and psychological factors and not to have both a gynecological examination and Pap smear test. Healthcare providers should support women who are ashamed or afraid of gynecological examination for a Pap smear test. The implementation of interventions by health institutions or healthcare providers to reduce anxiety during gynecological examinations of women will allow women to come to the examinations more easily and to have regular gynecological examinations even if there is no disease factor. Moreover, it is thought that providing adequate counseling and training services by healthcare providers and making health services accessible will contribute to both changing the perspective of gynecological examination and increasing participation rates and awareness in cervical cancer screening.

In our study, almost all of the women (92.5%) stated that they heard cervical cancer, while only 23.2% stated that they had knowledge about this subject (Table 4). Many women have been unaware of screening services and early diagnosis and treatment of precancerous lesions with the prevention of cervical cancer.⁴⁷ Other studies have obtained results similar to our findings. In the study of Bansal et al.⁴⁸, 65.5% of Indian women heard cervical cancer while 11% had sufficient information, in Ebu et al.'s study⁴⁹, 31.6% of Ghanaian women heard cervical cancer. In the study of Bekar et al.⁵⁰, 34.9% of the women, in Sönmez et al.'s (2012) study³⁸, 28.7% of women, in Şenol et al.'s study⁵¹, 16.1% of women, in Kolutek & Avcı's study⁴, 14.4% of women, in Ranabhat et al.'s study⁵², 33.8% of women in Nepal reported that they knew about cervical cancer. Although women have

heard of cervical cancer, they do not have information about this reason. It is believed that they have not had Pap smear test before, have a low socio-cultural and socio-economic level and the close environment is the first place in accessing information.

Conclusions and Recommendations

Our findings showed that although the majority of women had heard of cervical cancer and Pap smear test from different sources (e.g. friends, family, neighbors, health personnel, media), they did not know enough about the disease and the diagnosis method. This finding suggests that women who participated in this research have low awareness regarding cervical cancer and Pap smear test. The following recommendations have been made in light of our findings, experience and literature:

- Gynecology and obstetrics outpatient clinic of the hospitals and public and private hospitals, Cancer Early Diagnosis, Screening and Education Centers (KETEM), Family Health Centers and public education centers for women who can benefit from cervical cancer and Pap smear test related to the preparation of materials such as booklets, brochures, posters.
- Posters which will increase awareness about cervical cancer and Pap smear test should be posted on the panels in the gynecology and obstetrics policlinic of the hospital where the research is conducted and in the hospital and the garden.
- Health services should be made accessible for this group under risk by the health authorities. In that sense, it is thought that widespread and constant educational programs about cervical cancer and pap smear tests in schools, health institutions and media to create awareness will help women take action for their health.
- Written and visual materials on this subject; content should be created by considering the factors that prevent women from taking Pap smear test.
- Women who are embarrassed and afraid of being gynecological examination should be informed and encouraged about the importance of Pap smear test and gynecological examination by healthcare providers in gynecology and obstetrics outpatient clinics of the hospital where the research is conducted and other health institutions.
- Women who apply to hospitals, KETEM and Family Health Centers should be prepared weekly or monthly short-term training programs about the importance of the Pap smear test and cervical cancer by care providers.
- While studies to raise awareness of smear test and cervical cancer in the research hospital and other health institutions are conducted, the target with low socio-cultural and socio-economic should be primarily chosen.

- Healthcare providers should emphasize the screening aspect of the Pap smear test and the importance of having regular gynecological examinations even if there is no disease and effective consultancy service should be conducted.

- In cooperation with the Ministry of Health and the media, public spots should be prepared on the importance of cervical cancer, Pap smear screening test and gynecological examination.

If we increase awareness about cervical cancer and Pap smear test and also increase the awareness level that is available, it will contribute positively to the transformation of women's knowledge on behavior and overcoming the obstacles to taking Pap smear test.

References

1. Demirel G, Gölbaşı Z. Kadın Sağlığı Taramasında Güncel Durum. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;4(4):638-659.
2. Goodman A, Nour N. Cervical Cancer Screening: The Complex Interplay of Medical Infrastructure, Society, and Culture. The Oncologist 2014; 19:315-317.
3. Hpv Information Centre. Human Papillomavirus and Related Diseases Report; 2017 [cited 2018 July 21]; Available from: <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>
4. Öztürker C, Sönmez G. Endometrium ve Serviks Kanserlerinde Görüntüleme. Trd Sem 2015; 3:1-11.
5. Kolutek R, Avcı İA. Eğitim ve Evde İzlemin, Evli Kadınların Meme ve Serviks Kanseri ile İlgili Bilgi Düzeylerine ve Uygulamalarına Etkisi. J Breast Health 2015; 11:155-162.
6. Uluocak T, Bekar M. Kadın Sağlık Çalışanlarının Servikal Kansere İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2012; 2:50-57.
7. Görkem Ü, Arslan E, Toğrul C, Efetürk T, Güngör T. Human Papilloma Virüs Enfeksiyonu Farkındalığı Açısından Kimler Hedef Kitle Olmalıdır? Anket Çalışması. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2015; 3:93-98
8. Gökgöz N, Aktaş D. Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi 2015; 3(2):11-23
9. Eroğlu K, Koç G. Jinekolojik Kanser Kontrolü ve Hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014; 77- 90.
10. Pınar G, Topuz Ş, An Ş, Doğan N, Kaya N, Algier L. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların HPV Aşısı ve Serviks Kanseri ile İlgili Bilgi Düzeyleri. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2010; 13(1):11-18.

11. Gümüş AB, Çam O. Kadınların Serviks Kanseri İçin Erken Tanı Tutumları ile Benlik Saygısı, Beden Algısı Ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkiler. Nobel Medicus 2011; 7(3):46-52.
12. Karaca M, Palancı Y, Aksu SR. 'PAP Smear' Ne Kadar Biliniyor, Ne Kadar Uygulanıyor? Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2008; 18(1):22-28
13. Sevil S, Kevser O, Aleattin U, Özlem D. The Frequency of Having Pap-smear Tests Among Women Between 15-64 Years Old and The Evaluation of The Level of Their Knowledge. J Pak Med Assoc 2013; 63(7):873-877.
14. Aydoğdu NG, Bahar Z. Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2011; 4(1): 34-40.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Programı. [cited 2016 September 10]; Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Planı_2013_2018.pdf
16. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Ulusal Kanser Programı 2009-2015. [cited 2014 July 10]; Available from: http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/Ulusal_Kanser_Kontrol_Programi_2009-2015.pdf
17. Ozan YD, Ertem M. Diyarbakır'da Farklı Meslek Gruplarında Serviks Kanseri Tarama Sıklığı ve Bilgi Düzeyi; 2007. Turk Aile Hek Derg 2011; 15(4):147-152.
18. Seng LM, Rosman AN, Khan A, Haris NM, Mustapha NAS, Husaini NSM, et al. Awareness of Cervical Cancer Among Women in Malaysia. International Journal of Health Sciences 2018;12(4):42-48.
19. Burger EA, Kim JJ. The Value of Improving Failures within A Cervical Cancer Screening Program: An Example From Norway. Int J Cancer 2014; 135:1931-1939.
20. Leinonen MK, Campbell S, Klungsoyr O, Lonnberg S, Hansen BT, Nygard M. Personal and provider level factors influence participation to cervical cancer screening: A retrospective register-based study of 1.3 million women in Norway. Preventive Medicine 2017; 94:31-39.
21. Arabacı Z, Özsoy S. The Pap-Smear Test Experience of Women in Turkey: A Qualitative Study. Asian Pacific J Cancer Prev 2012; 13(11): 5687-5690.
22. Townsend JS, Stormo AR, Roland KB, Buenconsejo-Lum L, White S, Saraiya M. Current Cervical Cancer Screening Knowledge, Awareness, and Practices Among U.S.

Affiliated Pacific Island Providers: Opportunities and Challenges. *The Oncologist* 2014; 19:383–393.

23. Ozan H, Demir BÇ, Atik Y, Gümüş E, Özerkan K. Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Hastaların Human Papilloma Virüs ve Hpv Aşısı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2011; 37(3):145-148.

24. Gücük S, Alkan S, Arıca S, Ateş A. Van Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi Polikliniğine Başvuranların Pap Smear Konusundaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2011; 10(5):527-532.

25. Rezaie-Chamani S, Mohammadalizadeh-Charandabi S, Kamalifard M. Knowledge, Attitudes and Practice About Pap Smear Among Women Referring to A Public Hospital. *Journal of Family and Reproductive Health* 2012; 6(4):177- 182.

26. Aşilar RH, Köse S, Yıldırım A. Kadınların Servikal Kansere ve “Pap Smear” Testine İlişkin Bilgi, İnanç ve Davranışları. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2015; 7(2): 102-111.

27. Eze GU, Obiebi IP, Umuago IJ. Perspectives of cervical cancer and screening practices among staff of a teaching hospital in South-South Nigeria. *Journal of Cancer Research and Practice* 2018; 5(2):67-73.

28. Ak M, Canbal M, Turan S, Gürbüz N. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kadınlarda

Pap Smear Testinin Farkındalığının Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2010; 2(2):

1-4.

29. Gan DEH, Dahlui M. Cervical Screening Uptake and Its Predictors Among Rural Women in Malaysia. *Singapore Med J* 2013; 54(3):163-168.

30. Assoumou SZ, Mabika BM, Mbiguino AN, Mouallif M, Khattabi A, Ennaji MM. Awareness and Knowledge Regarding of Cervical Cancer, Pap Smear Screening and Human Papillomavirus Infection in Gabonese Women. *BMC Womens Health* 2015; 15(37): 1-7.

31. Prateek S, Gupta S, Gupta A, Choudhary S, Prakash D, Nain G. Knowledge and Attitude of Women Attending Subharti Medical College Towards Pap Smear. *J Obstet Gynaecol* 2018; 1-3.

32. Gözüm S, Çapık C. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2014; 7(3):230-237

33. Thippeveeranna C, Mohan SS, Singh LR, Singh NN. Knowledge, Attitude and Practice of the Pap Smear as a Screening Procedure Among Nurses in A Tertiary Hospital in North Eastern India. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14(2):849-852.
34. Jia Y, Li S, Yang R, Zhou H, Xiang Q, Hu T, et al. Knowledge About Cervical Cancer and Barriers of Screening Program Among Women in Wufeng County, a High-Incidence Region of Cervical Cancer in China. *PLoS One* 2013; 8(7):1-7.
35. Budkaew J, Chumworathayi B. Factors Associated with Decisions to Attend Cervical Cancer Screening Among Women Aged 30-60 Years in Chatapadung Contracting Medical Unit, Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014; 15(12): 4903-4907.
36. Bal MD. Kadınların Pap Smear Yaptırma Durumlarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile Değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2014; 4(3): 133-138.
37. Naidu SL, Heller G, Qalomaiwasa G, Naidu S, Gyaneshwar R. Knowledge, Attitude, Practice and Barriers Regarding Cervical Cancer and Its Screening Using Pap Smear, in Rural Women of Ba, Lautoka and Nadi, Fiji. *Pacific Journal of Reproductive Health* 2015; 1(2):50-59.
38. Sönmez Y, Nayir T, Köse S, Gökçe B, Kişioğlu AN. Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 20 Yaş ve Üzeri Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları. *SDÜ Tıp Fak Derg* 2012; 19(4):124-130.
39. Okunowo AA, Daramola ES, Soibi-Harry AP, Ezenwankwo FC, Kuku JO, Okunade KS, et al. Women's knowledge of cervical cancer and uptake of Pap smear testing and the factors influencing it in a Nigerian tertiary hospital. *Journal of Cancer Research and Practice* 2018; 1-7.
40. Altay B, Kefeli B. Jinekolojik Muayeneye Gelen Kadınların Anksiyete Düzeyi ve Etkileyen Bazı Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2012, 5(4): 134-141.
41. Yeo CMT, Fang H, Thilagamangai Koh SSL, Shorey S. Factors Affecting Pap Smear Uptake in a Maternity Hospital: A Descriptive Cross-sectional Study. *J Adv Nurs* 2018; 1-32.
42. Güvenç G, Akyüz A, Yenen MC. Effectiveness of Nursing Interventions to Increase Pap Smear Test Screening. *Res Nurs Health* 2013; 36:146-157.
43. Augusto EF, Rosa MLG, Cavalcanti SMB, Oliveira LHS. Barriers to Cervical Cancer Screening in Women Attending the Family Medical Program in Niteroi, Rio de Janeiro. *Arch Gynecol Obstet* 2013; 287(1): 53-58.
44. Baskaran P, Subramanian P, Rahman RA, Ping WL, Taib NAM, Rosli R. Perceived Susceptibility, and Cervical Cancer Screening Benefits and Barriers in Malaysian Women Visiting Outpatient Clinics. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14(12): 7693-7699.

45. Wongwatcharanukul L, Promthet S, Bradshaw P, Jirapornkul C, Tungsrithong N. Factors Affecting Cervical Cancer Screening Uptake by Hmong Hilltribe Women in Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014; 15(8):3753-3756.
46. Kivistik A, Lang K, Baili P, Anttila A, Veerus P. Women's Knowledge About Cervical Cancer Risk Factors, Screening and Reasons for Nonparticipation in Cervical Cancer Screening Programme in Estonia. *BMC Womens Health* 2011; 11(43):1-6.
47. Mutambara J, Mutandwa P, Mahapa M, Chirasha V, Nkiwane S, Shangahaidonhi T. Knowledge, attitudes and practices of cervical cancer screening among women who attend traditional churches in Zimbabwe. *Journal of Cancer Research and Practice* 2017; 4(2):53-58.
48. Bansal AB, Pakhare AP, Kapoor N, Mehrotra R, Kokane AM. Knowledge, Attitude, and Practices Related to Cervical Cancer Among Adult Women: A Hospital-Based Cross-Sectional Study. *J Nat Sci Biol Med* 2015; 6(2):324-328.
49. Ebu NI, Mupepi SC, Siakwa MP, Sampsellem CM. Knowledge, Practice, and Barriers Toward Cervical Cancer Screening in Elmina, Southern Ghana. *Int J Womens Health* 2015; 7:31-39.
50. Bekar M, Güler H, Evcili F, Demirel G, Duran O. Determining the Knowledge of Women and Their Attitudes Regarding Gynecological Cancer Prevention. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013; 14(10): 6055-6059.
51. Senol V, Balcı E, Çetinkaya F, Elmalı F. Women's Knowledge and Behavior on Cervical Cancer, in Kayseri, Turkey. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2012; 32(3):694-701.
52. Ranabhat S, Tiwari M, Dhungana G, Shrestha R. Association of Knowledge, Attitude and Demographic Variables with Cervical Pap Smear Practice in Nepal. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014; 15(20): 8905-8910.

Anahtar Kelimeler: Farkındalık, Pap Smear, Serviks kanseri

Bildiri No: 78 Bildiri Türü: Sözlü Bildiri

**Kadınların Pap smear Tarama Testini Yaptırmalarının Önündeki Engeller
Yasemin Öztürk¹, Elif Gürsoy²**

*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim
Dalı, Eskişehir*

Giriş

Kanser görülme sıklığının günden güne artması, dünya ve Türkiye için önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (1). Kanser yükünün önemli bir kısmını kadın kanserleri dediğimiz meme, yumurtalık, rahim ve rahim ağzı kanserleri gibi genital sisteme ait kanserler oluşturur. Dünyada jinekolojik kanserler hemen hemen tüm ülkelerde önemli morbidite ve mortalite nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (2). Kadın sağlığı açısından jinekolojik kanserler birçok boyutuyla ele alınmalıdır. Jinekolojik kanserler kadının; kadınlık algısını, doğurganlığını, cinsel yaşamını ve aile yapısını olumsuz etkilemektedir. Kaygı, depresyon, öfke, umutsuzluk, çaresizlik, şok, suçluluk duyguları ile kadında benlik imgesi ve benlik saygısında bozulmalara neden olmaktadır (3,4).

Serviks kanseri kadın kanserleri arasında dünyada dördüncü sırada yer almaktadır ve insidans oranı 14/100000'dir. Yıllık yaklaşık 527624 kadın yeni serviks kanseri tanısı alırken 265672 kadın ise ölmektedir (5). Serviks kanserinin Türkiye'de ki yaşa göre insidansı yüz binde 4.3, mortalitesi ise yüz binde 1.7'dir (6). GLOBOCAN 2012 verilerine göre Türkiye'de serviks kanseri insidansı tüm kanserler içerisinde 11. sırada, jinekolojik kanserler içerisinde ise üçüncü sıradadır (7). Serviks kanserinin önlenmesi ve tedavi edilebilmesi açısından risk faktörlerinin belirlenmesi, erken tanı ve tedavisi oldukça önemlidir (8). Serviks kanserinin erken tanısının konulabilmesi için en önemli tarama testlerinden olan Pap smear tarama testinin önemini fark edilmesini sağlamak halk sağlığı ve özellikle kadın sağlığı için önemli bir basamaktır (9).

Bu derlemenin amacı kadınların Pap smear testini yaptırmalarının önündeki engelleri ortaya koymaktır.

Kadınların Pap Smear Taramasına Katılımının Önündeki Engeller

Kansere bağlı ölümlerin azaltılmasında, tarama testleri en temel noktayı oluşturur (16). Organize edilmiş serviks kanseri tarama programları, kanser riskini ve ölümleri önemli ölçüde azaltsa da iyileştirilmesi gereken alanlar günümüzde halen mevcuttur (25). Pap smear testi, serviks kanserinin erken evrede tanılanmasını sağlayan ve tedavinin etkinliğini arttıran bir testtir. Bu konuda yapılan çeşitli çalışmalarda Pap smear tarama testinin uygulanmasındaki başarısızlığın temel nedenini; yetersiz eğitim ve farkındalık, bilgi eksikliği, dini inanışlar, kültürel problemler, ekonomik nedenler, serviks kanseri ve jinekolojik muayene hakkındaki yanlış algı, psikososyal ve demografik özelliklere bağlı diğer nedenler olarak sıralamışlardır (26,27,28,29). Tüm bu nedenler kadınların serviks kanserine karşı erken tanı ve olumlu sağlık davranışı geliştirmelerini engellemektedir. Farklı faktörler kadınların kendi sağlıklarını koruma ve geliştirmelerine yönelik farklı davranış ve tutum geliştirmelerine neden olmaktadır (30).

Ülkemizde yirmi yıldan uzun süredir Pap smear taraması uygulaması gerçekleştirilmektedir. Bu uygulama; uzmana bağımlı olunması, uzmanların konuya ilgisiz davranması, halkın ilgisinin eksik olması gibi birçok nedenden dolayı amaçlanan %70 kapsayıcılıktan uzak kalmıştır. Sadece hedeflenen kadın nüfusunun %20'si tarama programı

kapsamında taranabilmiştir (18). Tarama programlarının başarıya ulaşmasında aile hekimlerinin rolü büyüktür. Özellikle bu konuda aile hekimlerinin farkındalığa sahip olmaları, literatürdeki son gelişmelere göre yeterli bilgi düzeylerinin bulunması, erken tanı ve tedavi için hastaları yönlendirmeleri büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda, aile hekimlerine güncel koruyucu hekimlik görev ve sorumlulukları çerçevesinde eğitimler verilmelidir (19,31). Aile hekimleri, kendisine bağlı olan bireylerin sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi hususunda önemli bir konuma sahiptir. **Aile hekimliği** periyodik sağlık muayenesi uygulamalarının odağında yer almaktadır (32). Ancak, aile hekimleri ve aile sağlığı merkezlerinde (ASM) çalışan ebe ve hemşirelerin servikal tarama testlerini tam anlamıyla yapmalarının önünde çeşitli engeller bulunmaktadır. Bu engeller; artan iş yüküne karşın başta ebe ve hemşire olmak üzere yeterli sağlık personelinin olmayışı, HPV taraması için muayene alanının yetersiz olması (ASM değerlendirme kriterlerinde aile planlaması ve jinekolojik muayene odası gerekliliğinin sadece jinekolojik masaya çekilmiş olması), ASM ile diğer basamak kurumları arasında iletişimin olmaması, tanı sonucu ve takip basamakları hakkında aile hekimlerinin bilgilendirilmemesi, ASM ile KETEM vb. birinci basamak kuruluşları arasında iletişimin yetersiz olması, hedef kitle için takip uygulamalarının bulunmaması (tarama testi pozitif çıkan bir hastanın bu aşamadan sonraki sürecinin tümüyle aile hekiminin bilgisi dışında olması), hizmetiçi eğitimlerin yetersiz olması ve kamuoyunda farkındalığın yeterince oluşmamasıdır. Bunun bir sonucu olarak ASM'ye kanser taramamı yaptırmak için geldim diyen başvuran sayısı neredeyse yok gibidir. Ayrıca, kadın doğum hekimleri tarafından muayene edilirken kadınlara Pap smear testinin yapılmış olması da kadınların test yaptırmak için ASM'ye başvuramamalarına ve düzenli tarama yapılmamasına neden olmaktadır (33). Tüm bu engeller çözüme kavuştuğunda; aile hekimleri, koruyucu hekimlik kapsamında üreme çağındaki kadınlara uygulayacakları tarama testleri ile serviks kanserini premalign aşamada tespit ederek insidans ve mortalitenin azalmasına önemli derece katkı sağlayabileceklerdir (34).

Genel popülasyon içerisindeki yüksek kanser tarama oranları bireyin sahip olduğu sağlık inançlarıyla ilişkilendirilmektedir (35). Sağlık inanç modeline göre; algılanan engeller, sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algıdır (30). Bireyler, bir sağlık sorununun kendilerine ciddi düzeyde zarar vereceğine yönelik duyarlı ise, eyleme geçtikleri zaman kendilerine gelecek zararların azalacağını düşünürler. Eyleme geçilmez ise, engel algısı oluşturan faktörlerin külfetinden (maliyet, zaman, vs.) daha ağır sonuçlar doğabileceğine inanmaktadırlar (36). Örneğin kanser konusundaki algılanan hassasiyet, öz-yeterlilik, taramanın getirdiği fayda algılamasının yüksek olması ile kanser tarama oranlarında artış olmaktadır. Korku, kadercilik, utanma, sağlık kaynaklarına erişimden yoksun olma gibi engeller olduğunda ise kanser tarama oranlarında düşüş yaşanmaktadır (35). Algılanan duyarlılıkta, ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin etkisini azaltırsa, davranış gerçekleştirilir. Algılanan duyarlılığın artması ile riski azaltmak için harekete geçme olasılığı artmaktadır (30). Buna paralel olarak kadınların Pap smear testinin yararlılığına ilişkin olumlu algısı arttıkça; duyarlılık, ciddiyet, sağlık motivasyonu da paralel olarak artmaktadır (37). Algılanan duyarlılığın Pap smear testi yaptırmaya üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, algılanan duyarlılığın yüksek olduğu kadınlarda Pap smear yaptırmaya oranlarının 1.1 kat arttığı, algılanan yarar seviyesinin yüksek olduğu kadınlarda düşük olan kadınlara göre Pap smear testi yaptırmaya oranının 1.3 kat fazla olduğu saptanmıştır (30).

Serviks kanseri insidans ve mortalitesini azaltabilmek için serviks kanserine neden olabilecek risk faktörlerinden korunmak gerekmektedir (38). Serviks kanserinin önlenmesinin önündeki en büyük engel **hiç tarama yaptırmamaktır** (3). Gelişmiş ülkelerde

görülen birçok serviks kanseri vakasını düzenli Pap smear testi yaptırmayan kadınlar oluşturmaktadır (39). Bir kadın yaşamı boyunca Pap smear testini hiç yaptırmamışsa serviks kanserine yakalanma riski %1 artmaktadır (40). Sağlık sorumluluğu, bireyin sağlığı geliştirme davranışına başlamasını ve devam etmesini etkiler (41). Çağdaş halk sağlığı felsefesinde en önemli unsur bireylerin hasta olmadan önce, henüz sağlıklı iken sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleridir (36). Üç Kuzey Avrupa tarama programı sürveyansına göre serviks kanseri tanısı alanların en az yarısı tarama kılavuzlarına göre hiçbir şikayeti olmayan kadınlardan oluşmaktadır (25). Gelişmiş ülkelerde kadınlar en azından sağlık sigorta sisteminin zorlamasıyla da olsa jinekolojik muayenelerini yeterli bir sıklıkta yaptırdıkları bilinmektedir. Aksakal'ın çalışmasında ülkemizde hiçbir şikayeti yokken sadece kontrol için başvuran hasta sayısının sağlık otoritelerini şaşkırtacak kadar az olduğunu belirtilmektedir (42). Özellikle kadınların hastalanmadan sağlık kontrolüne gitme alışkanlığının henüz tam yerleşmemiş olduğu bilinmektedir (8).

Kadın sağlığı için önemli bir problem olan serviks kanseri ve Pap smear tarama testinin toplum tarafından ne ölçüde bilindiği ve uygulanır olduğu önemli bir sağlık sorunudur (43). Pap smear tarama testi ve bu testin serviks kanserinin erken dönemde tanılanmasındaki önemi hakkındaki **bilgi düzeyinin yetersizliği**, kadınların Pap smear tarama testi programına katılmayı engelleyen faktörlerin başında gelmektedir (1). Pap smear tarama testi ile ilgili düşük bilgi düzeyi, yanlış tutum ve inanışlar, kadınların sağlığını koruma ve geliştirmelerine yönelik olumsuz tutum ve davranışlar sergilemelerine neden olmaktadır (44).

Bilgi eksikliği dışında Pap smear testini yaptırma kararını birçok faktör etkilemektedir. **Jinekolojik muayene** bu faktörlerden bir tanesidir. Jinekolojik muayene çoğu zaman kadınlar için korkutucu olabilmektedir (45). Gerek muayenenin özelliği gerekse sağlık personelinin olumsuz tutumu da jinekolojik muayeneyi zorlaştıran ve korkutan faktörlerin başında gelmektedir (46). Kadınlar, hastane ve test prosedürleri ile testin sonucunun kötü çıkmasına ilişkin korku, endişe gibi duygusal tepkilerden etkilenebilmektedir (45). Ayrıca psikolojik ve sosyokültürel faktörler, kadınların serviks kanserinde erken tanı davranışlarını etkilemektedir. Pap smear testi yaptırma, kadınlar için farklı anlamlar taşıyabilir. Cinsel organlar özellikle geleneksel ve tutucu toplumlarda **mahrem** olarak algılanmaktadır. Bu kültürde yetişen kadınlar jinekolojik sorunları için sağlık kuruluşlarına başvurmaya çekinmekte ve kaygı duymaktadır. Bu kaygının temel nedeni, mahrem olarak kabul edilen cinsel organların muayene sırasında gösterilme zorunluluğudur (46). Müslüman ülkelerde kültürün getirdiği inanç ve tutumlar da smear aldırma davranışlarını etkileyebilmektedir. Özellikle müslüman toplumlarda serviks kanseri taramalarına katılımı engelleyen; sağlık personelinin çekinmek, mahremiyet duygusu, erkek doktorlara gitmemek, bedenine dokunmamak gibi rahatsız edici duygulara karşı kadınlar cesaretlendirilmelidir (13).

Serviks kanseri tarama programlarına katılımın sağlanmasının önündeki engelleri aşmadaki en büyük zorluklardan bir diğeri de **yoksulluktur**. DSÖ'nün gelişmekte olan 15 ülkede yaptığı araştırmada servikal kanser tarama oranı %4.1'dir. Bu durumun nedeni olarak, ev halkının sosyoekonomik statüsü ve gayri safi yurtiçi hasılanın sağlık harcamalarındaki yeri gösterilmiştir (22). Düşük sosyoekonomik durum ve buna bağlı olarak yoksulluk, sağlık hizmetlerine erişim ve servikal kanser taraması için bir engel oluşturabilmektedir. Özellikle düşük gelirli ve sigortasız insanlara hastalığın geç dönemlerinde kanser teşhisi konması ve bu insanların standartların altında klinik bakım ve hizmetler alması ve hastalıktan ölmesi daha olasıdır (47). Serviks kanserinin yüksek insidans ve mortalite oranları ile Pap smear taramasına yetersiz katılım düşük sosyoekonomik düzeyle ilişkilidir (48). Amerika'da yapılan çalışmalarda tarama yapılmayan grupların; yaşlı kadınlar, sigortası olmayanlar, etnik

azınlıklar, özellikle kırsal kesimde yaşayan fakir kadınlardan oluştuğu tespit edilmiştir (49). Düşük geliri ve sigortasız olma daha geç evrede kanser tanısının konulmasına ve sağlık hizmetinden standartlar altında faydalanmaya neden olmaktadır (47). Ma ve ark. çalışmasında yaş, medeni durum, meslek, gelir ve sağlık güvencesine sahip olmanın servikal kanser taraması ile önemli derecede ilişkili olduğu belirlenmiştir (48). Documét ve ark. araştırmasında ise sosyal destek ve eğitim düzeyinin Pap smear taramasına katılımı etkilediği, fakat yüksek sosyal desteğin çoğu eğitilmiş kadın için bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır (50).

Ülkemizdeki kadınlar diğer ülkelerdeki kadınlarla benzer nedenlerden dolayı Pap smear testini ya hiç yaptırmamakta ya da düzenli tarama yaptırmamaktadır. Oysa ki periyodik olarak Pap smear testi yaptırmak gelişmiş ülkelerde serviks kanseri insidansının azalmasına katkı sağlamıştır (51). Sağlık Bakanlığı'nın 2017 yılında yaptığı bir saha çalışmasına katılan 30-65 yaş grubundaki kadınların yaklaşık yarısında hiç serviks kanseri taramasının yapılmadığı bildirilmiştir (52). Türkiye İstatistik Kurumu 2016 yılı verilerine göre ülkemizde 15 yaş ve üstü kadınların %69.3'ü hiç Pap smear testi yaptırmamıştır (53). Bu konu hakkında yapılan ulusal çalışmalar incelendiğinde ise kadınların; Pap smear testini daha önce hiç duymamış olma, hiç jinekolojik muayene olmama, bilgi eksikliği, testin gerekli olduğunu düşünmeme, utanma, işlemden ve jinekolojik muayene olmaktan korkma, kendini risk altında görmeme, mahremiyet algısı, ihmalkarlık, maddi yetersizliklere bağlı olarak sağlık hizmetine ulaşamama, menopoza girme gibi nedenlerden dolayı Pap smear testini yaptırmadıkları saptanmıştır (16,54,55,56,57,58).

Sonuç ve Öneriler

Küresel bir sağlık sorunu olan serviks kanserinin ülkemizdeki görülme sıklığının ve mortalitesinin daha da azalabilmesi için tarama programlarının uygun yaş aralığındaki popülasyona etkin bir şekilde uygulanması ve toplumda özellikle kadınlar arasında farkındalığın artırılması gerekmektedir. Farkındalığın artırılabilmesi için kadınların Pap smear taramasına katılımının önündeki engellerin derinlemesine incelenmesi ve dikkate alınması gerekmektedir. Bu bağlamda;

- Serviks kanserinin hiçbir belirti vermeden 10-15 yıl önce başladığı, bu nedenle kontrol için düzenli jinekolojik muayeneye gitmenin önemi kadınlara kavratılabilir. Bunun için ulusal ve kurumsal yapılandırılmış programlar etkin olarak uygulanmalıdır. Özellikle birinci basamakta, halk sağlığı eğitimi içerisinde yer verilmelidir.
- Birinci basamakta görevli olan sağlık personelleri başta olmak üzere bu konuda görevli tüm sağlık personellerinin Pap smear testini, şikayeti olan ve risk grubundaki kişilere önermesinin yanı sıra tarama yönüne de vurgu yaparak bilgilendirmesi, kadınlar başta olmak üzere toplumun bu konunun önemi hakkındaki bilinç düzeyinin artmasına olanak sağlayacaktır.
- Sağlık personelleri, jinekolojik muayeneden utanan, korkan, çekinen kadınları Pap smear testi konusunda desteklemelidir. Sağlık kuruluşları veya sağlık personelleri tarafından kadınlara yönelik jinekolojik muayene sırasında yaşadıkları anksiyeteyi azaltabilecek girişimlerin uygulanması, kadınların sonraki muayenelere daha rahat gelebilmelerini ve hastalık etkeni olmasa bile düzenli jinekolojik muayene yaptırmalarına ve serviks kanseri tarama programlarına katılmalarına katkı sağlayacaktır.

- Eğitim seviyesinin ve gelir düzeyinin düşük olması kadınların sağlık hizmetine ulaşımını olumsuz etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Mahremiyet duygusu ve kanser olma korkusunu da içerisinde barındıran tüm bu engeller kadınların Pap smear taramasına yaklaşımlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Kadının sağlığını geliştirebilmek, taramaya katılımını sağlayabilmek ve serviks kanseri insidans ve mortalitesini azaltabilmek için önce kadını güçlendirmek gerekmektedir. Kadın güçlenirse, eğitim seviyesi artarsa, ekonomik bağımsızlığını kazanırsa, refah düzeyi artarak kendi sağlığının kontrolünü daha rahat yaptırabilir. Bu nedenle sağlık otoritelerinin ve sağlık profesyonellerinin bu konun önemini kavramaları önemlidir. Özellikle sağlığı koruma, geliştirme, eğitim, danışmanlık, savunuculuk ve riskleri erken tespit etme konusunda çağdaş rolleri olan ebe ve hemşirelerin bu rollerini yerine getirmeleri serviks kanserinden korunma ve erken tanı açısından önemlidir.

Kaynaklar

1. Kolutek R, Avcı İA. Eğitim ve Evde İzlemin, Evli Kadınların Meme ve Serviks Kanseri İle İlgili Bilgi Düzeylerine ve Uygulamalarına Etkisi. J Breast Health 2015;11:155-62.
2. Ayhan A. (Ed.) Jinekolojik Onkoloji. 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri;2013. s.25
3. Demirel G, Gölbaşı Z. Kadın Sağlığı Taramasında Güncel Durum. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;4(4):638-59.
4. Okumuş H, Çiçek Ö, Tokat MA. Jinekolojik Onkoloji Hemşireliğinde Güncel Durum. KASHED 2015;2(2):1-12.
5. Human Papillomavirus and Related Diseases Report. HPV INFORMATION CENTRE. Erişim Tarihi: 21.07.2018 <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>
6. Öztürker C, Sönmez G. Endometrium ve Serviks Kanselerinde Görüntüleme. Trd Sem 2015;3:1-11.
7. GLOBOCAN 2012. World Health Organization. Erişim Tarihi: 01.07.16 http://globocan.iarc.fr/old/bar_pop.asp?selection=201792&title=Turkey&sex=2&statistic=0&window=1&grid=1&info=1&color1=5&color1e=&color2=4&color2e=&orientation=1&submit=%C2%A0Execute
8. Pınar G, Topuz Ş, An Ş, Doğan N, Kaya N, Algier L. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların HPV Aşısı ve Serviks Kanseri ile İlgili Bilgi Düzeyleri. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2010;1:11-8.
9. Ozan YD, Ertem M. Diyarbakır'da Farklı Meslek Gruplarında Serviks Kanseri Tarama Sıklığı ve Bilgi Düzeyi; 2007. Türk Aile Hek Derg 2011;15(4):147-52.
10. Papapetrou I, Charalambous G, Sissouras A, Jelastopulu E. Cervical Cancer Screening in the Municipality of Nicosia, Cyprus –Coverage and Association with Socioeconomic Determinants. Austin J Public Health Epidemiol 2016;3(1):1-6.
11. Sönmez Y, Nayir T, Köse S, Gökçe B, Kişioğlu AN. Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 20 Yaş ve Üzeri Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları. S.D.Ü Tıp Fak. Derg. 2012;19(4):124-30.
12. Enerly E, Bonde J, Schee K, Pedersen H, Lönnberg S, Nygard M. Self-Sampling for Human Papillomavirus Testing among Non-Attendees Increases Attendance to the Norwegian Cervical Cancer Screening Programme. PLoS ONE 2016;11(4):1-14.
13. Güvenç G, Akyüz A, Yenen MC. Effectiveness of Nursing Interventions to Increase Pap Smear Test Screening. Res Nurs Health 2013;36(2):146-57.
14. Aydoğdu SGM, Özsoy Ü. Serviks Kanseri ve HPV. Androl Bul 2018;20:25-9.

15. Nazlıcan E, Akbaba M, Koyuncu H, Savaş N, Karaca B. Hatay İli Kisecek Bölgesinde 35–40 Yaş Arası Kadınlarda Serviks Kanseri Taraması. TAF Prev Med Bull 2010;9(5):471-4.
16. Işık O, Çelik M, Ketten HS, Dalgacı AF, Yıldırım F. Kadın Doktorların Pap Smear Testi Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. Cukurova Med J 2016;41(2):291-8.
17. Ersöz Ş, Reis A, Baki N. Trabzon İlinde Servikal Tarama Programı. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2010;7(1):35-9.
18. Türkiye Kanser Kontrol Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Erişim Tarihi: 28.09.2019
https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf
19. Kaya C, Üstü Y, Özyörük E, Aydemir Ö, Şimşek Ç, Şahin AD. Sağlık Çalışanlarının Kanser Taramaları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Ankara Med J 2017;1:73-83.
20. Açıkgöz A, Çehrelı R, Ellidokuz H. Kadınların Kanser Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2011;25(3):145-54.
21. Ceylan Y, Yıldırım G, Aslan H, Gül A, Gedikbaşı A. (Ed.) Williams Jinekoloji. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;2010. s.647.
22. Goodman A, Nour N. Cervical Cancer Screening: The Complex Interplay of Medical Infrastructure, Society, and Culture. Oncologist 2014;19:315-7.
23. Comprehensive Cervical Cancer Control A Guide to Essential Practice. World Health Organization. Erişim Tarihi: 22.10.15
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/1/9789241548953_eng.pdf?ua=1
24. Jia Y, Li S, Yang R, Zhou H, Xiang Q, Hu T, Zhang Q, Chen Z, Ma D, Feng L. Knowledge about Cervical Cancer and Barriers of Screening Program among Women in Wufeng County, a High-Incidence Region of Cervical Cancer in China. PLoS ONE 2013;8(7):1-7.
25. Burger EA, Kim JJ. The Value of Improving Failures within a Cervical Cancer Screening Program: An Example from Norway. Int J Cancer 2014;135(8):1931-9.
26. Daryani S, Shojaeizadeh D, Batebi A, Charati JY, Naghibi A. The effect of education based on a health belief model in women's practice with regard to the Pap smear test. Journal of Cancer Policy 2016;8:51-6.
27. Dehdari T, Hassani L, Shojaeizadeh D, Hajizadeh E, Nedjat S, Abedini M. Predictors of Iranian Women's Intention to First Papanicolaou Test Practice: An Application of Protection Motivation Theory. Indian Journal of Cancer 2016;53(1):50-3.
28. Sudenga SL, Rositch AF, Otieno WA, Smith JS. Brief Report: Knowledge, Attitudes, Practices and Perceived Risk of Cervical Cancer Among Kenyan Women. Int J Gynecol Cancer 2013;23(5):895–9.
29. Ashtarian H, Mirzabeigi E, Mahmoodi E, Khezeli M. Knowledge About Cervical Cancer and Pap Smear and The Factors Influencing The Pap Test Screening Among Women. Int J Community Based Nurs Midwifery 2017;5(2):188-95.
30. Aydoğdu NG, Bahar Z. Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme Ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. DEUHYO ED 2011;4(1):34-40.
31. Korkmazer B, Kılınçarslan MG, Sarıgül B, Şahin EM. Araştırma Görevlisi Hekimlerin Kanser Tarama Hakkındaki Tutum ve Davranışları. Troia Med J 2019;1(2):73-9.

32. Sönmez CI, Dinçer D, Küçükdağ HN, Başer DA, Benli AR. Periyodik Sağlık Muayenesi Hakkında Hastaların Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Journal of Anatolian Medical Research* 2018;3(1):11-22.
33. Ulutaş Y, Ünal F. (Ed.) Birinci Basamakta Toplum Tabanlı Kanser Taramaları Sempozyumu. 1. Basım. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları;2019
34. Şen S, Başar F. Kütahya Bölgesinde Yaşayan Kadınların Pap Smear Testi Konusundaki Farkındalıkları. *STED* 2019;28(1):28-36.
35. Friedman AM, Hemler JR, Rossetti E, Clemow LP, Ferrante JM. Obese Women's Barriers to Mammography and Pap Smear: The Possible Role of Personality. *Obesity (Silver Spring)* 2012;20(8):1611-7.
36. Gözüm S, Çapık C. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. *DEUHYO ED* 2014;7(3):230-7.
37. Gökgöz N, Aktaş D. Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi* 2015;3(2):11-23.
38. Uluocak T, Bekar M. Kadın Sağlık Çalışanlarının Servikal Kansere İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2012;(2):50-7.
39. Üstün C, Koçak İ. (Ed.) Obstetrik ve Jinekolojinin Temelleri. 4. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;2009. s.447
40. Arabacı Z, Özsoy S. The Pap-Smear Test Experience of Women in Turkey: A Qualitative Study. *Asian Pacific J Cancer* 2012;13(11):5687-90.
41. Şimşekoğlu N, Mayda AS. Bir Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2016;(1):19-29.
42. Aksakal OS. Jinekolojik Muayenenin Psikososyal-Medikal Yönü. *T Klin Jinekol Obst* 2001;11:62-7.
43. Bekar M, Güler G, Doğaner G, Yılmaz M, Güler N, Güler H, Kocataş S. Akademisyenlerin Serviks Kanseri Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2011;4:102-9.
44. Bal MD. Kadınların Pap Smear Yaptırma Durumlarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile Değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2014;4(3):133-8.
45. Altay B, Kefeli B. Jinekolojik Muayeneye Gelen Kadınların Anksiyete Düzeyi ve Etkileyen Bazı Faktörler. *DEUHYO ED* 2012;5(4):134-41.
46. Gümüş AB, Çam O. Kadınların Serviks Kanseri İçin Erken Tanı Tutumları ile Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkiler. *NOBEL MEDICUS* 21 2011;7(3):46-52.
47. Del Carmen MG, Avila-Wallace M. Effect of Health Care Disparities on Screening. *Clin Obstet Gynecol* 2013;56(1):65-75.
48. Ma GX, Wang MQ, Ma XS, Shive SE, Tan Y. Toubbeh JI. Pathways of cervical cancer screening among Chinese women. *Int J Womens Health* 2013;5:351-9.
49. Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. (Ed.) Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi 2. Cilt. 3. Baskı. Ankara: Atlas Kitapçılık;2012. s.1290
50. Documet PI, Bear TM, Flatt JD, Trauth J, Macia L, Ricci EM. The Association of Social Support and Socioeconomic Status with Breast and Cervical Cancer Screening. *Health Educ Behav* 2015;42(1):55-64.
51. Demirhindi H, Nazlıcan E, Akbaba M. Cervical Cancer Screening in Turkey: A Community-based Experience After 60 Years of Pap Smear Usage. [Asian Pacific J Cancer Prev](#) 2012;13(12):6497-500.

52. Üner S, Balcılar M, Ergüder T (Ed.) Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). 1. Baskı. Ankara: Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi;2018.
53. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık;2018
54. Öztürk Y, Gürsoy E. Kadınların Pap Smear Testine ve Serviks Kanserine Yönelik Farkındalıkları ve Testi Yaptırmama Nedenlerinin Değerlendirilmesi. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi 2018;14:1-21.
55. Pehlivanoglu EFÖ, Sarı HB, Balcıoğlu H, Ünlüoğlu İ. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Kadın Hastaların Human Papilloma Virüs Aşılması ve Serviks Kanseri Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Ortadoğu Tıp Derg 2019;11(4):456-60.
56. Eke RN, Sezik HA, Özen M. Serviks Kanseri; Kadın Hekimler Yeterince Farkında Mı? Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi 2016;26(1):53-7.
57. Duman NB, Koçak DY, Albayrak SA, Topuz Ş, Yılmazel G. Kırk Yaş Üstü Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN 2015;1(1):30-8.
58. Kızılırmak A, Kocaöz S. Bir Üniversitedeki Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testine İlişkin Sağlık İnançlarını Etkileyen Faktörler. STED 2018;27(3):165- 175.

Anahtar Kelimeler: Farkındalık, kadın sağlığı, Pap smear testi, serviks kanseri

Bildiri No: 79 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Gebe Kadınların Gebelik Döneminde Önerilen Aşılar Karşı Tutumunun İncelenmesi
Z. Aşlı Oskovı-Kaplan¹, Harun Kılıckıran¹, Gul Nihal Büyük¹, Seda Topcu², Ali Turhan Çağlar¹, Hasan Onur Topcu³, Özlem Moraloglu Tekin¹

Ankara Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hastanesi
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı
Memorial Ankara Hastanesi

Amaç: Uluslararası rehberler gebelikte Tdap (tetanos-difteri-aselüler boğmaca) ve influenza aşılarının rutin olarak uygulanmasını önermektedir (1, 2). Bu aşılar annenin morbiditeden korumayı, neonatal tetanosu önlemeyi ve; bebeğin 6. Ay aşuları tamamlanana kadar bebeği transplental antikorlar, anne sütünden geçen antikorlar ve koza etkisi sayesinde boğmacadan koryumayı amaçlar (3, 4).

Yöntem: Bu kesitsel araştırma, üçüncü basamak obstetrik bir merkezde, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Ocak 2018'de gerçekleştirilmiş, 36 hafta ve üzeri gebelere, gebelik döneminde önerilen aşılar hakkındaki tutumları ile ilgili anket uygulanmıştır.

Bulgular: Toplam 310 kadın çalışmaya dahil edilmiş olup ortalama yaşları 28.0±5.5 (16-43) idi. Hastaların %91.6'sı düzenli gebelik takibine gittiğini, 5.1'i doktora 3 kereden az başvurduğunu belirtti. Hastaların %84.2'si çocukluk çağı aşılarının düzenli yapıldığından emindi. Gebelik takiplerinin %91.9'u devlet hastanesinde, 7.1'i üniversite hastanesinde, %4.5'i özel hastanede, 1'i aile hekimliğinde yapılmıştı. İnfluenza aşısı tutumu sorgulandığında hastaların %91'i hiç aşılanmadığını, %4.5'i salgın durumunda aşı yaptıracığını, %1.3'ü her yıl aşılandığını belirtti. Td aşısı için; %28.7'si hiç aşılanmadığını, %53.9'u yaralanma sonrası aşı yaptırmayı tercih ettiğini, %17.4'ü her 10 yılda bir aşılandığını belirtti.

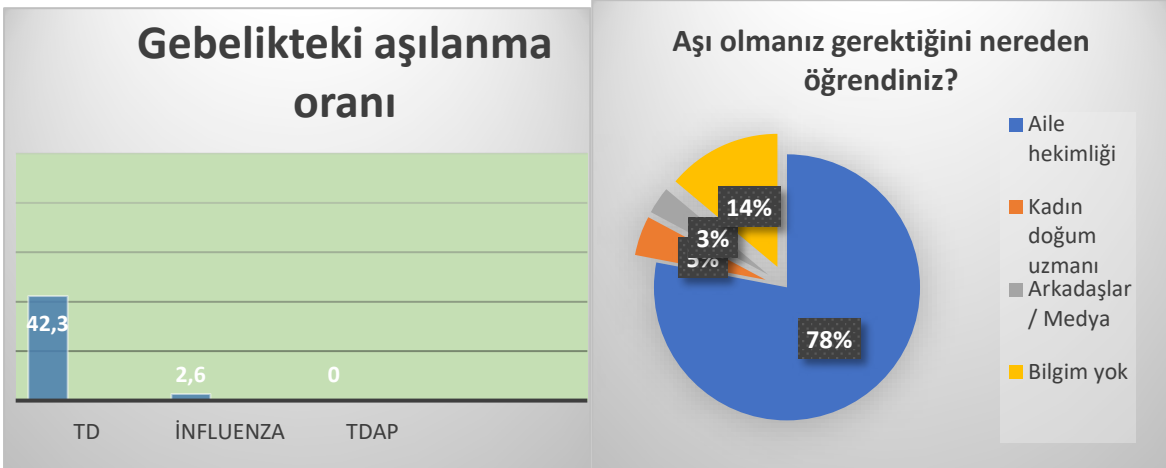
Sonuç: Td aşısı aile hekimliklerince gebe kadınların yarısından azına yapılabilmişken, influenza aşısı olma oranı çok düşüktür. Uluslararası rehberlerce önerilen Tdap aşısı ise hiç uygulanmamaktadır. Bu aşılar gebelere öncelikle birinci basamak aile sağlığı merkezlerinde olmak üzere, takip eden hekimleri tarafından önerilmelidir. Ülkemizde gebelerdeki aşılanma programlarının hastalara ulaşma ve aşılama yeterli olmadığı düşünülmektedir. Aşıların etkin uygulanması, hem maternal hem de neonatal morbidite ve mortaliteyi ve dolaylı olarak da sağlık harcamaları ile ilgili olan maddi yükü azaltacaktır (2).

Tablo 1. Gebe kadınların özellikleri

Parite	
Nullipar	%37.7
Multipar	%62.3
Eğitim durumu	
Okuryazar değil/ ilkökul	%42.2
Lise	%36.8
Üniversite	%20.9
İş durumu	
Ev hanımı	%84.2
Çalışan	%15.8

Tablo 2. Aşı yaptırmama sebepleri nelerdi?

Sorulara yanıtlar:	Td aşısı	Influenza aşısı
Kimse aşılanmama önermedi	%44.1%	%75.7
Kendim için olası yan etkilerden korktum	%0%	%1.3
Bebeğim için olası yan etkilerden korktum	%1.3%	%1
Daha detaylı bilgilendirilmem gerekirdi	%1.3%	%1
Gebelik sonrası aşılanmayı tercih ederim	%0	%1
Bağışıklık sistemime güveniyorum	%1%	%11
Fikrim yok	%10%	%6.4
Aşılanmamış kadınların tüm gebe kadınlara oranı	%57.7%	%97.4



1. Obstetricians ACo, Gynecologists. Maternal immunization. ACOG committee opinion, no. 741. Obstet Gynecol. 2018;131:e214-e7.
2. Sartori AMC, de Soárez PC, Fernandes EG, Gryninger LCF, Viscondi JYK, Novaes HMD. Cost-effectiveness analysis of universal maternal immunization with tetanus-diphtheria-acellular pertussis (Tdap) vaccine in Brazil. Vaccine. 2016;34(13):1531-9.
3. Agrawal A, Singh S, Kolhapure S, Kandeil W, Pai R, Singhal T. Neonatal Pertussis, an Under-Recognized Health Burden and Rationale for Maternal Immunization: A Systematic Review of South and South-East Asian Countries. Infectious diseases and therapy. 2019;8(2):139-53.

4. Obstetricians ACo, Gynecologists. Immunization during pregnancy. ACOG Committee Opinion No. 282. Obstet Gynecol. 2003;101:207-12.

Anahtar Kelimeler: Aşı, Tetanoz, Difteri, Boğmaca, İnfluenza

Bildiri No: 80 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

**Nadir Görülen İki Majör Anomali; Holoprozonensefali ile Dandy-Walker Birlikteliği;
Olgu Sunumu**

Mehmet Obut¹, Onur Kaya¹, Özge Yücel Çelik¹, Dilek Uygur¹, Aykan Yücel¹

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinataloji Kliniği

Amac: Nadir görülen iki major anomali; Dandy-Walker ve Holoprozonensefali birlikteliği olan vaka takdimi yapmak

Olgu: 24 yaşında ikinci gebeliği olan hasta 16 hafta 4 günlük iken rutin kontrol amacıyla başvurduğu doktor tarafından fetal anomali öntanısıyla perinataloji polikliniğe yönlendirildi. Yapılan USG de 16 hafta 4 gün ile uyumlu idi. Talamus'lar füzyon halinde izlendi. Anterior falks izlenmedi. Dandy-Walker ile uyumlu görünüm, hipotelörizm, proboscis, yarık dudak ve damak izlendi. Hastaya amniosentez ve terminasyon önerildi. Amniosentez sonucu tirozomi 13 olarak rapor edildi.

Tartışma: Holoprozonensefali daha çok tirozomi 13 ile birlikte görülmekte olup buna ek kranial bulgular genellikle hipotelörizm, proboscis ve yarık damak-dudak eşlik etmektedir. Posterior fossa anomalileri ise daha çok tirozomi 18'e eşlik etmektedir. Fetal beynin ayrılma kusuru olan holoprozonensefaliye posterior fossanın kistik genişlemeleri oldukça nadir rastlanmaktadır.

Sonuç: Her ne kadar bazı anomaliler bazı sendromların tipik bulgusu olarak kabul edilse bile, bunlar farklı varyasyonlar şeklinde nadiren de olsa görülebilmektedir. Major anomali bulgu varlığında tanı genetik incelemeyle konfirme edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Dandy-Walker malformasyonu, Fetal anomali, Holoprozonensefali, Patau sendromu

Bildiri No: 81 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Doğumda Anne Memnuniyetinin Erken Ebeveynlik Davranışına Etkisinin İncelenmesi
Fatma Bay¹, Hatice Kübra Ayvaci¹, Hatice Bağcı¹, İrem Sümeyra Paparacı¹, Halise Melike Demirtaş¹

KTO Karatay Üniversitesi

Amaç: Doğumda memnuniyet; doğum deneyiminin anneyi ne derece mutlu ettiği, duygularını ne yönde etkilediğiyle ilişkilidir. Doğumda ebeler annenin bakımında profesyonel ve emosyonel bakımı bir bütün olarak uyguladıklarında, annede doğum memnuniyetini arttırmaktadır. Doğum sonrası erken dönemde annenin yaşadığı memnuniyet bebeğine karşı duygularına yansiyabilir, aksi durumlar ise bebeğiyle arasına mesafe koymasına neden olabilir. Bu çalışma; doğumda anne memnuniyetinin erken ebeveynlik davranışına etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışmamız Ebelik Bölümü 4. sınıf öğrencilerimizin bitirme tezi olarak, Konya ilinde Tıp Fakültesi Hastanesi'nde, obstetri-postpartum kliniğinde, yeni doğum yapmış anneler ile 01.01.2020 ve 01.03.2020 tarihleri arasında yapılması planlanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 100 kadına anketler uygulanmıştır. Çalışmamız devam etmektedir. Araştırmanın verileri; tanıtıcı bilgi formu, Doğum Sonu Memnuniyet Ölçeği (DSMÖ) ve Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği (DSEDÖ) kullanılarak toplanmaktadır.

Bulgular: DSMÖ'nin ortalaması 105,89±9,0139, DSEDÖ'nin ortalaması ise 3,08±1,983 olarak bulunmuştur. Kadınların tanımlayıcı özellikleri (doğum şekli, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gelir durumu ve gebeliğin planlı olma durumları) ile DSMÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ilişki bulunamadı ($p>0,05$; herbiri için). DSEDÖ puan ortalamaları ile doğum şekli, yaş, eğitim durumu ve yaşayan çocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunurken ($p<0,05$; herbiri için), diğer tanımlayıcı özellikler arasında herhangi bir ilişki bulunamadı ($p>0,05$; herbiri için). DSMÖ ve DSEDÖ puan ortalamaları arasında aynı yönde, zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$).

Sonuç: Kadının doğumdan memnun olması, doğum sonrası ebeveynlik davranışını etkileyebileceğinden, doğum sürecini olumsuz yönde etkileyebilecek faktörlerin iyileştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğum Memnuniyeti, Ebe, Ebeveynlik Davranışı

Bildiri No: 82 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Laktasyon Polikliniğine Başvuran Annelerin Özellikleri Ve Başvuru Nedenleri: Retrospektif Bir Çalışma

Nevin Çıtak Bilgin¹, Mervenur Böyük², Remziye Çayır², Hatice Efe Baysal²

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler bünyesinde son birkaç yıldır Laktasyon Poliklinikleri kapsamında emzirme danışmanlığı hizmetleri sürdürülmektedir. Yürütülen hizmetin devamlılığını ve kalitesini artırmada bu birimlerden hizmet alan annelerin başvuru nedenlerini ve hizmetten nasıl faydalandıklarını bilmek önemlidir. Bu çalışma Batı Karadeniz Bölgesi'ndeki bir hastanenin yeni hizmete açılan Laktasyon Polikliniği'nden hizmet alan annelerin özelliklerini ve başvuru nedenlerini belirlemek için yapılmıştır.

Yöntem: Retrospektif ve tanımlayıcı olarak yapılan araştırmada veriler Ekim 2019- Ocak 2020 tarihleri arasında bir hastanenin Laktasyon Polikliniği'nden danışmanlık hizmeti almış ve kaydı olan 88 annenin poliklinik kayıtlarından elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde istatistik paket programı kullanılmış, istatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak değerlendirilmiştir. Çalışmanın yapılabilmesi için Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan izin alınmıştır.

Bulgular: Annelerin yaş ortalaması 28.86 ± 5.51 yıl olup, %69.3'ü ev hanımı ve %53.4'ü lise ve üzeri eğitime sahipti. Kadınların yarıya yakını (%45.5) multipar olup, %33.0'ı normal, %67.0'ı sezaryen ile doğum yapmış ve %67.1'i doğumdan sonra ilk bir saat içerisinde bebeklerini emzirmiştir. Annelerin polikliniğe başvuru yaptıkları sırada bebeklerinin ortalama 17.13 ± 14.86 günlük olduğu, %97.7'sinin anne sütü ile beslendiği ancak bebeklerin %65.1'inin anne sütünün yanı sıra mama desteği de aldığı belirlenmiştir. Annelerin %48.3'ünün anne sütünün yetersiz olduğunu düşündükleri için mamaya başladıkları görülmüştür. Çalışma grubunun %59.1'inin gebelik döneminde emzirme danışmanlığı aldığı, %97.8'inin laktasyon polikliniğini sağlık çalışanlarından duyduğu belirlenmiştir. Annelerin %43.9'u emzirme ile ilgili konularda bilgi almak, %23.8'i meme reddi ve meme sorunları, %23.0'ı anne sütünün yetersiz olduğunu düşündükleri için polikliniğe başvurdıklarını ifade etmişlerdir.

Sonuç: Polikliniğe başvuran annelerin yarısı daha önce emzirme danışmanlığı almış olsa da, bebeklerin yarıdan fazlasına anne sütü ile beraber mama verildiği ve mamaya başlamanın en önemli nedeninin anne sütünün yetersiz olduğunu düşünme olduğu belirlenmiştir. Annelerin polikliniğe temel başvuru nedenlerinin emzirme ile ilgili konularda bilgi eksikliği, meme sorunları ve anne sütünün yetersiz olduğunu düşünme olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Anne Sütü, Doğum Sonrası Dönem, Emzirme, Hemşirelik

Bildiri No: 83 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Proflaktik Serklaj ile Acil Serklaj Olgularının Karşılaştırılması

Neval Yaman Görük

Memorial Diyarbakır Hastanesi

Gebeliğin ikinci üç ayında uterin kasılmalar olamadan servikte kısıalma ve servikal dilatasyonun gelişmesine servikal yetmezlik denilir. Preterm doğumların önemli bir sebebidir. Servikal yetmezlik tedavisinde serviksi kapatıcı sütün olan serklaj sıkça uygulanır.

Amaç:Serklaj uygulanan hastaların gebelik sonuçları , acil ve proflaktik yapılan serklaj olgularının değerlendirilmesi.

Yöntem:Kliniğimizde 2016-2019 yılları arasında servikal serklaj uygulanan 26 olgunun verileri incelendi.Hastaların yaş, serklaj yapıldığı gebelik haftası , preterm doğum öyküsü,transvajinal ultrasonla ölçülen servikal uzunluk kaydedildi.Proflaktik , acil serklaj olup olmadığı, geçirilmiş servikal operasyon öyküsü,doğum haftası, doğum şekli incelendi.

Bulgular:Hastaların ortalama yaşı 33 , servikal uzunluk 12mm ile 24mm arasında ölçüldü.Hastaların 10 u acil serklaj, 16 sına proflaktik serklaj uygulandı.Acil serklaj olan olguların servikal uzunluğu 15mm altında ölçüldü ve bu olguların 32 haftadan önce doğumu gerçekleşti.olguların 3 ünde geçirilmiş servikal konizasyon mevcuttu, bu 3 olguya proflaktik serklaj uygulandı.26 olgunun %58 terme ulaştı.Bebeklerin 6sı vajinal doğum , 20 si sezaryen ile dünyaya geldi.Hastaların 5 i ikiz gebelik , 2 sinde üçüz gebelik mevcuttu.

Sonuç:Servikal yetmezlik için risk faktörü taşıyan olgularda belli aralıklarla transvajinal ultrasonografi yapılması , servikal uzunluk ölçümü 15mm altına inmeden proflaktik serklaj yapılması fetüs için hayat kurtarıcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: servikal yetmezlik, serklaj, preterm doğum

Bildiri No: 85 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Antenatal Dönemde Mobil Sağlık Hizmetleri

Güzin Ünlü¹, İlkay Güngör Satılmış²

İstanbul Kent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul

Günümüzde modern teknoloji kullanımlarının gelişmesi ile birlikte dijitalleşme her sektöre yansımıştır. Dijitalleşmenin sağlık sektöründeki yansımaları olan dijital sağlık, elektronik sağlık (e-sağlık) ve mobil sağlık (m-sağlık) hizmetleri olarak sağlığın birçok alanına entegre olmuş ve olmaya devam etmektedir. Bu alanlardan biri de kadın sağlığı ve hastalıkları kapsamında yer alan antenatal dönem olarak karşımıza çıkmaktadır. Antenatal dönemde hem e-sağlık hem de m-sağlık hizmetlerinin kullanıldığı görülmektedir. Bu derlemede, antenatal dönemde gebeler tarafından kullanımı gün geçtikçe yaygınlaşan m-sağlık hizmetlerinin kullanımı, çeşitleri, avantajları, kullanım sınırlılıkları ve etkinliğinin tartışılması amaçlanmaktadır.

Makaleler, PubMed ve Google Scholar veritabanları kullanılarak, Türkçe ve İngilizce anahtar kelimeler ve konu başlıkları ile ilgili terimler dikkate alınarak aranmıştır. Ulaşılan 128 İngilizce makale gözden geçirilerek konu uygunluğu açısından değerlendirme yöntemi ile 27 adet makale bu derlemeye dahil edilmiştir.

M-sağlık hizmetlerinin antenatal dönemde hamileliği yönetme, anne-bebek sağlığını geliştirme gibi farklı amaçlarla kullanıldığı görülmektedir. Hizmetlerde çeşitlilik açısından farklılıklar görülmesi ile birlikte m-sağlık hizmetlerinden SMS (kısa mesaj hizmetleri), app (mobil uygulama) ve telefon ile arama yöntemlerinin sık kullanıldığı tespit edilmiştir. Hızlı ulaşım ve etkili takip açısından birçok avantajı olan m-sağlık hizmetlerinin; sosyal ve zihinsel sorunlar, finansal kısıtlamalar ve teknolojik yetenekler gibi kullanım sınırlılıklarının olduğunu söylemek mümkündür.

Güncel literatürde m-sağlıkta app kullanımı ve etkileri hakkında yapılan çalışmaların sıklığı dikkat çekmektedir. Bu derlemede yer alan en eski makale 2012 yılında yayımlanmıştır, literatürün 2015-2019 yılları arasında yoğunlaştığı görülmektedir. Makalelerin 9 tanesini randomize kontrollü özgün çalışmalar oluşturmaktadır. Buna karşın, anne ve bebekte önemli etkilerinin olabileceği düşünülen m-sağlık hizmetleri ile ilgili daha yüksek kanıtlar sağlayacak randomize kontrollü çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmalar tasarlanırken, m-sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde sağlık profesyonellerinin yer almasının doğru bilgileri ulaştırmada ve kişinin mahremiyet açısından kendisini güvende hissetmesinde etkili olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: antenatal dönem, dijital sağlık, e-sağlık, m-sağlık, prenatal dönem

Bildiri No: 86 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Doğum Eyleminde Ele Uygulanan Farklı Akupresure Uygulamalarının Endorfin Seviyesi ve Doğum Ağrısı Algısı Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma
Serap Öztürk Altınayak¹, Hava Özkan²

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Tokat
Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Erzurum

Amaç: Bu çalışmada doğum eyleminde ele uygulanan farklı akupresure uygulamalarının endorfin seviyesi ve doğum ağrısı algısı üzerine etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma, randomize kontrollü deneysel bir araştırma olarak dizayn edilmiştir. Araştırmanın evrenini Karadeniz Bölgesinde bir ilde üniversite hastanesi ile devlet hastanesinin doğum servisinde 25 Nisan 2019 – 31 Ekim 2019 tarihleri arasında doğum eylemi için başvuran primipar gebeler oluşturmuştur. Örneklemi ise belirlenen tarihler arasında randomize edilen 228 gebeden 140 gebe oluşturmuştur. Araştırma sıcak uygulamalı akupresure, soğuk uygulamalı akupresure ve akupresure olmak üzere üç deney ve bir kontrol grubu ile yürütülmüş ve her gruba 35 gebe alınmıştır. Veriler, “kişisel bilgi formu”, “doğum eylemi girişim takip formu”, “VAS” ve “SKÖ” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS 20.0 paket programı kullanılarak sayı, ortalama, kıkare, ANOVA, repeet measure analizleri yapılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan gebeler obstetrik ve demografik özellikler bakımından homojendir. Deney ve kontrol gruplarının III.VAS ölçümlerine bakıldığında; soğuk uygulamalı akupresure grubunun 8.92 ± 0.90 , akupresure grubunun 9.36 ± 0.97 , sıcak uygulamalı akupresure grubunun 8.83 ± 1.11 , kontrol grubunun 9.88 ± 0.31 , gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.00$). Deney ve kontrol gruplarının III.SKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; soğuk uygulamalı akupresure grubunun 4.68 ± 0.52 , akupresure grubunun 4.68 ± 0.47 , sıcak uygulamalı akupresure grubunun 4.51 ± 0.70 , kontrol grubunun 4.82 ± 0.38 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p=0.11$). Deney ve kontrol gruplarının endorfin ortalamalarına bakıldığında, deney gruplarında son test puan ortalamalarının artmış olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte istatistiksel farkın gruplar arasında anlamsız, grup içi anlamlı olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Deney grupları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında kullanılan akupresure uygulamalarının doğum ağrısının azaltılmasında etkili olduğu belirlenmiştir. Deney gruplarında yapılan girişimlerin özellikle sıcak uygulamalı akupresurun endorfin seviyesini daha çok artırdığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Akupresure, doğum ağrısı, endorfin, ebe, gebe, sıcak uygulamalı akupresure, soğuk uygulamalı akupresure

*Bu araştırma 2020 yılında doktora tezi olarak yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Akupresure, doğum ağrısı, endorfin, ebe, gebe, sıcak uygulamalı akupresure, soğuk uygulamalı akupresure

Bildiri No: 87 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Birinci Trimester Tarama Test Biyobelirteçlerinin 14-22. Gebelik Haftaları Arasında Gelişen Preterm Prematür Membran Rüptürünü (PPROM) Öngörmedeki Değeri Tuğba Kınay¹, Gülşah Dağdeviren¹, Salim Erkaya¹

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Birinci trimester tarama testi biyokimyasal belirteçlerinin fetal anöploidi dışında fetal ölüm, gestasyonel hipertansiyon, plasenta dekolmanı, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı gibi başka kötü obstetrik sonuçları da öngörebileceği bilinmektedir. Çalışmamızın amacı bu biyobelirteçlerin 14-22. gebelik haftaları arasında gelişen preterm prematür membran rüptürünü (PPROM) öngörmeye de değeri olup olmadığını araştırmaktır.

Yöntem: Retrospektif vaka-kontrol çalışmaya Temmuz 2017-Aralık 2019 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erken Gebelik Kliniği ve Polikliniğine başvurup 14 - 22. gebelik haftaları arasında PPRM tanısı alan olgular çalışma grubu ve 22. gebelik haftasına kadar sorunsuz ulaşmış olan olgular kontrol grubu olarak dahil edildi. Çoğul gebelikler, fetal anomali bulunan olgular ve ikili test sonucu bulunmayan olgular çalışma dışı bırakıldı. Olguların yaşı, gravida, parite, PPRM'un meydana geldiği gebelik haftası, amnion sıvı miktarı, PPRM tanısı almadan önce ve sonrasında oluşan gebelik komplikasyonları, gebeliğin sonlanma şekli, doğum yapan olgularda doğumdaki gestasyonel yaş, yenidoğan ağırlığı, 11-14. gebelik haftasında bakılan Gebelik İlişkili Plazma Protein-A (PAPP-A) ve serbest Beta Human Koryonik Gonadotropin (sBHCG) düzeyleri medikal kayıtlardan elde edildi. Biyobelirteç değerleri gestasyonel yaşa spesifik ortanca katları (MoM) olarak ifade edildi. Çalışma ve kontrol grubunun klinik özellikleri ile PAPP-A ve sBHCG düzeyleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Toplam 101 PPRM olgusunun medikal kayıtları incelendi. 4 çoğul gebelik olgusu ve 68 ikili test sonucuna ulaşılamayan olgu çalışma dışı bırakılarak 29 PPRM olgusu çalışma grubuna dahil edildi. Yirmi ikinci gebelik haftasına sorunsuz ulaşan 53 olgu ise kontrol grubunu oluşturdu. PPRM grubu ve kontrol grubunun ortalama yaşı ($30,0 \pm 4,8$ vs. $28,9 \pm 5,6$), ortanca gravida (2[1-4] vs. 2[1-6]) ve paritesi (1[0-2] vs. 1[0-3]) benzer bulundu ($p > 0,05$). PPRM olgularında ilk tanı anında ortanca gestasyonel yaş 17 (14-21) hafta idi. PPRM grubunun %51,7'sinde anhidramnios, %6,9'unda oligohidramnios saptandı. Olguların %41,4'ünde ise amnion sıvısı normaldi. PPRM olgularından 9'u (%31) daha önce abortus imminens, 1'i (%3,4) diabetes mellitus ve 1'i de (%3,4) servikal yetmezlik tanısı ile hospitalize edilmişti. PPRM olgularının %48,3'ü terminasyon, %20,7'si abortus, %13,8'i doğum ile sonuçlandı. Kalan olguların 4'ü (%13,8) takipten çıkmıştı ve 1 (%3,4) olgunun 34. haftaya ulaşmış olan gebeliği devam etmekteydi. Gebeliği devam eden PPRM olgularının 3'ünde (%10,3) gestasyonel diabetes mellitus gelişti. Doğum yapan 4 (%13,8) PPRM olgusunun amnion sıvı miktarı normaldi ve bunların 2'sinde (%6,9) 31 ve 33. gebelik haftalarında preterm doğum gerçekleşti. Kontrol grubundaki gebeliklerin ise tamamı doğum ile sonuçlandı. Doğumdaki gestasyonel yaş (35 [31-38] hafta vs. 39 [37-41], $p = 0,002$) ve yenidoğan doğum ağırlığı ($2800 \pm 1228,5$ gr vs. $3403,4 \pm 393,6$ gr, $p = 0,02$) PPRM grubunda daha düşük bulundu. Her iki grubun PAPP-A (0,69 MoM [0,07 - 3,21] vs. 0,81 MoM [0,23 - 3,27], $p = 0,261$) ve sBHCG (0,75 MoM

[0,32- 3,67] vs. 0,90 MoM [0,32- 2,11], p 0,614)değerleri arasında ise anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları ilk trimester anöploidi taramasında kullanılan biyobelirteçlerin gebeliğin çok erken haftalarında gelişen PPRÖM'u öngörmeye faydasının olmadığını ve erken PPRÖM olgularının çoğunlukla kötü prognozlu olduğunu göstermiştir. Gebeliğin devamını isteyen erken PPRÖM olguları oluşabilecek komplikasyonlar konusunda detaylı bilgilendirilmeli ve antenatal dönemde yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Preterm prematür membran rüptürü, PAPP-A, sBHCG

Bildiri No: 88 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Gebelikte Prenatal Bağlanma Düzeyi ile Travmatik Doğum arasındaki İlişki
Hacer Yalnız Dilcen¹, Bihter Akın², Hülya Yurteri Türkmen³

Bartın Üniversitesi

Selçuk Üniversitesi

Balıkesir Üniversitesi

Amaç: Gebenin ruhsal iyilik durumu, annelik rolünün sağlıklı olmasını ve sağlıklı prenatal bağlanmayı sağlar. Prenatal bağlanma ebeveynler ile doğmamış çocukları arasında kurulan duygusal bir bağıdır. Kadınlar gebeliği, aileye yeni bir üyenin katılımıyla mutluluk verici bir durum olarak algılayabilmektedir. Ancak, doğum sırasında bir komplikasyon geliştiğinde, ölü doğum, kanama gibi yaşamı tehdit eden olaylar meydana geldiğinde veya müdahaleler yeterli ağrı kesici uygulamadan yapıldığında doğum travmatik bir olay haline gelebilir. Gebelikte Prenatal Bağlanma Düzeyi İle Travmatik Doğum arasındaki İlişkiyi incelemek amacı ile kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini Türkiye'nin güneyinde bir Devlet Hastanesi'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde Haziran - Aralık 2019 tarihleri arasında başvuran tüm gebe kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini; 20 gebelik haftası ve 18 yaş ve üzerinde, iletişim güçlüğü ve mental yetersizliği olmayan, okuma-yazması olan, çalışma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden 330 gebe oluşturmuştur. Etik kurul ve kurum izinleri alınmıştır. Kadın doğum polikliniğine başvuran gebelere, Gebe Tanıtım formu, Prenatal Bağlanma Envanteri ve doğum sonu dönemde de Travmatik Doğum Algısı ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması $27,3\pm 4,55$ idi, eşlerinin yaş ortalaması ise $31,05\pm 5,42$, ortalama evlilik süresi $5,5\pm 4,3$ yıl evli oldukları bulunmuştur. Kadınların obstetrik özelliklerine bakıldığında Gebelerin çoğunluğa yakının kendi isteği (%86.7) ile planlı gebelik (%87.6) yaptığını ifade etmiştir. Gebelik ve doğum konusunda %82.1'nin bilgisi olduğu, doğum hakkında % 44.8'i annesinden bilgi aldığı, gebelikle ilgili bir sorun yaşadığında ilk sırada %52.1 ailesi ve eşine, ikinci sırada %42.1 sağlık personeline danıştığı tespit edilmiştir. Gebelerin %57.9'u doğumdan korktuğu, %26.7'sinin doğum ağrısını hafif, %24.5'inin şiddetli olduğu bulunmuştur. Travmatik Doğum Algısı ölçeği puan ortalaması $60,99\pm 15,05$, prenatal bağlanma envanterinin ortalaması $42,48\pm 6,02$ olarak bulunmuştur.

Sonuç: Gebelikte Prenatal Bağlanma Düzeyi ile Travmatik Doğum arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamıştır.

The Relationship Between Prenatal Attachment Level and Traumatic Delivery During Pregnancy

Summary

Objective: The mental well-being of the pregnant ensures healthy maternal role and healthy prenatal attachment. Prenatal attachment is an emotional bond between parents and their unborn child. Women perceive pregnancy as a happy situation with the participation of a new member of the family. However, birth could/may become a traumatic event when a

complication develops during delivery /labor, life-threatening events such as stillbirth, bleeding, or when interventions are performed without adequate pain relief. This is a descriptive study in cross-sectional type to examine the relationship between the prenatal attachment level in pregnancy and traumatic birth.

Methods: The universe of the study is all pregnant women who applied to Gynecology and Obstetrics Clinic of a State Hospital in south of Turkey between June-December 2019. The sample of the research is 330 pregnants who were 20 weeks of gestation, 18 years of age or older, not have communication difficulties and mental disabilities, literate, and agreed to participate in the study after being informed about the study. Ethics committee and institution permissions were obtained. Pregnant Introduction form, Prenatal Attachment Inventory and Traumatic Delivery Perception Scale were applied to pregnant women who applied to Gynecology and Obstetrics Clinic.

Results: Participant pregrant's average age was 27.3 ± 4.55 , the average age of their spouses was 31.05 ± 5.42 , the average duration of marriage was 5.5 ± 4.3 years in the study. When the obstetric features of women are examined, The average gestational week was 34.84 ± 3.3 , the number of pregnancies was 2.39 ± 1.17 , the number of living children was 1.31 ± 1.07 . They stated that most of the pregnant women had planned pregnancy (87.6%) at their own request (86.7%).

It was found that 57.9% of pregnant women were afraid of birth, 26.7% of them had mild pain and 24.5% of them were severe. The mean of the Traumatic Delivery Perception Scale was 60.99 ± 15.05 and the mean of the Prenatal Attachment Inventory was 42.48 ± 6.02 .

Results: No significant correlation was found between Prenatal Attachment Level and Traumatic Delivery in pregnancy.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, prenatal bağlanma, travmatik doğum

Bildiri No: 90 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Prenatal Dönemde Uluslararası Perine Masajı Uygulamaları

Ebru Sağırođlu¹, Tuğba Yılmaz Esencan¹

Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul

ÖZET

Prenatal dönem, maternal ve fetal sağlığın sağlıklı gelişim göstermesi ile birlikte fizyolojik bir doğum deneyimi yaşamaya hazırlık için önemlidir. Doğum sırasında ve sonrasında yaşanan rutin epizyotomi, perineal travmalar, ağrı, enfeksiyon gibi problemlerin yaşanma sıklığının azaltılmasında prenatal dönemde perine masajı uygulaması önerilmektedir. Bu derlemenin amacı uluslararası perine masajı uygulamalarını tanımlayarak ülkemizdeki perine masajı uygulamaları ve doğum sonuçlarına etkilerine dikkatleri çekmektir.

Avustralya, İngiltere, Amerika ve Kanada olmak üzere daha birçok Avrupa ülkesinde perine masajı kullanılmakta ve doğum sonu travmalar ile epizyotomi oranlarının azaldığına dikkat çekilmektedir. Fransa’da perine masajı oluşturulan klinik uygulama yönergelerinde yer almaktadır. Dünya genelinde perine masajı parmaklarla yapılmakta olup Brezilya’da bilinenin aksine aletli perine masajı geliştirilmiştir. Mısır ve Nijerya gibi Afrika ülkelerinde’ de prenatal dönemde perine masajı uygulamaları kullanılmaktadır. Ülkemizde de perine masajı kegel egzersizi ile birlikte yapılarak perine kas tabakasının esnetilmesi ve güçlendirilmesi sağlanmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde uygulanan, ebelerin lider profesyonel olarak katıldığı bakımın öncülüğünde perine masajının uygulandığı ülkelerde sonuçlar açıkça ülke verilerine yansımaktadır.

Randomize kontrollü çalışmaların meta analizini içeren 3379 kadının yer aldığı sistematik bir çalışmada maternal sonuçlar üzerinde olumsuz bir etki gözlenmezken perine masajı uygulaması, ciddi perine travması, tıbbi müdahale ve epizyotomi gibi müdahalelerde önemli bir düşüş saptandığı sağlam perine insidansının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Perine masajı güvenli ve sağlığa faydalı bir seçenektir. Perine masajının etkin kullanımı, doğumda müdahale oranlarını azaltmada ve ülkelerin doğumda gelişmişlik düzeyini sağlamak için gereklidir.

KAYNAKLAR

Aquino, C. I., Guida, M., Saccone, G., Cruz, Y., Vitagliano, A., Zullo, F., & Berghella, V. (2020). Perineal massage during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 33(6), 1051–1063. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1512574>

Barasinski, C., Debost-Legrand, A., Lemery, D., & Vendittelli, F. (2018). Practices during the active second stage of labor: A survey of French midwives. *Midwifery*, 60, 48–55. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.001>

Beckmann, M. M., & Stock, O. M. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005123.pub3>

Bulchandani, S., Watts, E., Sucharitha, A., Yates, D., & Ismail, K. M. (2015). Manual perineal support at the time of childbirth: A systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *122*(9), 1157–1165. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13431>

Demirel, G., & Golbasi, Z. (2015). Effect of perineal massage on the rate of episiotomy and perineal tearing. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *131*(2), 183–186. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.04.048>

Dieb, A. S., Shoab, A. Y., Nabil, H., Gabr, A., Abdallah, A. A., Shaban, M. M., & Attia, A. H. (2019). Perineal massage and training reduce perineal trauma in pregnant women older than 35 years: a randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-03937-6>

Ducarme, G., Pizzoferrato, A. C., de Tayrac, R., Schantz, C., Thubert, T., Le Ray, C., ... Fritel, X. (2018). Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF Clinical Practice Guidelines (short version). *Gynecologie Obstetrique Fertilité et Senologie*, *46*(12), 893–899. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.032>

Kaya, N. (2019). *Perineal Travmayı Azaltmaya Yönelik Alternatif Yöntemler*. *10*(2), 156–160.

Schreiner, L., Crivelatti, I., de Oliveira, J. M., Nygaard, C. C., & dos Santos, T. G. (2018). Systematic review of pelvic floor interventions during pregnancy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *143*(1), 10–18. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12513>

Shahoei, R., Zaheri, F., Hashemi Nasab, L., & Ranaei, F. (2017). The effect of perineal massage during the second stage of birth on nulliparous women perineal: A randomization clinical trial. *Electronic Physician*, *9*(10), 5588–5595. <https://doi.org/10.19082/5588>

Leon-Larios, F., Corrales-Gutierrez, I., Casado-Mejía, R., & Suarez-Serrano, C. (2017). Influence of a pelvic floor training programme to prevent perineal trauma: A quasi-randomised controlled trial. *Midwifery*, *50*(October 2016), 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.015>

Ugwu, E. O., Iferikigwe, E. S., Obi, S. N., Eleje, G. U., & Ozumba, B. C. (2018). Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, *44*(7), 1252–1258. <https://doi.org/10.1111/jog.13640>

Üni, C., & Enst, B. (2018). *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi İntrapartum Perine Masajı Uygulamasına Güncel Bakış * A Current Look at The Intrapartum Perineal Massage Application*. *2018*(3), 33–40.

Anahtar Kelimeler: Prenatal perine masajı, Perineal travma, Ebe

Bildiri No: 91 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Postpartum Depresyon Açısından Riskli Olan Anneler Erken Postpartum Dönemde Belirlenebilir mi?

Nihal Şahin Uysal

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi

Özet

Amaç: Postpartum depresyon açısından annelerin erken postpartum dönemde Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile değerlendirilmesi ve riskli olanların belirlenmesi.

Yöntem: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesinde 01.12.2019 ile 28.01.2020 tarihleri arasında doğum yapan ve bebeği yanında izlenen annelere (n=59) postpartum 24. ile 48. saatler arasında EDDÖ ve BDÖ uygulandı. Olguların yaşı, gebelik ve doğum sayısı, eğitim düzeyi, çalışma, evlilik ve gelir durumları, alışkanlıkları, kronik hastalık varlığı ve ilaç kullanımı, gebeliğe ve doğuma ilişkin veriler ve emzirme hakkındaki eğitim durumu kaydedildi. EDDÖ için kesme noktası 13 olarak hesaplanmış olup, ölçek puanı 13 ve daha fazla olan anneler postpartum depresyon açısından riskli olarak kabul edildi. BDÖ için ise 17 ve üstündeki puanlarının %90'dan daha fazla doğrulukla tedavi gerektirebilecek depresyonu ayırt edebildiği belirlendiğinden kesme noktası 17 olarak alındı. SPSS versiyon 22.0 kullanılarak istatistiksel analizler yapıldı.

Bulgular: Ölçekleri tamamlayan annelerin yaş ortalaması 33,69±4,54 (26-43), medyan gravida ve paritesi sırasıyla 2 (1-6) ve 1 (0-4) idi. Diğer tanımlayıcı ve demografik veriler Tablo 1 ve 2'de özetlendi. Toplam EDDÖ ve BDÖ puanı ortalamaları sırasıyla 6,83±4,44 (0-22) ve 9,61±9,68 (0-42) idi. EDDÖ ile annelerin % 8,47'si (5/59), BDÖ ile ise % 13,55'i (8/59) postpartum depresyon açısından riskli olarak belirlendi. Postpartum depresyon açısından riskli anneleri belirlemede iki ölçek arasındaki korelasyon katsayısı r=0,368 olup, istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=,004).

Sonuç: Postpartum erken dönemde depresyon tarama ölçeklerinin yaygın olarak kullanılması ile postpartum depresyon açısından riskli anneler daha erken belirlenerek tanı ve tedavi için yönlendirilebilir.

Anahtar kelimeler: Postpartum depresyon, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği

Tablo 1. Anneye ve gebeliğe ait tanımlayıcı veriler (n=59)

	N	%		N
Eğitim düzeyi			Takip yeri	
İlkokul	5	8,47%	Hastane	55 93
Ortaokul	2	3,39%	ASM	2 3
Lise	16	27,12%	Takip sayısı	
Üniversite	36	61,02%	0-2	2 3
Çalışma durumu			3-4	0 0
Evet	30	50,85%	5-6	2 3
Hayır	29	49,15%	>6	55 93
Evlilik durumu			Sigara kullanımı	50 84
Evli	58	98,31%	Kullanmıyor	3 5
Eşinden ayrı	1	1,69%	Ara sıra kullanıyor	3 5
Gelir durumu			Düzenli kullanıyor	3 5

Gelirim giderimden az	10	16,95%	Bırakmış	3	5
Gelirim giderime eşit	28	47,46%	Alkol kullanımı		
Gelirim giderimden fazla	21	35,59%	Kullanmıyor	53	89
Önceki korunma yöntemi			Ara sıra kullanıyor	6	10
Kondom	20	33,90%	Maternal kronik hastalık		
Koitus interruptus	13	22,03%	Evet	15	25
Oral kontraseptif	5	8,47%	Hayır	44	74
Rahim içi araç	1	1,69%	Riskli gebelik		
Korunma yok	20	33,90%	Evet	30	50
Planlı gebelik			Hayır	29	49
Evet	41	69,49%	İlaç kullanımı		
Hayır	18	30,51%	Evet	13	22
Tedavi gebeliği			Hayır	46	77
Evet	9	15,25%	Anne sütü eğitim durumu		
Hayır	50	84,75%	Evet	36	61
Takipli gebelik			Hayır	23	38
Evet	57	96,61%			
Hayır	2	3,39%			

Tablo 2. Anne ve bebeklere ait demografik veriler (n=59)

	Ortalama ± SD veya Medyan	(Aralık)
Maternal yaş (yıl)	33,69±4,54	(26-43)
Gravida	2	(1-6)
Parite	1	(0-4)
Doğumda gebelik yaşı (hafta)	38	(35-40)
Yenidoğan ağırlığı (g)	3306,36±449,02	(2570-4980)
Yenidoğan cinsiyeti(K/E)	35/24	

Anahtar Kelimeler: Postpartum depresyon, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği

Bildiri No: 92 Bildiri Türü: Sözlü Bildiri

Fetal Konjenital Kardiyak Anomali Olgularında Yenidoğan Ağırlığı
Asli Azami¹, Nihal Şahin Uysal¹, Latife Atasoy Karakaş¹, Filiz Bilgin Yanık²

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi
Özel Klinik

Özet

Amac: Tekil doğumlarda, konjenital kardiyak anomalisi (KKA) olan ve olmayan yenidoğanların doğum ağırlıklarının karşılaştırılması.

Yöntem: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesinde 2013-2016 yılları arasında gerçekleşen doğumların verileri retrospektif olarak tarandı. Çoğul gebelikler, gebelik terminasyonları ve preterm doğumlar çalışma dışı bırakıldı. KKA saptanan 129 olgu çalışma grubunu, medikal veya obstetrik sorunu olmayan maternal yaş eşleştirilmiş 151 olgu kontrol grubunu oluşturdu. Olguların demografik ve klinik özellikleri ile obstetrik sonuçları kaydedildi. İstatistiksel analizler SPSS programı ile yapıldı.

Bulgular: Hastanemizde 2013-2016 yılları arasındaki toplam 2849 tekil doğumdan 150'sinde fetal KKA saptanmıştı; çalışma kriterlerini karşılayan 129 olgu analizlere dahil edildi. En sık görülen KKA VSD idi (n=59/129, %45,7). Çalışma grubunda ortalama yenidoğan ağırlığı (3188,18±487,93g (1855-4470)), kontrol grubuna göre (3360,96±310,5g (2640-3990)), daha düşüktü (p=0,001). Doğumda gebelik yaşı medyan değerleri sırasıyla 38 ve 39 haftaydı (p=0,02). Çalışma grubunda gebelik yaşına göre küçük bebek (SGA) oranı %17 idi. Çalışma grubunda perinatal mortalite oranı %7,75 (10/129) olarak saptandı. (Tablo 1,2,3)

Sonuç: KKA en yaygın doğum defekti olup prevalansı 1000 canlı doğumda 8 ila 11 arasında değişmektedir. Literatürde, KKA'li yenidoğanlarda SGA oranının 1,8-3,6 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da SGA oranı yüksek bulunmuştur (%17). KKA'li yenidoğanlarda düşük doğum ağırlığı klinik yönetim kararlarını ve prognozu etkileyebilir.

Anahtar kelimeler: fetal konjenital kardiyak anomali, gebelik yaşına göre küçük bebek, doğum ağırlığı

Tablo 1. Çalışma ve kontrol gruplarında demografik ve klinik özellikler*

	Çalışma grubu (n=129)	Kontrol grubu (n=151)	P-değ
Maternal yaş (yıl)	31 (18-41)	31 (20-34)	,659 ^a
Gravida	2 (1-5)	2 (1-5)	,418 ^a
Parite	0 (0-2)	0 (0-4)	,991 ^a
Doğumda gebelik yaşı (hf)	38 (37-41)	39 (37-41)	,02 ^a
Doğum ağırlığı (g)	3188,18±487,93 (1855-4470)	3360,96±310,52 (2640-3990)	,001 ^b

YDYBÜ'ne yatış <,001 ^c	64 (49,6)	5 (3,3)
--------------------------------------	-----------	---------

* Sonuçlar medyan veya ortalama±SD (aralık) olarak verilmiştir
YDYBÜ: yenidoğan yoğun bakım ünitesi

^aMann-Whitney U testi

^bStudent-t testi

^cKi-kare testi

Tablo 2. Çalışma grubu olgularında SGA risk faktörleri ve obstetrik sonuçlar

Konjenital kardiyak anomali	n=129	%
İleri anne yaşı	28	21,7
ICSI gebelikleri	14	10,8
Hipertansif hastalıklar	6	4,0
Diyabetes mellitus	6	4,6
Oligohidramnios	4	3,1
Ekstrakardiyak anomali/ kromozomal anomali	10	7,7
Perinatal mortalite	10	7,7

Tablo 3. Fetal konjenital kardiyak anomali tipleri

Konjenital kardiyak anomali	n=129 (%)
VSD	59 (45,7)
Kompleks kardiyak anomali	32 (24,8)
TGA ± VSD	17 (13,1)
Pulmoner stenoz/aort stenozu/aort koarktasyonu ± VSD	8 (6,2)

Hipoplastik sol kalp	7 (5,4)
Pulmoner atrezi+VSD	4 (3,1)
AVSD	2 (1,5)

Anahtar Kelimeler: fetal konjenital kardiak anomali, gebelik yaşına göre küçük bebek, doğum ağırlığı

Bildiri No: 100 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Preterm Doğumun Önlenmesinde Tekil ve Çoğul Gebeliklerde Servikal Serklaj ve Pesser Uygulamaları

Duygu Tuğrul Ersak¹, Nihal Şahin Uysal¹, Çağrı Gülümser², Filiz Bilgin Yanık²

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi

Özel Klinik

Özet

Amaç: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesinde servikal serklaj (SS) veya pesser (PES) uygulanan tekil ve çoğul gebeliklerin klinik özellikler ve obstetrik sonuçlar açısından değerlendirilmesi

Yöntem: 2013-2016 yılları doğum verileri taranarak, toplam 2849 tekil ve 254 çoğul doğumdan, SS/PES uygulanan 30 tekil ve 30 çoğul gebelik çalışmaya dahil edildi. Olguların demografik verileri, preterm doğum (PTD)/ikinci trimester düşük öyküleri, işlemin uygulandığı gebelik haftası ve servikal uzunluk ölçümleri kaydedildi. İşlemden 34 haftaya veya 34 hafta altında doğuma kadar geçen süre, latent süre olarak tanımlandı. İstatistiksel analizler SPSS ile yapıldı.

Bulgular: Tekil gebeliklerin 19'una, çoğul gebeliklerin 11'ine SS, diğerlerine PES uygulanmıştı. Serklajlar 24 hafta altında, öyküye dayalı, ultrasonografi endike ve acil serklaj şeklinde idi. Pesserler ise kısa servikse yönelik olarak uygulanmıştı. Tekil gebeliklerde, 4 olguda PTD, 12 olguda ikinci trimester düşük öyküsü vardı. Çoğul gebeliklerde bu şekilde öykü yoktu. İşlem uygulandığında medyan gebelik yaşı, tekil ve çoğul gebeliklerde sırasıyla 17 ve 22,5 hafta ($p=0,025$), servikal uzunluk ölçümü $20,38\pm 5,33$ ve $19,53\pm 7,20$ mm ($p=0,604$) idi. 34 hafta öncesi PTD oranları sırasıyla %30 ve %36,7 olup ($p=0,584$), latent süre $85,47\pm 47,28$ ve $64,97\pm 31,35$ gün olarak saptandı ($p=0,053$). (Tablo 1)

Sonuç:

Çalışmamızda PTD riski nedeniyle SS/PES uygulanan tekil ve çoğul gebelikler değerlendirilmiştir. Benzer servikal uzunluk ölçümlerine, tekil gebeliklerde daha erken, çoğul gebeliklerde daha geç haftalarda işlem uygulanmıştır. Çoğul gebeliklerde doğumlar anlamlı olarak daha erken gerçekleşmiş olsa da, her iki grupta 34 hafta öncesi PTD oranları benzer bulunmuştur. SS/PES uygulamaları ile PTD riski yüksek olan tekil ve çoğul gebeliklerde doğuma kadar olan interval uzatılarak 34 hafta öncesi doğumlar azaltılabilir.

Anahtar kelimeler: Pesser, Serklaj, Çoğul Gebelik, Preterm Doğum

Tablo 1. Olguların Demografik ve Klinik Özellikleri

	Tekil gebelik	Çoğul gebelik	P değeri
	N=30	N=30 (60 Yenidoğan)	
	Ortalama \pm SD Medyan (Aralık)	Ortalama \pm SD Medyan (Aralık)	
Maternal yaş (yıl)	$31,93 \pm 5,21$ (21–42)	$32,63 \pm 3,43$ (25–39)	0,542 ^b
Gravida	2 (1–11)	1 (1–6)	0,026 ^a

Parite	0 (0-1)	0 (0-1)	0,321 ^a
Servikal uzunluk (mm)	20,38± 5,33 (12–35)	19,53± 7,20 (5–40)	0,604 ^a
İşlemin uygulandığı GH	17 (12–33)	22,5 (16–32)	0,025 ^b
Latent süre (gün)	85,47±47,28 (6–158)	64,97±31,35 (8–128)	0,053 ^b
Doğumda GH	37 (21–40)	34 (24–37)	0,006 ^a
Doğum ağırlığı (gr)	2456,33 ± 1068,36 (450-4200)	2020,28 ± 739,59 (610-2930)	0,012 ^a
YDYBÜ'ne yatış	4/30 (%13,3)	34/60 (%56,7)	0,001 ^c
SD: Standart Deviasyon YDYBÜ: yenidoğan yoğun bakım ünitesi GH: gestasyonel hafta ^a Mann-Whitney U testi ^b Student-t testi ^c Ki-kare testi			
Anahtar Kelimeler: Pesser, Serklaj, Çoğul Gebelik, Preterm Doğum			

Bildiri No: 101 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Anne Dostu Hastane Çalışmalarında 'Annelerimiz Ne Düşünüyor'
Zeynep Çakır¹, Hasret Ayvalı¹, Serpil Çağlı¹, Necla Öztürk¹, Songül Yorgun¹
Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi

Özet

Amaç: Yapılan çalışmada annelerin doğum sürecinde yapılan uygulamaları değerlendirmeleri amaçlanmıştır.

Yöntem: Bir devlet hastanesinde “Anne Dostu Hastane” kriterlerinde araştırmacılar tarafından oluşturulan, uzman görüşü alınan soruları içeren anket kullanılmıştır. Çalışma Mayıs-Haziran 2018 tarihleri arasında yapılmış olup 44 anne katılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılanların % 75'i personelin kendini açıklayıcı olarak tanıtmadığını, % 95'i odada rahat hissettiğini, %88,6'sı doğum ve doğum şekilleri konusunda bilgilendirme yapıldığını, %93,2'si lohusa, yenidoğan, emzirme konularında bilgilendirme yapıldığını ve doğum sonu kanama kontrolünün yapıldığını, %100'ü refakatçi için izin verildiğini, hareket ve yürümeye izin verildiğini, doğum sürecinin ilerleyişi hakkında bilgi verildiğini, %97,7'si sözel cesaretlendirme yapıldığını, odada duş imkanı olduğunu, kuru ve temiz kaldıklarını, % 88,6'sı bebeklerinin doğar doğmaz kucağa verildiğini, %93,2's, süreçte yeme içmeye izin verildiğini belirtmişlerdir. Bununla birlikte özellikle yapılan eğitimler konusunda broşür verilme konusunda %50'si gebeliği önleyici, loğusa/yenidoğan bakımı konularında broşür verilmediğini, % 52,3'ü emzirme broşürü verilmediğini belirtmişlerdir. Bu alan iyileştirmeye açık süreç olarak değerlendirilerek broşürler konusunda çalışma yapılmıştır. Ayrıca kanıta dayalı uygulamaların etkinliğini ve anne tarafından değerlendirme sürecinde annelerin%90.9'u etek traşı yapılmadığını, barsak boşaltılmasına yönelik uygulama yapılmadığını belirtmişlerdir. Çalışma yapılan süreçte annelerin % 22,7'si gebe okulundan eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Mahremiyet açısından odada doğum yaparken başka biri var mı? sorusuna 1 kişi cevap vermezken, 41 (%93,2) kişi “hayır yoktu” derken, 2 kişi (%4,5) “evet” demiştir. Odalarımız tek kişinin doğum yapmasına uygun olarak yapılmış olup odada gebenin izin verdiği yakını ve sağlık personeli dışında başka kimsenin bulunmasına izin verilmemektedir.

Sonuç: hastanemizde anne dostu hastane çalışmaları kısa bir sürede başlamış olmasına rağmen annelerin bu konudaki görüşleri ve memnuniyet seviyeleri oldukça yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Anne Dostu, hastane, memnuniyet

Bildiri No: 103 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Gebe Okulu Eğitimleri Ve Gebelerin Memnuniyet Durumları

Fatma Koçyiğit¹, Yasemin Demirtaş¹, Cevdet İşler¹, Songül Yorgun¹

Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi

Özet

Amaç: Yapılan çalışmada gebelerin eğitim sürecinde yapılan eğitimleri değerlendirmeleri amaçlanmıştır.

Yöntem: Bir devlet hastanesinde “Gebe Okulu” eğitimlerinde araştırmacılar tarafından oluşturulan, soruları içeren anket kullanılmıştır. Çalışma Kasım-Aralık 2019 tarihleri arasında yapılmış olup 55 gebe katılmıştır. Verilerin analizinde istatistiksel yöntemler kullanılmıştır.

Bulgular: Aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 1: Gebelerin Gebe Okulu Eğitimleri Konusundaki Görüşleri

Sorular	Evet %	Hayır	Kısmen	Topl
Eğitim bilgisi açıklıkla sunuldu mu?	100			100
Eğitim materyali yardımcı oldu mu?	98,2		1,8	100
Eğitimden memnun kaldınız mı?	100			100
Eğitmenin konu aktarımından memnun kaldınız mı?	100			100
Gebe okuluna ait fiziki düzenleme yeterli mi?	85,5		14,5	100
Eğitim sonucunda konu ile ilgili bilginiz arttı mı?	98,2		1,8	100
Eğitim organizasyonu yeterli mi?	98,2		1,8	100
Aldığınız eğitimi çevrenize önerir misiniz?	100			100
İhtiyacını olursa bizi tekrar tercih eder misiniz?	98,2	1,8		100
Gebe okulu tanıtım seçenekleri yeterli mi?	81,8	7,3	10,9	100

Gebelerimiz genel olarak eğitimlerden memnun olmakla birlikte fiziksel alan konusundaki memnuniyet diğer unsurlara göre daha düşüktür. Gebelerimiz tanıtım konusundaki seçenekleri yeterli görmemektedir.

Tablo2: Gebe Okuluna Gebelerin Yönlendirilmesi,

Gebe okuluna sizi kim yönlendirdi?

	N (55)	%
Doktor	18	32,7
Ebe-Hemşire	29	52,7

Diğer Personel	4	7,3
Arkadaşım	4	7,3
Toplam	55	100,0

Yönlendirmelerin çoğunlukla sağlık personeli tarafından yapıldığı görülmektedir.

Sonuç: Hastanemizde Gebe Okulu çalışmaları on yıla yakın sürede devam etmektedir. Okulun yoğunlaşması ile ikinci bir gebe görevlendirmesi yapılmıştır. Gebelerin eğitimleri konusundaki memnuniyet seviyeleri oldukça yüksektir. Bununla birlikte fiziksel alan ve tanıtım konusundaki görüşlerde dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebe Okulu, Gebe, Memnuniyet

Bildiri No: 104 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

**Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örutüleri Modeli'ne göre Doğum Sürecine Yaklaşım:
Olgu Sunumu**

Fatma Bay¹, Neşe Çelik²

KTO Karatay Üniversitesi

Osmangazi Üniversitesi

GİRİŞ: Sağlık ve hastalık arasındaki çizgiyi daraltan doğum deneyimi, anneleri hem fiziksel hem de ruhsal olarak etkiler. Bu sürecin korunmasında ve sağlığa herhangi bir olumsuz etkisi olmadan başarılı bir doğumun yapılmasında çeşitli faktörler etkilidir. Kadınlar bu dönemde bilmediği bir ortamda bulunma, mahremiyetini koruma ve doğum ağrısı ile baş etmeye çalışmaktadır. Bu durumda kadınlar profesyonel desteğe ihtiyaç duymaktadır. Doğum eylemi süresince verilen profesyonel destek, kadının kontrol duygusu ve doğum ağrısı ile baş etmesini geliştirebilir ve olumsuz deneyim yaşamasını önleyebilmektedir.

OLGU SUNUMU: Gebemiz 15/12/019 tarihi saat 03:30'da kontraksiyonların artması ile hastaneye başvurmuştur. Doğumun birinci evresinde indüksiyon uygulanmıştır. Sol yan pozisyonda sürekli fetal monitörizasyon uygulanmıştır. Emosyonel durumu oryante görünmekte ve ancak doğum ağrıları ile baş etmede yetersiz görünmektedir. Sürekli fetal monitörizasyona bağlı serbest hareket edememekte ve indüksiyon nedeniyle yeme içmeye izin verilmemektedir. Gece 08:00 de ikinci evre başlamış ve 09:20 de sonlanmıştır. Epizyotomi uygulanmış ve fundal basınç ile doğum gerçekleşmiştir. Apgar skoru 1.dakikada 8, 5.dakikada 10 olan 50 cm, 4100 gr ağırlığında kız bebek dünyaya getirmiştir. Doğum sonu süreçte iri bebek ve fundus masajına bağlı kanama miktarı fazla olabileceğinden 500 ml Dekstroz içinde 4 ampül sympitan hızlı bir şekilde gönderilmeye devam etmiştir.

SONUÇ: Doğum eylemi kadını ve ailesini etkileyen önemli bir süreçtir. Fizyolojik olması ile birlikte kadının pek çok gereksinimi bulunmaktadır. Bu gereksinimlerin karşılanması kadının rahatını artırarak doğum eyleminin süresinin kısılmasına, anksiyeteye bağlı fetüste gelişebilecek komplikasyonların önlenmesine, doğum eyleminin iyi hatırlanması ve diğer doğumlarda normal doğumu tercih etmesine yol açabilir. Bakım esnasında kuram ve modellerden yardım alınması ebelerin nitelikli bakım vermesinde önemli rol oynayabilir.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, Doğum, Kuram, Model, Bakım

Bildiri No: 105 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Uluslararası ve Ulusal Perinatal Program Örnekleri

Ayça Demir Yıldırım¹

İstanbul Kadıköy İlçe Sağlık Müdürlüğü

ÖZET

Perinatal programlar optimal hizmet anlayışı ile ülkelerin kendi kültür ve sosyodemografik özelliklerine göre tasarlanmaktadır. Bu programlar; prekonsepsiyonel dönemden başlayarak, gebelik, doğum, doğum sonrası dönem, fetüs/yenidoğan sağlığı ve bu süreçte kadının ailesi içinde optimal sonuçları sağlamayı ve geliştirmeyi amaçlar. Bugün perinatoloji alanında, özellikle doğumlarda, gereksiz birçok müdahale olması kadınların aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyetsiz ayrılmalarına neden olmaktadır. Perinatoloji alanında optimal yaklaşım, sağlıklı kadınların karmaşık teknolojiye ihtiyacı olmaması ile birlikte kadın merkezli bireysel ve rutin obstetrik müdahalelerde bulunmaktan kaçınan bir bakımı sağlamaya odaklanır. Bu sebeple de sağlık bakımında optimaliteyi sağlamanın en temel yolu kanıta dayalı verilerin uygulamaya aktarılmasıdır.

Dünyada uygulanan perinatal sağlık hizmetlerinin optimalitesi açısından ülkelerin sağlık sistemleri içinde yürütülen programlar veya hastaneler tarafından yürütülen perinatal programlar bulunmaktadır. Bu programlar kadınların ihtiyaçlarına göre şekillenmektedir. Bu programlara örnek olarak; "The Door, New Hampshire Prenatal Program, Alberta Perinatal Health Program, Alaska Perinatal Health Program, MOREOB, Perinatal Loss Program, Perinatal Oral Health Program, Perinatal Palliative Care Program, Homeless Perinatal Program, Comprehensive Perinatal Services Program, Antenatal Education Class" programları bulunmaktadır. Kanıta dayalı uygulamaların perinatal alanda yeni modeller veya programlar çerçevesinde akış şemaları ile birlikte hizmet sunumunun yapılması, ebelik ve hemşirelik mesleğinin sanatsal yönü ile gerçekleştirilmesi bu alanda optimal hizmet sunumunu kolaylaştırmaktadır..

Anahtar Kelimeler: Optimalite, Perinatal Bakım, Ebelik, Kadın Sağlığı Hemşireliği, Kanıta Dayalı Uygulamalar

Bildiri No: 107 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Gebelik Öncesi Vücut Kitle İndeksi ve Gebelikte Kilo Alımının Perinatal Sonuçlara ve Doğum Şekline Etkisi

Engin Yurtçu¹, Sibel Mutlu¹

Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Karabük, Türkiye

Amaç: Gebelik öncesi vücut kitle indeksinin (VKİ) ve gebelikte kilo alımının perinatal sonuçlar ve doğum şekline etkisini araştırmak.

Yöntem: Hastanemizde 2018 - 2019 yılları arasında doğum yapan 722 gebenin kayıtları geriye dönük incelendi. Gebelik öncesi hesaplanan VKİ'ne göre 4 gruba ayrıldı; Grup 1: zayıf (VKİ: $\leq 18,49$ kg/m² olanlar), Grup2: normal (VKİ: 18,5 - 24,99 kg/m²), Grup 3: fazla kilolu (VKİ: 25 - 29,99 kg/m²), Grup 4: obez (VKİ ≥ 30 kg/m²). Gebeler gebelik esnasında aldıkları kilolara göre ise 3 gruba ayrıldı; Grup A: gebelikte 7 ve altında kilo alanlar, Grup B: gebelikte 8 ile 15 kilo arasında alanlar, Grup C: gebelikte 16 ve üstünde kilo alanlar. Doğum öncesi VKİ'ne ve gebelikte aldıkları kiloya göre gruplandırılan gebeler maternal-neonatal sonuçlar ve doğum şekli ve travay süreleri açısından karşılaştırıldılar.

Bulgular: Gebelik öncesi VKİ'ne göre obez grubu gebelikte; gestasyonel diyabetes mellitus (p:0.000) preeklampsi (p:0.018), preterm doğum (p:0.011) ve sezaryen ile doğum (p:0.061) daha sık rastlandı. VKİ arttıkça; yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı (p:0.02) ve 1. dakika APGAR skorunda düşüklük (p:0.019) daha sık tespit edildi. Gebelikte kilo alımı azaldıkça preterm doğum (p:0.041) daha sık saptandı. Gebelikte kilo alımı arttıkça doğum ağırlığı artmaktaydı (p:0.000) ve kilo alımı 16 kilonun üstünde olan gebelerde (grup C) 2500 gr altı doğan bebek daha az, 4000 gr üstü bebek daha sık rastlandı.

Sonuç: Yüksek VKİ ile gebeliğe başlayan kadınlarda kötü perinatal sonuçlar gözlenmekte ve sezaryen doğum oranı artmaktadır. Gebelikte kilo alımı arttıkça bebek doğum ağırlığında artış saptandı.

GİRİŞ:

Obezite günümüzde dünya çapında hızı giderek artan bir sağlık sorunu olmakta birlikte üreme çağındaki kadınlar arasında en yaygın sağlık sorunlarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2013 verilerine göre gebelikte obezite prevalansı %1.8 ile % 25.3 arasında değişkenlik göstermektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde 1999-2010 arasında obezite prevalansı 20-39 yaş arası kadınlarda %28.4'den %34.0'a yükselmiştir. Obezite, genel olarak vücut kitle indeksine (VKİ) (kg/m²) göre sınıflandırılır, VKİ bireylerde kiloyla boy arasındaki ilişkiyi baz alarak zayıf, normal, fazla kilolu ya da obez olarak tanımlanmasında kullanılan bir ölçüttür. DSÖ bireyleri VKİ bağlamında altı gruba ayırdı; VKİ <18.5 düşük kilolu, VKİ:18.5-24.99 normal, VKİ: 25.0-29.99 fazla kilolu ve VKİ ≥ 30 obez olarak sınıfladı ayrıca obez bireyleride VKİ durumuna göre üç sınıfta açıkladılar. Birçok çalışma maternal obezitenin gestasyonel diyabetes mellitus, preeklampsi, hipertansiyon, artmış acil sezaryen doğum oranları, fetus için spontan abortus, ölü doğum, konjenital anomaliler,prematurite, makrozomi ve doğum sonrasında çocukluk çağı obezite ve metabolik sendrom ile ilişkili olabileceğini göstermiştir. Gebelikte aşırı kilo alımı artmış doğum ağırlığı ve gebelik sonrası verilemeyen kilolar ile ilişkilidir. Bu da, gelecekteki gebeliklerdeki metabolik disfonksiyonlar ve gebelik öncesi obezite ile ilişkilidir. Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM) 2009 yılında DSÖ' nün obezite sınıflamasını temel alarak gebelik

başındaki VKİ düzeylerine göre gebelikte kilo alımı için önerilerde bulunduğu bir kılavuz yayımladı. IOM kılavuzu fazla kilolu gebelerde toplam 6.8-11.3 kg, obez gebelerde toplam kilo alımını 5.0-9.1 kg olarak daha az kilo alımı önermekte böylece maternal ve fetal sonuçları optimize etmeyi amaçlamaktadır. Bu önerilere rağmen günümüzde halen farklı vücut kitle indeksi gruplarında gebelikte kilo alımı hakkında tam bir görüş birliği yoktur.

Obezitenin üreme çağındaki kadınlarda sıklığının arttığı günümüzde; Batı Karadeniz bölgesinde olan Karabük'te gebelik öncesi vücut kitle indeksi ve gebelikte alınan kilonun gebelik sonuçlarına ve doğum şekline olan etkisini araştırmayı hedefledik.

GEREÇ-YÖNTEM:

Çalışma 2018 Ekim- 2019 Mart tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesin Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde yapılmıştır. Çalışmaya hastanemizin doğum ünitesinde doğumu gerçekleştirmiş tekil gebeler dahil edilmiştir. Yeterli dosya ve anamnez verileri bulunmayan gebeler, 24 hafta öncesi gerçekleşen doğumlar, çoğul gebelikler , ciddi sistemik hastalığı (ör: diyabetes mellitus, kronik hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği vb) olan gebeler çalışma dışında bırakıldılar. Bu kriterlere uyan 722 gebenin kayıtları geriye dönük incelendi. Gebelik öncesi hesaplanan VKİ'ne göre 4 gruba ayrıldı; Grup 1: zayıf (VKİ: $\leq 18,49$ kg/m² olanlar), Grup2: normal (VKİ: 18,5 - 24,99 kg/m²), Grup 3: fazla kilolu (VKİ: 25 - 29,99 kg/m²), Grup 4: obez (VKİ ≥ 30 kg/m²). Gebeler gebelik esnasında aldıkları kilolara göre ise 3 gruba ayrıldı; Grup A: gebelikte 7 ve altında kilo alanlar, Grup B: gebelikte 8 ile 15 kilo arasında alanlar, Grup C: gebelikte 16 ve üstünde kilo alanlar. Gruplar maternal demografik bilgiler, obstetrik sonuçlar (preterm doğum, preeklampsi, gestasyonel hipertansiyon, gestasyonel diyabetes mellitus, oligohidroamnios, intrauterin gelişim geriliği), fetal sonuçlar (doğum ağırlığı, doğan bebeklerin Apgar skorları ve yenidoğan yoğun bakım ihtiyaçları) ve doğum şekilleri ve doğum eylemi süreleri açısından izlendi ve karşılaştırıldı. Doğum şeklinin araştırılmasında, sezaryen doğum riskini objektif olarak değerlendirebilmek için önceden sezaryen ile doğum yapan (n:254) ve malprezentasyon nedeni ile sezaryen yapılan (n:12) gebeler bu subgruba dahil edilmemiştir.

Değişkenlere ait tanıtıcı istatistikler elde edildi. Gurup karşılaştırmalarından önce değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Anderson-Darling testiyle belirlendi. Değişkenlerin normal dağılım göstermedikleri tespit edildi. Gurupları karşılaştırmak amacıyla Sürekli varyasyon gösteren değişkenlerde ikili gurup karşılaştırmalarında Mann-Whithney U testi, çoklu gurup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Kruskal-Wallis testi sonrası farklı olan gurup (yada gurupların) tespitinde Dunn testi kullanıldı. Kategorik verilerin analizlerinde Ki-Kare testi kullanıldı. Doğum şekli üzerine bütün covaryete ve faktörlerin etkilerini analiz edebilmek için lojistik stepwise regresyon analizi gerçekleştirildi. İstatistiksel analizlerin gerçekleştirilmelerinde Minitab paket programı ve R yazılımı kullanıldı. P<0.05 istatistiksel anlamlılık seviyesi olarak kullanıldı.

BULGULAR:

Çalışmaya alınan 722 gebe VKİ'ne göre 105'i (% 14.55) obez, 193'ü (%26.73) fazla kilolu, 378'i (%52.35) normal, 46'sı (%6.37) zayıf gruba dahildi. Ek olarak gebelerin 126'sı (%17.45) gebelik esnasında 8 kilonun altında aldılar, 423'ü (%58.58) gebelikte 8 ile 16 kilo arası ve 173'ü (%23.96) 16 kilo ve üstünde aldılar. VKİ'ne göre obez grupta eğitim düzeyi normal VKİ' ne grubuna göre daha düşük seviyede tespit edildi (lise ve üniversite mezunu olma %34.27'ye karşı %57.67). Obez ve fazla kilolu kadınların biraz daha ileri yaşta ve pariteleri daha fazlaydı. Gebelik başı VKİ arttıkça gebelikte kilo alımı ortalaması azalmakta idi.

Gebelik öncesi VKİ'ne göre obez grubu gebelikte; gestasyonel diyabetes mellitus (p:0.000) preeklampsi (p:0.018), preterm doğum (p:0.011) ve sezaryen ile doğum (p:0.061)

daha sık rastlandı. Doğum şeklini etkileyebilecek veriler için yapılan logistik regresyonda VKİ arttıkça sezaryen oranları artmaktaydı (p:0.026). VKİ arttıkça; yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı (p:0.020) ve 1. dakika APGAR skorunda düşüklük (p:0.019) daha sık tespit edildi, oligohidroamnios ve intrauterin gelişim geriliği açısından gruplar arasında farklılık yoktu (Tablo 1) (Şekil 1). Gebelikte kilo alımı azaldıkça preterm doğum (p:0.041) daha sık saptandı. Gebelikte kilo alımı arttıkça doğum ağırlığı artmaktaydı (p:0.000) ve kilo alımı 16 kilonun üstünde olan gebelerde (grup C) 2500 gr altı doğan bebek daha az, 4000 gr üstü bebek daha sık rastlandı, fakat sezaryen oranları, preeklampsi, gestasyonel diyabetes mellitus, oligohidroamnios ve intrauterin gelişim geriliği açısından gruplar arası sonuçlar benzerdi (Tablo 2).

TARTIŞMA:

Obezite günümüzde dünya çapında hızı giderek artan bir sağlık sorunu olmakla birlikte üreme çağındaki kadınlar arasında en yaygın sağlık sorunlarından biridir. Scott-Pillai ve arkadaşlarının yaptığı 30298 gebe kadını içeren retrospektif bir araştırmada %2.8'i zayıf, % 52.5'i normal, % 27.8'i aşırı kilolu ve yaklaşık % 17'si obezdi. Ülkemizde 1252 gebe kadınıyla yapılan bir çalışmada, gebeliklerin % 7.9'unun zayıf, % 60.3 normal, % 23.7 fazla kilolu, % 8.1 obez olduğu bildirilmiştir (Akgün,2013). Bizim yaptığımız çalışmada ise gebelerin %6.3'si zayıf, %52.3'i normal, % 26.7'si fazla kilolu ve %14.5'i obezdi. Çalışmamızda gebelerin % 41.3'ü fazla kilolu ve obez idi, bu oran ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalarda bulunan en yüksek oranlardan biriydi.

Obez kadınlarda gebeliğe bağlı hipertansiyon ve preeklampsi riski artmaktadır (Kim, 2016; Huda, 2014). Bu risk gebelik öncesi VKİ>35 kg/m² olan kadınlarda daha da fazladır (Weiss,2003). Ellidört çalışmayı içeren bir derlemede obezitenin preeklampsi riskini normal kilolulara göre 3-10 kat, gestasyonel hipertansiyon riskinide 4.5-8.7 kat artırdığı sonucuna varmıştır (Salihu,2012). Çalışmamızda, preeklampsi gebelik öncesi VKİ'lerine göre zayıf grupta %0, normal grupta %2.64, fazla kilolu grupta %2.07 ve obez grupta %7.61 saptandı, obezlerde preeklampsi anlamlı oranda daha fazla gözlemlendi (p:0.029). Çalışmamızda, gebelikteki hipertansif hastalıkları (gestasyonel hipertansiyon ve preeklampsi) birlikte değerlendirilince, zayıflarda %0, normal grupta %2.64, fazla kilolularda %4.41 ve obezlerde %8.57 olmak üzere (p:0.018), vücut kitle indeksi arttıkça hipertansif hastalıkların sıklığında artmaktaydı.

Maternal obezite, gestasyonel diyabet ile güçlü bir şekilde ilişkilidir, bildirilen risk VKİ artışı ile birlikte artmaktadır ve normal kilolu kadınlardan 4-9 kat daha fazladır (Marchi,2015). Çalışmamızda gebelik öncesi VKİ'i gruplarına göre gestasyonel diyabet insidansı, obez grupta (%15.23) ve fazla kilolu grupta (%5.69) normal kiloya sahip gruba (%2.11) kıyasla artmıştı (p:0.000). Bu bulgular daha önceki çalışmalarla tutarlılık göstermektedir (Kumari,2001; Kim,2016). Gebelikte alınan kiloya göre gebeliğinde düşük kilo alımı alan grupta (<8kg) gestasyonel diyabet gebeliğinde kilo alımı yüksek olan gruba (≥16kg) kıyasla daha sık tespit edilmiş olup bunun beklenmedik sonucun düşük kilo alan gruptaki gebelerin gebelik öncesi ortalama VKİ' nin (27.35 kg/m²) yüksek kilo alımı olan gebelerin gebelik öncesi ortalama VKİ' den (23.33 kg/m²) daha yüksek olması ile ilişkili olduğunu düşündük.

Önceki çalışmaların meta-analizleri obezite ve preterm doğum arasında kesin bir ilişki kuramamıştır. Preterm doğum obezite ile ilişkili olumsuz bir sonuç olarak yaygın olarak kabul edilmemesine rağmen, ABD ve İsveç'te yürütülen yaklaşık 3.5 milyon doğumun izlendiği derlemede preterm doğumun maternal obezitesi ile ilişkili olduğu

sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada obezite hem endike preterm doğumların hem de spontan (membran rüptürü olsun veya olmasın) preterm doğumların riskini arttırmıştır (Gould,2014). Başka bir çalışmada ise obezlerde VKİ ne kadar artarsa aşırı preterm doğum (<28 hafta) oranında o kadar artmaktaydı (Cnattingius,2013). Çalışmamızda gebelik öncesi VKİ gruplarına göre preterm doğum zayıf grupta %2.17, normal grupta %12.69, fazla kilolularda %12.43 ve obezlerde %20 olarak tespit edildi (p:0.011).

Çalışmalar, aşırı kilolu ve obez kadınların gebeliklerinde artmış sezaryen riski olduğunu göstermiştir. (Marchi, 2015; Taşdemir, 2015, Weiss,2003). Weiss ve arkadaşları nullipar gebeler üstünde yaptığı çalışmada; sezaryen oranı VKİ<30 kg/m² olan grupta %20.7, VKİ'i 30-34.9 olan grupta %33.8 ve VKİ≥35 olan grupta ise %47.4 olarak saptadılar ve obezitenin sezaryen doğum için bağımsız bir risk faktörü olduğunu bildirdiler. Çalışmamızda sezaryen oranları VKİ'ne göre zayıf grupta %34.29, normal grupta %31.72, fazla kilolu grupta %35.92 ve obez grupta %52 olarak tespit edildi (p:0.061), doğum şekli üstüne etkisi olabilecek değişkenlerin logistik analizi sonucunda VKİ arttıkça sezaryen oranının arttığı tespit edildi (p:0.026). Bu analiz sonucunda obez grupta olmak zayıf,normal ve fazla kilolu grup ile kıyaslandığında sezaryen açısından sırasıyla 3.45, 2.99 ve 2.36 kat daha fazla risk arz etmekteydi (OR:3.45 95%CI:1.21-9.82, OR: 2.99; 95%CI:1.44-6.23, OR:2.36; 95%CI: 1.05-5.30). Obez hastalarda sezaryen riskinin fazla olması yanında, operasyon esnasında artmış kan kaybı,uzamış ameliyat süreleri ve postoperatif yara yeri enfeksiyon gibi intra ve postoperatif komplikasyonlarda da artış mevcuttur. Gebelik öncesi VKİ grupları ve gebelikte kilo alımı grupları arasında travay süreleri açısından istatistiksel bir fark tespit edilemedi.

Maternal obezite makrozomi, fetal sıkıntı ve düşük APGAR skoru, hipoglisemi ve mekonyum aspirasyonu riskini arttırarak yenidoğan morbidite ve mortalite riskini arttırır. Birçok çalışmada obez gebeliklerde yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı obez olmayanlara kıyasla daha fazla saptandı (Çalık, 2018; Schuster, 2016; Liu,2016; Majumdar, 2010). Obezite ilişkili erken doğumlarda yenidoğanlarda yoğunbakım ihtiyacına katkıda bulunabilir (Heslehurs,2008) Çalışmamızda gebelik öncesi VKİ'ne göre 1. dakika düşük APGAR skorları zayıf grupta %0, normal grupta %2.9, fazla kilolularda %1.55 ve obez grupta diğer gruplardan %7.61 ile daha yüksek olarak bulundu (p:0.019). Çalışmamızda literatür ile tutarlı olarak gebelik öncesi vücut kitle indeksi arttıkça yeni doğan yoğun bakım ihtiyacı olan bebek doğum oranı artmaktaydı (p:0.020).

Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM), 2009 yılında DSÖ' nün obezite sınıflandırmasını temel alarak, gebelikte farklı VKİ düzeylerine göre kilo alımını düzenleyen bir öneri kılavuzu yayınlamıştır. Gestasyonel kilo alma kılavuzları, gestasyonel yaşa göre büyük bebekler (LGA), gestasyonel yaşa göre küçük bebekler (SGA) ve preterm doğumlar ve doğum sonrası fazla kilo tutulumu risklerini dengelemeye çalışır. Kanıtlar, aşırı gestasyonel kilo artışı ile artmış doğum ağırlığı ve doğum sonrası maternal kilo fazlalığı arasındaki ilişkinin yanı sıra yetersiz kilo alımı ile azalan doğum ağırlığı arasındaki ilişkiyi desteklemektedir (Siega-Riz,2009). Yapılan bazı çalışmalar obezler için IOM önerilerinin daha fazla sınırlandırılmasının herhangi bir zararı olmadığını savunurken, farklı çalışmalar IOM önerilerinin bile aşırı obezler için preterm doğum ,SGA bebekler ve perinatal mortalite ile ilişkili olabileceğini bildirmişlerdir (Beyerlein,2009-2010, Bodnar,2010, Siega-Riz,2009). Çalışmamızda gebelikte kilo alımı arttıkça doğum ağırlığı artmaktaydı (p:0.000) ve kilo alımı 16 kilonun üstünde olan gebelerde (grup C) 2500 gr altı doğan bebek daha az,

4000 gr üstü bebek daha sık rastlandı. Gebelik öncesi VKİ'nin doğum ağırlığı üstünde anlamlı bir etkisini saptamadık.

Sonuç olarak gebelik öncesi yüksek VKİ'nin gestasyonel diyabet, preeklampsi, preterm doğum ve sezaryan oranlarında artış gibi olumsuz obstetrik sonuçlarla ve düşük APGAR skoru ve yenidoğan yoğun bakım ihtiyacında artışa neden olarak kötü fetal sonuçlarla birliktelik göstermektedir. Gebelikte alınan kilo ile doğum ağırlığı arasında güçlü bir ilişki mevcuttu. Anne adaylarına fazla kilolu ve obez olmanın gebelikte getireceği riskler belirtilerek kilo kontrolüne yönelmesi sağlanmalıdır. Obez kadınların yönetiminde gestasyonel kilo alımının sınırlandırılması konusundaki mevcut riskler göz önünde bulundurularak kilo kontrolü için aşırı hevesli rejimlere karşı dikkatli olunmalı, yönetimi bireyselleştirilmelidir.

Tablo 1: Gebelik öncesi vücut kitle indekslerine göre veriler

	Grup I (VKİ <18,5) n: 46 (%6.37)	Grup II (VKİ 18,5- 24,99) n: 378 (%52.35)	Grup III (VKİ 25- 29,99) n: 193 (%26.73)	Grup IV (VKİ ≥30) n: 105 (%14.55)	P
Yaş	26.80±4.07	27.66±5.16	29.64±5.83	30.07±5.43	P:0.000
Gebelik öncesi VKİ	17.36±1.06	22.15±1.64	27.01±1.32	34.16±3.60	P:0.000
Gebelikte Kilo Alımı	14.20±5.76	13.10±5.04	11.56±5.28	9.16±5.92	P:0.000
Doğumdaki VKİ	22.76±2.31	27.16±2.50	31.47±2.18	37.73±4.06	P:0.000
Gravida	1.93±1.08	2.25±1.34	2.62±1.42	2.64±1.20	P:0.000
Parite	0.69±0.91	1.01±1.13	1.30±1.12	1.37±0.89	P:0.000
Gebelik Haftası	38.85±1.04	38.43±1.84	38.28±1.67	38.15±1.71	P:0.011
Preterm Doğum (<37)	1 (%2.17)	48 (%12.69)	24 (%12.43)	21 (%20)	P:0.011
Doğum Ağırlığı	3160.5±426.9	3209.0±523.3	3242.2±501.8	3299.5±533.7	P:0.294
GDM	1 (%2.17)	8 (%2.11)	11 (%5.69)	16 (%15.23)	P:0.000
Preeklampsi	0 (%0)	10 (%2.64)	4 (%2.07)	8 (%7.61)	P:0.029
1. dakika APGAR skoru ≤6	0 (%0)	11 (%2.91)	3 (%1.55)	8 (%7.61)	P:0.019
Yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı	1 (%2.17)	55 (%14.55)	32 (%16.58)	25 (%23.80)	P:0.020
VKİ: Vücut kitle indeksi, GDM: Gestasyonel Diyabetes Mellitus					

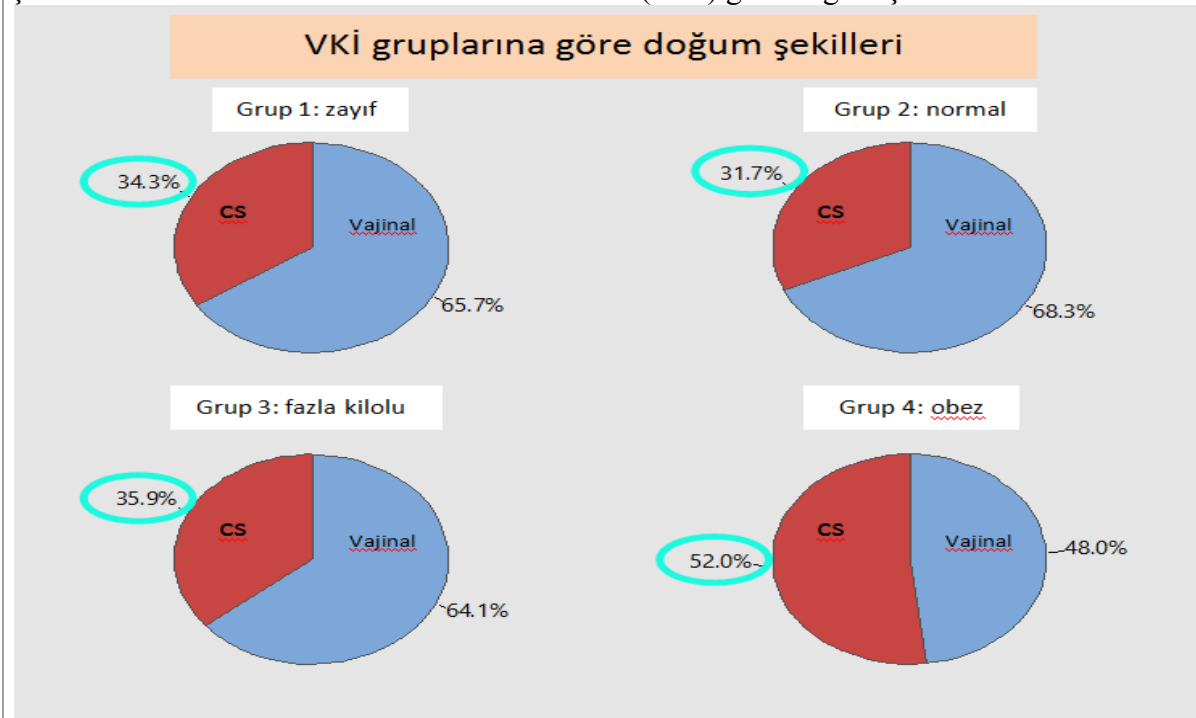
Tablo 2: Gebelikte kilo alımına göre veriler

	Grup A (<8 kg) n: 126 (%17.45)	Grup B (8-16 kg) n: 423 (%58.58)	Grup C (≥16 kg) n: 173 (%23.96)	P
Yaş	28.99±6.07	28.51±5.36	28.06±5.12	P:0.424
Gebelik öncesi VKİ	27.35±6.02	24.86±4.66	23.33±4.27	P:0.000

Gebelikte Kilo Alımı	4.52±3.02	11.46±2.10	19.38±3.52	P:0.000
Doğumdaki VKİ	29.11±5.77	29.28±4.68	30.72±4.50	P:0.000
Gravida	2.70±1.54	2.42±1.33	2.07±1.16	P:0.000
Parite	1.42±1.12	1.15±1.14	0.82±0.90	P:0.000
Gebelik Haftası	38.09±1.99	38.34±1.68	38.68±1.65	P:0.013
Preterm Doğum (<37)	22 (%17.46)	58 (%13.71)	14 (%8.09)	P:0.041
GDM	12 (%9.52)	17 (%4.01)	7 (%4.04)	P:0.061
Preeklampsi	5 (%3.96)	9 (%2.12)	8 (%4.62)	P:0.230
Doğum Ağırlığı	3079.9±585.2	3218.8±491.2	3358.0±482.2	P:0.000
< 2500 gr	19 (%15.07)	32 (%7.56)	4 (%2.31)	P:0.000
2500-3999 gr	99 (%78.57)	370 (%87.47)	153 (%88.43)	
≥ 4000 gr	8 (%6.34)	21 (%4.96)	16 (%9.24)	
GDM	12 (%9.52)	17 (%4.01)	7 (%4.04)	P:0.061

VKİ: Vücut kitle indeksi, GDM: Gestasyonel Diyabetes Mellitus

Şekil 1: Gebelik öncesi Vücut Kitle İndekslerine (VKİ) göre doğum şekilleri.



Anahtar Kelimeler: Gebelik öncesi vücut kitle indeksi, gebelikte kilo alımı, perinatal sonuçlar, sezaryen

Bildiri No: 109 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Umbilikal Kord Ne Zaman Klemplenmeli? Ebelik Öğrencilerinin Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesi: Kesitsel Bir Çalışma

Elif Çilesiz¹, Zeynep Seyyide Bozkurt²

Ankara Üniversitesi

Lokman Hekim Üniversitesi

Amaç: Umbilikal kord, yapısında yer alan iki arter ve bir ven aracılığı ile prenatal dönem boyunca fetüsün büyüme ve gelişmesini sağlayacak olan maddeleri plasentadan fetüse taşıırken, fetüsün atık ürünlerinin plasentaya taşınmasında da büyük rol oynamaktadır. Doğumun üçüncü evresinde klemplenme zamanı ile ilgili son yıllarda dünya literatüründe tartışma konusu olmuştur. Bu çalışma ebelik öğrencilerinin doğumun üçüncü evresinde umbilikal kordun klemplenme zamanı hakkındaki bilgi ve düşüncelerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Kesitsel araştırma tipinde olan çalışma bir üniversitenin ebelik bölümünde yapılmıştır. Araştırmada, örneklem seçimine gidilmemiş olup çalışmayı kabul eden 200 (%50) ebelik öğrencisi çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce gerekli izinler ve öğrencilerden onam alınmıştır. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulan “Öğrenci Bilgi Formu” ve “Umbilikal Kord Klempleme Zamanı Bilgi Formu” ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 24.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Veriler, sıklık-yüzde, non parametrik testler olan Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Yayılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Bulgular: Araştırmada öğrencilerin yaş ortalaması 21 olup katılımcıların %16’sı 1. Sınıf %27,5’i 2. Sınıf %27,5’i 3. Sınıf ve %39’u 4.sınıfa devam etmektedir. Öğrencilerin %57,5’i GKK’yı doğru tanımlamış olup, doğru tanımlayan öğrencilerin %76,9’u 4. Sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin %14’ü GKK uygulamasına şahit olduklarını belirtirken, %54,5’i GKK’nın doğumda rutin olarak uygulanmaması gerektiğini bildirmişlerdir.

Sonuç: Öğrencilerin devam ettikleri sınıflara göre Umbilikal Kord Klempleme Zamanı Bilgi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Öğrencilerin genel olarak bilgi puanları düşük olmakla birlikte doğum dersi alan üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerin bilgi puanları daha yüksek olup GKK ile ilgili görüşleri olumludur.

Anahtar Kelimeler: Geç Kord Klempleme, Ebelik Öğrencileri, Ebelik

Bildiri No: 110 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Gebelik Öncesi Doğum Korkusunun Psikososyal Belirleyicileri: Üniversite Öğrencileri Perspektifinden Bir Çalışma

Esra Karataş Okyay¹, Tuba Uçar¹, Sermin Timur Taşhan²

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı, Malatya

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya

Özet

Amaç: Araştırma, gebelik öncesi doğum korkusu ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Kesitsel tipte olan araştırmanın verileri, Mart-Haziran 2018 tarihleri arasında bir devlet üniversitesinin merkez kampüsündeki fakülte ve yüksekokullarda toplandı. Araştırmanın örneklemini bu devlet üniversitesinin merkez kampüsündeki fakülte ve yüksekokullarında öğrenim gören, tabakalama örnekleme yöntemi ile seçilen 842 öğrenci (421 kadın, 421 erkek) oluşturdu. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak, Kişisel Bilgi Formu, Kadın Gebelik Öncesi Doğum Korkusu Ölçeği ve Erkek Gebelik Öncesi Doğum Korkusu Ölçeği, On-Maddeli Kişilik Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği ile toplandı. Verilerin analizinde ortalama ve standart sapma, basit linear regresyon analizi ve hiyerarşik linear regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya dahil edilen kadınların yaş ortalaması 20.90 ± 1.76 , erkeklerin yaş ortalaması 21.57 ± 2.22 'dir. Hiyerarşik linear regresyon modeli gelecekte sezaryen doğum yapmayı planlamanın, doğum esnasında ağrı düzeyinin fazla olacağını düşünmenin, dışa dönük ve yumuşak başlı kişilik özelliklerinin ve anksiyete düzeyinin kadınlarda gebelik öncesi doğum korkusunun önemli belirleyicileri olduğunu göstermiştir (sırasıyla $\beta=0.147$; $\beta=0.162$; $\beta=0.124$; $\beta=0.124$; $\beta=0.183$; $p<0.05$). Basit linear regresyon modeli doğum esnasında ağrı düzeyinin fazla olacağını düşünmenin, dışa dönük ve duygusal dengeli kişilik özelliklerinin ve anksiyete düzeyinin erkeklerde gebelik öncesi doğum korkusunun önemli belirleyicileri olduğunu göstermiştir (sırasıyla $\beta=0.164$; $\beta=0.113$; $\beta=0.153$; $\beta=0.130$; $p<0.05$).

Sonuç: Kadınlarda gelecekte sezaryen doğum yapmayı planlamanın, doğum esnasında ağrı düzeyinin fazla olacağını düşünmenin, dışa dönük ve yumuşak başlı kişilik özelliklerinin ve yüksek anksiyete düzeyinin; erkeklerde doğum esnasında ağrı düzeyinin fazla olacağını düşünmenin, dışa dönük ve duygusal dengeli kişilik özelliklerinin ve yüksek anksiyete düzeyinin gebelik öncesi doğum korkusunu arttırdığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: anksiyete, doğum korkusu, gebelik öncesi, kişilik özellikleri

Bildiri No: 111 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

“Sharenting” Konusunda Ebeveynlerin Farkındalık Düzeyleri
**Hediye Karakoç¹, Bahanur Selcan Akpınar¹, Neslihan Paylan¹, Büşra Erus¹,
Şeyma Etlik¹**

KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Ebelik Bölümü, Konya

Amaç: Araştırma, ebeveynlerin sharenting konusunda farkındalık düzeylerini artırmak, bilgi ve tutumlarını değerlendirmek, toplumsal açıdan sharenting kavramına dikkat çekmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma karşılaştırmalı-tanımlayıcı araştırma tasarımı yapılmıştır. Araştırma evrenini; bir üniversitede çalışan (akademik, idari personel ve eşleri) 0-13 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynler oluşturmuştur. Araştırma örnekleme %95 güven aralığı ($\alpha=0,05$), $p=0.68$ ile yapılan hesaplamada en az 334 ebeveynin alınması gerektiği belirlenmiştir. Araştırma örnekleme genellenebilirliği artırmak amacıyla tam sayım örnekleme yöntemi kullanılarak araştırmaya alınma kriterlerine uyan 464 ebeveyn dahil edilmiştir. Araştırma verileri, literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde; tanımlayıcı istatistikler, gruplar arasında yüzdeler verilerinin karşılaştırılması için ki-kare testi, normal dağılımlı parametrik verilerde ortalamanın karşılaştırılması için bağımsız gruplar arası t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Ortalama sosyal medyada geçirilen süre ($p=0.472$) ve sosyal medyaya yüklenen fotoğraf-video sayısı ($p=0.176$) bakımından anne ve babalar arasında anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur. Ebeveynlerin %65.3'ü çocuğun fotoğraf-videolarını sosyal medyada paylaşmanın mahremiyet ihlaline girdiğini, %62.9'u fotoğraf-videoların başkaları tarafından kullanılabileceğini düşünmektedir. Ebeveynlerin %55.2'si paylaşılan fotoğraf-videolardan ileride rahatsızlık duyabileceğini düşünmediğini, %65.5'i çocuk ile ilgili komik olayları sadece eş ile paylaşmadığını, %73.3'ü çocuğun deniz, havuz kenarında çıplak şekilde fotoğrafını paylaştığını belirtmiştir. Günlük ortalama çocuk ile geçirilen süre ($p<0.001$), çocuğun fotoğraf-videosunu sosyal medyada paylaşma ($p<0.001$), gizlilik ayarlarının kontrolü ($p=0.001$), sosyal medyada çocuğun ad-soyadını ($p=0.002$) ve doğum tarihini paylaşma ($p=0.010$) açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Grupların en çok mutluluğu ispatlamak amacıyla ($p=0.004$) paylaşım yaptığı belirlenmiştir.

Sonuç: Günümüzde sosyal medyanın, birçok fayda ile birlikte bağımlılık, mahremiyet, gizlilik başta olmak üzere azımsanmayacak zararları bulunmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre ebeveynlerin sharenting konusunda farkındalıklarının yüksek olmasına karşın, uygulamada çocuklarının mahremiyetini korumaya yönelik tutum sergilemedikleri görülmektedir. Sharenting ile ilgili yapılabilecek en temel görev ebeveynlerin neler yapmaları gerektiği konusunda bilinçlendirilmesidir.

Anahtar Kelimeler: Ebeveyn, sharenting, sosyal medya, mahremiyet

Bildiri No: 112 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Hemşirelik Öğrencilerinin Doğuma İlişkin Algıları

Nevin Çıtak Bilgin

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bolu

Giriş ve Amaç: Geleceğin anne-baba adayı olan öğrencilerin doğuma yönelik olumlu algıya sahip olmaları, gerek kendileri ve partnerleri, gerekse hizmet verdikleri bireyler açısından doğum tercihlerini daha bilinçli yapmaları ve normal doğum için motivasyonun sağlanması açısından önemlidir. Bu çalışma hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin doğuma ilişkin algılarını belirlemek için yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma nitel tipte olup, katılımcı grubunu Batı Karadeniz bölgesinde yer alan bir ilde Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde öğrenim gören 37 öğrenci oluşturmuştur. Veriler; kişisel bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ile derinlemesine bireysel görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi ve tanıtıcı özelliklerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için Sosyal Bilimler İnsan Araştırmaları Etik Kurul'undan ve çalışmanın yürütüldüğü kurumdan izin alınmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması 20.56 ± 1.55 olup, %48.6'sı kadın, % 51.4'ü erkektir. Öğrencilerin % 43.2'sinin kadın-doğum dersi aldığı, %35.1'inin doğum gördüğü ve doğum görenlerin 2/3'ünün hem vajinal hem de sezaryen doğumu izlediği belirlenmiştir. Yapılan içerik analizi sonucunda doğum algısı ile ilgili iki tema, beş alt tema ve bu alt temalara ilişkin 24 kod belirlenmiştir. İlk tema doğuma bakış olup, bu tema altında; olumlu bakış, olumsuz bakış ve spiritüel bakış olarak 3 alt tema belirlenmiştir. İkinci tema doğum tercihi olup, bu tema altında tercih edilen doğum şekli ve tercihi belirleyenler olarak iki alt tema ortaya çıkmıştır. Katılımcıların doğuma olumlu bakış olarak; çoğunun doğumu heyecan ve mutluluk verici (n=25) bir durum olarak değerlendirdikleri, doğumu bebek /yeni bir bireyin dünyaya gelişi (n=16), fizyolojik bir süreç (n=10) ve ebeveyn/aile olma süreci (n=10) olarak değerlendirdiği görülmüştür. Öğrenciler doğuma ilişkin olumsuz görüşlerini en çok acı- zorluk (n=10), korku-endişe (n=9) ve ağrı-sancı (n=9) yaşama şeklinde ifade etmişlerdir. Öğrencilerin spiritüel bakış açısı ile de doğumu değerlendirdikleri, doğumu yeni bir hayatın başlangıcı (n=18), mucize (n=15) ve kutsal (n=8) olarak gördükleri saptanmıştır. Yürütülen çalışmada öğrencilerin en fazla (n=30) normal doğumu tercih ettiği görülmüştür. Öğrencilerin kendileri ya da partnerleri için doğum tercihini belirlemede en fazla ifade edilen görüşlerin fiziksel iyilik hali (n=27), algılanan risk-yarar (n=22) ve insan doğasına uygunluk (n=20) ile ilgili olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Hemşirelik bölümü öğrencilerinin doğuma ilişkin algılarının olumlu olduğu, normal doğumu tercih ettikleri ve doğum tercihini belirlemede fiziksel, psiko-sosyal ve spiritüel iyilik halinin önemli olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Doğum, doğum algısı, hemşirelik öğrencisi, doğum tercihi

Bildiri No: 113 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Yetersiz Maternal Beslenmenin Fetal Programlanmaya Etkisi

Nurgül Kamiloğlu¹, Fulya Batuhan¹

Amerikan Hastanesi

Giriş ve Amaç: Gebelik döneminde yeterli ve dengeli beslenme; hem gebenin hem de gelişmekte olan fetüsün sağlığını etkileyen en önemli faktörlerden biridir (1). Fetal beslenme ile intrauterin gelişme ve yetişkin dönemde oluşabilecek kronik hastalıklar arasındaki ilişki “Fetal Programlanma” olarak tanımlanmaktadır. Fetal Programlanma, maternal beslenmenin fetal ve plasental gelişmeyi etkileyerek kalıcı metabolik ve fizyolojik değişikliklere sebep olduğunu savunmaktadır. Bu durum, ileri yaşlarda kardiyovasküler, metabolik ve endokrin hastalıkların görülmesinde yatkınlığa sebep olur (2, 3, 4) Fetal Programlanma'nın etkisiyle görüldüğü düşünülen başlıca hastalıklar tip 2 diyabet, osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar, inme, obezite ve polikistik over sendromudur (5, 6, 7). Bu derlemenin amacı, yetersiz maternal beslenmenin Fetal Programlanma'ya etkisini incelemektir. Yeteri kadar kilo alamayan gebelerde fetüs hayatta kalabilmek için adaptasyon geliştirerek büyümesini sınırlamakta, gerekli dokuların gelişimini ön planda tutarak büyümeyi hızlandırmaktadır. Bu durum fetüsün düşük doğum ağırlığıyla doğmasına sebep olur (8). Düşük doğum ağırlığı, yenidoğanlarda emzirme problemlerine, ileri yaşlarda ise hipertansiyon, insülin direnci, obezite ve göbek çevresinde yağ birikmesi gibi birçok probleme neden olur (9, 10, 11, 12).

Sonuç ve Öneriler: Sağlıklı bebekler dünyaya getirmek ve yaşamın ilerleyen dönemlerinde sağlıklı olarak yaşayabilmek için maternal beslenme oldukça önemlidir (13). Yapılan araştırmalar, gebelerin yetersiz veya dengesiz beslenmeye maruz kalmasının intrauterin yaşamı etkilediğine ve bebeklerinin ilerleyen dönemlerde birçok hastalık ve emzirme problemi gibi sorunlar ile karşılaştığını göstermektedir. Bu hastalıkları önleyebilmek, anne ve bebeğin sağlıklı bir yaşam sürmelerini sağlayabilmek için ebe ve kadın doğum hemşireleri gebelere; beslenmenin önemi anlatmalı, bu konuda eğitimler düzenlemeli ve danışmanlık verilmelidir.

KAYNAKLAR:

1. Kabaran, S., Ayaz, A. (2013). Maternal ve fetal sağlık üzerinde B12, folik asit, A, D, E ve C vitaminlerinin etkileri. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 70(2), 103-112.
2. Vo, T., Hardy, D.B. (2012). Molecular mechanisms underlying the fetal programming of adult disease. *J. Cell Commun. Signal.* 6(3), 139–153.
3. Özdemir, K., Altınkaynak, S., Çınar, N. (2015). Fetal beslenmenin erişkin sağlığına etkileri. *Sted*, 24(2), 64-68.

Erişim Adresi:

https://www.researchgate.net/profile/Kevser_Oezdemir/publication/324438677_Fetal_Beslenmenin_Eriskin_Sagligina_Etkileri/links/5acf2664aca2723a3344e0c4/Fetal-Beslenmenin-Eriskin-Sagligina-Etkileri.pdf#page=28

4. Demir, H. (2011). Erişkin dönemdeki hastalıkların fetal programlanması: Beslenmenin rolü. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 54, 45-50.

5. Dilli, D., Oğuz, Ş. S., Dilmen, U. (2010). Fetal programlanma. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 4(4), 245-252.

6. Ross, M. G., Beall, M. H. (2008). Adult sequelae of intrauterine growth restriction. In *Seminars in perinatology*, 32(3), 213-218.

7. Barker, D. J., Eriksson, J. G., Forsén, T., Osmond, C. (2002). Fetal origins of adult disease: strength of effects and biological basis. *International journal of epidemiology*, 31(6), 1235-1239.

8. Godfrey, K. M., Barker, D. J. (2000). Fetal nutrition and adult disease. *The American journal of clinical nutrition*, 71(5), 1344-1352.

9. Symonds, M. E., Pope, M., Sharkey, D., Budge, H. (2012). Adipose tissue and fetal programming. *Diabetologia*, 55(6), 1597-1606.

10. Barker, D. J. P. (1994). Outcome of low birthweight. *Hormone Research in Paediatrics*, 42(4-5), 223-230.

11. Oken, E., Gillman, M. W. (2003). Fetal origins of obesity. *Obesity research*, 11(4), 496-506.

12. Meas, T. (2010). Fetal origins of insulin resistance and the metabolic syndrome: a key role for adipose tissue? *Diabetes & metabolism*, 36(1), 11-20.

13. Güler, B., Bilgiç, D., Okumuş, H., Yağcan, H. (2019). Gebelikte Beslenme Desteğine İlişkin Güncel Rehberlerin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(2).

Anahtar Kelimeler: fetal programlanma, gebelik, maternal beslenme

Bildiri No: 114 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Gebelik, Doğum; Mikrobiyota

Dilek Mamik Aktay

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Her insanda bulunan yüz trilyon simbiyotik bakteri hücresi insan mikrobiyotasını oluşturmaktadır. Mikrobiyota, mukozal bariyer direncini artırarak dokuları antijen ve patojenlerden korumaktadır. Gebelikte kadın vücudunda, özellikle de vajinal mikrobiyotada değişimler olmaktadır. Gebeliğe bağlı hormonal ve metabolik değişimlerin yanı sıra mikrobiyotadaki değişimler de söz konusudur.

Mikrobiyota gelişiminin doğumda başlayıp, erişkin benzeri bir düzene ulaştığı üçüncü yaş sonuna kadar, çeşitliliğini artırarak devam ettiği varsayılmaktadır. Daha sonra mikrobiyota büyük ölçüde sabit kalmakta, yaşlılıkta ise tekrar bir miktar değişim yaşamaktadır.

Yenidoğan bebeklerde intestinal mikrobiyom gelişmesinde gestasyonel yaş, doğum şekli, sık antibiyotik kullanımı, bebeğin emzirilmesi, pre- veya probiyotiklerin kullanımı ve annenin beslenmesi ve annenin ağırlığı rol oynamaktadır. Yenidoğanın immün sisteminin programlanmasında gelişen bağırsak mikrobiyomu anahtar rol oynamaktadır ve mikrobiyomun bozulması sistemik immüniteyi anlamlı şekilde etkileyebilmektedir.

Doğumdan sonra mikrobiyotanın transferi devam eder. Emzirme ve diğer beslenme rejimleri ile değiştirilir. Anne sütü, doğum sonrası mikrobiyotanın transferi için önemlidir. Yenidoğanın gelişiminde önemi tartışmasız olan anne sütü ile yenidoğan, antikora, oligosakkaritlere ve besleyicilere ilaveten mikrobiyotasının gelişimini etkileyecek olan mikroorganizmaları da alır.

Bebeğin elektif sezaryen ile doğmasının, fizyolojik stres ve bazı hormonların olmaması nedeniyle anne sütüne mikrobiyota geçişini olumsuz etkilediği ileri sürülmüştür. Sezaryen doğumun ayrıca bebeğin normal doğumda doğum kanalından geçerken maruz kaldığı vajinal ve intestinal bakteriler ile temas etmemesi sonucunda mikrobiyota gelişimi üzerinde olumsuz etkilemektedir. Bu durumda bebeğe yalnız annenin cilt mikrobiyotasının aktarılması söz konusudur. Sezaryen ile doğan bebeklerde daha fazla görülen astım ve alerjinin gelişimi de bu durumla açıklanmaktadır. Aynı zamanda sezaryen ile doğan bebeklerde anormal bağırsak mikrobiyotası gelişimi de saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: gebelik ,doğum şekli, mikrobiyota

Bildiri No: 115 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Ebelik ve Obstetrik Triyajın Önemi

Dilek Mamik Aktay

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Triyaj, Fransızca'da "trier" kökünden gelen; seçmek, ayıklamak anlamına gelen bir kelimedir, tıpta hastaların acil ve öncelikli tedavi gereksinimlerine göre gruplanması anlamında kullanılır. Acil servislerdeki triyajın amacı, başvuruda hastaları hızla değerlendirip, şikâyeti ve aciliyet durumuna göre önceliğin belirlenmesi, sınıflandırılması ve hastaların güvenliğinin gözetilerek acil serviste hızla müdahale edilmesidir.

Obstetrik triyaj; maternal ve fetal sağlığın sürdürülebilmesi için ortaya çıkan obstetrik risklerin en erken evrede tanımlanması ve uygun müdahalelerin yapılmasıdır. Obstetrik triyaj üniteleri; hasta bekleme yeri, müşahede odası, doğum izleme odası, akut obstetrik acil ve birçok obstetrik işlemleri içinde barındıran çok fonksiyonlu birimlerden oluşur.

Gebelerin bakımında dünya genelinde obstetrik triyajın önemi ve rolü; son yıllardaki obstetri alanında ve bakım uygulamalarındaki yeni yasal düzenlemeler, fetüsün anne karnında sağlıklı gelişimi için geliştirilen test yöntemleri, davalardaki artışlar ve evde bakım hizmetlerinin zaman ve süre yönergelerinde yapılan düzenlemeler nedeniyle artmıştır.

Gebe kadın, hastanenin kadın doğum acil ünitelerine sadece obstetrik sorunlar için (fetal sağlığın bozulduğu durumlarda, fetal hareketlerde ve/veya kalp hızında azalma, kanama, erken membran rüptürü vb.) değil, obstetrik olmayan nedenlerle de başvurabilir. 20. gebelik haftasından küçük olsa da gebede kanama, abdominal ağrı, senkop gibi şikâyetler var ise kadın doğum acile yönlendirilmelidir. Gebeliği 20. haftadan büyükler; gebe mutlaka ebe/kadın doğum hekimi tarafından değerlendirilmelidir. Gebe kadının en kısa süre içinde vital bulgularına bakılmalı, fetal kalp atımları değerlendirilmeli ve kontraksiyon takibi yapılmalıdır.

Triyajın doğru bir şekilde uygulanması ve sürekliliğinin sağlanması için gebeleri ilk karşılayan ve triyajı başlatacak sağlık çalışanları olmaları nedeniyle triyajın ebeler tarafından bilinmesi, benimsenmesi ve etkin uygulanması oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, Obstetrik Triyaj, Acil

Bildiri No: 116 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Benign endikasyonlarla histerektomi yapılan kadınlarda beklenilmeyen jinekolojik malignite riski

Mustafa Ayhan EKİCİ

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Amaç: Son 10 yılda laparoskopik histerektomiler benign nedenlerle yapılan histerektomilerin büyük kısmını oluşturmaktadır ve giderek yaygınlaşmaktadır. Özellikle büyük uterusları çıkarmak için parçalamak veya morselatör kullanmak gerekmektedir. Bu durumlarda beklenilmeyen malignitelerin tohumlanma yoluyla batın içine peritona yayılımı olabilmektedir ki bu da benign endikasyonlar için histerektomi yapılan hastalarda beklenmedik jinekolojik malignite (BJM) insidansının önemini artırmaktadır.

Yöntemler: Bu çalışma retrospektif Cohort çalışmasıdır. Ocak 2007 ve Eylül 2019 tarihleri arasında Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma hastanesi ve İzzet Baysal Devlet Hastanesi medikal veri tabanında Histerektomi yapılan hastalar taranarak hastaların dosyaları ve ameliyat patoloji sonuçları incelendi. Benign endikasyonlar nedeniyle histerektomi uygulanan 2740 kadın çalışmaya dahil edildi. Sonuçları İstatistiksel olarak değerlendirmek için Kolmogorov-Smirnov testi, Kruskal-Wallis testi ve Ki-kare testi yapıldı. $P < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Histerektomi için en sık görülen primer endikasyonlar leiomyoma uteri (1403, % 51), anormal uterin kanama (784, % 28.61) ve pelvik organ prolapsusuydu (504, % 18.39).

1452 (% 53) hastaya laparatomik, 836 (% 30.5) hastaya laparoskopik ve 452 (% 16.5) hastaya vajinal histerektomi yapıldığı tespit edildi. Histerektomi sonrası 22 (% 0.80) kadında BJM teşhis edildi. Beklenilmeyen uterus maligniteleri (BUM), beklenilmeyen endometriyal kanser ve endometrium kanseri dışındaki BUM insidansı sırasıyla % 0.54, % 0.40 ve % 0.14 olarak bulundu. Ortalama yaş bakımından abdominal, laparoskopik ve vajinal histerektomi grupları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla 51.75 ± 9.83 , 51.32 ± 9.51 , 51.39 ± 10.04 yıl, $p = 0.299$). Gruplar arasında BJM insidansında anlamlı farklılık yoktu [laparotomi% 0.47, laparaskopi% 0.22, vajinal% 0.11, $p = 0.066$].

Beklenilmeyen leiomyosarkom sıklığı [laparatomik% 0.11, laparoskopik% 0.03, vajinal% 0.0] ve beklenilmeyen endometriyal karsinom [laparatomik% 0.26, laparoskopik% 0.11, vajinal% 0.03] insidansları abdominal ve laparoskopik histerektomi gruplarında vajinal histerektomi grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunurken (sırasıyla $p = 0.037$, $p = 0.028$), abdominal ve laparoskopik histerektomi grupları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p = 0.108$).

Sonuç: Endikasyonlar iyi değerlendirildiğinde benign nedenlerle yapılan histerektomi sonrası beklenilmeyen jinekolojik malignite insidansı düşüktür. Fakat preoperatif histerektomi onamı alınırken hastaların bu risk hakkında bilgilendirilmelerinde fayda vardır.

Anahtar Kelimeler: histerektomi, uterin malignite, beklenilmeyen malignite, benign histerektomi

Bildiri No: 117 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Ebelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendromun Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisi
Rabia Kahvacı¹, Keziban Amanak¹, Sündüz Özlem Altunkaya¹

Adnan Menderes Üniversitesi

Amaç: Araştırma premenstrual sendromun uyku ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören; premenstrual sendromu olan 232, premenstrual sendromu olmayan 69 olmak üzere toplam 301 ebelik öğrencisi ile vaka-kontrol çalışması olarak yürütülmüştür. Araştırma verileri, öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan "Demografik Bilgi Formu", "Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi" ve "SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği" ile toplanmıştır. Araştırmada Premenstrual Sendrom varlığı "Premenstrual Sendrom Ölçeği" kullanılarak tespit edilmiştir. Ölçekten 111 ve üzeri puan alan öğrenciler premenstrual sendrom var olarak kabul edilmiş (vaka grubu), 111 puanın altı alan öğrenciler premenstrual sendrom yok olarak kabul edilmiştir (kontrol grubu). Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli kurum izni, etik kurul onayı ve öğrenci olurları alınmıştır. Araştırma verileri ki-kare, t testi, Mann-Whitney U testi, spearman korelasyon analizi ve lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmada vaka grubundaki öğrencilerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalamalarının (9.65 ± 3.58) kontrol grubundaki öğrencilere (7.81 ± 2.56) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Araştırmada vaka grubundaki öğrencilerin (55.42 ± 7.71) kontrol grubundaki öğrencilere göre (61.26 ± 3.84) SF-36 sağlığını genel algılanması alt ölçek ortalamalarının daha düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur. Ayrıca araştırmada vaka grubundaki öğrencilerde uyku kalitesi değişkenindeki bir birimlik artışın öğrencilerin yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olma olasılığını 0.96 kat azalttığı görülmüştür.

Sonuç: Araştırmada vaka grubundaki öğrencilerin kontrol grubundaki öğrencilere göre uyku ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca araştırmada vaka grubundaki öğrencilerde uyku kalitesi değişkenindeki artışın öğrencilerin yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olma olasılığı üzerinde azalttığı etkiye sahip olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Premenstrual sendrom, uyku, yaşam kalitesi.

Giriş

Premenstrual Sendrom (PMS) kadınlarda menstrual siklusunluteal fazında ortaya çıkan, menstruasyonun başlamasıyla düzelen, somatik, bilişsel, duygusal ve davranışsal semptomlar olarak tanımlanmaktadır. Premenstrüel sendrom menstrüel kanamanın 7- 10 gün öncesinde duygularda değişim, sinirlilik, kaygı, enerji azalması, depresif duygu durumu, değersizlik düşünceleri, dikkat toplama güçlüğü, iştahta değişimler, göğüslerde şişkinlik, eklem ağrıları gibi tipik belirtilerle ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler menstrasyonun başlaması ile sonlanmaktadır. PMS belirtileri özellikle genç kızları etkileyen ve yaygınlığı %42,7 ile %88,1 arasında değişen önemli bir sorundur (1,2). Premenstrual semptomlar, kadınların aile, iş ve arkadaş ilişkilerini, sosyal aktivitelerini olumsuz yönde etkilemekte, eğitim ve iş gücünde kayıplara, iş veriminde azalmaya, hata/kaza oranlarında, alkol/madde kullanımında ve suça eğilimde artmaya, annelerin çocuklarına olumsuz davranmasına neden olabilmektedir. Ayrıca, premenstrual dönemde ruhsal bozuklukların, bedensel hastalıkların kötüleştiği ve psikiyatrik yatışların arttığı da bilinmektedir. Bunların yanı sıra premenstrual semptomlar kadının yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir bu nedenle kadın yaşamının erken dönemlerinde ele alınması gereken önemli bir durumdur (3).Uyku ise geri döndürülebilir bir bilinçsizlik hali olup bütün vücudu yaşama yeniden hazırlayan aktif bir

yenilenme dönemidir. Uyku, bireylerin yaşam kalitesini ve sağlığını etkileyen fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan birkavramdır (4,5)Uyku, tüm yaşlarda sağlık ve yaşam kalitesi için önemlidir. Uyku kalitesi; bireyin uyandıktan sonra kendinizinde ve dinlenmiş hissetme hali olup bireyin yaşam stili, çevresel faktörler, iş, sosyal yaşam, ekonomik durum, genel sağlık durumu vestres gibi faktörlerden etkilenmektedir(5,6). Günümüzde uyku kalitesi araştırmalarda üzerinde önemle durulan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır(7). Uyku kalitesini etkileyen olumsuz faktörlerden biri de premenstrual sendromdur. Premenstrual sendrom kadınları biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden olumsuz olarak etkileyen bir durumdur. Özellikle uyku ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler oluşturmakta ve kişinin yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu noktada premenstrual sendrom nedenleri, semptomlara yönelik çözüm önerileri ayrıntılı incelenmesi gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır (3,8). Dolayısıyla bu çalışma premenstrual sendromun uyku ve yaşam kalitesine etkisini incelemek için planlanmıştır.

Araştırma soruları:

- (1) Premenstrual Sendromu olan ve olmayan öğrenciler arasında uyku kalitesi açısından fark var mıdır?
- (2) Premenstrual Sendromu olan ve olmayan öğrenciler arasında yaşam kalitesi açısından fark var mıdır?
- (3) Premenstrual Sendromu olan ve olmayan öğrencilerin uyku ve yaşam kaliteleri arasında bir ilişki var mıdır?

Materyal ve Metod

Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü öğrencileri ile 2019-2020 eğitim öğretim yılı içerisinde, Aralık 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu dönemde bölüme kayıtlı öğrenci sayısı 389'dur. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul öğrencilerden araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan premenstrual sendromu olan öğrenciler vaka, premenstrual sendromu olmayan öğrenciler kontrol grubuna alınmıştır. Araştırmada Premenstrual Sendrom Ölçeğinden 111 ve üzeri puan alanlar premenstrual sendrom var olarak kabul edilmiştir. Araştırmada örnekleme dahil edilecek öğrenciler Aba ve ark. (2018)' (3) in yapmış olduğu "Genç Kadınlarda Premenstrual Sendrom, Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi" başlıklı çalışmanın premenstrual sendromu olan ve olmayan kadınlara yönelik yaşam kalitesi ölçeği genel sağlık algısı alt ölçek puan ortalamaları kullanılarak t testi ile, etki gücü $d=0.4282997$ hesaplanmış, $\alpha=0,05$, % 95 güven aralığında % 80 güce ulaşmak için örneklem hacmi 174 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ebek öğrencileri araştırma kapsamına alınmış, tanı almış ruhsal problemi olan öğrenciler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Araştırma verileri Premenstrual Sendrom Ölçeği, Demografik Bilgi Formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile toplanmıştır.

Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ); premenstrual semptomların şiddetini ölçmeyi amaçlayan bir ölçektir. 44 söylem yer almaktadır. Beşli likert tipindeki PMSÖ, 9 alt boyuttan (depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişiklikleri, uyku değişiklikleri, şişkinlik) oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan 220'dir. Alt boyut skorları bu boyutlarda yer alan maddelerin toplanmasıyla elde edilmekte ve PMSÖ toplam puanı da alt boyut skorlarının toplamı ile bulunmaktadır (3).

Demografik Bilgi Formu; Yaş, sınıf, gelir durumu, en uzun süre yaşanan yer, şu anda yaşanan yer, aile tipi, kardeş sayısı, bölüme isteyerek gelme durumunu içeren 8 sorudan oluşmaktadır.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI); geçmiş bir aylık sürede uyku kalitesini ve bozukluğunu değerlendiren, 19 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. 24 sorudan oluşur, 19 soru öz bildirim sorusu, 5 soru eş veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanacak sorulardır. Ölçeğin puanlanan 18 sorusu 7 bileşenden oluşur. Öznel Uyku Kalitesi, Uyku Latensi, Uyku Süresi, Aşılımış Uyku Etkinliği, Uyku Bozukluğu, Uyku İlacı Kullanımı ve Gündüz İşlev Bozukluğu. Her bir bileşen 0-3 puan üzerinden değerlendirilir. 7 bileşenin toplam puanı ölçek toplam puanını verir. Toplam puan 0-21 arasında değişir. Toplam puanın 5'ten büyük olması "kötü uyku kalitesini" gösterir (9).

Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short-Form Health Survey (SF-36)); Ware ve Sherbourne (1992) tarafından geliştirilen bu ölçeğin, Türkçe dil ve geçerlik güvenilirlik çalışması Pınar (1995) tarafından yapılmıştır. Ölçek 36 madde ve sekiz alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarında fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji/vitalite, ağrı ve genel sağlığın algılanması bulunmaktadır. Ölçeğin değerlendirmesinde her bir alt boyuttan 0-100 puan arasında puan elde edilmekte, 0 puan yaşam kalitesi boyutunun kötü olduğunu, 100 puan ise iyi olduğunu belirtmektedir (10).

Verilerin analizinde SPSS 18.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde dağılımları, ortalama ve standart sapma değerleri, ki-kare, t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), pearson korelasyon ve regresyon analizi kullanılmıştır.

Uygulamadan önce öğrencilere bireysel olarak, çalışmanın amacı, anketi ve ölçekleri doldurma süresi, çalışmaya katılmanın gönüllük esasına dayandığı, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, verdikleri bilgilerin araştırma dışında kullanılmayacağı, anketlere isim yazmanın gerekli olmadığı gibi açıklamalar yapıp, varsa soruları yanıtladıktan sonra çalışmaya katılımları konusunda sözlü onamları alınmıştır. Veri toplama formları öğrencilerin öz bildirimlerine dayalı olarak toplanmıştır. Ayrıca araştırmanın yapılabilmesi için gerekli kurum izni, etik kurul onayı (No: 2019/089) ve öğrenci olurları alınmıştır.

Bulgular ve Tartışma

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21.98 ± 4.45 olarak saptanmış olup vaka ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin demografik özellikler bakımından benzer olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Çalışmada vaka grubundaki öğrencilerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalamalarının (9.65 ± 3.58) kontrol grubundaki öğrencilere (7.81 ± 2.56) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Araştırmada vaka grubundaki öğrencilerin, kontrol grubundaki öğrencilere göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, tüm alt ölçek ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede sadece sağlığın genel algılanması alt ölçeğinin istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (vaka grubu: 55.42 ± 7.71 , kontrol grubu: 61.26 ± 3.84) (Tablo 3). Ayrıca araştırmada vaka grubundaki öğrencilerde uyku kalitesi değişkenindeki artışın öğrencilerin yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olma olasılığını 0.96 kat azalttığı görülmüştür.

Tablo 1. Premenstrual Sendromu (PMS) Olan ve Olmayan Öğrencilerin Demografik Özellikleri

Demografik özellikler	Vaka grubu (n=232) Sayı(%)	Kontrol grubu (n=69) Sayı(%)	P
-----------------------	-------------------------------	---------------------------------	---

Sınıf			
1. sınıf	51 (21.9)	17 (24.7)	0.615
2. sınıf	55 (23.7)	15 (21.7)	
3. sınıf	70 (30.2)	21 (30.4)	
4. sınıf	56 (24.2)	16 (23.2)	
Gelir durumu			
Gelir giderden az	58 (25.0)	19 (27.5)	0.456
Gelir gidere eşit	174 (75.0)	50 (72.5)	
Yaşadıkları yer			
Aile ile birlikte	35 (15.1)	11 (15.9)	0.741
Arkadaşı ile evde	42 (18.1)	11 (15.9)	
Yurtta	155 (66.8)	47 (68.2)	
En uzun süre yaşanılan yer			
Şehir	98 (42.2)	29 (42.0)	0.115
İlçe	84 (36.2)	24 (34.8)	
Köy	50 (21.6)	16 (23.2)	
Aile tipi			
Çekirdek	175 (75.4)	51 (74.0)	0.414
Geniş	57 (32.3)	18 (26.0)	
Kardeş sayısı			
Yok	14 (6.0)	3 (4.4)	0.312
Bir	75 (32.3)	23 (33.3)	
İki	98 (42.2)	28 (40.6)	
Üç ve üstü	45 (19.4)	15 (21.7)	
Bölüme isteyerek gelme durumu			
Evet	184 (79.3)	56 (81.2)	0.321
Hayır	48 (20.7)	13 (18.8)	

Tablo 2. Öğrencilerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) puan ortalamalarının dağılımı

PUKİ	Vaka grubu (n=232)	Kontrol grubu (n=69)	P
	Ort ± SS	Ort ± SS	
	9.65 ± 3.58 (2-20)	7.81 ± 2.56 (5-18)	<0,001*

Tablo 3. Öğrencilerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

SF-36 Alt Ölçekleri	Vaka grubu(n=232)	Kontrol grubu (n=69)	P
	Ort ± SS	Ort ± SS	
Fiziksel fonksiyon	88.13± 6.56	90.21± 8.45	0.121
Rol kısıtlılıkları-fiziksel	78.21± 6.51	79.25± 5.45	0.452
Mental sağlık	59.26± 4.45	61.65± 5.31	0.785
Rol kısıtlılıkları-emosyonel	45.63± 5.41	48.63± 5.75	0.652
Sosyal fonksiyon	65.45± 4.56	68.36± 5.78	0.217
Vitalite	48.52± 3.85	52.58± 4.52	0.587
Ağrı	45.12± 6.45	48.12± 3.45	0.745

Sağlığın algılanması	genel	55.42± 7.71	61.26 ± 3.84	0.012*
-----------------------------	--------------	-------------	--------------	---------------

P<0.05

Bu çalışmada premenstrual sendromun uyku ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği, ayrıca uyku kalitesinin de yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu sonuç kadınların yaşamında çok önemli bir yere sahip olan uyku ve yaşam kalitesi kavramları üzerinde olumsuz etkiye sahip olan premenstrual sendromun ayrıntılı incelenmesi ve tedavi edilmesi gerekliliğini göstermesi bakımından önemlidir. Dolayısıyla premenstrual sendromun tedavisi ya da semptomların giderilmesine yönelik randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir. Ayrıca sağlık profesyonellerinin premenstrual sendroma karşı bilgi ve farkındalık düzeylerinin artırılması ile kadınların yeterli danışmanlık hizmeti almaları sağlanabilir.

Sonuç

Araştırmada vaka grubundaki öğrencilerin kontrol grubundaki öğrencilere göre uyku ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca araştırmada vaka grubundaki öğrencilerde uyku kalitesi değişkenindeki artışın öğrencilerin yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olma olasılığı üzerinde azalttığı etkiye sahip olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Kaynaklar

- 1.Slap GB. Menstrual disorders in adolescence. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2003; 17:75-92.
2. Arıöz A, Ege E. Premenstrüel sendrom sorunu olan üniversite öğrencilerinde, semptomların kontrolü ve yaşam kalitesinin artırılmasında eğitimin etkinliği. Genel Tıp Derg 2013; 23(3):63-9.
3. Aba YA, Ataman H, Dişsiz M, Sevimli S. Genç Kadınlarda Premenstrual Sendrom, Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi. JAREN 2018; 4(2):75-82
4. Karadağ M. Uyku bozuklukları sınıflaması (ICSD-2). T Klin Akciğer Arşivi 2007; 8: 88-91.
- 5.Bingöl N. Hemşirelerin Uyku Kalitesi, İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi 2006.
6. Fadiloğlu Ç, İlkbay Y, Yıldırım Y. Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Uyku Kalitesi. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9 (3): 165-9.
7. Demir FD, Can HÖ. Menstrual Faktörlerin Uyku kalitesine Etkisi. Life Sciences 2017; 12(1): 30-41,
8. Süer N. Premenstrual Sendrom. Göztepe Tıp Dergisi 2008; 23(3):76-80.
9. Şenol V, Soyuer F, Akça RP, Argün M. Adolesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Kocatepe Tıp Dergisi 2012; 14: 93-102.
10. Özhüner Y, Çelik N. Gebelerde Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi. HSP 2019;6 (1):39-47.

Anahtar Kelimeler: Premenstrual sendrom, uyku, yaşam kalitesi

Bildiri No: 118 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Amniyotominin Eylem Süresi Üzerine Etkisi

Rabia Kahvacı¹, Keziban Amanak¹, Sündüz Özlem Altunkaya¹

Adnan Menderes Üniversitesi

Amaç: Bu derleme, amniyotiminineylem süresi üzerine etkisinin incelendiği çalışmalardan elde edilen verilerin sistematik olarak gözden geçirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu amaçla 2006-2020 tarihleri arasında YÖK Ulusal Tez Merkezi, Cochrane Library, Pubmed, Google Akademik veri tabanları kontrol edilerek yayınlanmış randomize kontrollü çalışmalar incelenmiştir. Tarama Türkçe ve İngilizce olarak “amniyotomi” ve “amniotomy” anahtar kelimeleri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun 5 makale değerlendirmeye alınmıştır.

Bulgular: Sistematik inceleme sonucunda, amniyotominin 2 çalışmada eylem süresini kısalttığı, 1 çalışmada eylem süresini etkilemediği, 2 çalışmada oksitosin ile birlikte kullanıldığı takdirde eylem süresini kısalttığı görülmüştür.

Sonuç: Literatürde amniyotomi uygulamasının eylem süresi üzerinde etkisine yönelik farklı sonuçların bulunduğu ve ulaşılan makale sayısının oldukça az olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Amniyotomi, vajinal doğum, eylem süresi.

Giriş

Amniyotomi amniyotik membranların suni olarak açılması işlemi olup doğum eylemini başlatmak veya hızlandırmak amacı ile kullanılan müdahale yöntemidir (1). Ancak amniyotomiye bağlı annede uterus hiperstimülasyonu, kordprolapsusu, doğum ağrısında artma, vasa previa yenidoğanda ise fetal kalp atım hızında yavaşlama ve intrauterin enfeksiyon görülebilir (2-5). Amniyotomi doğum eylemine müdahale olup, doğumun doğallığını bozmaktadır. Anne ve çocuk sağlığı açısından tıbbi bir zorunluluk olmadıkça doğum eylemine olan müdahalelerden kaçınılmalıdır (6). Kanıt temelli uygulamaların yaygınlaşmasıyla da bakımın kalitesi artacak, multidisipliner anlamda hedeflenen sağlık göstergelerine ulaşılabilecektir (7). Dolayısıyla amniyotomi uygulamasının kanıt temelli olarak incelenmesi; amniyotomi uygulamasının gerekliliği, doğum süresine etkisi, avantaj ve dezavantajlarının daha iyi anlaşılmasına olanak sağlayacaktır. Mevcut bilgilere dayalı olarak bu derleme amniyotiminin eylem süresi üzerine etkisinin incelendiği çalışmalardan elde edilen verilerin sistematik olarak gözden geçirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metod

Çalışmada 2006-2020 tarihleri arasında YÖK Ulusal Tez Merkezi, Cochrane Library, Pubmed, Google Akademik veri tabanları kontrol edilerek yayınlanmış randomize kontrollü çalışmalar incelenmiştir. Tarama Türkçe ve İngilizce olarak “amniyotomi” ve “amniotomy” anahtar kelimeleri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun 5 makale değerlendirmeye alınmıştır.

Bulgular ve Tartışma

Tablo 1. Amniyotominin Eylem Süresi Üzerine Etkisinin İncelendiği Araştırmalar

Yazarlar (yıl)	Araştırma Sonuçları
Baylas A. Yapar Eyi E. (2017)	*Vaka-kontrol grupları ile yürütülen çalışmada; *Amniyotominin eylem süresi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Ajadi ve ark.(2006)	*Vaka-kontrol grupları ile yürütülen çalışmada; *Amniyotominin eylem süresini istatistiksel olarak anlamlı şekilde kısalttığı sonucuna ulaşılmıştır.
Mikki ve ark. (2007)	*Vaka-kontrol grupları ile yürütülen çalışmada; *Amniyotominin eylem süresini istatistiksel olarak anlamlı şekilde kısalttığı sonucuna ulaşılmıştır.
Garmi ve ark.(2008)	*Oksitosin, amniyotomi, oksitosin+amniyotominin uygulandığı kontrol gruplu çalışmada; *Oksitosin+amniyotomi uygulanan grupta, doğum süresinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde kısaltıldığı sonucuna ulaşılmıştır
Nachumve ark. (2010)	*Oksitosin, amniyotomi ve oksitosin+amniyotominin uygulandığı çalışmada; *Oksitosin+amniyotomi uygulanan grupta, doğum süresinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde kısaltıldığı sonucuna ulaşılmıştır

Amniyotominin Eylem Süresi Üzerine Etkisinin İncelendiği Araştırmalar Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1 incelendiğinde vaka-kontrol grupları ile yürütülen 1 çalışmada; amniyotominin eylem süresi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı sonucuna ulaşıldığı görülmektedir(8). Yine vaka-kontrol grupları ile yürütülen 2 çalışmada amniyotominin eylem süresini istatistiksel olarak anlamlı şekilde kısalttığı sonucuna ulaşıldığı görülmektedir(9,10). Ayrıca oksitosin, amniyotomi ve oksitosin+amniyotominin karşılaştırıldığı 2 çalışmada, oksitosin+amniyotomi uygulanan grupta, doğum süresinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde kısaltıldığı sonucuna ulaşıldığı görülmektedir (11, 12).

Sonuç ve Öneriler

Literatürde amniyotomi uygulamasının eylem süresi üzerinde etkisine yönelik farklı sonuçların bulunduğu ve ulaşılan makale sayısının oldukça az olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu sonuçlara dayalı olarak amniyotomi ve amniyotominin eylem süresine etkisinin incelendiği randomize kontrollü çalışmaların yapılması önerilebilir.

Kaynaklar

1. Taşkın L, editörler. Doğum eylemi. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği 12. Baskı, Ankara, Özyurt Matbaacılık, 2014; s.275.
2. Cohain JS. Thelessstudiedeffects of amniotomy. TheJournal of Maternal-Fetal&NeonatalMedicine 2013; 26(17): 1687-1690.
3. Smyth R, Markham C, Dowswell T. Amniotomyforshorteningspontaneouslabour. TheCochrane Library 2013; 6. doi: 10.1002/14651858.CD006167.pub4. 30.
4. Majeed N, Tariq S. Comparison of artificialrupture of membraneswithintactmembrane in labouringmultigravidae. Journal of RawalpindiMedicalCollege 2013; 17(2): 234- 237.
5. Ray A, Ray S. Antibioticsprioroamniotomyforreducinginfectiousmorbidity in motherandinfant. Cochrane Database of SystematicReviews 2014; 10. doi: 10.1002/14651858. CD010626.pub2.
6. Rathfish YG, Gungör İ. Doğum eyleminin birinci evresinin yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. HEMAR-G. 2009; 11(3): 53-64
7. Başgöl Şükran , Kızılkaya Beji Nezihe Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2015; 5 (2): 32-39

- 8.Baylas Şahin A., Yapar Eyi EG.(2017) Perinatoloji Dergisi 2017;25(1):19–25
PerinatalJournal 2017;25(1):19–25
- 9.Ajada MA, Kuti O, Orji EO, Ogunniyi SO, Şule SS. Komplike olmayan gebelikte amniyotomininspontan doğum sonucu üzerine etkisi . *Kadın Hastalıkları ve Doğum Dergisi* 2006 ; 26 (7): 631-4.
- 10.Mikki N, Wick L, Abu -Asab N, Abu me Rmeileh NM. Bir Filistin hastanesinde amniyotomidenemesi . *Kadın Hastalıkları ve Doğum Dergisi* 2007 ; 27 (4): 368-73.
- 11.Garmi G, Salim R, Kadan I, Zafran N, Shalev E, Nachum Z. Vadede uzun süreli latent faz için emeğin büyütülmesi: amniyotomi, oksitosin veya her ikisi arasında rastgele bir karşılaştırma . *Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Dergisi* 2008 ; 199 (6 Özel Sayı 1): S58.
- 12.Nachumve ark. AJOG Amerikan Journal of obstetricsGynecology2010, 0002-9378/\$ Cilt 199, Sayı 6, Ek A, Sayfa S58

Anahtar Kelimeler: Amniyotomi, vajinal doğum, eylem süresi.

Bildiri No: 126 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Epizyotomi Hattında Tekrarlayan Endometriozis Eksterna, Olgu Sunumu

Elif Terzi

Özel Etlik Lokman Hekim Hastanesi Ankara

AMAÇ

Endometriozis, fonksiyonel endometriyal dokunun uterin kavite dışındaki alanlarda bulunmasıdır. Endometriozis sıklığı üreme çağındaki kadınlarda %3 ile %30 arasında değişmektedir. Endometriotik odaklar en çok overler, pelvik periton ve rektovaginal septumda izlenmektedir. Ekstrapelvik olarak akciğerler, barsaklar, safra kesesi, böbrekler, ureterler ve cilt gibi pek çok bölgede de görülebildiği bilinmektedir. Etyolojisi tam olarak aydınlanmamış olsa da sezaryen sonrası cilt insizyonunda ve vajinal doğum sonrası epizyo hattında ortaya çıkan endometriotik odaklarda endometrial dokunun iatrojenik bulaşmasının rolü ağırlık kazanmaktadır. Doğum yapmış kadınlarda geç dönemde epizyotomi hattında ortaya çıkan ağırlı kitlelerde eksternal endometriotik odak ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır.

YÖNTEM

27 yaş, G1P1Y1

05/2017 tarihinde vajinal doğum yapan hasta;

11/2018 tarihinde epizyo hattında son 6 aydır artan sertlik ve ağrı şikayeti ile müracaat etti. Hastanın ağrısı menstrüel periyod ile alakasızdı. Ağırlıkla dispareni tarifleyen ve muayenesinde epizyo hattında derine uzanan, sınırları net olarak çizilemeyen, 3 cm kitle palpe edilen hastada öncelikle sütür reaksiyonuna bağlı granülomatöz kitle gelişimi düşünüldü. Ağrı yakınması fazla olan hasta için operasyon planlandı.

11/2018 tarihinde sedasyon altında kitlenin total eksizyonu gerçekleştirildi. Patoloji sonucu endometriozis eksterna olarak raporlandı.

07/2019 tarihinde hasta epizyo hattında sertlik ve ağrı şikayetlerinde tekrarlama yakınmaları ile yeniden geldi. Palpasyonda <1 cm ağırlı kitle palpe edildi.

Hastanın ağrı şikayeti 6 aydır dienogest tedavisi ile kontrol altındadır.

SONUÇ

Cerrahi müdahalelere sekonder endometriozis eksterna skar bölgesinde ağırlı kitle şikayeti ile gelen hastalarda akla gelmesi gereken ön tanımlar arasındadır.

Tedavisi cerrahidir, ancak eksizyon sınırı rekürrensleri engellemek için geniş tutulmalıdır. Cerrahi gerektirmeyecek kitleler için medikal tedavi alternatifi sunulabilir.

Anahtar Kelimeler: Epizyotomi, Endometriozis Eksterna, Rekürrens

Bildiri No: 127 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Ebelik Öğrencilerinin Durumluk/Sürekli Kaygı ve Öz Yeterlilik Durumlarına Eğitim Modelinin Etkisi

Hediye Karakoç¹, Arzu Kul Uçtu², Ebru Bekmezci³

KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Ebelik Bölümü, Konya

Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Konya

Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Konya

Amaç: Araştırma, ebelikte temel ilke ve uygulamalar becerilerinin kazanımında veri toplama modeli, klinik uygulama saati, klinik uygulamaları eğitmen eşliğinde yapma ve laboratuvar uygulamaları başarılı/başarısız olarak değerlendirilip klinik uygulama sınavı yapma değişkenlerinin öğrencilerin durumluk/sürekli kaygı ve öz yeterlilik durumlarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, deneysel araştırma yöntemlerinden randomize olmayan gruplarda ön test son test-kontrol gruplu yarı deneysel olarak yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup, 1. grubu Bozok Üniversitesi'nde eğitim alan (n=39) öğrenciler, 2. grubu ise sosyodemografik veriler açısından 1. gruba benzer KTO Karatay Üniversitesi'nde dersi ilk defa alan (n=40) öğrenciler oluşturmuştur. Araştırma verileri Tanıtıcı Bilgi Formu, Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği, Spielberger'in Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Grupların sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları ön test, izleme testi ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0.001$). Gruplar arasında ise öz etkililik-yeterlilik puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$).

Sonuç: Ebelik bakımının planlanmasında Günlük Yaşam Aktiviteleri modeli kullanan, 8 saat klinik uygulamaya çıkan, klinik uygulamaları klinik ebe veya hemşiresi denetiminde uygulayan ve laboratuvar uygulamaları başarılı/başarısız olarak değerlendirilip klinik uygulama sınavı yapılan öğrencilerin öz etkililik-yeterlilik düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ebe, Eğitim, Klinik Uygulama, Anksiyete

Bildiri No: 128 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Kliniğimizdeki Adölesan Gebeliklerin Maternal ve Fetal Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Ülkü Mete Ural¹, Dilara Boztaş Engin¹, Aybike Uysal¹

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Abd

Amaç: Kliniğimizdeki son 10 yıllık adölesan gebeliklerin maternal ve fetal sonuçlarının değerlendirilmesi

Yöntem: 1 Ocak 2010 ile 1 Ocak 2020 tarihleri arasında, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde takip edilen 10-19 yaş arasındaki 63 gebenin maternal ve fetal sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 63 adölesan gebe dahil edildi. Gebelerin 59'u (%93.65) 15-19 yaş, 4'ü (%6,34) 10-14 yaş arasındaydı. Ortalama gebelik yaşı 17.02 yaş olarak tespit edildi. Gebeliklerin 22'si (%34,92) normal vajinal doğum, 23'ü (%36,5) sezaryen, 7'si (%11) abortus, 9'u (%14,28) tıbbi nedenli tahliye ve 2'si (%3,17) elektif küretaj ile sonlandırıldı. Gebelerin 8'i (%17.77) 20-34. gestasyonel hafta, 14'ü (%31.11) 34-37. gestasyonel hafta ve 23'ü (%51.11) 37-41. gestasyonel haftalar arasında doğum yaptı. Ortalama gebelik haftası 29,08 olarak saptandı. 45 yenidoğanın doğum ağırlıkları 3'ünde (%6.60) 1500 gr altı, 12'sinde (%26.66) 1500-2500 gr arası, 26'sında (%57.70) 2500-3500 gr arası ve 4'ünde (%8.80) 3500 gr üzeri ölçüldü. Ortalama yenidoğan kilosu 2659 gr olarak saptandı. Bu bebeklerin 17'sinde (%37.80) yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı oldu. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış endikasyonları; 12'sinde (%70,58) düşük doğum ağırlığı, 11'inde (%64,70) beslenememe, 9'unda (%52,94) prematürite ve 5'inde (%29,41) respiratuar distress sendromudur.

Sonuç: Adölesan gebelikler, artmış risk ve kötü perinatal sonuçlara neden olduğu için yüksek riskli gebelikler olarak değerlendirilmelidir. Maternal ve fetal risklerin azaltılması için uygun antenatal takiplerin düzenli yapılması ve olası riskler konusunda gebelerin bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Adölesan gebelik, maternal sonuçlar, fetal sonuçlar.

Bildiri No: 129 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Doğum Eyleminin İkinci Evresinin Uzaması ile Epizyotomi İlişkisi

Nurgül Kamiloğlu¹, Fulya Batuhan¹

Amerikan Hastanesi

Giriş ve Amaç: Doğum eyleminin ikinci evresi (DEİE); servikal dilatasyonun tamamlanmasıyla başlayan, bebeğin doğmasıyla sonlanan evredir (1, 2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); DEİE'nin süresini nulliparlarda ortalama üç, multiparlarda iki saat olarak belirtirken, The National Institute for Health and Care Excellence nulliparlarda iki, multiparlarda bir saat olarak kabul etmektedir. Ayrıca epidural analjezi alanlarda süreler birer saat daha eklenir (3). Bu süreler, özellikle nulliparlarda; otuz yaş üstü, sürekli elektronik fetal monitörizasyon uygulanması, narkotik analjezi kullanımı (4), sefalopelvik uyumsuzluk, parite, oksiput posterior pozisyon, sedasyon ve maternal yorgunluk gibi birçok nedene bağlı uzayabilmektedir (5). Dolayısıyla doğum fizyolojik bir süreç olmakla birlikte gerektiğinde iyi değerlendirme yapılarak, tıbbi müdahalelere başvurulabilen bir eylemdir (6, 7). Epizyotomi ise, doğumda en sık başvuru alan cerrahi işlemlerden biridir. (DEİE)'nin sonlarında bulbo-kavernos kasına yapılan kesidir. İlk kez 1742'de İrlanda'lı ebe Sir Fielding Ould'un zor doğumlara yardım etmek amacıyla uyguladığı bilinmektedir (8). Bu derlemenin amacı, (DEİE)'nin uzaması ile epizyotomi ilişkisini incelemektir. DEİE uzadığında perineal travmayı azaltmak, anne ve bebek sağlığını korumak için epizyotomi uygulanabilir seçeneklerdendir. Gerekli durumlarda epizyotomi uygulandığında, anal sfinkter travmaları, üçüncü-dördüncü perineal yırtıklar azaltılabilmekte ve gereksiz sezaryen uygulamaları önlenmektedir. Ayrıca epizyotomi DEİE'ni kısaltmasını sağlamak dışında; iri bebeklerde, fetal distreste, forceps veya vakum uygulanması gereken durumlarda, perine kaslarının rijit olduğu ve doğumun zorlaştırdığı durumlarda, makat doğumda, prezentasyon-pozisyon bozukluklarında iyi değerlendirme yapılarak uygulanması gerekmektedir (9).

Sonuç ve Öneriler: DSÖ, bireyselleştirilmiş doğumu ve eğer ilerleyici değişiklikler varsa müdahalelerle ilgili sabırsız olunmamasını önermektedir (10). Ayrıca epizyotominin yararından çok zararının olması sebebiyle rutin olarak kullanılmasından kaçınılmalıdır (11, 12).

KAYNAKLAR

1. Turan, A., Yılmaz, T. Doğumun İkinci Evresinin Süresi, Uzaması ve Yönetimi. Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 1(2), 102-119.
2. Demir, N. (2018). Doğumun 2. Evresine Yaklaşım. Türkiye Klinikleri Gynecology Obstetrics-Special Topics, 11(1), 20-29.
3. Shmueli, A., Salman, L., Orbach-Zinger, S., Aviram, A., Hirsch, L., Chen, R., & Gabbay-Benziv, R. (2018). The impact of epidural analgesia on the duration of the second stage of labor. Birth, 45(4), 377-384.
4. Albers, L. L. (1999). The duration of labor in healthy women. Journal of Perinatology, 19(2), 114-119.

5. Genç Koyucu, R. ve Demirci, N. (2016). Doğumun ikinci evresinde kullanılan ıkınma tipleri. JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi, 2(1), 33-39. doi: 10.5222/jaren.2016.033 Erişim Adresi: https://www.journalagent.com/jaren/pdfs/JAREN_2_1_33_39.pdf
6. WHO recommendation on definition and duration of the second stage of labour. (2018). World Health Organization. Erişim tarihi: <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/careduring-childbirth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-definition-and-durationsecond-stage-labour>
7. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. (2014). National Institute for Health and Care Excellence, 1-89. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK328253/#ch12.s1>
8. Shy, K.K., ve Eschenbach, D.A., "Fatal Perineal Cellulitis From an Episiotomy Site." Obstetric and Gynecology, Vol.54, No:3, 1979, s:293-298
9. Kütük, M. S., Özgün, M. T., Uludağ, S., Dolanbay, M., Özdemir, F., Uysal, G., & Öztürk, A. (2013). Rutin Epizyotomi Uygulamasının Terk Edilmesi: Erciyes Üniversitesi Deneyimi. *Journal Of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 23(3), 154-159.
10. Singh, S., Kohli, U. A., Vardhan, S. (2018). Management of prolonged second stage of labor. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 7(7), 2527-31.
11. Lee, L., Dy, J., Azzam, H. (2016). Management of spontaneous labour at term in healthy women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 38(9), 843-865. doi: 10.1016/j.jogc.2016.04.093. Erişim Adresi: [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)39222-2/fulltext](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)39222-2/fulltext)
12. Approaches to limit intervention during labor and birth. ACOG Committee opinion No. 766. *Obstetrics & Gynecology*. (2019). American College of Obstetricians and Gynecologists, 133(2), 164-173. doi: 10.1097/AOG.0000000000003074. Erişim Adresi: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00006250-201902000-00044>

Anahtar Kelimeler: Anahtar Kelimeler: Doğum eylemi, epizyotomi, ikinci evre, müdahale.

Bildiri No: 130 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Kadınların Travmatik Doğum Algısı

**Özlem Moraloğlu Tekin¹, Fatma Deniz Saymer², Nükhet Kaçar¹, Hülya Şengör¹,
Meryem Özdemir¹, Dilek Yiğit¹**

*Ankara Şehir Hastanesi
Osmangazi Üniversitesi*

Amaç: Bu çalışma, kadınların travmatik doğum algısı düzeyini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma, 1 Ocak 2020 - 30 Ocak 2020 tarihleri arasında, Ankara Şehir Hastanesi'nde randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır. 30 deney grubu ve 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 gebe üzerinde uygulanmıştır. Veri toplama aracı olarak; tanımlayıcı bilgilerin ve obstetrik öykünün ele alındığı anket formu ile travmatik doğum algısı ölçeği kullanılmıştır. Deney grubuna ebe tarafından sürekli doğum desteği verilirken kontrol grubuna standart ebeklik bakımı uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmada, deney grubumuz ile kontrol grubumuz arasında fark olmakla birlikte (deney:63, kontrol:70) bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Sürekli doğum desteği alanlarda travmatik algı daha az bulunmuştur. Travmatik algı puanı açısından gelir durumunun az olması ile fazla olması arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Sonuç: Sürekli doğum desteği alan kadınlarda travmatik algı daha az olmakla birlikte istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: doğum, travmatik doğum, travmatik algı, ebe

Bildiri No: 132 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Doğumhanede Çalışan Ebelerin Mesleki Aidiyet Düzeyinin Belirlenmesi
**Özlem Moraloğlu Tekin¹, Fatma Deniz Sayınır², Nükhet Kaçar¹, Hülya Şengör¹,
Meryem Özdemir¹, Dilek Yiğit¹**

*Ankara Şehir Hastanesi
Osmangazi Üniversitesi*

Amaç: Bu çalışma, doğumhanede çalışan ebelerin mesleki aidiyet düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma, 1 Ocak 2020- 30 Ocak 2020 tarihleri arasında, Ankara Şehir Hastanesi'nde tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırma olarak yapılmıştır. Ulaşılabilen 50 ebe çalışmaya dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak; tanıtıcı bilgilerin ele alındığı anket formu ile ebeler aidiyet ölçęęi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen ebelerin yaş ortalamasının %29,44 ve meslekte çalışma yılı 6,28 olarak bulunmuş olup, mesleği isteyerek seçenlerin oranı ise %38 olarak bulunmuştur. Ayrıca çalışmada meslek lisesi mezunu %8, lisans mezunu ise %74 olarak bulunmuştur. Meslek lisesi ile lisans mezunlarının aidiyet düzeyleri arasında anlamlı olmamak şartıyla fark olduğu (lisansda daha yüksek) ve mesleği isteyerek seçenler ile diğer sebeplerden tercih edenler arasındaki farkın ise anlamlı olduğu (isteyerek daha yüksek) bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmada, mesleği isteyerek seçmenin mesleki aidiyet puanını artırdığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: ebe, aidiyet düzeyi, mesleki aidiyet

Bildiri No: 133 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Doğumdan Sonra Anne Yanında Olan Bebeklerin Formül Alma Nedenlerinin İncelenmesi; Ankara Şehir Hastanesi Örneği

Özlem Moraloğlu Tekin¹, Fatma Deniz Sayiner², Gönül Tozlu¹, Emel Çaldır¹, Elif Bilge¹

*Ankara Şehir Hastanesi
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi*

Amaç: Dünya Sağlık Örgütü ilk 6 ay sadece anne sütü alımını, 2 yaş ve ötesine kadar emzirmenin sürdürülmesini önermektedir. Amacımız bebeklerin ilk 6 ay tıbbi endikasyon nedeniyle sadece anne sütü alımına engel olan nedenlerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız Ankara Şehir Hastanesinde Ekim-Kasım-Aralık 2019 tarihlerinde tanımlayıcı nitelikte yapıldı. Veriler hastanemizde oluşturulan “Sadece Anne Sütü Ve Emzirme ile Taburcu Edilen Bebek Oranı Gösterge Kartı” ve “En Az Bir Kez Formülle Beslenme Oranı Gösterge Kartı” indikatörü ile toplandı. Doğum sonu servislerinde yatan anne bebek çiftlerinin beslenme şekilleri değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde, oran ve ortalama kullanıldı.

Bulgular: Hastanemizde Ekim-Kasım-Aralık 2019 tarihlerinde toplam 3290 canlı bebek dünyaya gelmiştir. Bunlardan 1731’i hastanede kaldığı süre içerisinde anne yanında olup annesiyle birlikte taburcu edilmiştir. Bu bebeklerden 1596’sının (%92,2) hastanede kaldığı süre içinde anne sütü ve emzirme yoluyla beslendiği tespit edilmiştir. Geriye kalan 135 (%7.8) bebeğin ise hastanede kaldığı süre içinde en az bir kez orderla formül kullandığı belirlenmiştir. Formül kullanım nedenlerini incelediğimizde; 69’u (%51) annenin emzirme pozisyonunu sağlayamaması, 41’i (%30) meme ucu ve diğer sorunlar, 19’u (%14) kilo kaybı, 5’i (%4) kan şekeri düşüklüğü, 1’i (%1) annenin sağlık sorunu varlığı olarak tespit edilmiştir. Formül başlanma zamanına bakıldığında 85’inin (%62,9) 08-16 mesaisinde, 50’sinin (%37) 16-08 mesaisinde başladığı saptanmıştır. Gravida dağılımına bakıldığında 85’inin (%63) primipar, 50’sinin (%37) multipar olduğu görülmüştür. Doğum şekline baktığımızda 44’ünün (%33) vajinal doğumla, 91’inin (%67) sezaryenle dünyaya geldiği saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamızda kullanılan indikatörlerin sadece anne sütü ve emzirme ile beslenme oranlarımızı artırdığı, formül kullanım nedenlerine yönelik çözüm üretmemizi kolaylaştırdığı, gereksinimlerimiz konusunda yol gösterici olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sadece Anne Sütü, Formül Alma Nedenleri, Doğum Sonu Anne Yanında Olan Bebekler.

Bildiri No: 134 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Bolu İli Sağlık Kuruluşlarında Gerçekleşen Doğumların Şekillerine Etki Eden Faktörlerin Araştırılması

Süleyman Özsarı¹, Derya Kocadağ¹

Bolu İl Sağlık Müdürlüğü

Amaç:İlimiz sağlık kuruluşlarında gerçekleşen doğumların şekillerini etkileyen faktörlerin araştırılmasıdır.

Yöntem:Evren, ilimiz sağlık kuruluşlarında doğum yapan 1.581 hasta olup Ağustos 2016-Ocak 2017’de 400 kişiye anket uygulanarak SPSS23’te yapılmıştır.Frekans, ortalama, Ki-kare ve Mann-WhitneyU testlerinden yararlanılmıştır.Anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ ’tir.

Bulgular:Doğumların %44,8’i devlet hastanesinde, %42,8’i üniversite hastanesinde ve %12,5’i ise özel hastanededir.İlk doğum yapma şekli %46,5’i normal; %53,5’i sezaryen doğumdur.Son doğum yapma şekli ise%37’si normal doğum; %63’ü sezaryen doğumdur.Kendi isteği ile sezaryen olanların %37’si doğum eyleminin tekrarlanması durumunda normal doğumu tercih edebileceğini söylemiştir.Yine bu grubun %48’i gebe okulu hakkında bilgi sahibi olmayıp %89,5’i gebe okulunu hiç ziyaret etmemiştir.Gebelik için yardımcı üreme tekniği kullananların %81’inin son doğumu sezaryendir.Son doğumu sezaryen olanların %35’i gebe okulunu hiç duymamış, bunların %62’si aile sağlığı merkezinden de doğum şekli bilgisi almadığını belirtmiştir.İlk doğumunu normal yapanların %87’si kendisi karar vermiştir.İlk doğumu normal olupta son doğumu sezaryen olanların %29,3’ü kendi isteğiyle sezaryen olmuştur.Normal doğum yapanların yaş ortalaması daha düşüktür($p=0,000$).İlk doğum yaşı ve zor gebelik arttıkça sezaryen oranları yükselmektedir.

Sonuç:İlimizde sezaryen oranı normal doğum oranından yüksektir.Normal doğum yapanların bir kısmının sonraki doğumunda sezaryanı tercih ettiği görülmüştür.Bu grubun tercih sebeplerini irdeleyen farklı çalışmalar yapılabilir.Doğum şekilleri sezaryen olanların normal doğum ve sezaryenle ilgili zorluk/komplikasyonlar konusunda bilgilendirildiğinde normal doğuma yönlenebilecekleri yönünde bir eğilim oluşmuştur.Aile hekimliklerindeki gebe takip izlemi sırasında gebe okulu/sınıfına katılımın artırılması ve doğum öncesi yeterli bilgilendirme/yönlendirme yapılması durumunda kendi isteği ile sezaryen oranlarının düşeceği ve normal doğum tercihin artacağı öngörülmektedir.Bazı ASM’lerde uygulanan kanser taramaları için görevlendirilen irtibat elemanlarına eğitim verilerek aynı zamanda doğum danışmanlığı yapmasının iş yükünü hafifletme, gebelere ulaşımında daha sağlıklı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Normal doğum, sezaryen doğum, aile hekimliği, doğum şekli

Bildiri No: 135 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Ve Etkileyen Değişkenler
Öznur Yaşar¹, Pelin Palas Karaca¹, Sevde Çubukçu Aksu¹

Balıkesir Üniversitesi

ÖZ GİRİŞ ve AMAÇ:

Premenstrual sendrom (PMS), menstruel siklusun ikinci yarısında ortaya çıkan ve kadının yaşamını olumsuz yönde etkileyen fiziksel ve davranışsal semptomlarla karakterizedir. PMS belirtilerinin sadece kişiyi değil, ailesini ve çevreyi etkilediği belirtilmektedir. Çalışma üniversite öğrencilerinde PMS ve etkileyen değişkenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak, 2017-2018 eğitim öğretim yılında üniversite de bir yüksekokulda yaz dönemi öğrencileriyle yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeksizin 215 öğrenci ile araştırma tamamlanmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında anket formu ve premenstrual sendrom ölçeği (PMSÖ) kullanılmıştır. Veriler SPSS 15.0 programında yapılmış, aritmetik ortalama, yüzdelik sayıları içeren betimleyici analizler ile iki bağımsız grubun karşılaştırmasında, veriler normal dağılım gösterdiğinden parametrik testlerden t-test ve tek yönlü anova test kullanılmıştır

BULGULAR: Çalışmada öğrencilerin yaş ortalaması 21.67 ± 1.91 ve PMS prevalansı %70.2 olarak belirlenmiştir. PMSÖ toplam puanı 129.70 ± 32.85 olarak bulunmuştur. Araştırmada sigara içen öğrencilerin ve annelerinde menstruasyon öncesi gerginlik yaşayan öğrencilerin PMSÖ toplam puan ortalamalarının, dismenoresi olan öğrencilerin; iştah alt grup puan ortalaması hariç PMSÖ toplam puan ve tüm alt grup ortalamalarının, yaşanan yere göre PMSÖ puanları incelendiğinde ise sinirlilik alt grup puan ortalamasının ailesinin yanında kalan öğrencilerde yüksek olduğu saptanmıştır.

SONUÇ: PMS öğrenciler arasında yaygın olarak görülmekte olup; öğrencilere PMS konusunda danışmanlık ve baş etme becerilerinin kazandırılması önerilir

Anahtar Kelimeler: Premenstrual sendrom, öğrenci, davranış, ebelik, hemşirelik

Bildiri No: 136 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Ebelik Öğrencilerinin Gebelik Öncesi Doğum Korkusu ve Travmatik Doğum Algı Düzeylerinin İncelenmesi

Keziban Amanak¹, Özlem Sündüz Altunkaya¹, Sema Oflaz¹

Adnan Menderes Üniversitesi

Özet

Amaç: Araştırma ebelik öğrencilerinin gebelik öncesi doğum korkusu ve travmatik doğum algı düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Analitik ve kesitsel tipteki bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören 298 ebelik öğrencisi ile yürütülmüştür. Araştırma verileri, öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan "Demografik Bilgi Formu", "Gebelik Öncesi Doğum Korkusu Ölçeği" ve "Travmatik Doğum Algısı Ölçeği" ile toplanmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli kurum izni, etik kurul onayı ve öğrenci olurları alınmıştır. Araştırma bulguları tek yönlü Varyans ve Pearson korelasyon analizleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin gebelik öncesi doğum korku düzey ortalamaları 38.09 ± 6.04 ve travmatik doğum algı düzey ortalamaları 64.19 ± 8.24 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin sınıflara göre travmatik doğum algıları (birinci sınıf: 68.16 ± 25.12 , ikinci sınıf: 62.15 ± 7.82 , üçüncü sınıf: 61.75 ± 5.83 , dördüncü sınıf: 58.24 ± 8.11) ve gebelik öncesi doğum korku düzeylerinin (birinci sınıf: 39.28 ± 8.91 , ikinci sınıf: 37.29 ± 9.67 , üçüncü sınıf: 35.75 ± 7.26 , dördüncü sınıf: 34.19 ± 8.06) sınıf seviyesine paralel olarak istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır. Ayrıca öğrencilerin gebelik öncesi doğum korku düzeyleri ile travmatik doğum algı düzeyleri arasında pozitif yönde yüksek düzeyde önemli ilişki belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırmada öğrencilerin gebelik öncesi doğum korkuları ve travmatik doğum algı düzeylerinin sınıflara göre anlamlı derecede azaldığı ve bu iki değişken arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu sonuçlara dayalı olarak öğrencilere verilen ebelik eğitiminin, öğrencilerin gebelik öncesi doğum korkuları ve travmatik doğum algı düzeyleri üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu söylenebilir.

GİRİŞ

Gebelik, fizyolojik bir olay olmasına rağmen kadının hayatında kaygı ve stres yaratan bir geçiş dönemidir. Doğum ise doğal bir süreç olmakla birlikte, ağrılı ve hem anne hem de bebek için ciddi morbidite, hatta mortalite riski taşıyan bir süreç olabilir (1-3). Korku algılanan ya da mevcut olan bir tehlikeye yönelik gösterilen olağan bir tepki olarak tanımlanmaktadır (4,10). Doğum korkusu gebelikten önce oluşur ya da çok şiddetli boyutlara ulaşırsa "tokofobi" olarak adlandırılmaktadır (5,6,10). Tokofobi terimi ilk kez Hofberg ve Brockington tarafından kullanılmıştır. Hofberg ve Brockington tokofobiyi gebeliğe özgü spesifik bir anksiyete çeşidi ve doğum sırasında ölme korkusu şeklinde tanımlamışlardır (7). Tokofobi primer, sekonder ve prenatal depresyon belirtisi şeklindeki tokofobi olarak üç grupta toplanmaktadır (7,8,10). *Primer Tokofobi*; gebe kalmadan önce başlayan doğum korkusudur. Primer tokofobi adolesan veya erken erişkinlik döneminde ortaya çıkabilir ve kadın, doğum korkusu nedeniyle gebelikten kaçınabilir (5,7,9,10). Primer tokofobi yaşayan kadınlar çocuksuz olarak kalmayı ya da evlat edinmeyi tercih edebilmektedirler (8-10). *Sekonder Tokofobi*; genellikle ikincil travmatik bir obstetrik olaydan sonra gelişmektedir (5,

8-10). *Prenatal Depresyon Belirtisi Şeklindeki Tokofobi*; gebelik döneminde yaşanan depresyon, daha nadir bir şekilde kendisini tokofobiyle birlikte gösterebilir. Bu kadınlar doğumdan kaçınma davranışı gösterebilir. Bu gibi vakalarda kadın, sürekli olarak bebeğini doğuramayacağını, doğum yapsa bile öleceğini düşünebilir (5,8,10).

Travmatik doğum, doğumda yaşanan bazı deneyimleri ve olumsuz psikolojik tepkileri tanımlamak için kullanılan karmaşık bir kavramdır. Bebeğe veya anneye zarar verme şeklinde fiziksel ya da fiziksel travmanın olmadığı durumlarda da yaşanabilir (11,14). Olumsuz bir doğum deneyimi; diğer doğum deneyiminde korkuya yol açmaktadır (12-14).

Primer tokofobinin adolesan veya erken erişkinlik döneminde ortaya çıktığı göz önüne alındığında, gençlerde oluşan bu doğum korkusu travmatik doğum algısı geliştirmelerine neden olabilir. Bu noktada meslek yaşantısında doğum sürecinde aktif rol oynayacak olan ebelik öğrencilerinin doğum korkusu ve travmatik doğum algılarının yüksek olması bakım verdikleri kadınlara olumsuz yönde etkileyebilir. Dolayısıyla bu çalışma ebelik öğrencilerinin gebelik öncesi doğum korkusu ve travmatik doğum algı düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları

1. Ebelik öğrencilerinin travmatik doğum algı düzeyleri ne seviyededir?
2. Ebelik öğrencilerinin gebelik öncesi doğum korku düzeyleri ne seviyededir?
3. Ebelik öğrencilerinin travmatik doğum algı düzeyleri ile gebelik öncesi doğum korku düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
4. Ebelik öğrencilerinin travmatik doğum algı düzeyleri ile gebelik öncesi doğum korku düzeyleri arasında sınıflara göre farklılık var mıdır?

YÖNTEM

Araştırma analitik ve kesitsel olarak Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü öğrencileri ile 2019-2020 eğitim öğretim yılı içerisinde, Aralık 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu dönemde bölüme kayıtlı öğrenci sayısı 389'dur. Örneklem dahil edilecek öğrenciler Uçar ve Taşhan'ın (15) yapmış olduğu "Gebelik Öncesi Doğum Korkusu Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Kadın ve erkeklerde Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması" başlıklı çalışmanın kadınlara yönelik test-retest sonuçları kullanılarak t testi ile, etki gücü $d=0.2781141$ hesaplanmış, $\alpha=0,05$, %95 güven aralığında %80 güce ulaşmak için örneklem hacmi 322 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ebelik öğrencileri araştırma kapsamına alınmış, tanı almış ruhsal problemi olan öğrenciler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Araştırma verileri, öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan "Demografik Bilgi Formu", "Gebelik Öncesi Doğum Korkusu Ölçeği" ve "Travmatik Doğum Algısı Ölçeği" ile toplanmıştır.

Demografik Bilgi Formu; Yaş, sınıf, gelir durumu, en uzun süre yaşanan yer, şu anda yaşanan yer, aile tipi, kardeş sayısı, bölüme isteyerek gelme durumunu içeren 8 sorudan oluşmaktadır (17).

Gebelik Öncesi Doğum Korkusu Ölçeği; Stoll ve arkadaşları (2016) tarafından geliştirilmiş, genç kadın ve erkeklerin gebelik öncesi doğum korkusunu ölçebilen, kişinin kendisi tarafından doldurulabilen bir ölçektir. Ölçek genç kadın ve erkeklerin doğum korkusuna en çok neden olan boyutlarını içermektedir: doğum ağrısı, kontrol kaybı, doğum ağrısı ve doğumla baş edememe, komplikasyonlar ve geri dönüşümü olmayan fiziksel hasarlar. On maddeden oluşan ölçekteki yanıtlar 1'den 6'ya kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tiptedir. Bir "kesinlikle katılmıyorum", 2 "katılmıyorum", 3 "kısmen katılmıyorum", 4

“kısmen katılıyorum, 5 “katılıyorum”, 6 “kesinlikle katılıyorum” şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte minimum puan 10 iken, maksimum puan 60’dır. Madde toplam puanın yüksek olması yüksek düzeyde korkuyu göstermektedir (15).

Travmatik Doğum Algısı Ölçeği; 2016’da Yalnız, Canan, Genç, Kuloğlu ve Geçici tarafından, kadınların doğum eylemini travmatik olarak algılama düzeylerini belirlemek için geliştirilmiş bir ölçme aracıdır. Ölçek 13 maddeden oluşmaktadır ve ölçek minimum puanı 0, maksimum puanı 130’dır. Sıfırdan ona doğru olan derecelendirme ölçeği, ölçek toplam puan ortalamaları; 0-26 puan aralığı çok düşük, 27- 52 puan aralığı “düşük”, 53-78 puan aralığı “orta”, 79-104 puan aralığı “yüksek”, 105-130 puan aralığı “çok yüksek” travmatik doğum algısı düzeyi olduğunu göstermektedir (16).

Verilerin analizinde SPSS 18.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde dağılımları, ortalama ve standart sapma değerleri, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve Pearson Korelasyon Testi uygulanmıştır. Önemlilik düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

Uygulamadan önce öğrencilere bireysel olarak, çalışmanın amacı, anketi ve ölçekleri doldurma süresi, çalışmaya katılmanın gönüllük esasına dayandığı, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, verdikleri bilgilerin araştırma dışında kullanılmayacağı, anketlere isim yazmanın gerekli olmadığı gibi açıklamalar yapıp, varsa soruları yanıtladıktan sonra çalışmaya katılımları konusunda sözlü onamları alınmıştır. Veri toplama formları öğrencilerin öz bildirimlerine dayalı olarak toplanmıştır. Ayrıca araştırmanın yapılabilmesi için gerekli kurum izni, etik kurul onayı (No: 2019/087) ve öğrenci olurları alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21.25 ± 3.81 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %26.9’u üçüncü sınıf, 75.2’sinin geliri giderine eşit, %78.1’i yurttta kalmakta, %38.3’ü en uzun süre ilçede yaşamış, %77.5’i çekirdek aile yapısına sahip, %40.6’sı iki kardeşe sahip ve %77.5’i ise ebelik bölümüne isteyerek gelmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Demografik Özellikleri (n=298)

Demografik özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sınıf		
1. Sınıf	79	26.5
2. Sınıf	68	22.8
3. Sınıf	80	26.9
4. Sınıf	71	23.8
Gelir durumu		
Gelir giderden az	74	24.8
Gelir gidere eşit	224	75.2
Yaşadıkları yer		
Aile ile birlikte	29	10.8
Arkadaşı ile evde	36	12.1
Yurttta	233	78.1
En uzun süre yaşanan yer		
Şehir	106	35.6
İlçe	114	38.3

Köy	78	26.1
Aile tipi		
Çekirdek	231	77.5
Geniş	67	22.5
Kardeş sayısı		
Yok	21	7.1
Bir	116	38.9
İki	121	40.6
Üç ve üstü	40	13.4
Bölüme isteyerek gelme durumu		
Evet	231	77.5
Hayır	67	22.5

Öğrencilerin gebelik öncesi doğum korku düzey ortalamaları 38.09 ± 6.04 ve travmatik doğum algı düzey ortalamaları 64.19 ± 8.24 olarak saptanmıştır.

Öğrencilerin sınıflara göre travmatik doğum algı düzeylerinin (birinci sınıf: $68,16 \pm 25.12$, ikinci sınıf: 62.15 ± 7.82 , üçüncü sınıf: 61.75 ± 5.83 , dördüncü sınıf: 58.24 ± 8.11) sınıf seviyesine paralel olarak istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır (Tablo2).

Tablo 2. Öğrencilerin Sınıflara Göre Travmatik Doğum Algı (TDA) Düzeyleri (n=298)

Sınıf	TDA (Ort ± SS)	F	p
1. Sınıf	$68,16 \pm 25.12$	0,412	0.012
2. Sınıf	62.15 ± 7.82		
3. Sınıf	61.75 ± 5.83		
4. Sınıf	58.24 ± 8.11		

Öğrencilerin sınıflara göre gebelik öncesi doğum korku düzeylerinin (birinci sınıf: 39.28 ± 8.91 , ikinci sınıf: 37.29 ± 9.67 , üçüncü sınıf: 35.75 ± 7.26 , dördüncü sınıf: 34.19 ± 8.06) sınıf seviyesine paralel olarak istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır (Tablo3).

Tablo 3. Öğrencilerin Sınıflara Göre Gebelik Öncesi Doğum Korku (GÖDK) Düzeyleri (n=298)

Sınıf	GÖDK (Ort ± SS)	F	p
1. Sınıf	$39.28 \pm 8.91,$	0,736	0.047
2. Sınıf	37.29 ± 9.67		
3. Sınıf	$35.75 \pm 7.26,$		
4. Sınıf	34.19 ± 8.06		

Ayrıca öğrencilerin gebelik öncesi doğum korku düzeyleri ile travmatik doğum algı düzeyleri arasında pozitif yönde yüksek düzeyde önemli ilişki belirlenmiştir ($r = 0.758$, $p < 0.001$).

TARTIŞMA

Araştırmada öğrencilerin gebelik öncesi doğum korkuları ve travmatik doğum algı düzeylerinin sınıflara göre anlamlı derecede azaldığı ve bu iki değişken arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu sonuçlar, ebelik eğitiminin gebelik öncesi doğum korkusu ve travmatik doğum algı düzeyi üzerinde etkili olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Diğer taraftan primer tokofobinin kadınlarda travmatik doğum algı gelişmesine neden olacağı göz önüne alındığında, ebelik öğrencilerinin doğum korku düzeylerinin düşük olması beklenmektedir. Dolayısıyla ebelik öğrencilerinin doğum korku düzeylerinin ve travmatik doğum algılarının incelendiği çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada öğrencilerin gebelik öncesi doğum korkuları ve travmatik doğum algı düzeylerinin sınıflara göre anlamlı derecede azaldığı ve bu iki değişken arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Daş Z. [Psychosocial and culturel dimensions of pregnancy]. Taşkın L, editör. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2007. p.211-23.
2. Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. Postgrad Med J 2003;79(935):505- 10, quiz 508-10.
3. Güleç D, Öztürk R, Sevil Ü, Kazandibi M. Gebelerin Yaşadıkları Doğum Korkusu ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2014;24(1):36-41
4. Köroğlu E. Kaygılarımız Korkularımız. Ankara: HYB Yayıncılık; 2006. p.1-40.
5. Alessandra S, Roberta L. Tokophobia: When Fear of Childbirth Prevails. Mediterranean Journal of Clinical Psychology 2013; 1(1): 1-18.
6. Hofberg K, Ward M. Fear of Childbirth, Tocophobia, and Mental Health in Mothers: The Obstetric/Psychiatric Interface. Clinical Obstetrics and Gynecology 2004; 47(3): 527-34.
7. Hofberg K, Brockington IF. Tokophobia: An Unreasoning Dread of Childbirth: A Series of 26 Cases. The British Journal of Psychiatry 2000; 176(1): 83-5.
8. Hofberg K, Ward M. Fear of Pregnancy and Childbirth. Postgraduate Medical Journal 2003; 79(935): 505-10.
9. Bakshi R, Mehta A, Mehta A, Sharma B. Tokophobia: Fear of Pregnancy and Childbirth. The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics 2008; 10(1): 9.
10. Uçar T, Gölbaşı Z. Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 4 (2):54-58

11.Greenfield, M., Jomeen, J., & Glover, L. (2016). What is traumatic birth? A concept analysis and literature review. *British Journal of Midwifery*, 24(4), 254–267. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.4.254>

12.Özkars, N. B. (2017). Prematüre Doğum Yapmış Annelerin Travma, Depresyon, Maternal Bağlanma ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul. Retrieved from <http://acikerisim.fsm.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11352/2463/Özkar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

13.Boorman, R. J., Devilly, G. J., Gamble, J., Creedy, D. K., & Fenwick, J. (2014). Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*, 30, 255–261. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.001>

14.Bay F. Kadınlarda Travmatik Doğum Algısı ve Postpartum Depresyon ile İlişkisi (2019), Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.

15. Uçar T, Taşhan ST (2018). Gebelik Öncesi Doğum Korkusu Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Kadın ve Erkeklerde Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *ACU Sağlık Bil Derg* 2018; 9(3):289-29

16. Yalnız, H., Canan, F., Genç, R. E., Kuloğlu, M. M., & Geçici, Ö. (2016). Travmatik Doğum Algısı Ölçeğinin Geliştirilmesi, 8(3), 81–88.

17. Dinçer F. Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Benlik Saygısı ve Atılganlık Düzeyleri (2008), Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.

Anahtar Kelimeler: Doğum korkusu, Travma, doğum algısı, ebelik, öğrenci.

Bildiri No: 137 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Türkiye’de Ulusal Literatürde Yayınlanan Sezaryen Sonrası Vajinal Doğuma İlişkin Çalışmalar: Sistematiik Derleme

Keziban Amanak¹, Sündüz Özlem Altinkaya¹, Sema Oflaz¹

Adnan Menderes Üniversitesi

Özet

Amaç: Bu derleme, sezaryen sonrası vajinal doğuma yönelik çalışmalardan elde edilen verilerin sistematiik olarak gözden geçirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu amaçla 2010-2020 tarihleri arasında YÖK Ulusal Tez Merkezi, Google Akademik veri tabanları kontrol edilerek yayınlanmış çalışmalar incelenmiştir. Tarama Türkçe olarak “sezaryen doğum, vajinal doğum, sezaryen sonrası vajinal doğum” anahtar kelimeleri ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun 6 makale değerlendirilmeye alınmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan makalelerin özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

Sonuç: Sistematiik inceleme sonucunda sezaryen sonrası vajinal doğuma yönelik farklı örneklem gruplarını (kadınlar, hemşireler vs.) ait çalışmaların bulunduğu ve sezaryen sonrası vajinal doğuma karşı olumlu sonuçların var olduğu görülmüştür.

GİRİŞ

Yaşamın olağan süreçlerinden biri olarak kabul edilen gebelik ve doğum, bazı riskleri de beraberinde getirebilmektedir (1,11). Bu risklerin erken tanımlanması ve gerekli girişimlerde bulunulması ile sağlıklı bir anne-bebeğe kavuşulabilir. Bu amaca ulaşmada doğum şekli çok önemlidir. Doğum şekline karar vermede, gebelik süresince anne ve bebeğin sağlık durumunun yakından değerlendirilmesi gerekmektedir. Vajinal doğum milyonlarca yıldır insanların kullandıkları bir doğum şeklidir. Genellikle kadın vücudunun fizyolojik yapısı vajinal doğum için uygundur. Yeterli destek ve uygun müdahale ile doğum eylemi başarılı bir şekilde gerçekleşebilmektedir. Ancak baş pelvis uyuşmazlığı, bebeğin duruş bozuklukları, fetal distres, zor doğum, iri bebek, geçirilmiş sezaryen gibi durumlarda doğumun vajinal yolla gerçekleşmesi anne veya bebek açısından riskli olabilmektedir. Böyle durumlarda oluşabilecek olumsuz durumları engellemek için sezaryen yöntemi tercih edilmektedir (2,3,11). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1985’ten bu yana ideal sezaryen oranının %10-15 arasında olduğunu ve sezaryenin anne ve bebeğin hayatını yalnızca tıbbi gereklilik bulunmakta ise, kurtarmada etkili olduğunu belirtmektedir (4,11). Ülkemizdeki sezaryen oranlarına bakıldığında belirtilen oranların çok üstünde (%54.2) olduğu görülmektedir (5). Cerrahi bir girişim olan sezaryen, gerekli olduğunda anne ve bebek için yaşam kurtarıcı olmakla birlikte, vajinal doğumla karşılaştırıldığında maternal mortalite ve morbidite oranlarını dört kat artırabilmektedir. Ayrıca yüksek maternal ölüm, iyileşme, emzirme ve anne-bebek ilişkisinde gecikme ve gelecek doğumların risklerini artırma gibi dezavantajlara da sahiptir (6,7,11). Bunun yanında vajinal doğuma kıyasla sezaryen operasyonlarında %50 daha fazla para harcanmakta ve hastanede kalış süresinin daha uzun olmasına bağlı olarak hastane maliyetinin artışı nedeniyle ülke ekonomisine ciddi yük getirmektedir (8,11).

Sezaryen endikasyonlarının en sık görülen sebeplerinden biri önceki sezaryen sonrası yapılan elektif sezaryendir (9,11). Ancak son yıllarda yapılan çalışmalar her olguya elektif

ikinci sezaryen yapılmasının doğru bir uygulama olmadığını belirtmektedir. Flamm ve arkadaşları (1997) sezaryen sonrası vajinal doğum uygulanan olgularda, maternal mortalitenin daha az olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca infeksiyon, hemoraji, viseral organlarda hasar, transfüzyon ihtiyacı gibi cerrahinin yol açacağı maternal komplikasyonlar ile daha az karşılaşılacağını ve hastanede kalış süresinin kısıllacağını bildirmişlerdir (10,11). Dolayısıyla sezaryen doğumların azaltılmasında Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum (SSVD) alternatif seçenekler arasında sayılabilir. Ancak SSVD'nin artırılması için bu alanda yapılmış kanıt değeri yüksek çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir. Dolayısıyla bu derleme sezaryen sonrası vajinal doğuma yönelik çalışmalardan elde edilen verilerin sistematik olarak gözden geçirilmesi amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Sezaryen sonrası vajinal doğuma yönelik çalışmalardan elde edilen verilerin sistematik olarak gözden geçirilmesi amacıyla 2010-2020 tarihleri arasında YÖK Ulusal Tez Merkezi, Google Akademik veri tabanları kontrol edilerek yayınlanmış çalışmalar incelenmiştir. Tarama Türkçe olarak "sezaryen doğum, vajinal doğum, sezaryen sonrası vajinal doğum" anahtar kelimeleri ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada 12 makaleye ulaşılmıştır. Bu makalelerden 5 tanesi derleme, 1 tanesi sistematik derleme olduğu için araştırmaya dahil edilmemiştir. Sonuç olarak dahil edilme kriterlerine uygun 6 makale değerlendirmeye alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan çalışmalardan biri olan Kavak ve ark. (2013) çalışmalarında SSVD'nin yakın takip ve gözetim altında uygulanabileceğini belirtmişlerdir. Gözükkara ve ark. (2016), sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmalarında SSVD'nin, şartları ve riskleri konusunda sağlık çalışanlarının yeterince bilgi sahibi olmadığını belirtmişlerdir. Yanikkerem ve Güler (2018) çalışmalarında prenatal bakımda kadınları doğum yöntemleri hakkında bilgilendirme ile SSVD oranlarının yükseltebileceği sonucuna ulaşmışlardır. Yapılan diğer bir çalışmada hemşirelerin SSVD yönelik bakış açılarının ve yanlış inançlarının belirlenmesi gerektiği belirtilmektedir (Yanikkerem ve Çimen, 2017). Ay ve Duran (2019) 260 gebe ile yürüttükleri araştırmalarında gebelerin yarısından fazlasının SSVD yapmak istedikleri sonucuna ulaşmışlardır. Yapılan diğer bir çalışmada, 423 gebeden, 195'inin SSVD yapmak istedikleri, bunlardan 141 tanesinin başarılı bir şekilde SSVD yaptığı, SSVD ve sezaryen grupları arasında fetal ve maternal sonuçlar arasında fark saptanmadığı belirtilmektedir (Uzun 2018) (Tablo1).

Tablo 1. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğuma (SSVD) İlişkin Araştırmaların Özellikleri

Yazarlar (yıl)	*Araştırmanın Örneklemi **Araştırmanın Sonuçları
Kavak ve ark. (2013)	*SSVD yapan 68 kadın **SSVD'nin yakın takip ve gözetim altında yaptırılabilceği
Gözükkara ve ark. (2016)	*87 sağlık çalışanı **SSVD'nin, şartları ve riskleri konusunda sağlık çalışanlarının yeterince sahibi olmadığı

Yanikkerem ve Güler (2018)	*269 sezaryen olmuş kadın **Prenatal bakımda kadınları doğum yöntemleri hakkında bilgilendirme ile SSVD oranlarının yükseltebileceği
Yanikkerem ve Çimen (2017)	*228 hemşire **Hemşirelerin SSVD yönelik bakış açılarının ve yanlış inançlarının belirlenmesi gerektiği
Ay ve Duran (2019)	*Daha önce sezaryen ile doğum yapan 260 gebe **Gebelerin yarısından fazlasının SSVD yapmak istedikleri
Uzun (2018)	*Daha önce sezaryen ile doğum yapmış 423 gebe **423 gebeden, 195'i SSVD yapmak istemiştir. Bunlardan 141 tanesi başarılı bir şekilde SSVD yapmıştır. **Ayrıca SSVD ve sezaryen grupları arasında fetal ve maternal sonuçlar arasında fark saptanmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan çalışma sonuçları incelendiğinde sezaryen sonrası vajinal doğuma yönelik farklı örneklem gruplarına (kadınlar, hemşireler vs.) ait çalışmaların bulunduğu görülmektedir. Farklı örneklem gruplarını yansıtan çalışmaların bulunması iyi bir sonuç olmasına rağmen direkt SSVD yapmış kadınların sonuçlarını yansıtan sadece bir çalışma mevcuttur (Uzun 2018). Bu sonuçlar daha fazla SSVD yapmış kadınların doğum sonuçlarını yansıtan çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sistematik inceleme sonucunda sezaryen sonrası vajinal doğuma yönelik farklı örneklem gruplarını (kadınlar, hemşireler vs.) ait çalışmaların bulunduğu ve sezaryen sonrası vajinal doğuma karşı olumlu sonuçların var olduğu görülmüştür.

KAYNAKÇA

1. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. V. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2002.
2. Littleton LY. Maternal, Neonatal and Woman's Health Nursing. New York: Delmar Thomson Learning, 2002.
3. Park CS, Yeoum SG, Choi ES. study of subjectivity in the perception of cesarean birth. Nursing and Health Sciences 2005; 3-8.
4. Aslam MF, Gilmour KR, Fawdry DS. Who wants a caesarean section? A Study of Woman's Personal experience of vaginal and caesarean delivery. journal of Obstetrics and Gynaecology 2003;23(4): 364-66.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2017). Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. <https://www.saglik.gov.tr/TR,30485/saglikistatistikleri-yilligi-2016-yayinlanmistir.html>.

6. Konakçı S, Kılıç B. Sezaryen ile doğumlar artıyor. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2002;8(11): 286-88.
7. Radobugh S. Ceserean birth: reducing incidence while improwimng Outcomes. AWHONN 1999;3(1):29-34.
8. Güney M, Uzun E, Oral B, Sarıkan İ, Bayhan G, Mungan T. Kliniğimizde 2001-2005 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2006;3(4);249-254.
9. Rosen M, Dickinson J. Vaginal birth after cesarean section: meta-analysis for indicators of success.Obstetrics and Gynecology 1990;76:865-69.
10. Flamm BL, Geiger AM. Vaginal birth after cesarean delivery:an admission scoring system. Obstet Gynecol 341 1997; 90: 907- 10.
11. Gözükara F, Eroğlu K. Sezaryen Doğum Artışını Önlemenin Bir Yolu: “Bir Kez Sezaryen Hep Sezaryen” Yaklaşımı Yerine Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum ve Hemşirenin Rollerini, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi (2011) 89-100
12. Kavak SB, Kavak EÇ, Kurkut B, Atılğan R, Önen Ş, İlhan R, Başpınar M, Kaplan S, Sapmaz E. Sezaryen Sonrası Vajinal Yolla Doğum: Retrospektif Değerlendirme, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2013;23(4)
- 13.Gözükara İ, Karapınar O, Hakverdi AU. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum: Sağlık Çalışanlarında Bir Anket Çalışması, Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2016; Volum:13, Sayı:4, Sayfa: 151-153
- 14.Güler ES, Yanikkerem E. Kadınların Doğum Yöntemleri ve Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Hakkında Düşünceleri 2018;27:27-36
- 15.Yanikkerem E, Çimen E. Hemşirelerin Doğum Yöntemleri ve Sezaryen Sonrası Vajinal Doğuma Bakış Açıkları, Manisa CBU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi / Manisa CBU Journal of Institute of Health Science 2017: 4(1)
- 16.Ay GG, Duran ET. Sezaryen Yöntemi ile Doğum Yapan Kadınların Sezaryen Sonrası Vajinal Doğuma Bakış Açılarının İncelenmesi Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, ISPARTA-2019
- 17.Uzun PGI, Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum ile Sezaryen Doğumun Maternal ve Neonatal Sonuçlarının Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği

Anahtar Kelimeler: Sezaryen sonrası vajinal doğum, kadın.

Bildiri No: 142 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Sağlık Profesyonelinin Yenilikçi Yaklaşımlarıyla Sezaryen Sonrası Vajinal Doğuma Bakış Açıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Sivas İl Örneği

Özlem Duran Aksoy¹, Arzu Kul Uçtu², Özlem Akgün³

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı, Sivas

Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Ana Bilim Dalı, Yozgat

Yozgat Bozok Üniversitesi, Akdağmadeni Sağlık Yüksekokulu, İş Sağlığı ve Güvenliği Ana Bilim Dalı, Yozgat

Amaç: Araştırma aile sağlığı merkezlerinde (ASM) görev yapan sağlık profesyonelinin yenilikçi yaklaşımlarıyla sezaryen sonrası vajinal doğuma bakış açıları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, Sivas il merkezinde bulunan ASM’lerde çalışan aile hekimi (117 kişi) ve aile sağlığı elemanı olarak görev yapan sağlık personelleri (106 kişi) örneklem seçilimine gidilmeden evrene ulaşılması planlanmış fakat çalışmaya katılım gönüllük esasına dayandığından 102 kişi ile birlikte tanımlayıcı olarak yürütülmüştür. Araştırma verileri yüz yüze görüşme yöntemiyle hazırlanmış olan Kişisel Bilgi Formu ve Bireysel Yenilikçilik Ölçeği (BYÖ) aracılığı ile toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan sağlık personellerinin BYÖ’den aldıkları puan ortalamasının $67,92 \pm 0,78$, “fikir önderliği” alt boyutu puan ortalaması $26,13 \pm 3,83$, “değişime direnç” alt boyutu puan ortalaması $16,50 \pm 3,77$, “risk alma” alt boyutu puan ortalaması $16,32 \pm 1,92$ saptanmış olup, sağlık personellerinin bireysel yenilikçilik düzeylerinin sorgulayıcı düzeyde olduğu belirlenmiştir. Erkek sağlık çalışanlarının “fikir önderliği” alt boyutu puan ortalaması $26,54 \pm 3,76$, “değişime direnç” alt boyutu puan ortalaması $17,19 \pm 4,09$, “risk alma” alt boyutu puan ortalaması $15,90 \pm 1,72$ ve BYÖ toplam puan ortalaması $65,84 \pm 8,50$ olarak bulunmuştur. Araştırma cinsiyet ve bebeklerinin doğum şekline göre ile BYÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0,074 > 0,05$; $p=0,068 > 0,05$). BYÖ ölçeği alt boyutlarından “değişime direnç” ve “fikir önderliği” ($p=0,00 < 0,05$), “risk alma” ve “fikir önderliği” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir ($p=0,00 < 0,05$).

Sonuç: Araştırmada birinci basamak sağlık personelinin doğuma ilişkin yenilikler konusunda bilgi güncellemesi eğitimlerinin içerisinde yer alması gerektiği, katılımcıların yeniliklere karşı olumlu tutum sergilemesinin sezaryen sonrası vajinal doğuma yönlendirilecek kadın sayısının göreceli olarak artıracığını, ana çocuk sağlığının yükseltilmesine katkı sağlayacağını düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ebe, Hemşire, Doktor, Bireysel Yenilikçilik

Bildiri No: 143 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Ebelerin Doğumhane Servisinde Yaşadıkları Mesleki Travmaları

Fatma Deniz Sayiner¹, Esra Nur Kabakçı¹, Zeynep Gesge¹, Gulfıza Rovshenova¹

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Özet

AMAÇ: Bu çalışma, doğumhane servisinde çalışan ebelerin travma olarak adlandırdıkları durumları belirlemek, bu durumla başetme süreci ve travmanın mesleki hayatlarına etkilerini değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır.

YÖNTEM: Çalışma, nitel araştırma tipinde fenomenolojik olarak, Eskişehir Şehir Hastanesi doğumhane servisinde çalışan 24 ebe ile yapılmıştır. Çalışma 01-31 Ocak 2020 tarihlerinde yarı yapılandırılmış görüşme formu ile bireysel görüşme yapılarak derinlemesine görüşme tekniği ve ses kaydı alınarak toplanmıştır. Daha sonra veriler içerik analizi yöntemi ile çözümlenmiştir.

BULGULAR: Elde edilen verilerden travma olarak adlandırılan durumlar; anne kaybı, bebek kaybı, şiddet görme, tehdit edilme, suçlanma ve yanlış ilaç uygulama olmak üzere toplam 6 ana tema üzerinde toplanmıştır. Ebelerin yaşadıkları travma sonucu hissettikleri analiz edildiğinde üzüntü, değersiz hissetme, mesleki isteksizlik, korku yaşadıkları saptanmıştır. Ebelerin çoğunun çalışma ortamlarının güvensiz olduğu, yoğun çalışma ortamının da olası travmatik olayların yaşanma riskini arttıracakını bildirmişleridir. Ebelere yaşadıkları durumla baş etme yöntemlerinin ise çalıştığı servisi değiştirme, istirahate ayrılma, hastalara mesafeli davranma, benzer durumu yaşayan kişilerle görüşme gibi yollara başvurma olduğu saptanmıştır. Ebelerin çoğunun herhangi bir tıbbi destek almadığı saptanmıştır. Yaşadıkları travmatik durumların mesleki hayatlarını sürdürürken daha dikkatli olma, gebelerin her türlü şikayetini dikkate alma, mesleği bırakma, isteksizlik, tedirginlik, obsesif davranışlar gibi durumlara sebep olduğunu bildirilmiştir. Ebelerin çoğunun travma olarak adlandırılan durum yaşandığı zaman yönetimin ilgisiz ve ihmalkar davrandığını bildirmişlerdir.

SONUÇ: Travma yaşayan ebelere yönelik, öncelikli olarak uzmanlar tarafından psiko-eğitim verilmelidir. Fiziksel ve ruhsal şiddet yaşamış ebeye, ebeliğe özgü yasal politikalarda ebeinin travmanın etkilerine yönelik yasal yönden güçlendirilmesi gerekmektedir. Travma sonrası ebelik mesleğine bağlılığın ve aidiyet duygusunun korunması için, ebelik dernekleri ebeliğin haklarının korunması için destekleyici yaklaşımda bulunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anahtar Kelimeler: Ebe, Travma, Doğumhane

Bildiri No: 144 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Doğum Kontrol Hapı İle İlgili Mobil Uygulamalar: Dijital Doküman Analizi

Ayşegül Dönmez¹, Yeşim Yeşil²

SBÜ Tepecik EAH

Mardin Artuklu Üniversitesi

Giriş-Amaç: Sağlıkla ilgili pek çok konuda akıllı telefon uygulamasına rastlanmaktadır. Bu uygulamalar hem sağlık profesyonelleri hem de toplum tarafından yaygın olarak kullanılabilir. Bu çalışmanın amacı doğum kontrol hapı ile ilgili Android işletim sistemi uyumlu mobil uygulamalarının özelliklerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma çevrim içi Google Play ve App Store uygulama mağazalarında 15 Ekim-30 Aralık 2019 tarihleri arasında “doğum kontrol hapı” kelimeleri kullanılarak konu hakkında bilgi içeren uygulamalara dayalı olarak yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimi yapılmadan konu ile ilgili tüm uygulamalar nitel araştırma yöntemlerinden doküman (dijital) analizi kullanılarak incelenmiştir. Uygulamalar, ana sayfasında yer alan açıklamalardan analiz edilmiştir.

Bulgular: Google Play’de “doğum kontrol hapı” anahtar kelimesi yapılan arama ile toplam 216, App Store’da 6 uygulama belirlenmiştir. Uygulama adında doğum kontrol hapı olmasa bile sayfasında gebelikten korunma amacıyla kullanılabileceği belirtilen her iki mağazada 31 uygulama çalışmaya dâhil edilmiştir. Doğum kontrol hapı ile ilgili olmayan uygulamalar çalışmaya dâhil edilmemiştir. Ancak uygulamalarda, desteklenen dil/diller, Türkçe dil desteği, ücreti, kaç kişi tarafından indirildiği, kullanıcı yorumları (olumlu, olumsuz, her ikisi de, ne olumlu ne olumsuz) ve kullanıcı puanları değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler kodlanarak; kategoriler, temalar ve alt temalar oluşturulmuştur.

Tartışma-Sonuç: Bu çalışmada, doğum kontrol hapları ile ilgili bazı uygulamaların yaygın olarak kullanıldığı belirlenmiştir. Sağlık profesyonelleri yönetime özel danışmanlıklarda uygun gördükleri uygulamaları kadınlara önererek doğum kontrol hapının kullanımına katkı sağlayabilirler.

Anahtar Kelimeler: Aile planlaması, mobil telefon, oral kontraseptifler, yapay zeka

Bildiri No: 145 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Londra Plansız Gebeliği Belirleme Ölçeği - Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması
Yeşim Aksoy Derya¹, Sümeyye Altıparmak¹, Ayşe Nur Yılmaz²

İnönü Üniversitesi
Fırat Üniversitesi

Amaç: Bu araştırmanın amacı, Barrett ve arkadaşları tarafından geliştirilen Londra Plansız Gebeliği Belirleme Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlayarak geçerlik ve güvenilirliğini yapmaktır.

Yöntem: Metodolojik türde yürütülen araştırmanın evrenini Türkiye'nin doğusunda bulunan bir kamu hastanesinin gebe polikliniklerine başvuran 596 gebe oluşturdu. Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere "Kişisel Tanıtım Formu" ve 6 sorudan oluşan "Londra Plansız Gebeliği Belirleme Ölçeği" uygulandı. Verilerin istatistiksel analizinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra dil ve kapsam geçerliği, AFA (Açıklayıcı Faktör Analizi), DFA (Doğrulamalı Faktör Analizi), Cronbach's α güvenilirlik katsayısı ve test-tekrar test analizi kullanıldı. Veriler, SPSS 25.0 ve AMOS 23.0 istatistik paket programları ile analiz edildi.

Bulgular: AFA sonucunda Londra Plansız Gebeliği Belirleme Ölçeği'nin Türkçe formu 5 madde ve tek boyuttan oluştu. Ölçek maddelerinin faktör yüklerinin 0.30'ın üzerinde olduğu ve toplam varyansın %68.89'ini açıkladığı belirlendi. DFA, AFA sonucunda çıkan tek boyutlu ölçek yapısını destekledi. DFA sonucunda çok iyi uyum indeks değerleri elde edildi. Ölçeğe ait Cronbach's α katsayısının 0.90 olduğu belirlendi.

Sonuç: Londra Plansız Gebeliği Belirleme Ölçeği'nin Türkçe formunun plansız gebeliği değerlendirmede kullanılabilir ve geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Gebe, geçerlik, güvenilirlik, ölçek, plansız gebelik.

Bildiri No: 147 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

1. Trimestr Gebelikte Uterin Prolapsus Olgusu ve Yönetimi

Koray Gök¹, Bilge Kapudere¹, Merve Baştan¹, Selçuk Özden¹

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

30 yaşında G3P2Y2 son adet tarihine göre 12 haftalık gebe, genital bölgede ele gelen kitle şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan muayenede serviksin introitustan dışarı çıktığı belirlendi. Yapılan ultrasonografide fetüs 12 hafta gebelik ile uyumlu saptandı. Hastanın hikayesinden vajinal yolla 4000 gr ve 4100 gr ağırlığında iki tane doğum yaptığı öğrenildi. Hasta önceki doğumları sırasında herhangi bir sorunu olmadığını ifade ediyordu ve son doğumunu 30 ay önce yapmıştı. Hikayesinde ek bir özelliği yoktu. Olguya Peser uygulanarak serviksi redükte edildi ve izleme alındı. Olgu 2 haftalık intervallerle kontrole çağırıldı. Literatürde Peserin genelde redüksiyon sağladığı ve yerinden çıkmadığı belirtilse de bizim olgumuzda tekrar Peser uygulamasına gerek duyuldu. Olgunun 36. gebelik haftasında spontan ağrıları başladı ve vajinal yolla 3320 gr kız bebek doğurtuldu. Doğum sonrası erken dönemde komplikasyon olmayan hasta postpartum 6. haftada poliklinik kontrolüne çağırılarak önerilerle taburcu edildi. Hastanın postpartum 6. haftada yapılan kontrol muayenesinde uterin prolapsusun kendiliğinden tamamen düzeldiği gözlemlendi.

Anahtar Kelimeler: -

Bildiri No: 150 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Kliniğimizde Takip Edilen Kadınlarda Antenatal ve Postpartum Depresyon Sıklığının Değerlendirilmesi

Hilal Uslu Yuvacı

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

Amaç: Gebelikte ve postpartum dönemde en yaygın duygudurum bozukluğu depresyondur. Depresyon tanınmaz ve tedavi edilmezse bu durum anneyi, puerperal dönemde bebeği ve aileyi olumsuz etkileyebilir. Bu kadınlar hastalığın şiddetli durumlarında intihar etmeyi veya bebeğe zarar vermeyi düşünebilirler. Bu çalışmada kliniğimizde takip ettiğimiz gebelerin ve puerperal dönemdeki kadınların depresyon sıklıklarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal Metot: Ocak 2019-Mayıs 2019 tarihleri arasında, polikliniğe başvuran 18-40 yaş arası, sigara kullanmayan, kronik hastalığı ve herhangi bir obstetrik risk faktörü bulunmayan, canlı sağlıklı gebeliği olan gebeler veya canlı doğum yapmış kadınlar çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya katılmayı kabul edenler sosyodemografik bilgi formunu ve geçerlilik güvenliği yapılmış bir öz bildirim ölçeği olan Edinburgh postpartum depresyon ölçeğini (EPDÖ) doldurdu. EPDÖ kesme noktası 12 olarak alındı. Buna göre EPDÖ \geq 13 puan alanlar depresyon olarak değerlendirildi ve perinatal psikiyatriye yönlendirildi. Gebelerde trimesterlere göre ve postpartum dönemde 1. hafta, 1. ay ve 2. aylarda depresyon sıklığı belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya katılmayı kabul eden (n=525) hastaların demografik verileri Tablo 1’de sunuldu. EPDÖ’ ni tam olarak dolduran hastalar (n=519) arasında antenatal ve postpartum dönemlerde depresyon oranı %15,22 (n=79) olarak bulundu. EPDÖ kesme noktasına göre gebelik trimesterlerinde ve postpartum 1. hafta, 1. ay ve 2. ayda depresyon durumları karşılaştırıldı (Tablo 2).

Sonuç: Özellikle 3. Trimesterde ve postpartum 2. Ayda depresyon oranları artış göstermektedir. Gebelikte ve postpartum dönemde sık görülen bu durumun taranması depresyona bağlı olumsuzlukların gelişmesini engelleyebileceğinden bu konuda sağlık profesyonellerinin farkındalığının artırılması önemlidir. Bu amaçla EPDÖ ile depresyon taraması yapılarak depresyon riski olan hastaların psikiyatriye yönlendirilmesi uygundur.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Depresyon, Postpartum Depresyon, EPDÖ

Bildiri No: 152 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Endometrial Kalınlık Artışı Olan Postmenopozal Kadınlarda Endometrial Malignite Riskinin Değerlendirilmesi

Fatma Yazıcı Yılmaz¹, Nefise Nazlı Yenigül², Pınar Yalçın Bahat³

Özel Korum Hastanesi

Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş

Endometrium kanseri ve atipi içeren endometrial hiperplazi, özellikle postmenopozal kanaması olan kadınlarda karşımıza çıkabilen, nispeten nadir, ancak önemli patolojilerdir. Semptomatik postmenopozal kadınlarda endometrial kalınlık >4mm ise kanser riski artmaktadır. Bu sebeple ileri ek tetkik gerektiği düşünülmektedir. Fakat asemptomatik postmenopozal kadınlarda patolojik kabul edilmesi gereken endometrium kalınlığı konusunda fikir birliği yoktur.

Biz de bu çalışmamızda, postmenopozal kanama ve/veya asemptomatik endometrial kalınlık artışı sebebi ile endometrial örnekleme yapılan hastaların histopatoloji sonuçlarına göre endometrial malignite riskini değerlendirmek istedik.

Material ve Metod

Çalışmamıza Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın hastalıkları ve Doğum Kliniğine postmenopozal kanama şikayeti ile başvuran veya herhangi bir sebeple klinik başvuru sırasında endometrial kalınlık artışı tespit edilip endometrial örnekleme yapılan 492 hasta dahil edilmiştir. Artmış endometrial kalınlık >4mm kabul edilmiştir. Hastaların endometrial örneklemelerinin histopatolojik tanıları kaydedilmiştir. Histopatoloji sonuçları normal (benign) ve endometrial kanser-atipik endometrial hiperplazi olarak gelen hastalar karşılaştırılmıştır.

Bulgular

Asemptomatik endometrial kalınlık artışı olan hastaların histopatolojik sonuçlarının %22,4'ü malignite olarak gelmiştir. Postmenopozal kanama nedeni ile başvuran hastaların %8,8'i sonuçları malignite olarak bildirilmiştir. İlk epizod postmenopozal kanama olanlar %8,8 rekürren kanama olanlarda %10,8 malign histopatoloji bildirilmiştir.

Sonuç

Endometrial kalınlık artışı >4mm olan postmenopozal kanama eşlik eden veya etmeyen hastalarda endometrial kanser-atipik endometrial hiperplazi riski 4 kat daha fazla bulunmuştur. Asemptomatik endometrial kalınlığı olup vajinal kanama eşlik etmeyen hastalar postmenopozal kanaması olanlara göre malignite riskinin daha fazla olduğu gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Postmenopozal Kanama, Endometrial Kalınlık, Endometrial Malignite

Bildiri No: 153 **Bildiri Türü:** Sözlü Bildiri

Ablatio Plasenta : Doğumun Üçüncü Evresinde Gerçekleşirse

Esra Yörük¹, Aydan Biri¹, Fatma Deniz Sayiner¹

Özel Koru Hastanesi

GİRİŞ

Ablatio placenta nadir görülen anne ve bebeğin hayatını riske atan ciddi bir komplikasyondur. Kanamasına göre sınıflandırılabilir. Aşık kanamada; belirgin şekilde vajinal kanama vardır. Hastadaki bulguların şiddeti kanamanın miktarına bağlıdır. Uterusta tetanik kontraksiyonlar ve hassasiyet olabilir ya da olmayabilir. Gizli kanama; belirgin bir vajinal kanama yoktur. Plasentanın ayrılması nedeni ile oluşan kanama plasentanın arkasına hapsediği için vajinadan dışarıya akamaz. Belirgin yakınma ve bulgu uterusu tetani ve hassasiyettir. Bebek ya kaybedilmiştir ya da monitörde ciddi sıkıntı içinde olduğu görülür.

Travayın üçüncü aşamasında meydana gelmesi nadir bir durumdur ve amniotik mainin pembe-kırmızı rengi, non reaktif NST , tahta karın, ani ve geçmeyen ağrı gibi bulgu vererek ebe ve hekimin dikkati ile tespit edilebilir ve önlem alınabilir aksi halde hayati sonuçlar doğurabilir.

OLGU

Olgumuz 28 yaşında primipar, herhangi bir kronik rahatsızlığı bulunmayan, sigara kullanmayan, sosyo ekonomik düzeyi yüksek, gebeliğinde tüm kontrollerine gitmiş, 39 hafta 4 günlük bir gebedir. Sabah saat 9:30 sularında ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurmuş olup ilk muayene bulguları dilatasyon 6 cm efasman %80 ve baş gelişir. NST'si reaktiftir. Hekimi ile iletişime geçilerek doğum için yatışı yapılmış ve herhangi bir müdahalede bulunulmamış, spontan takip edilmiş ,hiçbir ilaç uygulaması yapılmamıştır. Saat 13:00 sularında tam açık olan gebe saat 13:30 da spontan ıkmaya başlamış ve doğum masasına alınmıştır. Hekimine haber verilen gebenin ikinci ıkmasında aniden ÇKS 60/dk seviyelerine düşmüştür. Hekim orderı ile oksijen verilmiş , boş mai takılmış, pozisyon verilmiş ancak ÇKS 40/dk ya düşmüştür. Nöbetçi hekim acil sezaryen kararı vermiş hasta 1 dakika 48 saniye içinde sezaryene hazırlanmıştır. Bu süreç içinde yenidoğan yoğun bakım, anestezi ekibi acil toplanmıştır. Gebe, nöbetçi Kadın doğum hekimi eşliğinde sezaryen için cerrahi örtüler ile kapatılırken, perineden başın taçlandığı fark edilmiştir. ÇKS 50/dk seviyesindedir ve hasta genel anestezi altındadır. Ani bir karar ile vakum uygulanarak bebek 4-5 apgar ile doğurtulmuş, hızlıca resüsite edilmiştir. Kan gazı alt sınırdaki olan , Yenidoğan Yoğun bakımda 1 saatlik gözlem ve hood ile O2 tedavisi sonrasında anne yanına verilmiştir. Yenidoğanın doğurtulması sonrasında gelen kanlı amniotik mai ve bütünlüğü bozulmuş plasenta ile ablatio plasenta olduğu anlaşılmıştır.

TARTIŞMA

Bu vakada ebenin sıkı takibi durumun aciliyetinin tespiti, hızlı müdahale, hastane alt yapısının uygun oluşu, doğumhane içerisindeki ameliyathane salonunun önemi ve nöbetçi kadın doğum hekiminin varlığı, hekimin karar verme hızı, yenidoğan yoğun bakım ekibinin ve anestezi ekibinin çok hızlı organize olabilmesi ile anne ve yenidoğan güvenliğini sağlamıştır. Böylesi beklenmedik durumların her an gerçekleşebileceği, özellikle primipar

gebelerin son dönemlerde oldukça popüler hale gelmeye başlayan ev doğumlarında nasıl bir risk altında oldukları ve klinikte doğum takibinde ebenin önemi unutulmamalı, bu gibi olası risk ve durumlar hakkında gebelere, gebelikleri dönemlerinde eğitim verilmelidir. Doğum gerçekleşen hastanelerde doğum salonunun içerisinde her an Sezaryen ameliyatı için hazır bir ameliyathanenin varlığı, Yenidoğan yoğun bakım ve sürekli açık bir kan bankasının önemi, Acil durumlarda organize olabilecek bir ekibin varlığı açıkça ortadadır. Bu vakada olduğu gibi doğumda ebenin ve kadın doğum hekiminin yanı sıra büyük bir ekibin gereğinde bu sürece katkıda bulunduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler:

POSTER BİLDİRİLERİ

Bildiri No: 17 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Gebe Okuluna 2019 Yılında Katılım Sağlayıp Eğitimleri Tamamlayan Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi

Yağmur Erişen¹, Neslihan Güngörmüş¹, Esra Yuvarlan¹

Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

ÖZET

Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Gebe Okulu'nda gebelere ve aileleri için gebelik, doğum, doğum sonu ve aile planlaması konuları hakkında eğitimler verilmektedir. 2019 yılında 1162 gebe, gebe okulu eğitimlerine katılım sağlamıştır. Bu gebelerden 265'i eğitimi tamamlamıştır. Eğitimleri tamamlayan gebelerin sosyodemografik özelliklerinden; yaş, eğitim durumu, riskli gebelik durumu, çalışma durumu ve önceki gebelikleri incelenmiştir.

AMAÇ

Çalışmamızın amacı 2019 yılında Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Gebe Okulunda verilen eğitimleri tamamlayan gebelerin sosyodemografik özelliklerini istatistiksel olarak incelemektir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Gebe okuluna katılım sağlayan gebelerin kısa anamnezleri ve kişisel bilgilerinin kayıtları düzenli olarak tutulup kaydedilmektedir. Bu verilerden yola çıkarak 2019 yılında eğitimi tamamlayan gebelerin sosyodemografik özelliklerine ulaşıp incelenmiştir.

GİRİŞ

Günümüzde kadınlar gebelik sürecinde doğumun merkezinde olmayı istemekte, doğum stresiyle ilaçlar dışında kendi becerileri ve öğrendikleriyle doğumu güzel bir deneyim olarak yaşayıp bu deneyimi eşleriyle paylaşmayı istemektedirler. (Coşar ve Demirci, 2012; Kızılkaya-Beji ve Dişsiz, 2015)

Perinatal dönemde gebe okullarında verilen eğitimler ile gebe ve ailesinin fiziksel ve psikososyal açıdan uyum sağlayabilmeleri için bakım, destek ve eğitim gereksinimlerinin karşılanmasına yardım edilmekte ve rehber olunmaktadır.

Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinde 01/06/2017 tarihinde Gebe Bilgilendirme Sınıfı açılmış olup 28/02/2019 tarihinde Sağlık Bakanlığı 02/10/2018 tarih ve 2018/23 sayılı yürürlüğe giren Gebe Okulu Genelgesi kapsamında Gebe Okulu olarak hizmet vermesi uygun görülmüştür

Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Gebe Okulu Eğitimlerinde;

- Gebelik ve Gebelikte Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler
- Doğumun Fizyolojisi ve Doğum Dalgaları ile Baş Etme Teknikleri
- Anne Sütünün Önemi ve Doğru Emzirme Teknikleri
- Yenidoğan Bakımı ve Yenidoğanda Karşılaşılabilecek Durumlar
- Lohusalık Bakımı ve Aile Planlama Yöntemleri konuları hakkında bilgiler verilmekte, gebe ve yakınları ile uygulamalar yapılmaktadır.

Yaş, cinsiyet, etnik grup, din, meslek, eğitim, medeni hal gibi özelliklere kişinin sosyodemografik özellikleri denir. Çalışmamızda 2019 yılında gebe okulunda verilen eğitimleri tamamlayan gebelerin yaş, eğitim durumu, gebelik sayısı, riskli gebelikler ve çalışma durumları incelenmiştir.

BULGULAR

2019 yılı Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Gebe Okuluna katılım sağlayan gebelerin 265'i verilen eğitimlerin tamamına katılım sağlayıp eğitimleri tamamlamışlardır.

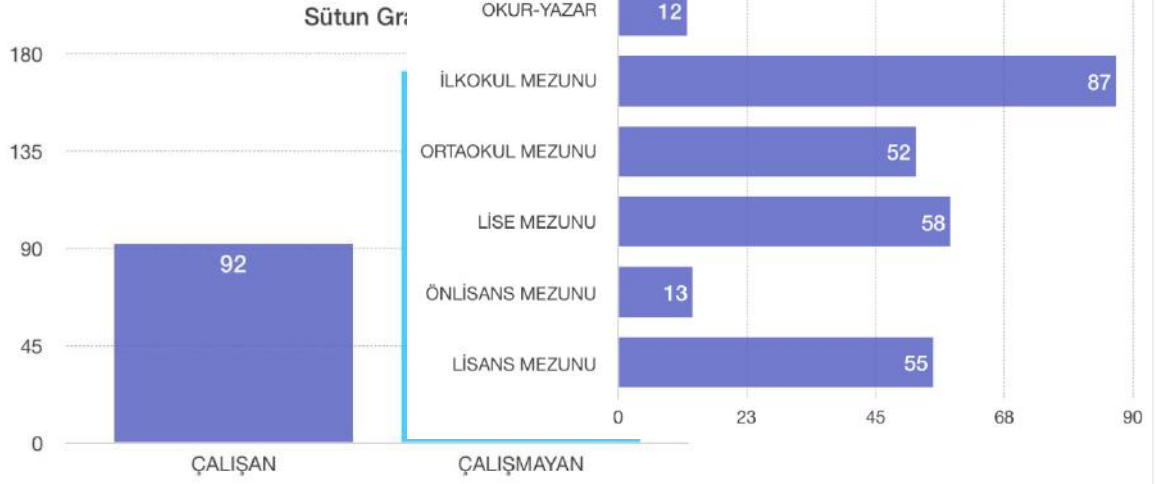
GEBELERİN ÇALIŞMA

KATILIMCI	
ÇALIŞAN	
ÇALIŞMAYAN	

GEBELERİN ÖĞRETİM DURUMLARI

ÖĞRETİM DURUMU	SAYI
OKUR-YAZAR	12
İLKOKUL MEZUNU	87
ORTAOKUL MEZUNU	52
LİSE MEZUNU	58
ÖNLİSANS MEZUNU	13
LİSANS MEZUNU	55

Çubuk Grafiği



Gebeliklerinde diyabet, hipertansiyon tanısı konulan ya da anne yaşı ileri gebeliklerin karşılaştırılması

EĞİTİMİ TAMAMLAYAN GEBELERİN GEBELİK SAYILARI

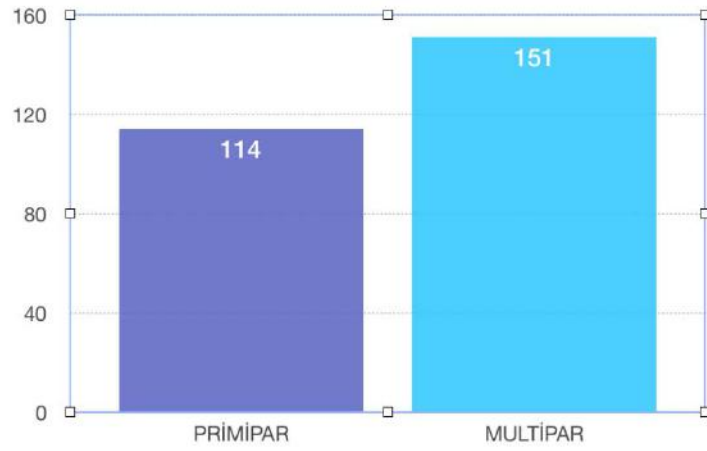
KATILIMCI	SAYI
PRİMİPAR	114
MULTİPAR	151

RİSKLİ GE

RİSK FAKTÖRÜ
İLERİ ANNE YAŞI
GESTASYONEL DİYABET
GEBELİK HİPERTANSİYONU
HİPOTİROİDİ



Sütun Grafiği



Veri Referanslarını Düzenle

SONUÇ

Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Gebe Okulu'nda 2019 yılında verilen eğitimleri tamamlayan 265 gebenin %43'ü primipar olup %57'si multipardır, %10,5'i riskli gebeliktir, %65'i çalışmamaktadır. Gebelerin eğitim durumları incelendiğinde ise %4,5'i okur-yazar seviyesinde, %32,8'i ilkökul mezunu, %19,6'sı ortaokul mezunu, %21,8' lise mezunu, %4,9'u önlisans mezunu ve %20,7'si lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Katılımcıların en çok ilkökul mezunu ve multipar oldukları, riskli gebelik durumlarından en çok ileri anne yaşının olduğu, çalışmayan gebelerin çoğunlukta olduğu değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Gebe Okulu, Sosyodemografik, Gebelik

Bildiri No: 26 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

Anne Sütü ve Mikrobiyota

Seda Karatopuk¹, Filiz Yarıcı¹

Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

Mikrobiyota, belirgin bir ekolojik yer veya çevre içerisinde bulunan mikroorganizmalar topluluğu olarak tanımlanmaktadır. Mikrobiyotayı insan vücudunda yaşayan kommensal, simbiyotik ve patojenik mikroorganizmalar oluşturmaktadır. Sıklıkla Mikrobiyota kelimesi yerine kullanılmakta olan mikrobiom kelimesi ise belirli bir yerde yaşayan mikrobiyotanın genetik havuzunu ve bunların çevre ile ilişkisini ifade etmektedir. Mikrobiyota içeriğindeki değişiklikler insan sağlığını ciddi ölçüde etkilemektedir. Günümüzde obezite, tip 2 diyabet, astım, alerji ve atopik hastalıklar, enflamatuvar bağırsak hastalığı, metabolik sendrom, nekrozitan enterokolit ve ateroskleroz gibi pek çok bulaşıcı olmayan hastalığın intestinal mikrobiyota ile yakın ilişkisi olduğu ortaya çıkarılmıştır. İnsan vücudunda mikrobiyotanın oluşumu doğum öncesi dönemde başlamakla birlikte temel olarak yaşamın ilk üç yılında şekillenmekte ve beslenme şekli bebeğin sağlıklı bir mikrobiyota geliştirmesinde önemli rol oynamaktadır. Yakın zamana kadar steril olduğu düşünülen anne sütünün aslında içinde bakterileri de barındırdığı on yedinci yüzyıldan bu yana bilinen bir gerçektir. Geçmişte anne sütünde bakteri analizi genellikle enfeksiyon durumlarında yapıldığından non-patojen bakterilerin varlığı anlaşılamamıştır. Bugün ise bakterilerin belirlenmesinde kullanılan yöntemlerin gelişmesi, özellikle kültürden bağımsız teknikler anne sütünün sanılandan daha fazla bakteri çeşitliliğine sahip olduğunu ortaya koymuştur. Sağlıklı emzirilen bir bebeğin karakteristik bağırsak mikrobiyotasının bileşimindeki değişiklikler, alerjik bozukluklar ve daha yakın zamanda bildirilen çölyak hastalığı, aşırı kilo ve obezite gibi bağışıklık ve enflamatuvar durumlar için artmış bir riskle ilişkilendirilmiştir. Anne sütünün bileşimi aynı birey içinde bile önemli ölçüde değişebilir, ancak sorumlu düzenleyici faktörler henüz tam olarak tanımlanmamıştır. Maternal yaşam tarzının, beslenme alışkanlıklarının, beslenme ve immünolojik durumun ve emzirme süresinin anne sütü mikrobiyotasını etkilediği öne sürülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Mikrobiyota, Anne Sütü, Emzirme

Bildiri No: 61 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

Kadınların Doğum Deneyimleri

**Raziye Desdicioğlu¹, Emine Çelen², Hüseyin Levent Keskin³, Esmâ Sarıkaya¹,
Özlem Moraloğlu Tekin³**

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi

Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi

Amaç: Gebe kadınların önceki doğumlarına ait deneyimlerini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve yöntem: Ankara Şehir Hastanesi gebe polikliniklerine başvuran en az bir doğum yapmış gönüllü gebelere anket formumuzdaki sorular yöneltildi.

Bulgular: Anketimize 19-42 yaş aralığı, 6+41 gebelik haftası aralığı nda 111 gebe katıldı. Gebelerden 70'i daha önce normal vajinal 41'i ise sezeryan ile doğum yapmıştı. Normal doğum yapan gebelerin 35'i (%50), sezeryan ile doğum yapanların 21(%51,1) ilk doğum ile ilgili "iyi" tanımını kullandılar. İlk doğuma ait kötü tecrübelerini puanlamaları istendiğinde normal doğum yapan gebeler en fazla doğum ağrısına puan verirken, sezeryan olanlar en yüksek puanı yatağa bağlı kalmak seçeneğine verdiler. Gebelere sorulan "Doğum eyleminiz başladığına en çok hangi konuda kendinizi yetersiz hissettiniz?" sorusuna normal doğum yapmış kadınların 35'i ağrı ile baş etmekte yetersiz hissettiklerini, sezeryan ile doğuran kadınların 23'ü bebek ile ilgili yetersizlik hissettiklerini ifade ettiler. Doğum odasında destek olarak tüm gebelerin 45'i (%40,5) eşini ve 39'u (%35,1) ise doktorunu görmek istediğini ifade etti. Normal doğum yapan kadınların 57'si (%81,4), sezeryan ile doğuran kadınların 32 (%78) si doğum şeklinden memnun olduğunu ifade ettiler. Lavman yapılması normal doğum yapan 70 kadından 51'i tarafından rahatsız edici olarak tanımlandı. Sezeryan ile doğum yapan 41 kadında 24 ü de lavman uygulamasından rahatsız olduğunu ifade etti.

Sonuç: Anne dostu hastane uygulamalarında gebenin mümkün olduğunca az müdahale ile doğum yapması hedeflenmektedir. Biz de anket çalışmamızda gebeleri en rahatsız eden uygulamaları ve bilgi eksikliği olan noktaları belirlemeyi ve sonraki eğitim ve uygulamalarda bu bilgilerin katkısı ile düzenlemeler yapılabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: doğum deneyimi, sezeryan,vajinal doğum

Bildiri No: 73 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

**Konjenital Yüksek Hava Yolu Obstrüksiyonu Sekansının(CHAOS) eşlik ettiği
VACTERL Sendromu: Olgu Sunumu**

Ayşe Keleş¹, Özge Yücel Çelik¹, Gülşah Dağdeviren¹, Dilek Şahin¹, Aykan Yücel¹
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: VACTERL sendromu, vertebral(V), anal(A), kardiyak(C), trakeoözefagial(TE), renal(R), ve ekstremiteler(L) defektlerinin rastlantısal olmayan birlikteliğiyle karakterizedir. Sıklığı 1/10000-1/40000 arasındadır. Midtrimesterde saptanan çoklu anomaliler ile şüphelenilir. Embriyogenezde mezodermin kusurlu farklılaşmasından kaynaklanır. Maternal diabetes mellitus, alkol ve teratojenik ilaç kullanımı risk faktörlerindedir. Spesifik bir genetik kusur tanımlanamamıştır. Olguların %90'ı sporadiktir ve tekrarlama riski %1'de azdır.

Olgu: 24 yaşında gravida 2 abortus1 olan hasta anhidroamniyos nedeniyle kliniğimize yönlendirildi. Ultrasonografide 20 haftalık gebelik, anhidroamniyos, kalp orta hatta, sağ arkus aorta, her iki akciğer hiperekojen ve büyük, diyafragma düzleşmiş, abatinde double-bouble görünümü ve asit izlendi. Mesane izlenemedi, bilateral renal agenezi, tek umbilikal arter ve lomber vertebral skolyoz saptandı(şekil 1,2). Karyotip analizi ve terminasyon seçeneği sunuldu. Hasta kabul etmedi. Gebelik takiplerinde akciğerlerdeki hiperekojen görünüm geriledi, anhidroamniyos, batında double bouble görünümü, vertebral skolyoz persiste etti, mesane ve böbrekler izlenemedi. 35. haftada 1450 gr / 35 cm ölçülerinde 1/0 apgarlı erkek bebek doğurtuldu. Spontan solunum başlamadı, trakeal atrezi nedeniyle entübasyon yapılamadı. Kulaklar düşük, yüz basıktı, karın kasları izlenmedi. Bacaklar hiperekstansiyonda, ayaklarda club foot, rockerbottom foot mevcuttu. Anal atrezi izlendi, testisler palpe edilemedi, üretral açıklık izlenmedi(şekil 3,4).

Tartışma: Midtrimesterde saptanan bilateral hiperekojen ve büyük akciğerler ile düz/inverte diyafragma görüntüsü, CHAOS sekansını düşündürmelidir. CHAOS olgularının %50'sinde ek anomaliler (sıklıkla VACTERL'in bir veya daha fazla özelliği) vardır. CHAOS'a eşlik eden trakeoözefagial fistül varlığında akciğerlerdeki sıvı boşalabilir ve trakeal atrezi tanısı doğum sonuna kadar atlanabilir. VACTERL sendromunda sıklıkla 3-4 anomalinin birlikteliği görülür, az sayıda olguda tüm özellikler bir aradadır. Trizomiyi dışlamak için karyotip çalışması yapılmalı, çoklu şiddetli anomaliler varlığında gebelik sonlandırılması seçeneği hastalara sunulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: fetal anomali, VACTERL, CHAOS, double-bouble, sağ arkus aorta, anhidroamniyos

Bildiri No: 84 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

Obstetrics Management for a Pregnant Woman with HIV Infection: Case Report
**Hilal Uslu Yuvacı¹, Nimet Yerli¹, Betül Nur Çoban¹, İlknur Karakılıç²,
Selçuk Özden¹**

*Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.,
Eskişehir Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.*

Objective: The transmission of HIV from the mother to the infant may occur antenatally, at birth or breastfeeding. We aimed to present the process of obstetrics management for a pregnant woman with transmission of human immunodeficiency viruses (HIV) infection.

Case Presentation: The patient was 19 years, G1P0, had a 1-year-long diagnosis of HIV and had attended regular antenatal follow-ups. Throughout her pregnancy, the patient used antiretroviral treatment (ART). Anti-HIV was found to be positive, while HIV RNA was negative. The patient who visited the emergency service with complaints of waterbreak and pains, 7-8 cm of cervical dilation, 80% effacement and clear fluid release were observed. In the ultrasonography, fetal heart rate was positive, amniotic fluid was reduced. There were reactive and regular contractions in NST. Zidovudine was given to the patient at the rate of 2 mg/kg/hour (iv) until the birth. The live 2390 gr male infant was delivered by vaginal birth with 8-9 APGAR. The infant was taken into the intensive care unit, and was not breastfed. 1.5 mg/kg/30 min of infusion after birth and later 4 mg/kg/12 hours of Zidovudine (6 weeks, oral) were recommended for the infant. In the sixth month, the HIV RNA test of the infant turned out to be negative.

Conclusion: The most important way of preventing contagion is to reduce the viral load in the mother to undetectable levels. There is a need for an effective ART that will prevent progression and its transmission to the newborn. In general, C-section should be planned before membrane rupture occurs. It was shown that using formula instead of breastmilk reduces the rate of transmission.

Anahtar Kelimeler: HIV, Pregnancy, Zidovudine, Birth, Breast milk

Bildiri No: 89 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

Sigara Kullanımının Kadın Sağlığı Üzerine Etkisi

Hafize Ayşegül Ocak¹, Ayla Ergin¹

Kocaeli Üniversitesi

Amaç: Bu derlemenin amacı, sigaranın kadın sağlığı üzerine etkilerini incelemek ve kanıtlar eşliğinde sağlık profesyonellerine yenilikler sunmaktır.

Bulgular ve Tartışma: Sigara; dünyada en yaygın kullanılan, sağlığa zararlı, bağımlılık yapıcı maddedir. Dünya genelinde 279 milyon kadın kullanıcı olduğu bildirilmektedir. TÜİK 2016 raporu verileri ise, 15 yaş ve üstü kadınların %13.3'ü düzenli ve %4.1'inin ise ara sıra sigara kullandığını göstermektedir. Tütün kaynaklı kadın ölüm oranı ise %7.58'dir.

Son yıllarda aktif içiciliğin yanı sıra pasif içicilik ve üçüncü el sigara kullanımı (elbise, saç, vb. yapışan tütün dumanı ile kirlenme) gibi faktörlerin de sağlığı olumsuz etkilediğinden söz edilmektedir. Gelişmekte olan tütün endüstrisi, kadınlara yönelerek, yeni pazar yaratmak için “toplumsal cinsiyet” ayrımcılığını kullanmaya başlamıştır. Genellikle beden imajı algısı, sosyal, kültürel ve psikolojik faktörlerin yanı sıra, hafif içimli, ince güzel ve alımlı kadınların elinde, güçlü, ayakları üzerinde duran kadın imajı yaratılarak, toplumsal cinsiyet algısı kullanılmaktadır.

Kadınlarda meme, serviks ve over tümörleri ve sigara kullanımı ile pozitif bir ilişki kurulmuştur. Bille'nin yaptığı meta analiz çalışmasında; sigara içenlerde meme kanseri ile ilişkili mortalite de %28 artış olduğu bildirilmiştir.

Sonuç: Bu bilgiler ışığında, kadınlarda “sistemik hastalıkları infertilite ve toplumsal cinsiyet bakış açısı ile sigara kullanımının zararları bu derlemede incelenecek ve kadına özel sigara bırakmaya ilişkin güncel bilgiler sunulacaktır.

Anahtar Kelimeler: sigara,kadın sağlığı, sigara bırakma

Bildiri No: 93 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

**Lüleburgaz Devlet Hastanesinde Doğum Yapan Annelerde Doğum Sonu Anne Sütü
Almaya Başlama Saatleri 2019**

Çiğdem Cerit¹

Ayşen Oğuzhan Çakmak², Bahadır Alkan³, Semra Muhacir⁴, Nurgül Yavaş³

Kırklareli İl Sağlığı Müdürlüğü

Lüleburgaz Devlet Hastanesi Gebe Sınıfı

Lüleburgaz Devlet Hastanesi

Kırklareli İl Sağlığı Müdürlüğü ÇEKÜS

Amaç

İnsan beyninin gelişimi döllenme ile başlamakta ve adölesan çağı boyunca devam etmektedir. Bu gelişim en hızlı yaşamın ilk birkaç yılında olmaktadır. Büyüme ve gelişmenin ideal şartlarda olabilmesi için bu dönemdeki beslenme çok önemlidir. Bu çalışmada Lüleburgaz İlçe Devlet Hastanesi'nde doğan bebeklerin emzirmeye başlama saatlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Çalışma; 2019 yılında hastanemizde doğan, sevki yapılmamış tüm bebekler (520 Bebek) çalışmaya dahil edilmiştir. Doğan bebeklerin emzirmeye başlama saatlerini inceleyen tanımlayıcı bir çalışma olup örneklem alınmamıştır. Excel programı kullanılarak değerlendirilmiş gerekli yasal izinler alınmıştır.

Bulgular

Hastanemizde doğum yapan annelere bebekleri ile doğum sonu ten teması sağlanarak emzirme ilk yarım saat ile bir saat içerisinde başlatılmaktadır. Normal doğum ve sezaryen doğum sonrası emzirmeye başlama süreleri arasındaki farkları değerlendirmek üzere doğum yapan tüm annelerin emzirme davranışları incelenerek kayıt edilmiştir. Normal doğum sonu ilk 29 dk emzirme oranı % 63 iken sezaryen doğum sonrası %9.7, normal doğum sonu 30-60 dk emzirme oranı %34,2 iken sezaryen doğum sonrası %69, normal doğum sonu 60 dk üzeri % 2 sezaryen doğum sonrası % 21,2 tüm doğumlarda ilk saat emzirmeye başlama oranı %84,2 olarak bulunmuştur. Bu oran,TNSA 2018 doğum sonu ilk saat emzirmeye başlama oranı olan %71 den büyük bulunmuştur.

Sonuç ve neriler

Doğum sonu emzirmeye başlama zamanları doğum şekline göre incelendiğinde normal doğum ile sezaryen doğumlar arasında farklılıklar olduğu anlaşılmış, normal doğumlarda emzirmeye başlama oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Hastanemizde doğan tüm bebeklerin yaşama sağlıklı başlaması amacı ile ilk bir saat içerisinde emzirmeye başlamanın desteklenmesi sürdürülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Lüleburgaz Devlet Hastanesi, anne sütü, emzirmeye başlama saati

Bildiri No: 99 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

Sağlıklı Hayat Merkezine Başvuran Gebelerin Normal Doğum Ve Doğumhane Korkularının Değerlendirilmesi 2018 - 2019

Çiğdem Cerit¹, Nilgün Turhan², Semra Muhacir³, Dilber Aktürk²

Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü

Kırklareli Sağlıklı Hayat Merkezi Gebe Sınıfı

Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü ÇEKÜS

Amaç

Anne ve bebekler sağlık hizmetlerinden öncelikli ve özellikli hizmet almaları gereken iki gruptur. Kırklareli Sağlıklı Hayat Merkezi Gebe Bilgilendirme Sınıfında gebelik, doğum ve yenidoğan bakımı konusunda yeterli ve doğru bilgi verilerek gebelerin doğum doğumhane korkularını yenmelerine yardımcı olmak amaçlanmıştır.

Yöntem

Çalışma; 2018, 2019, yılları Kırklareli Sağlıklı Hayat Merkezi Gebe Bilgilendirme Sınıfına başvuran gebelerin tamamı ile yürütülmüştür. Örneklem alınmamıştır. Gebelere ön test-son test uygulanmış, tanımlayıcı istatistikler excel programı kullanılarak değerlendirilmiş, gerekli yasal izinler alınmıştır. Eğitimlerde 2 ebe, 1 diyetisyen, 1 psikolog, 1 fizyoterapist, 1 ergoterapist görev almıştır. 174 gebeye 21 grupta 7 seans olarak düzenlenen eğitimlerin bir seansına babalar da dahil edilmiştir. Eğitimlerde gebelik, doğum, lohusalık, doğum korkuları, yenidoğan bakımı, nefes, gevşeme egzersizleri emzirme konuları interaktif yetişkin eğitime uygun olarak Sağlık Bakanlığı'na belirlenen standartlarda anlatılarak gebelik ve nefes egzersizleri yapılmıştır.

Bulgular

Katılımcılara Müdürlüğümüz tarafından hazırlanmış ön test ve son test ile yapılmış doğum korkuları eğitim ve yaş gruplarına göre incelenmiştir. Yapılan ön teste göre; %64 korkuyorum %36 korkmuyorum, eğitimlerine göre; ilk-orta %37 korkuyorum %63 korkmuyorum, lise %64 korkuyorum %33 korkmuyorum, lisans ve üstü %66 korkuyorum %34 korkmuyorum, yaşlara göre; 21-30 yaş arası %70 korkuyorum %30 korkmuyorum 31-40 yaş arası %51 korkuyorum %49 korkmuyorum 40 yaş üstü %100 korkmuyorum bulunmuştur. Son test ile korkuları yenme oranı %97,7 yendiği %1,7 kararsız, %0,5 yenmediğini belirtmiştir.

Sonuç

Gebe Bilgilendirme Sınıfı Programı ile gebelerin, doğum ve doğumhane konularında bilgi sahibi olmaları, bilinçli doğum yapmaları, ağrı yönetimi ile korkularını yenmeleri amaçlanmış ve eğitim sonunda gebelerin doğum korkularının azaldığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kırklareli, Gebe Sınıfı, Doğum ve Doğum Korkusu

Bildiri No: 106 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

Using Stem Cells to Improve Endometrial Regeneration

Aysel Bayishova¹, Seadet Sultanova²

*Scientific-Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Baku
Azerbaijan Medical University*

The frequency of endometrial pathologies in infertility is 88%, in patients with unsuccessful IVF 77.5%. The risk of infertility increases 4 times when patient has intrauterine pathologies. These indicators confirm the important role of the endometrium in the processes of implantation and placentation. Among the causes of female infertility, the percentage of uterine factors (alone or in combination with other factors) is 24-62%. Improving implantation processes has been the focus of research in recent decades. A lot of research has been done to restore endometrial receptivity, but the results of pathophysiological treatment are unsatisfactory for patients, as well as for researchers. Trying to improve endometrial receptivity, the investigators have thought about stem cell therapy. Stem cells have played a pivotal role in regenerative medicine in many pathologies as myocardial infarction, diabetes mellitus and spinal cord injuries. Stem cells can also be used in reproductology. Using the regenerative potential of stem cells is possible with all types of endometrial insufficiency. Intrauterine injection of stem cells, in the 1st phase of the menstrual cycle, increases the regeneration and susceptibility of the endometrium and indirectly stimulates the molecular dialogue between the endometrium and the embryo.

1. Stem cells in endometrium and their role in the pathogenesis of endometriosis.

[Paula Gabriela Marin Figueira,¹ Mauricio Simões Abrão,¹ Graciela Krikun,² and Hugh Taylor²](#) *Ann N Y Acad Sci.* 2011 Mar; 1221(1): 10–17.

2. Gargett CE, Masuda H. Adult stem cells in the endometrium. *Mol Hum Reprod.* 2010;16:818–834. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

3. Biological characteristics of human menstrual blood-derived endometrial stem cells.

[Liu Y¹, Niu R¹, Yang F¹, Yan Y¹, Liang S¹, Sun Y¹, Shen P^{1,2}, Lin J^{1,3}.](#) *J Cell Mol Med.* 2018 Mar;22(3):1627-1639. doi: 10.1111/jcmm.13437. Epub 2017 Dec 26.

4. Gargett CE. Stem cells in gynaecology. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2004;44:380–386. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

5. Schwab KE, Chan RW, Gargett CE. Putative stem cell activity of human endometrial epithelial and stromal cells during the menstrual cycle. *Fertil Steril.* 2005;84(Suppl 2):1124–1130. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

6. Du H, Taylor HS. Stem cells and female reproduction. *Reprod Sci.* 2009;16:126–139. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

[Int J Clin Exp Med](#). 2015; 8(12): 22039–22044.

7.Endometrial stem cells: clinical application and pathological roles.[Yanping Xu](#), [Huiting Zhu](#), [Dongni Zhao](#), and [Jichun Tan](#) Published online 2015 Dec
15.PMCID: PMC4729964PMID: [26885178](#)

Anahtar Kelimeler: Keywords: « implantation window», endometrial receptivity, stem cell

Bildiri No: 108 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

İkinci Trimester Medikal Abortuslarında Yardımcı Bir Teknik: Pelvik Sıcak Duş Deniz Balsak¹, Onur Erol², Emrah Töz³

Özel Batı Hastanesi-Diyarbakır

Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği

İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı ikinci trimester medikal abortuslarında yardımcı bir yönetimin etkinliğini göstermektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER:

İkinci trimester erken dönem (<20 w) ölü fetüs nedeniyle yatırılan 125 gebe çalışmaya dahil edildi. Tedavi şekline göre 2 gruba ayrıldı. Bir grup sadece misoprostol ile tedavi edilirken, diğer grup ise misoprostol + pelvik sıcak duş verildi.

Pelvik sıcak duş hasta misoprostol tedavisi aldıktan sonra kanaması başladığı zaman yarım saatte bir 10 dk küçük pelvis bölgesi duş başlığı ile sıcak su tatbik edilir.

Her iki grupta kürtaj süresi, komplikasyon, analjezi gereksinimi ve ilaç kullanım miktarı karşılaştırıldı.

BULGULAR:

Pelvik sıcak duş terapisi grubunda kürtaj süresi, analjezi gereksinimi ve ilaç miktarı anlamlı olarak düşüktü ($p < 0,05$); komplikasyon oranı farkları anlamlı değildi ($p > 0,05$). Tablo 1, Tablo 2

SONUÇ: Pelvik sıcak duş terapisi 12-12 hafta arası medikal abortuslarda yardımcı yöntem olarak etkilidir.

Anahtar Kelimeler: Abortus, Pelvik sıcak duş

Bildiri No: 119 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

Anne Dostu Hastane Olma Süreci Bir Tecrübe Paylaşımı

Bekir Gülaç¹, Songül Yorgun¹, Durgül Kavcıoğlu¹, Hatice Alaoğlu¹, Fatma Bilgi¹
Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi

Özet

Amaç: Bu çalışma ile Anne Dostu Hastane olma yolundaki tecrübe paylaşımı amaçlanmıştır.

Bulgular: Ameliyathanemiz doğum odaları ile aynı katta ve 24 saat nöbetçi ekibimiz mevcuttur. Kritik kan stokları düzenlenmiştir. Çalışma dokuz başlıktan oluşmaktadır. Fiziksel alan düzenlemeleri, konu ile ilgili literatür bilgisi, aynı uygulamayı yapan farklı hastanelerin ziyareti, bilgilendirme ve bilinçlendirme çalışmaları, malzeme ve ekipman düzenlemesi, eğitim, ön değerlendirme, değerlendirme, Bakanlık Değerlendirmesi. Bu amaçla hastanemiz SDL odaları doğum kliniği alanında altı odaları olarak düzenlendi. Odalarda WC, banyo, lavabo, hasta başı panel sistemleri tamamlandı. Muayene alanı, ebe odası oluşturuldu. Bebek bakımına yönelik malzemeler temin edildi. Anne Dostu Hastane kriterleri doğrultusunda broşürler hazırlandı. Anne Dostu Hastane kriterlerini tüm personelin bilmesi sağlandı. Birimde mahremiyet uygulamaları gözden geçirildi. Kanıta dayalı olmayan uygulama olmaması sağlanarak süreç takip edildi. Sevklerin sonrasında takibi için düzenleme yapıldı. Birimin personel durumu düzenlendi. Doğum Öncesi Bakım, Acil Obstetrik Bakım, Doğum ve Sezaryen Eylemi, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberlerinin kullanımı konusunda izleme değerlendirme çalışmaları amacıyla bakım planları gözden geçirildi. Klinik protokol ve akış şemaları her odada duvara monte dosya ile ulaşılabilirliği sağlandı. Lohusa normal doğum sonrası en az 24, sezaryen doğum sonrası en az 48 saat hastanede kalması postpartum bakım alması açısından süreler yönetici ekranları aracılığıyla takip edilmeye başlandı. Personel eğitimleri (Acil obstetrik bakım, NRP, emzirme eğitimi, anne dostu uygulamaları vb.) düzenlendi. Hastane içi yönlendirmeler gözden geçirildi.

Sonuç: Hastanemiz 2002 yılından beri Bebek Dostu Hastane olduğu için gerekli kriterler sağlandığı için ilk değerlendirme, değerlendirme ve yıllık değerlendirme süreçlerinde sıkıntı yaşanmamıştır. Konu ile ilgili olarak İstatiksel analizler yapılarak, çıktıları değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anne Dostu, Hastane, Eğitim

Bildiri No: 120 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

Bir Devlet Hastanesinde Doğum Sonrası Kalış Sürelerinin Yönetici Takip Ekranı Analizleri

Songül Yorgun¹, Cevdet İşler¹, Serpil Çağlı¹, Nejla Aydoğan¹, Rabia Canbülbul¹, Selma Küçük¹

Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi

Özet

Amaç: Bu çalışma ile doğum sonrası annelerin kalış sürelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Doğum sonrası annenin takibi, eğitimi ve yenidoğanın takibi açısından hastaların normal doğum sonrası 24 saat, sezaryenle doğum sonrası ise 48 saatten önce taburcu edilmemeleri önem taşımaktadır. Bundan dolayı sağlık tesisinde doğum yapan hastaların kalış süreleri SBYS' de izlenebilmelidir.

Sağlık tesisi tarafından doğum sonrası kalış süreleri, SBYS üzerinde oluşturulacak olan “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir. Yönetici Takip Ekranında normal ve sezaryen doğum sayıları ve sürelerinden önce taburcu olan anne sayıları görülebilir olmalıdır. İlgili birimler bu süreleri takip edip gerekli analizleri ve iyileştirmeleri yapmalıdır.

Yöntem: Çalışma betimsel bir çalışma olup 2019 yılı Ekim-Kasım-Aralık aylarının kapsamaktadır.

Bulgular: Doğumlar normal doğumda 24 saat, sezaryen ile doğumda 48 saat olarak sistemde tanımlanmıştır. Bu sürelerden önce yapılan taburcular uygunsuz olarak tanımlanmıştır. Veriler aylık olarak Web Yöneticiden çekilmiş ve analizleri yapılmıştır. Yapılan analizlerde normal doğumlarda 24 saatlik süreye uyulduğu görülmüştür. Sezaryen ile doğumlarda toplamda 18 (Ekim ayında 8, Kasım ayında 6, Aralık ayında 4) annenin 48 saatten önce kendi istekleri ile sağlık personelinin konu ile ilgili açıklama yapmasına rağmen çıktığı belirlenmiştir. Aylar içerisindeki azalma eğitimlerde bu durumun gebelere anlatılması ile gerçekleşmiştir.

Sonuç: Normal ve sezaryenle doğumlarda lohusa bakımı son derece önemlidir. Bununla birlikte Sağlıkta Kalite Standartlarında yer alan; Anne bakım ve izlemine yönelik düzenleme yapılmalıdır. Doğum öncesi, doğum süreci ve doğum sonrası aşamalar belirlenmiş kurallar çerçevesinde izlenmelidir. Bakımlar ve takipler “Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi” ve “Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi”ne göre yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yönetici Takip Ekranı, Normal Doğum, Sezaryen Doum, Kalış Süresi

Bildiri No: 121 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı

**Cevdet İşler¹, Bülent Atasever¹, Serpil Çağlı¹, Nuray Bakır¹, Nejla Aydoğan¹,
Hatice Aktaş¹**

Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi

Amaç: Bu çalışma ile Sağlıkta Kalite Standartları göstergelerinde yer alan “Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı” ilgili olarak kurum çalışmalarını ortaya koymak amaçlanmıştır.

Yöntem: Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı; Enstrümanlı vajinal doğumlarda (forseps, vakum vb. enstrüman kullanılan doğumlar) obstetrik travma gelişen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir. Hesaplama Yöntemi: İlgili dönemde; (Enstrümanlı vajinal doğumlarda obstetrik travma gelişen hasta sayısı/Toplam enstrümanlı vajinal doğum sayısı) x 100

Bulgular: Hedef değer %1’in altında olması belirlenmiştir.

Dönem	Enstrümanlı vajinal doğumlarda obstetrik travma gelişen hasta sayısı	Toplam enstrümanlı vajinal doğum sayısı	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı
Ocak-Şubat-Mart	0	3	% 0
Nisan-Mayıs-Haziran	0	2	% 0
Temmuz-Ağustos-Eylül	0	3	% 0
Ekim-Kasım-Aralık	0	3	% 0

Sonuç: Sonuçlar hedef değerinin altında olduğundan sonuç olumlu olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca Enstrümanlı vajinal doğumlarda (forseps, vakum vb. enstrüman kullanılan doğum sayılarımız oldukça azdır. Bununla birlikte enstrüman kullanılan doğumlarda obstetrik travma gelişmemesi memnuniyet vericidir.

Anahtar Kelimeler: Enstrümanlı Vajinal Doğum, Obstetrik Travma, Oran

Bildiri No: 122 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı

Yıldırım Durak¹, Çağlar Çetin¹, Narin Sarıçicek¹, Fatma Sarıer¹, Zekiye Açıkğöz¹
Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi

Amaç: Bu çalışma ile Sağlıkta Kalite Standartları göstergelerinde yer alan “Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı” ilgili olarak kurum çalışmalarını ortaya koymak amaçlanmıştır.

Yöntem: Enstrümanlı vajinal doğumlarda obstetrik travma gelişen hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir. Hesaplama Yöntemi: (Enstrümanlı vajinal doğumlarda obstetrik travma gelişen hasta sayısı/Toplam enstrümanlı vajinal doğum sayısı) x 100. Veriler gösterge yönetimi kapsamında kalite yönetim birimi tarafından takip edilmektedir.

Bulgular: Hedef değer %1’in altında olması belirlenmiştir.

Dönem	Enstrümanlı vajinal doğumlarda obstetrik travma gelişen hasta sayısı	Toplam enstrümanlı vajinal doğum sayısı	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı
1.Dönem; Ocak-Şubat-Mart	0	143	% 0
2.Dönem;Nisan-Mayıs-Haziran	0	160	% 0
3.Dönem;Temmuz-Ağustos-Eylül	0	142	% 0
4.Dönem;Ekim-Kasım-Aralık	0	113	% 0

Yapılan çalışmada tüm dönemlerde enstrümanlı vajinal doğumda obstetrik travma gelişmediği görülmüştür. Vaka olmadığı için alt göstergeler değerlendirilememiştir.

Sonuç: Enstrümanlı vajinal doğumlarda obstetrik travma gelişen hastaların yüzde olarak oranını hedef değeri tutmakla birlikte 24 saat nöbetçi uzmanın olması, ebe ekibinin nitelikli olması, gebelerin güncel bilgiler ışığında gebe okulunda yetişmesi sağlıklı bir gebelik ve doğum sürecinde önemli bir etkidir.

Anahtar Kelimeler: Enstrümanlı vajinal doğum, travma, analiz

Bildiri No: 123 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım Oranı

**Serpil Çağlı¹, Pınar Orhan¹, Özlem Özkan¹, Elif Güldemir¹, Gülден Açıköz¹,
Güler Mutlu Maden¹**

Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi

Özet

Amaç: Bu çalışma ile Sağlıkta Kalite Standartlarında opsiyonel olarak yer alan yer “Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi Kullanım Oranı” ile ilgili olarak kurum çalışmalarını ortaya koymak amaçlanmıştır.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanan Güvenli Doğum Süreci Uygulama Rehberinde yer aldığı üzere, doğum karmaşık bir süreçtir. Sağlık çalışanlarının görevi, bu süreçte hem anne hem de yenidoğanın mümkün olan en güvenli bakımı almasını sağlamaktır. Kontrol listeleri, bu tür karmaşık ve önemli hizmet süreçlerini yönetebilmek ve hataları önlemek için faydalı araçlardır. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından doğum sürecinde anne ve bebek güvenliğini sağlamak üzere Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi hazırlanmış ve ülkelere tavsiye edilmiştir. DSÖ Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi'nin kullanımını, SKS Hastane seti Versiyon 5'te opsiyonel bir standart olarak yer almıştır.

Güvenli Doğum Kontrol Listesi; kontrol listesi sorumlusu tarafından başvuru anında, doğumdan önce, doğumdan hemen sonra (ilk 1 saat içinde) ve taburculuk öncesinde uygulanmalıdır.

Yöntem: Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım Oranı; Normal doğum yapan hastalarda, güvenli doğum kontrol listesi uygun şekilde kullanılan hastaların yüzde olarak oranını ifade etmektedir. Hesaplama (Normal doğum yapan ve güvenli doğum kontrol listesi uygun şekilde kullanılan hasta sayısı/ Toplam normal doğum yapan hasta sayısı) x 100 olarak yapılmaktadır.

Bulgular: Hedef değer %100 olarak belirlenmiştir.

Dönem	Normal Doğum Sayısı	Liste Kullanım Uygunluğu
Ocak-Şubat-Mart	143	% 100
Nisan-Mayıs-Haziran	151	% 100
Temmuz-Ağustos-Eylül	142	% 100
Ekim-Kasım-Aralık	113	% 100

Sonuç: Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım oranımız iyi olmakla Güvenli Doğum Süreci Uygulama Rehberi (Versiyon 1.0) yayınlanması ile çalışmaların ve eğitimlerin bu doğrultuda güncellenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi, Sağlıkta Kalite Standartları, Kullanım Oranı

Bildiri No: 124 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

Sezaryen Oranı Analizleri Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Örneği
Necla Öztürk, Bekir Gülaç, Songül Yorgun, Ayşegül Koyuncu, Selma Küçük
Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi

Amaç: Bu çalışma ile Sağlıkta Kalite Standartları göstergelerinde Doğum Hizmetleri bölümünde yer alan “Sezaryen Oranı” ilgili olarak kurum verilerini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Yöntem: Sezaryen operasyonu ile yapılan doğumların tüm doğumlara oranını yüzde olarak ifade etmektedir. Hesaplama Yöntemi: İlgili dönemde; (Toplam sezaryen sayısı/ Toplam doğum sayısı) x 100

Veriler gösterge yönetimi kapsamında gösterge bölüm sorumluları ve Kalite Yönetim Birimi tarafından takip edilmektedir.

Bulgular: Sezaryen oranı %50'nin altında olması belirlenmekle birlikte, primer sezaryen oranı %20'nin altında olması hedeflenmiştir. Tüm dönemlerde sezaryen ve primer sezaryen oranı hedef değerlerin altında kalması olumlu olarak değerlendirilmiştir.

Tablo1: Dönemlere Göre Sezaryen Oranları

Dönem	Sezaryen Oranı	Primer Sezaryen Oranı
1. Dönem; Ocak-Şubat-Mart	47.36	19.73
2. Dönem; Nisan-Mayıs-Haziran	45.88	19.75
3. Dönem; Temmuz-Ağustos-Eylül	41.45	17.46
4. Dönem; Ekim-Kasım-Aralık	44.44	18.20

Dönemler içinde sezaryen oranı 1 dönemde, primer sezaryen oranı 2 dönemde diğer dönemlere göre yüksek çıkmıştır.

Tablo 2: Sezaryen Endikasyon Dağılımı

	1. Dönem		2. Dönem		3. Dönem		4. Dönem	
	Ocak	Şubat	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Ekim	Kasım
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Geçirilmiş Uterin Cerrahisi	127	58,80	127	56,95	123	56,94	112	59,57
Baş Pelvis Uyuşmazlığı	27	12,50	31	13,90	15	6,94	21	11,17
Uzamış Eylem	13	6,02	12	5,38	24	11,11	17	9,04
Fetal Sıkıntı	15	6,94	18	8,07	16	7,41	13	6,91
Makat Prezantasyon	16	7,41	9	4,04	11	5,09	9	4,79

*Tüm veriler alınmamıştır. Yüksek oranlar alınmıştır.

Sezaryen endikasyonları açısından bakıldığında; geçirilmiş uterin cerrahisi, Baş Pelvis Uyuşmazlığı, Uzamış Eylem, Fetal Sıkıntı, Makat Prezantasyon olarak görülmektedir.

Sonuç: Veriler hedef değerin altında olduğundan sonuç olumlu olarak değerlendirilmektedir. Sürecin izlenmesi ve değerlendirilmesi yönünden takibi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen Doğum, Analiz, Sağlıkta Kalite Standartları

Bildiri No: 125 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

Postpartum Atoni Sonrası Gelişen Septik Pelvik Tromboflebit Olgusu

Ülkü Mete Ural¹, Aybike Uysal¹, Dilara Boztaş Engin¹

BAİB Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Septik pelvik tromboflebit nadir görülen puerperal bir komplikasyondur. Yaklaşık 3000 doğumda bir görülür. Sezaryen sonrası görülme olasılığı normal doğuma göre daha fazladır. Patogenezinde, doğum veya pelvik cerrahiye sekonder olarak uterus enfeksiyon, bakteriyemi veya endotoksinlerin neden olduğu pelvik ven intima hasarı ve trombus oluşumu yer alır. Gebelik ve postpartum dönemdeki hiperkoagülabilité durumu, pelvik venlerde staz, operasyon veya invaziv işlemler, pelvik enfeksiyon ve trombofil riski artırır. Postpartum dönemde antibiyotik tedavisine rağmen düzelmeyen ateş ve kolik olmayan tarzda alt kadran karın ağrısı ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken önemli klinik bulgulardır. Septik abortus, koryoamniyonit, erken membran rüptürü, postpartum endometrit, enfekte plasenta retansiyonu, tuba ovaryan abse, pelvik enflamatuvar hastalık, post operatif enfeksiyon ve pelvik selülit septik pelvik tromboflebit için risk faktörlerindedir. Klinik, tutulan bölge ve patolojinin boyutuna bağlı olarak farklılık gösterebilir. Septik pelvik tromboflebitin en önemli iki komplikasyonu, septik pulmoner emboli ve metastatik apse oluşumudur. Tedavi edilmemiş olguların üçte birinde septik pulmoner emboli gelişebilir. Tanı konulması zor, tedavi edilmediği takdirde mortal seyredilebilen bir tablodur. Tanıda, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri kullanılabilir. Hastalığın tedavisinde, geniş spektrumlu antibiyotikler ve antikoagulan tedavinin beraber kullanımı önerilmektedir. Bu yazıda postpartum atoni sonrası septik pelvik tromboflebit tanısı konulan olguyu literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: pelvik tromboflebit; ovaryan ven trombozu; sezaryen; puerperal ateş

Bildiri No: 138 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

Plasenta Perkreat a Olgusunda Fertilite Koruyucu Cerrahi

Ülkü Mete Ural¹, Funda Dağistanlı¹, Pelin Oyardı¹

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

Plasenta perkreat a, plasental villusların miyometriyumunu aşarak serozaya veya çevre dokuya kadar ilerlemesi durumudur. Plasental invazyon anomalilerinin %5'ini oluşturur. En önemli risk faktörü geçirilmiş uterin cerrahidir. İnsidansı sezaryen oranının artması ile paralel olarak artmıştır. Masif kanama, DIC(dissemine intravasküler koagülasyon), böbrek yetmezliği ve ölüm gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu nedenle antenatal dönemde tanı konulması, operasyon zamanının belirlenmesi, operasyon öncesi hazırlığın yapılması ve uygun ekiple, tersiyer bir merkezde, kararlaştırılmış cerrahinin uygulanması maternal morbidite ve mortalitenin azaltılması konusunda önemlidir. Histerektomi, plasenta perkreatanın yönetiminde yıllardır uygulanan geleneksel bir tedavi yöntemidir. Konservatif tedaviler özellikle fertilitelerini korumak isteyen genç olgularda uygulanabilecek alternatif yöntemlerdir. Plasental yatağın lokal eksizyonu sonrası uterusun onarımı, uterin ve hipogastrik arter ligasyonu, selektif uterin arter embolizasyonu, B- Lynch sütürü ve metotreksat uygulaması konservatif tedaviler arasında sıralanabilir. Fertilite koruyucu yaklaşım uygulanacak plasenta perkreat a olgularının dikkatli seçilmesi, hastanın olabilecek bütün komplikasyonlar açısından bilgilendirilmesi, operasyonun deneyimli bir ekip tarafından, multidisipliner yaklaşım ile uygun bir merkezde yapılması gerekmektedir. 20 yaşında, uterusunun alınmasını istemeyen plasenta perkreat a olgusunda, başarılı lokal eksizyon ve uterin onarımın sağlanabildiği olgumuzu literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Plasenta perkreat a, plasenta previa, fertilite koruyucu cerrahi

Bildiri No: 139 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

Siklik Pelvik Ağrının Nadir Nedeni: Granüloamatöz Endometrit

Mustafa Ayhan Ekici¹, Pelin Oyardı¹, Funda Dağıstanlı¹, İhsan Şafak¹

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Bolu

AMAÇ: Pelvik ağrı, adolesan ve çocukluk çağındaki kızlarda en sık doktora başvurma nedenlerinden biridir. Siklik pelvik ağrı akut-kronik ve jinekolojik-nonjinekolojik olarak sınıflandırılabilir. Prepubertal siklik pelvik ağrı nedenleri denildiğinde akla imperfore hymen, mittelschmerz, endometriozis ve pelvik inflamatuvar hastalıklar gelmektedir. Biz bu vakada siklik pelvik ağrısı olan 10 yaşındaki bir kız çocuğunda tespit ettiğimiz siklik pelvik ağrının nadir nedeni olan nekrotizan granüloamatöz endometriti bildirmeyi amaçladık.

OLGU: Bilinen FMF tanılı kolşisin kullanan 10 yaşında prepubertal kız çocuğu üç gündür olan karın ağrısı ve ateş şikayeti ile acil servise başvurdu. Batın muayenesinde alt kadran hassasiyeti izlendi, CRP: 137 olarak saptandı. Yapılan abdominal ultrasonografide uterus kavite içinde hemorajik kistik yapı tespit edilmiş olup hematometrium lehine yorumlandı, imperfore hymen şüphesi ile MR istendi. MR tetkikinde intraabdominal serbest sıvı ve orta hatta kistik lezyon tespit edildi. Hastaya jinekolojik muayene yapılamadığı için hymen değerlendirilemedi, anestezi altında muayene edilmesi planlandı. Jinekolojik muayene sedo analjezi ile yapıldığında hymenin normal olduğu görüldü, vajendeki minimal septum eksize edildi. Vajende hematoma izlenmedi, serviks doğal olarak izlendi. Sonrasında tanısal mini laparotomiye geçildi, uterus ileri derecede şiş izlendi, uterus dışında batında ek patoloji izlenmedi. Bunun üzerine serviks dilate edildi ve kavite içinden kokusuz pürülan materyal aspire edildi. Alınan materyal de kültürde üreme olmadı. Patoloji sonucu nekrotizan granüloamatöz endometrit olarak yorumlandı. Hastanın takiplerinde PPD test, rotavirüs ve adenovirüs antijeni taraması, gaitada salmonella-shigella taraması ve direkt parazit incelemesi yapıldı ve sonuçlar negatif izlendi. Postoperatif takiplerinde ve 6 ay sonraki kontrollerinde hastanın aktif şikayetinin olmadığı ve endometritin tekrarlamadığı saptandı.

SONUÇ: Prepubertal dönem de siklik pelvik ağrı ve hematometrium olması durumunda nekrotizan granüloamatöz endometritte akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: pelvik ağrı, prepubertal dönem, endometrit

Bildiri No: 140 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

Plasenta Perkreat a Olgusunda Fertilit e Koruyucu Cerrahi

Ülkü Mete Ural¹, Funda Dağıştanlı¹, Pelin Oyardı¹

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı

Plasenta perkreat a, plasental villusların miyometriyumunu aşarak serozaya veya çevre dokuya kadar ilerlemesi durumudur. Plasental invazyon anomalilerinin %5'ini oluşturur. En önemli risk faktörü geçirilmiş uterin cerrahidir. İnsidansı sezaryen oranının artması ile paralel olarak artmıştır. Masif kanama, DIC(dissemine intravasküler koagülasyon), böbrek yetmezliği ve ölüm gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Bu nedenle antenatal dönemde tanı konulması, operasyon zamanının belirlenmesi, operasyon öncesi hazırlığın yapılması ve uygun ekiple, tersiyer bir merkezde, kararlaştırılmış cerrahinin uygulanması maternal morbidite ve mortalitenin azaltılması konusunda önemlidir. Histerektomi, plasenta perkreatanın yönetiminde yıllardır uygulanan geleneksel bir tedavi yöntemidir. Konservatif tedaviler özellikle fertilit esini korumak isteyen genç olgularda uygulanabilecek alternatif yöntemlerdir. Plasental yatağın lokal eksizyonu sonrası uterusun onarımı, uterin ve hipogastrik arter ligasyonu, selektif uterin arter embolizasyonu, B- Lynch sütünü ve metotreksat uygulaması konservatif tedaviler arasında sıralanabilir. Fertilit e koruyucu yaklaşım uygulanacak plasenta perkreat a olgularının dikkatli seçilmesi, hastanın olabilecek bütün komplikasyonlar açısından bilgilendirilmesi, operasyonun deneyimli bir ekip tarafından, multidisipliner yaklaşım ile uygun bir merkezde yapılması gerekmektedir. 20 yaşında, uterusunun alınmasını istemeyen plasenta perkreat a olgusunda, başarılı lokal eksizyon ve uterin onarımın sağlanabildiği olgumuzu literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Plasenta perkreat a, plasenta previa, fertilit e koruyucu cerrahi

Bildiri No: 141 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

Fetal Patent Urakus:Olgu Sunumu

Ülkü Mete Ural¹, Pelin Oyardı¹, Funda Dağistanlı¹

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi,Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı,Bolu

Urakus, mesane kubbesi ile umbilikus arasında uzanan allantoisin embriyonik dönemdeki artığıdır. Urakal kistler ürogenital sistemin nadir görülen anomalilerindedir.İntrauterin 4-6. gestasyonel haftalar arasında allantois ve mesanenin apeksi regrese olmaya başlar ve 4-5. ay civarında epitelyal fibromusküler bant halini alarak urakus veya median umbilikal ligamente dönüşür. Mesane ve umbilikus arasında uzanan allantoisin tam olarak oblitere olamaması urakal anomalilere neden olur. Dört tip urakal anomali vardır; urakal kist (%45), urakal sinüs (%37), patent urakus (%16) ve urakal divertikül. Urakal kist fetal ultrasonografide, karın ön duvarının alt orta kısmında, mesanenin superiorunda, iki umbilikal arter arasında yer alan uniloküler anekoik kist şeklinde görülür. Ayırıcı tanıda; karın ön duvarı defektleri, mesane ekstrofisi, umbilikal kord lezyonları (anevrizma, hemanjiyom, gerçek düğüm, omfolomesenterik kist) ve over kistleri düşünülmelidir. Urakal kistlerin tedavisi tartışmalıdır. İlk 6 ayda spontan rezolüsyon oluşabilmektedir. Rezolüsyonun görülmediği, semptomatik vakalarda ve enfekte urakal kistlerde artmış peritonit riskinden dolayı cerrahi eksizyon önerilir.28 yaşında, G:4, P:1, A: 2,SAT'a göre 24. gebelik haftasında,fetal ultrasonografide, umbilikal kordun batın ön duvarına girdiği bölgenin hemen altında başlayan, orta hatta, mesane üstünde ve iki umbilikal arter arasında yer alan 40x33mm boyutlarında anekoik kist tespit ettiğimiz ve kistin farklı zamanlarda yapılan kontrollerde boyutlarının değişmesi ve mesane ile kist arasındaki bağlantının görülmesi ile patent urakus tanısını koyduğumuz olgumuzu literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: urakal kist,patent urakus,fetal ultrasonografi

Bildiri No: 146 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

Gebelikte Mükerrer İntihar Girişiminde Bulunan Bir Olgunun Yönetimi: Bir Vaka Sunumu

Fahriye Kavis¹, Hilal Uslu Yuvacı¹, Mehmet Musa Aslan¹, Osman Köse¹, Nermin Akdemir¹, Esra Yazıcı²

*Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., Sakarya
Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri AD., Sakarya*

Amaç: Gebelik sürecinde intihar girişiminde bulunmak, hayatın diğer dönemlerine göre daha az sıklıkta görülse de, hem maternal hem de neonatal kötü sonuçlar oluşturabileceğinden önemli bir sorundur. Bu olgu sunumunda, gebelikte mükerrer intihar girişiminde bulunan hastamızı sunmayı amaçladık.

Vaka Takdimi: Otuzbir yaşında, G2P1, 35hafta gebelikte üçüncü kattan atlayarak intihar girişiminde bulunan hasta acile başvurdu. Özgeçmişinde daha önceden bipolar bozukluğunun olduğu, gebelikte ilaçlarını düzgün kullanmadığı, 25. gebelik haftasında psikiyatride hospitalize edildiği, 31. haftada ilaç kullanarak intihar girişiminde bulunduğu, ancak her seferinde kendi isteği ile taburcu olduğu öğrenildi. Fizik muayenede genel durumu orta-kötü, kafa kemiklerinde ve ekstremitelerinde multiple kırıklar ve laserasyonlar izlendi. Hastaya acil yapılan ultrasonografide plesanta dekolmanı, dopplerde diastolik akım kaybı ve fetal bradikardi izlenmesi üzerine acil sezaryene alındı. 2290 gr, 3-4 APGAR kız bebek doğurtuldu ve yenidoğan yoğunbakıma alındı. Operasyon sırasında batın sol yan duvarda izlenen fasya defekti eş zamanlı onarıldı. Multidisipliner yaklaşımla postoperatif takibi yapıldı. Ortopedi tarafından sol distal radiustaki çok parçalı kırığı düzeltildi. Pnömotoraksı olan hastaya göğüs cerrahisi tarafından göğüs tüpü takıldı. Psikiyatrik değerlendirme sonucunda ilaç tedavisi tekrar düzenlenen hasta, yaklaşık 17 gün sonra sağlık ile taburcu edildi. Bebeği ise 1 ay küvezde takip edildikten sonra taburcu edildi.

Sonuç: Gebelikte ruhsal hastalıkların annenin duygudurumunu etkileyerek olumsuz sonuçlara yol açabileceği unutulmamalıdır. Bu hastalar, genellikle gebelik döneminde ilaçlarını bırakma eğilimindedirler. Tedavisini bırakan ya da tanı almayanlarda maternal ve fetal morbidite ve mortalite hızının artacağı bilinmeli bu amaçla antenatal takiplerde gebenin psikolojik durumu sorgulanmalıdır. Psikiyatrik bir hastalığı olan gebenin tedavisini sağlamak için psikiyatriden yardım alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, İntihar, Depresyon, Bipolar Bozukluk

Bildiri No: 148 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

Göçmen Hastada Mortal Seyreden Aktif Tüberküloz Enfeksiyonu: Olgu Sunumu
Nigar Almadadova¹, Bilge Kapudere¹, Hilal Uslu Yuvacı¹, Osman Köse¹, Betül Nur Çoban¹, Saliha Esra Gökırmak², Yusuf Aydemir²

1 Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., Sakarya

2 Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları AD., Sakarya

Amaç: Tüberküloz, sosyoekonomik düzeyi düşük toplumlarda daha sık görülen, tanı konulmaz yada tanısı gecikirse morbidite ve mortaliteye yol açabilen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu sunumda postpartum dönemde tüberküloz tanısı konduktan sonra mortal seyreden bir olguyu sunmayı amaçladık.

Vaka takdimi: Onbeş yaşında, G2P1, 33 kg, göçmen hasta, sancı şikayetiyle acile başvurdu. Gebeliğinde hiçbir takibe gitmediği, dokuz ay önce bir vajinal doğum yaptığı öğrenildi. Ultrasonografide 30 hafta ile uyumlu gebelik izlendi. Doğum eylemi başlamış olduğundan doğumhaneye alınan hasta baş geliş, 9/10 APGAR, 1155gr kız bebek doğurdu. Yenidoğan prematürite nedeniyle yoğun bakım ünitesine alındı. Annede ileri derecede malnutrisyon, halsizlik, öksürük, yüksek ateş, taşikardi mevcuttu. Akciğer grafisinde ileri derecede bilateral

infiltrasyonların görülmesi(Resim1,2) üzerine tüberküloz ön tanısıyla yoğun bakıma alındı. Göğüs hastalıkları tarafından takip edilen hastaya antitüberküloz tedavisi başlandı. Yoğun bakımda izole olarak takip edilen hastaya malnutrisyon nedeniyle vitamin, protein desteği ve

özel beslenme solusyonları başlandı. Takipler sırasında gelişen yüksek ateş sırasında alınan kan kültüründe Klebsiella pneumoniae ssp üreyen hasta, genel durumunda bozulma, takipne ve hipoksemi gibi sepsis bulgularının ortaya çıkması üzerine entübe edildi. Trakeal aspirat ve

kan kültüründe Candida Albicans üremesi üzerine antifungal tedavinin de eklenmesine

rağmen genel durumu düzelmeyen hasta septik şok olarak değerlendirildi. Yapılan tüm müdahalelere rağmen hasta eksitus oldu.

Sonuç: M.tuberculosis, dünyada en fazla ölüme yol açan mikroorganizmadır. Günümüzde yaşanan savaş ve göç olayları nedeniyle tüberküloz insidansı artmaktadır. Hastalığın genç yaşlarda görülmesi nedeniyle gebe kadınlarda da tüberküloz sıklığı artmıştır.

Sosyoekonomik

açıdan zorluklar içinde yaşayan göçmen kadınlarda gebelik ve lohusalık döneminde bu hastalığın sıklıkla görülebileceği ve daha mortal seyredebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Gebelik, Lohusalık, Morbidite, Mortalite

Bildiri No: 149 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

Nadir Görülen Bir Olgu: Postpartum Ovaryan Ven Trombozu

Merve Keskin Paker¹, Hilal Uslu Yuvacı¹, Mehmet Musa Aslan¹, Emrullah Sezer¹, Alper Karacan², Arif Serhan Cevrioğlu¹

*Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., Sakarya
Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Radyoloji AD., Sakarya*

Amaç: Ovaryan ven trombozu(OVT), erken postpartum dönemde ven endotelindeki bir hasar sonucu gelişen trombüse bağlı mortal seyredabilen ve oldukça nadir görülen bir komplikasyondur. Hastaların çoğunda sağda görülür. Hastalar sıklıkla ateş ve alt abdominal ağrı ile başvurur. Yönetiminde fikir birliği olmamakla birlikte, geniş spektrumlu antibiyotik ve düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) tedavisi önerilmektedir. Bu sunuda OVT tanısı alan bir olgumuzun tanı ve yönetimini sunmayı amaçladık.

Vaka Takdimi: On yedi yaşında, G1P1 olan hasta kliniğimize şiddetli karın ağrısı yakınması ile başvurdu. Bilinen ek bir hastalığı olmayan hastanın, dış merkezde yedi gün önce sezeryan olduğu öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde Ateş:38,6C°, Tansiyon:110/75mmHg, Nabız:98/dk, jinekolojik muayenede postoperatif döneme ait bulgular mevcuttu. Laboratuar değerlendirmesinde Lokosit:14x10³/mm³, CRP:128mg/dl idi. Hastaya kan kültürü sonrası Metronidazol 500mg 3x1 ve seftriakson 1000mg 2x1 başlandı. Batın ultrasonografisinde sağ ovaryan vende tromboz şüphesi ile DMAH 4000Ü 2x1 başlandı. Çekilen batın bilgisayarlı tomografide sağ ovaryan ven trombozu (Resim1) düşünüldü. Kültürde Gram(+)kok ve Gram(-) basil ürediğinden Meropenem 3x2gr, vankomisin 4x500mg başlandı. Hastanın ağrısının artması, enfeksiyon belirteçlerinin gerilememesi üzerine yapılan diagnostik laparoskopide uterus, bilateral overler ve tubalar normal izlenirken, sağ infundibulopelvik ligamentden retroperitona uzanan sağ OVT ile uyumlu kitle imajı izlendi. Kliniği 14 günlük antibiyoterapi sonrası düzelen olgu 6 hafta DMAH tedavisi ile taburcu edildi.

Sonuç: Postpartum ateş, enfeksiyon belirteçlerinde persistan artış ve şiddetli karın ağrısı olan olgularda ovaryan ven trombozu akla getirilmelidir. Tanı konulamaz veya gecikme olursa mortal seyredebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ovaryan Ven trombozu; Postpartum; Komplikasyon

Bildiri No: 151 **Bildiri Türü:** Poster Bildiri

**Radyofrekans Ablasyon Uygulaması Sonrası Takip Edilen Akardiyak İkiz Gebelikte
Yönetim: Olgu Sunumu**

**Nur Kurt¹, Hilal Uslu Yuvacı¹, Bilge Kapudere¹, Koray Gök¹, İlker Ali Cerçi¹,
Selçuk Özden¹**

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD., Sakarya

Amaç: Akardiyak ikiz gebelik, monokoryonik gebeliklerde nadir görülen bir komplikasyondur. Akardiyak ikiz eşinde genellikle üst ekstremiteler dahil gövdenin üst bölümü

ve kalp gelişmezken, sağlıklı görünen diğer ikiz eşi ile arasındaki arterio-arteriyel anastomozlar yoluyla kanlanması devam etmektedir. Akardiyak ikiz gebeliklerin yönetimi halen tartışmalı olsa da, sağlıklı görünen ikiz için fetal ölüm ve preterm doğum gibi obstetrik

riskleri arttırdığından, akardiyak ikize olan kan akımının zamanında durdurulması önemlidir. Bu olgu sunumunda akardiyak ikiz gebeliği mevcut bir olgunun ikinci trimesterde

radyofrekans ablasyon(RFA) uygulaması ile anormal anastomozların ortadan kaldırılmasından sonra obstetrik yönetim ve sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Vaka Takdimi: Hasta, 25 yaşında, G2P1, 21hafta 5günlük gebelikte başvurdu.

Özgeçmişinde

16. haftada dış merkezde akardiyak ikiz eşine RFA öyküsü ve 19. gebelik haftasından beri su gelişinin olduğu öğrenildi. Koryoamniyonit riski açısından ve fetal iyilik halinin değerlendirilmesi amacıyla yakın takip sırasında 26 hafta 2 günlük gebelikte, su gelişinin artması üzerine hospitalize edildi. Ultrasonografisinde fetal kalp atımı pozitif, amniyotik sıvı

indeksi 1-2cm izlendi. Nöroprotektif amaçlı magnezyumsülfat ve betametazone tedavisi tamamlandıktan sonra anhidroamniyoz nedeniyle sezeryana alındı. Makat gelişte, 970gr. 7-8

APGAR ile erkek bebek doğurtuldu. Yenidoğan, yoğun bakım ünitesine alınırken, operasyon

sırasında RFA uygulanan ikiz eşi plasenta ile birlikte dışarı alındı (Resim1). Makroskopik incelemede baş popo mesafesi 6.1cm, topuk mesafesi 9cm, femur uzunluğu 3cm, haricen erkek fetüste total baş ve fetal yüz üzerindeki yapıların ve fetal üst ekstremitelerin, ayak parmaklarının oluşmadığı görüldü.

Sonuç: Akardiyak ikiz gebeliğin erken tespit edilerek, anormal kan akımının durdurulması, normal ikiz eşinin prognozu açısından önemlidir. Bu gebeliklerde uygulanan tedaviler sonrasında obstetrik ve neonatal riskler açısından yakın takip gereklidir.

Anahtar Kelimeler: İkiz Gebelik, Akardiyak İkiz, Radyofrekans Ablasyon, Neonatal Sonuç