



**AİLE SAĞLIĞI
HİZMETLERİNDE KADIN
VE ÜREME SAĞLIĞI
İZLEM VE DANIŞMANLIĞI**

AİLE SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI İZLEM VE DANIŞMANLIĞI

Ankara 2017

Aile Sağlığı Hizmetlerinde
Kadın ve Üreme Sağlığı İzlem ve Danışmanlığı
T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı
Ankara, 2017

Editörler

Prof.Dr. İrfan ŞENCAN	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı
Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ	THSK Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kansere Başkan Yardımcısı
Uzm. Dr. Sema SANİSOĞLU	THSK Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanı
Uzm. Dr. Aysun KABASAKAL	Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD
Öğr. Gör. Dr. Filiz ASLANTEKİN ÖZÇOBAN	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü
Bilim Uzmanı Ebe Kamile AYDEMİR ERKEÇ (Redaksiyon)	THSK Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı

Bilim Kurulu

Prof. Dr. Berna DİLBAZ	Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ABD
Prof. Dr. Esin ÇEBER TURFAN	Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD
Prof. Dr. Yaprak ENGİN ÜSTÜN	Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Doç. Dr. Fatma Deniz SAYINER	Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
Doç. Dr. Nafiye YILMAZ	Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Doç. Dr. Şebnem ÖZYER	Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN	Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü
Yrd. Doç. Dr. Özlem DURAN AKSOY	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
Yrd. Doç. Dr. Selda YÖRÜK	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü
Op. Dr. Emre ÖZGÜ	Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Öğr. Gör. Dr. Filiz ASLANTEKİN ÖZÇOBAN	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü
Öğr. Gör. Hülya TÜRKMEN	Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü
Ebe Nesibe ÜZEL	Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü
Ar. Gör. Dr. Mahide DEMİRELÖZ AKYÜZ	Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Yayın Koordinatörleri

Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ

THSK Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve
Kanser Başkan Yardımcısı

Uzm. Dr. Sema SANİSOĞLU

THSK Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanı

Uzm. Dr. Aysun KABASAKAL

Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bilim Uzmanı Ebe Kamile AYDEMİR
ERKEÇ (Redaksiyon)

THSK Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı

CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI DANIŞMANLIĞI	1
Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı	1
Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığının Amaç ve Kapsamı	3
Üreme Hakları ve Cinsel Haklar	4
Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Danışmanlığı Kapsamında Sunulması Gereken Hizmetler	5
Birinci Basamakta Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Hizmetlerinde Danışmanlık.....	5
15-49 YAŞ KADIN İZLEMİ	12
15-49 Yaş Kadın İzleminin Amaçları	13
15-49 Yaş Kadın İzlem Sıklığı	13
15-49 Yaş Kadın İzlem Formunda Yer Alan Bilgiler	13
PREKONSEPSİYONEL (GEBELİK ÖNCESİ) BAKIM	22
Prekonsepsiyonel Değerlendirme	25
Gebeliğe Hazırlık.....	28
Prekonsepsiyonel Ziyaret	30
GEBELİKTE RİSK TANIMLAMA VE TAKİBİ	33
Yüksek Riskli Gebelik Nedir?.....	33
Gebelikte Hipertansif Bozukluklar	34
Gebelikte Glukoz Metabolizma Bozuklukları.....	39
Birinci Trimester Kanamaları	39
GEBELİK İZLEM VE MUAYENELERİ	41
Gebenin Öyküsünü Alma.....	41
Gebenin Muayeneleri.....	42
Gebelik İzlemleri	43
Gestasyonel Diyabet Taraması	45
Non-stres test (NST)	46
Gebelikle ilgili Durumlar	47
Gebelikte Sık Karşılaşılan Sorunlar ve Sorular	50
DOĞUM SÜRECİ	59
Doğumun Başlama Belirtileri.....	60
Doğum Kanalı ve Fetüs İlişkisi.....	60
Doğumun Evreleri.....	63
Doğumun İkinci Evresi	64
Doğumda Kontraksiyonlar.....	64
Doğumda Hormonlar ve Ruhsal Durum	65
Doğumda Ağrıyla Baş Etme Yöntemleri.....	68
GEBENİN DOĞUMHANEYE KABULÜ VE İZLEMİ	74
Uygun Doğumhane Ortamı	74
Doğumhaneye Kabul İçin Önerilen Kriterler;	75
Ağrının Yönetimi	77
Eylemin Birinci Evresinde İzlem ve Bakım	77

0-6 Ay Beslenmesi	133
Ek Besinler	133
GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEMLER	137
Gebeliği önleyici Yöntemler.....	137
Sınıflama	138
Post-Koital (Acil Oral) Kontrasepsiyon.....	151
Enjekte Edilen Kontraseptifler	153
Deri Altı İmplantları.....	159
Hormonlu Ria'lar	163
Rahim İçi Araçlar (Ria)	166
Bariyer Yöntemler	171
Diyafram	174
Cerrahi Kontrasepsiyon.....	175
Doğal Gebeliği Önleyici Yöntemler	178
Diğer Gebeliği Önleyici Yöntemleri	185
GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEM DANIŞMANLIĞI.....	187
Gebeliği Önleyici Yöntem Danışmanlığının Amacı.....	188
Gebeliği Önleyici Yöntem Danışmanlık Çeşitleri.....	189

CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI DANIŞMANLIĞI

Prof. Dr. Esin ÇEBER TURFAN
Ar. Gör. Dr. Mahide DEMİRELÖZ AKYÜZ
Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Amaç: Birinci Sağlık Hizmetleri kapsamında Cinsel sağlık ve Üreme Sağlığı hizmeti sunumu konusunda bilgileri güncellemek.

Kazanımlar:

Bu oturumun sonunda katılımcılar aşağıda belirtilen kazanımları elde ederler;

- Üreme, üreme sağlığı, cinsel sağlık kavramlarını açıklar.
- Cinsel sağlık ve üreme sağlığının önemini açıklar.
- Üreme sağlığı kavramının tarihçesini anlatır.
- Üreme sağlığının amaç ve kapsamını sayar.
- Üreme hakları ve cinsel haklarını açıklar.
- Üreme sağlığı hizmetlerini kavrayıp, açıklar.
- CSÜS hizmet sunumunda iyi iletişim ve danışmanlığın önemini açıklar.
- CSÜS hizmet sunumunda iyi iletişim ve danışmanlık ortamının önemini açıklar.

Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı (CSÜS) Danışmanlığı; Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında CSÜS hizmetleri konusunda ustalaşmış bireylerin danışmanlık ve iletişim becerilerini kullanarak yetkin olduğu CSÜS konularında danışmanlık sürecini uygulaması ile ilgili faaliyetleri içermektedir.

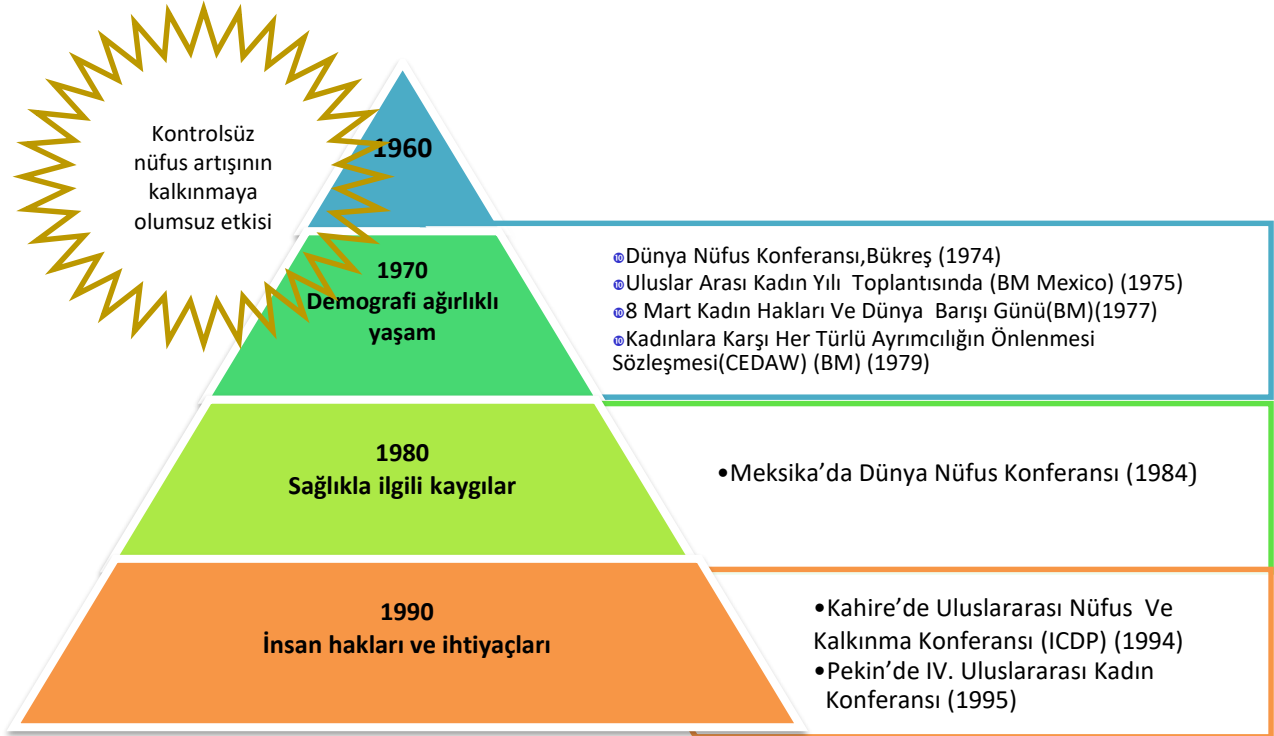
CSÜS danışmanlığının temel kavram ve tekniklerini, iletişim becerilerini kullanarak birinci basamak sağlık kurumuna başvuran kişiye sorunu konusunda danışmanlık yapılmasını sağlamaktır. Başvuranların CSÜS ile ilgili ihtiyaç duyduğu konularda doğru ve tarafsız bilgiyi vererek, kendi düşüncesi ve tutumunu oluşturabilmesine yardımcı olmaktadır.

Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı

Sağlık, bireylerin doğuştan sahip oldukları bir insan hakkıdır. Devletin, bireylerin bu hakkını koruma, çağdaş yaklaşımlarla gereğini yapma, görevi vardır. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı kavramları, çocuğun yaşatılmasına, ergenin sağlığına/ gelişmesine, kadınların ve erkeklerin cinselliğe, üremeye ilişkin sağlıklarına bir bütün olarak yaklaşımı simgelemektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından *Cinsel sağlık*, cinsel yaşamın bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınması yoluyla kişilik, iletişim ve sevginin olumlu yönde zenginleşmesi ve güçlenmesi olarak tanımlanmıştır. *Üreme sağlığı ise*, üreme sistemi, onun

fonksiyonları ve işleyişine ilişkin bütün alanlarda sadece hastalık ya da sakatlık olmaması değil, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumudur. Üreme sağlığı cinselliği de kapsayan bir bütün olarak ele alınmalı, kadın-erkek, genç-yaşlı bütün bireylerin temel hakkı olarak kabul edilmelidir.



Şekil 1. Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı'nın Köşe Taşları

Kaynak. CEDAW Sözleşmesi 1979, Akın 2004, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi,2005,Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler,2009,IWH 2016.

Dünya'da Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş savaşı sonrasında azalan nüfus, 1960'lı yılların başına kadar artış göstermiştir. 1960'lı yıllardan itibaren nüfus artışının kalkınma üzerindeki olumsuz etkileri dikkat çekmeye başlamış ve tüm bunları önlemeye yönelik Nüfus konusunda uluslararası işbirliği artırılarak, çözüm odaklı programlar ve hedefler geliştirilmeye başlanmıştır.

Bu nedenle, 1974'te Bükreş'te demografik yaklaşım temalı, Sağlığa ilişkin kaygıların artmasıyla birlikte 1984'te Mexico City'de ve 1994'de insan hakları ve gereksinimleri tartışmak üzere Kahire'de toplantılar yapılmıştır. Kahire'de 1994 yılında düzenlenen BM Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında (ICPD); nüfus konusu her yönü ile ele alınarak, Cinsel ve Üreme Sağlığı (CSÜS) ve üremeye ilişkin hakların; sürdürülebilir kalkınma, sürdürülebilir ekonomik büyüme ve tüm insan haklarına ulaşmada temel olduğu kabul edilmiş ve üreme sağlığına verilen önem vurgulanmıştır (Şekil 1). Üreme sağlığı hem kadınları hem de erkekleri kapsayan bir kavramdır. Ancak kadınlar için yaşamlarını doğrudan etkileyen öneme sahiptir. Gebelik, doğum ve düşüğe bağlı sağlık sorunları sadece kadınları etkilemektedir. Kadınlar cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma yönünden daha yüksek riske sahiptirler. Genital yol enfeksiyonları kadınlarda daha ciddi geç komplikasyonlara neden olmaktadır ve HIV/AIDS gibi annedeki enfeksiyonların

bebeklere bulaşması söz konusudur. Bu nedenle kadına yönelik sunulan sağlık hizmetlerinin cinsel sağlık üreme sağlığı boyutlarıyla da değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve hizmet kalitesinin yükseltilmesi için yapılan plan ve uygulamalar kadın sağlığı alanındaki önemli gelişmelerden biridir. Bu plan ve uygulamaların toplumdaki ölüm/ doğurganlık hızları, gebeliği önleyici yöntem kullanım oranları ve doğurganlık tercihlerine ilişkin sağlık göstergelerinin de dikkate alınarak yapılması önemlidir.

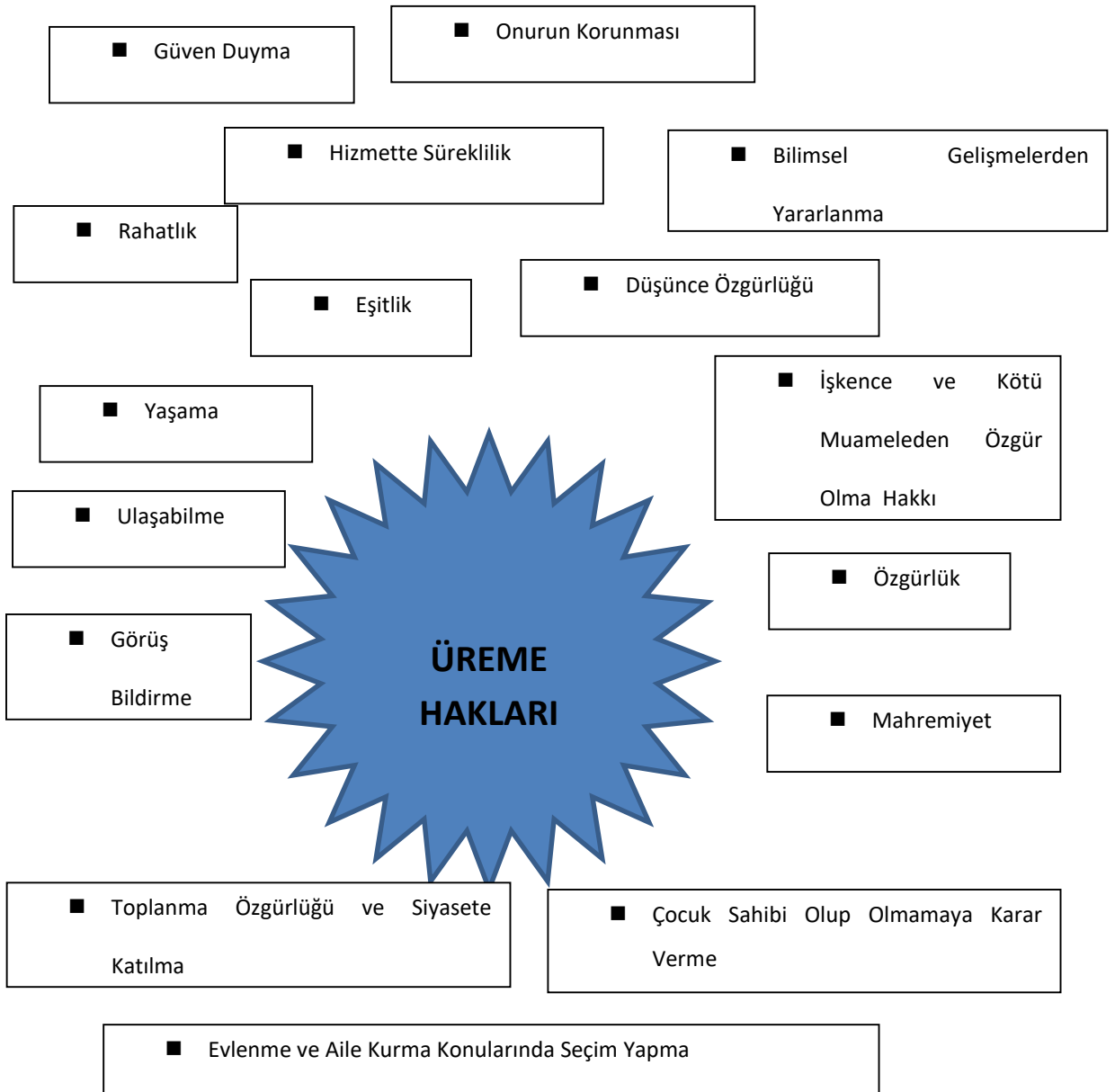
Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığının Amaç ve Kapsamı

Tüm çiftlerin ve bireylerin; çocuklarının sayı, aralık ve zamanlaması konusunda, hiçbir ayrımcılık, şiddet ve baskı olmaksızın, özgürce ve sorumlulukla karar verme, bunun için gerekli bilgi ve olanaklara sahip olma, en yüksek standartta cinsel sağlık ve üreme sağlığına erişme haklarını içerir.

Ayrıca cinsel sağlık üreme sağlığı kapsamında;

- Cinsiyetler arası eşitliğe dayanan cinsellik
- Üreme Sağlığı ve gebeliği önleyici yöntemler ile ilgili gereksinimlerin karşılanması
- İstenmeyen gebelikleri önlenmesi
- Yüksek riskli gebelik, hastalık ve ölümlerinin azaltılması
- Erkeklerin katılımının sağlanması/arttırılması
- Emzirmenin teşvik edilmesi
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi, tedavilerinin uygulanması ve komplikasyonlarının önlenmesi
- Kadın ve erkeklerin cinsel sağlık, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarının sağlanması
- Gençlerin bilinçli ve sağlıklı üreme ve cinsel davranışlarına özendirilmesi, hizmet ve danışmanlık sağlanması
- Erken yaştaki gebeliklerin azaltılması gibi amaçlara ulaşılması hedeflenmektedir.

Üreme Hakları ve Cinsel Haklar



“Üreme hakkı” bireylerin çocuk sahibi olup, olmamaya ve ne zaman çocuk sahibi olacağına karar verme hakkını, kadının gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilgi sahibi olma ve bunlara ulaşabilme hakkını ve çiftlerin sağlıklı bir bebeğe sahip olabilecekleri en iyi koşulları sağlayacak, uygun sağlık bakım hizmetlerinden yararlanabilme hakkını da kapsar.

Benzer şekilde, “Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığı Önlenmesi Sözleşmesinde (CEDAW) de doğurganlığın düzenlenmesinin bireyin özgürce vereceği bir karar olduğu ve kendisine bunun sağlanacağı imkanların sağlık hakkı ve üreme hakları kapsamında sunulması gerektiği vurgulanmıştır. Türkiye’nin de uluslararası düzeyde imza attığı bu anlaşmalar gereğince, etik tartışmalara yer vermeksizin CSÜS hizmetlerinin yaşam boyu ve herkese eşit bir şekilde sunulmasının öncelikli insan hakkı olduğu belirtilmektedir. “Nüfus ve Kalkınma” ve “Kadın” Konferanslarında; Türkiye’nin de imzaladığı “Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığı Önlenmesi

Sözleşmesinde (CEDAW) de herkese eşit ve yaşam boyu CSÜS hizmetlerinin sağlık hakkı ve üreme hakları kapsamında sunumunun gerekliliği, toplum kalkınması açısından önemi vurgulanmıştır.

Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Danışmanlığı Kapsamında Sunulması Gereken Hizmetler

CSÜS danışmanlığı kapsamında sunulması gereken hizmetler üreme sağlığı sorunlarını önleyerek ve çözerek üreme sağlığına ve iyi olma durumuna katkıda bulunan yöntem, teknik ve hizmetler dizisini kapsamaktadır. Cinsel sağlık üreme sağlığı hizmetleri bireylerin; doyurucu ve güvenli cinsel yaşamları için üreme yeteneklerini kullanıp kullanmayacaklarına, ne zaman, ne sıklıkta kullanacaklarına karar verme özgürlüklerini kapsar.

Bu hizmetler kapsamında;

- Sorumlu üreme ve cinsel davranış, sorumlu ebeveynlik için bilgilendirme-eğitimi,
- Etkin ana sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik; doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, sonrası bakım, emzirme
- Genital yol enfeksiyonlarının (GYE) etkin kontrolü
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) önlenmesi ve AIDS ile mücadele
- Infertilitenin önlenmesi ve tedavisi
- Güvenli olmayan düşüklere son verilmesi ve düşüğe bağlı sonuçlarda gerekenin yapılması
- Yaygın gebeliği önleyici yöntemler, gebeliği önleyici yöntemler bilgilendirme-eğitim-iletişim ve danışmanlık
- Kadın sağlığına erkek katılımı
- Üreme organları kanserlerinin önlenmesi ve tedavisi
- Anne-bebek beslenmesi
- Adolesan sağlığı ve cinselliği
- Sağlıklı yaşam biçimi
- CSÜS ile ilgili sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerin düzenlenmesi.
- Erkeklerle yönelik üreme sağlığı hizmetleri gibi hizmetler yer almaktadır.

Birinci Basamakta Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Hizmetlerinde Danışmanlık

Sağlık alanında ulaşılan bilgi düzeyi milyonlarca anne ve bebeğin ölümünü veya hastalanmasını engelleyebilecek güçtedir. Ancak bu bilgi birikiminin aktarılmasında ve davranış değişikliği yaratılmasında sorunlar yaşandığı bilinmektedir. Bireylerin sağlık riskleri konusunda yeterli bilgi sahibi olmaları ve bu bilgileri davranışlara yansıtma etekli iletişimle sağlanabilir. Sağlığın geliştirilmesi, sağlık bilgi ve teknolojisindeki gelişmelerin yanında insanların bu gelişmeler doğrultusunda, yaşam biçimlerini değiştirmelerine de bağlıdır. Bu değişimi sağlamada özellikle de cinsel sağlık üreme sağlığı konularında danışmanlığın önemi oldukça büyüktür. Danışmanlık üreme sağlığı ve gebeliği önleyici yöntem programlarının önemli ancak genellikle ihmal edilen unsurudur. Rahat bir ortamda sağlanan etekli bir danışmanlık, özellikle istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve kontraseptif kullanımını teşvik etmede, bilinçli kontraseptif yöntem seçimini,

seçilen yöntemin doğru, düzenli ve uzun süreli kullanılmasını sağlamada önemli bir role sahiptir.

Kaliteli danışmanlık hizmeti ile erken ve ileri yaş gebelikler, sık ve fazla sayıdaki doğumlar önlenerek anne ve bebek ölümleri azaltılabilir. Sağlık hizmeti sunumunda eğitim ve danışmanlık, mahrem olarak kabul edilen CSÜS hizmet sunumunda istendik düzeyde değildir.. Bu nedenle CSÜS ilgilendiren konularda klinik, eğitim ve danışmanlık süreçlerinde bireylere ve gruplara yönelik iletişim stratejileri çok önemlidir. Özellikle birinci basamakta hekim, hemşire ve ebeler etkili danışmanlık yapabilmek için üreme sağlığı, gebeliği önleyici yöntemler hakkında yeterli bilgiye ve gelişmiş iletişim becerisine sahip olmalıdırlar.

Danışmanlıkta önemli bir yaklaşım “saygı” dır. Bunun için danışman tarafından karşıdaki kişinin benlik sınırları tanınmalıdır. İletişim, kurduğumuz herkesin tüm farklılıklarına rağmen saygı ve kabulü hayata geçirebilmektir. Bu farklılıklar, cinsiyet, ırk, kültür, sosyo-ekonomik, eğitim düzeyi, bireysel görüş, görünüm, ifade, bilgi, birikim farklılıkları olabilir. İletişiminde temel prensip bu farklılıkları danışmanlığı sınırlayıcı değil, zenginleştirici öğeler olarak kullanabilmektir. “Kabul” ve “saygı” yı danışmanlıkta hayata geçirebilmek, her kişinin kendine özgü olduğunu kabul etmek, değiştirmeye zorlamamak, insanları yargılamadan anlamaya çalışmak ve insanları olduğu gibi kabul etmekten geçmektedir.

Danışmanlık sırasında asıl odaklanılması gereken nokta “olaylar” olmalıdır. Olayları kişi odaklı düşünmek yerine olayların aksayan yerlerine, aksama nedenlerine ve bunun bütün ile olan ilişkilerine yoğunlaşmak önem taşımaktadır. Kişilerin düşüncelerini ve davranışlarını değerlendirirken hem olumlu hem olumsuz yönleri görebilmek gereklidir. Olumsuz yargılayıcı olmayan sadece size yardımcı olacak sorular sorulmalıdır.

Danışmanlık ve iletişimde önemli noktalardan biri de “doğru dinleme” dir. Danışmanlık süreci sonunda vermek istediğimiz bilgilerin yerine ulaştığından emin olmak için, karşımızdaki kişiye anladığı şekilde tekrar ettirmek, danışmanlık süreci sonunda geline nokta, ortaya çıkan durumlar hakkında kişiye geri bildirimde bulunmak önemlidir.

Danışmanlık Hizmeti Verirken Dikkat Edilecek Noktalar:

- Kısalık:
 - Akılda tutulması gereken noktaları vurgulamalıdır.
- Öncelik:
 - Önemli konular ilk başta anlatılmalıdır.
- Basitlik.
 - Kısa cümleler kullanılmalıdır.
 - Bireyin anlayabileceği sözcükleri kullanmalıdır (teknik sözcüklerden ve uzun açıklamalardan kaçınmalıdır).
- Tekrar Etme:
 - Önemli bilgiler ve açıklamalar tekrarlanmalıdır.
 - Kişinin bunları tekrarlamasını istemelidir.
 - Anlatılan konular basılı materyal / ilgili araç ve gereçler (kitap, resim, broşür v.b.) üzerinde gösterilmelidir.

Danışmanlıkta Hatırlamayı Sağlayan Adımlar:

1. Danışmanlığın kısa tutulması: sadece en önemli noktalar söylenmeli.
2. Başvuranın anlayacağı basit cümleler kullanılması,
3. Başvurana gerekli olanla olmayan bilgileri ayırt edilmesi,
4. Başvuranın hatırlaması gereken noktaların vurgulanması,
5. İlk önce ilkin önemsenmesi: En önemli, en iyi hatırlanacak mesaja öncelik verilmesi.
6. Bilginin bir düzen içinde verilmesi,
7. Tekrar edilmesi,
8. Açıkça belirtilmesi (spesifik olunması),
9. Günlük olaylarla bağlantı kurulması,
10. Anlaşıp anlaşılmadığının kontrol edilmesi,
11. Başvurana bilgi-eğitim- iletişim materyallerinin verilmesi.

Etkin bir cinsel sağlık, üreme sağlığı danışmanlığı sayesinde;

- Üreme sağlığı ile ilgili gereksinimlerin karşılanması,
- İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi,
- Erkeklerin katılımı arttırılabilmesi,
- Emzirme teşvik edilmesi,
- Kadın ve erkeklerin cinsel sağlık için gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşılması,
- Gençlere bilinçli ve sağlıklı üreme ve cinsel davranışı özendirilip, hizmet ve danışmanlık sağlanması,
- Yüksek riskli gebelik, hastalık ve ölümlerin azaltılması sağlanabilecektir.

Danışmanlık Sonrası Değerlendirme

Danışandan geri bildirim alınarak ilgili cinsel sağlık üreme sağlığı konusunda yeterli düzeyde danışmanlık aldığından emin olunarak danışmanlık almaya devam etmesi konusunda cesaretlendirilir.

Kayıt

CSÜS konusuna ilişkin verilen danışmanlık ve ilgili bulgular kayıt altına alınmalıdır.

Kaynaklar

- 1- Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler, Füsün Sayek TTB Raporları/Kitapları, Dünya Tabipler Birliği Avrupa Konseyi Birleşmiş Milletler Unesco Avrupa Tabip Birlikleri Forumu, Birinci Baskı, Haziran 1998, Ankara İkinci Baskı, Ekim 2009, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, ISBN 978-605-5867-22-5 ,2009.
- 2- Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Tasfiye Edilmesine Dair Sözleşme, CEDAW Sözleşmesi, 1979, <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/cedaw.pdf>, Erişim: 24.06.2016.
- 3- Akın, A. Özvarış, Ş.B. (2004). "Adolesanların/Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler" Projesi (Özet Rapor), Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Ankara.
- 4- Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetlerinde Sağlık Eğitimi, İletişim ve Danışmanlık, Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics 2015;1(2)
- 5- Şimşek Ş.(2001), "Aile planlamasında danışmanlık", Hemşirelik Forumu Dergisi, cilt:4, sayı:1, Ocak / Şubat, sy: 32-36.
- 6- Topcuoğlu H (1999), İletişim ve Danışmanlık, Hekim dışı Sağlık Personeli iş sağlığı Ve iş güvenliği Eğitim Dokümanı, Ankara.
- 7- New Gather Guide to Counselling, 12 Tips to Help Clients Remember Population Reports, 1998.
- 8- Sağlık Eğitimi, Temel Sağlık Bakımında Sağlık Eğitimi El Kitabı, II Baskı, Çev: Aykut M. Ve ark. , Erciyes Üniversitesi Yayınları NO: 116, Kayseri, sy: 87106.(2001)
- 9- Taşkın L (2009) Doğum ve Kadın sağlığı Hemşireliği, Aile Planlaması/Gebeliğin Önlenmesi, Sistem ofset Matbaacılık, 9. Baskı, Ankara, s.527-545.
- 10- Özvarış ŞB, Ertan AE: Üreme sağlığında yaşam boyu yaklaşım, "Akın A (eds):Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın" kitabında 2003;113-126., Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
1. Taşkın L: Aile Planlaması, "Taşkın L (eds): Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 10. Baskı" kitabında s.527-45, 2011, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara
2. World Health Organization, Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Counselling for Maternal and Newborn Health Care: A Handbook for Building Skills; 2013.
3. Kitapçıoğlu G., Yanıkerem E. , Manisa Doğumevinde doğum yapan kadınların doğurganlık öyküleri, aile planlaması davranışı ve doğum sonrası aile planlaması danışmanlığı. Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine 47(2) : 87 – 92. 2008.
4. Sağlık Bakanlığı, Gençlere Yönelik Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Danışmanlık Ve Sağlık Hizmet Merkezleri Durum Analizi Raporu. www.tuspg.saglik.gov.tr/.../genclik/genclikicin_danismanlik/, 2016.
5. Erbil N, Pasinlioğlu T. Planlı eğitim ve danışmanlığın kadınların aile planlaması hizmetlerinden memnuniyet düzeyine etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11(2):38-46.

6. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2005). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, 4. Basım, Cilt I.,2005, Ankara.
7. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2005). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, 4. Basım, Cilt II.,2005, Ankara
8. IWH, The importance of women's health. Global Health Council [http: // www. globalhealth. org/womens_ health /impact /](http://www.globalhealth.org/womens_health/impact/)Erişim Tarihi: 06.23.2016
9. Taşkın,L.:Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.Genişletilmiş 4.basım,Sistem Ofset Matbaacılık Ankara,ISBN 975-94661-0-4.2006
10. Taşkın L., Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş VI. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara. 2003.
11. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, <http://cocukhizmetleri.aile.gov.tr/data/5422bc94369dc316585c0e01/1.5.2827.pdf>,Erişim tarihi: 2016).

Ülkemizde yapılan araştırmalarda; 15-49 yaş izlemleri ile gebeliği önleyici yöntemlerin kullanım sıklığının arttığı, istenmeyen gebeliklerin engellendiği, tespit edilmeyen gebe oranının azaldığı, daha erken dönemde kanser vakalarının saptandığı ve tetanoz bağışıklama oranlarının arttığı gösterilmiştir. Aynı zamanda izlemlerin sıklığı ve niteliğinin sosyodemografik değişkenlerden (ilkokul mezunu olmayan, bekar ve akraba evliliği olanlarda) etkilendiği bildirilmektedir. Bu bakımdan izlemlerin etkinliğini artıracak müdahaleler olarak 15-49 yaş izlemlerinin kadın sağlığı açısından öneminin vurgulanması ve belli aralıklarda ev ziyaretlerinin yapılması önerilmektedir.

15-49 Yaş Kadın İzleminin Amaçları

- Doğurganlık davranışları ile ilgili bilgi edinmek
- Gebeliği erken dönemde tespit edebilmek
- Gebeliği önleyici hizmetleri sunmak
- Cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemek, erken tanı ile tedavilerini sağlamak
- Jinekolojik hastalıkların erken tanı ve tedavisine yardımcı olmak
- Kronik hastalıkların erken tanı ve tedavisini sağlamak
- Menopoz gibi özel dönemlerde danışmanlık hizmeti vermek
- İnfertil ailelere yardımcı olmak

15-49 Yaş Kadın İzlem Sıklığı

- Ocak-Haziran dönemi: Bir kez
- Temmuz-Aralık dönemi: Bir kez olmak üzere yılda 2 kez.

15-49 Yaş Kadın İzlem Formunda Yer Alan Bilgiler

1. Sosyodemografik Özellikleri

Kadın ve eşine ait sosyodemografik özellikler ve sağlığa etkileri belirlenir.

Doğum Tarihi: Kadının yaşı; ilk evlilik, gebelik ve doğum yaşının belirlenmesi ile hizmet gereksinimlerinin tespiti açısından önemlidir.

Öğrenimi: Kadının öğrenim düzeyi, sağlığını olumsuz etkileyen faktörler konusunda bilinç düzeyini etkilemektedir. Özellikle okuryazar olmayan kadınlar; koruyucu, önleyici, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine ulaşma ve yararlanma konusunda daha az bilgiye sahiptirler. Öğrenim düzeyi ile ilişkili olarak kadınlar sağlık yakınmalarını sağlık personellerine tam ve anlaşılır bir şekilde iletmede, sağlık sorunlarının tanınmasında, tedavi ve bakım uygulamalarını yerine getirmede güçlük yaşayabilirler. Öğrenim düzeyi düşüklüğü bireyselleşme yetersizliği ile bağlantılı bir şekilde kadının bireysel sağlık durumunun farkında olmamasına ve yaşadığı sorunlarla etkili şekilde baş edememesine yol açabilir.

Mesleği: Kadının toplumsal statüsünü etkileyen önemli faktörlerden birisidir. Öğrenim düzeyine paralel olarak kadınlar kazanç ve statü açısından daha yüksek pozisyonlarda istihdam edebilmektedir. Geçici, güvencesiz, düşük statülü ve ücretli olan işlerde çalışan kadınlarda

İlk Doğum Yaşı: Erken ve ileri yaşta gerçekleşen doğumlar anne ve bebek sağlığı açısından önem taşımaktadır.

Talasemi Taşıyıcılığı: Taşıyıcılık tespit edildiğinde, talasemi önlenabilir bir hastalıktır. Taşıyıcı çiftler prenatal tanı yöntemleri kullanılarak sağlıklı bir bebek sahibi olabilirler. Ancak gebelik gerçekleşmeden önce mutasyonların belirlenmesi gerekmektedir. Ebeveynlerdeki bu mutasyonlara göre fetüsün hasta ya da sağlıklı olabileceği belirlenebilir.

3. Sistemik Hastalıkları

Kadının kardiyovasküler (hipertansiyon, kalp kapak hastalıkları, koroner arter hastalıkları ve tromboflebit gibi), endokrinolojik (diabetes mellitus, hipertroidi gibi) serebrovasküler ve nörolojik (anevrizma, fistül ve epilepsi gibi), solunum sistemi (astım bronşiale, KOAH gibi), hematopoetik sistem (anemi, lenfoma, lösemi gibi) ve psikiyatrik hastalıkları, neoplazmları ile geçirilmiş ameliyatları değerlendirilir. Hastalıkların sağlığa etkileri, seyri, tedavileri ve bakım uygulamaları incelenir.

4. Doğurganlık Bilgileri:

Doğumların sayısının artması, buna karşılık doğum aralıklarının azalması kadının sağlığını bozan önemli faktörler arasındadır. Doğumun ardından kadının vücudunun eski sağlık düzeyine kavuşması için en az iki yıl geçmesi gerekmektedir. Bundan daha kısa sürede yeniden gebe kalınması kadının ve bebeğinin sağlığı hatta yaşamı açısından yüksek risk içermektedir. Daha önceki gebelik ve doğumlara ilişkin temel bilgi sağlanması (toplam gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, ölü doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, isteyerek düşük sayısı, kendiliğinden düşük sayısı, ölen çocuk sayısı); gebelik ve doğumlarda yaşanabilecek olası sorunlara dikkat çekmesi bakımından önemlidir.

5. Gebelik Öyküsü

Gebelik fizyolojik bir süreçtir. Ancak bununla birlikte her gebede komplikasyon gelişebilir. Hangi gebede istenmeyen bir durumun gelişeceğinin tam olarak bilinmesi olası değildir. Önceki gebeliklerin sonuçlarının değerlendirilmesi bu açıdan önemlidir.

Doğumun veya Düşüğün Gerçekleştiği Tarih: Her bir gebelik veya düşük için gerçekleştiği tarih yazılır.

Doğumdaki veya Düşükteki Gebelik Haftası: Her bir gebelik veya düşük için tamamlanan gebelik haftası belirtilir.

Doğum Şekli: Doğumun hangi (normal, sezaryen, forseps veya vakumla müdahaleli doğum gibi) şekilde gerçekleştiği açıklanır.

Doğumun Gerçekleştiği Yer: Doğumun gerçekleştiği yer (ev, hastane, klinik gibi) belirtilir.

6. Alışkanlıkları

Sigara: İçeriğinde bulunan nikotin ile bağımlılık yapan, toksik maddeler nedeniyle ise sağlığı tehdit eden alışkanlıklardan birisidir. Kadınlarda oluşan bağımlılık sadece kendini etkilemekle kalmamakta, gebelik sürecinde kullanımı ile fetüs ve yenidoğan sağlığını etkilemektedir.

Alkol: Özellikle gebelikte kullanımının fetüste gelişimsel kusurlara yol açtığı düşünülmektedir. Etanol güçlü bir teratojendir. Büyüme kısıtlılığı, yüz anomalileri ve santral sinir sistemi disfonksiyonu ile karakterize fetal alkol sendromuna neden olabilir.

Madde: Bağımlılık yapan maddelerin kullanımı anne ve fetus sağlığına olan olumsuz etkileri açısından önemlidir.

Kullandığı İlaçlar: Hekim önerisi olmadan ilaç kullanılmamalıdır. Özellikle gebelik döneminde kullanılacak ilaçlar ve etkileri konusunda hekim kontrolünde ve dikkatli olunmalıdır.

7. Tetanoz Aşı Tarihleri

Doğurganlık çağındaki kadınlara tetanoz aşısı; gebeliğin 4. ayında birinci doz, birinci dozdan 4 hafta sonra ikinci doz, ikinci dozdan en az 6 ay sonra üçüncü doz, üçüncü dozdan en az bir yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte dördüncü doz, dördüncü dozdan en az bir yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte beşinci doz olmak üzere toplam beş doz olmak üzere uygulanır.

8. Göç Halinde

Göç, bireylerin sosyal etkileşimleri ve kültürel yapılarında birçok zorluk ve değişimi beraberinde getirmektedir. Bu durum ise en fazla çocuk ve kadınları etkilemektedir. Göçün kadın sağlığına etkileri iyi ya da kötü yönde olabilmektedir. Göç edilen toplumsal çevredeki farklı yaşam biçimleri, yeni bir kültüre uyum problemleri, dil engeli, sosyal desteğin azlığı, maddi sorunlar, uyum güçlükleri ve zor çalışma şartları kadınların psikososyal problemlerini ön plana çıkarmaktadır. Bu nedenle formda göç edilen tarih ve yerin belirtilmesi gerekir.

9. Ölüm Halinde:

Ölüm halinde ölüm tarihi ve nedeni belirtilir.

10. İzlemler

Öykü: Sağlık öyküsü, mevcut durum hakkındaki subjektif verileri toplamak üzere karşılıklı görüşme yoluyla alınır. Kadının mevcut sağlık durumu, hastalık öyküsü, yakınmaları ve gündelik yaşama etkileri sorulur. Öyküde belirlenen riskler ve sağlığa etkileri değerlendirilir.

Sistemik Fizik Muayene: Vital bulguların, boy-kilo ve kan basıncının alınması ile başlar. Postürün değerlendirilmesi ile birlikte baştan aşağıya bir sıra ile sistemik fizik muayene tamamlanır. Normalden sapma olduğunda kaydedilir. Yaşanan problemlere özgü girişimlerde bulunularak değerlendirilir.

Hemoglobin: Normalde 12-16 g/dl olmalıdır. Gebelik döneminde birinci ve üçüncü trimesterde 11 g/dl, ikinci trimesterde 10.5 g/dl altında olması anemi olarak değerlendirilir.

Hemotokrit: Normalde %38-47 arasında olması beklenir. Düşük değerler anemiye işaret etmesi açısından önemlidir.

Tam İdrar Tetkiki: Üriner sistem enfeksiyonları kadınlarda oldukça sık görülmektedir. Bu nedenle semptomlarla birlikte tetkik sonuçları dikkatle değerlendirilmelidir. Aynı zamanda böbrek fonksiyonları hakkında bilgi vermektedir.

Tansiyon Arteriyel: Kan basıncı dolaşım sistemindeki kardiyak debi, periferel direnç, kan volümü ve damar duvarının esnekliği gibi birbirleri ile ilişkili pek çok hemodinamik faktörü yansıtır. Kan basıncının normal üst değeri 135/85 mmHg olmalıdır. Ortalama iki veya daha fazla ölçümde 140/90 mmHg ve daha yüksek değerler için hipertansiyon açısından hekime yönlendirilmelidir.

EKG: Kardiyolojik risk faktörleri ve semptomların varlığında değerlendirilmesi oldukça önemlidir.

Varis Muayenesi: Kadında gelişebilecek olan dolaşım bozukluğu ve tromboflebitin değerlendirilmesini sağlar.

Meme Muayenesi: Memelerin muayenesinde; memelerin inspeksiyonu, memelerin palpasyonu ve kendi kendine meme muayenesinin (KKMM) kadına öğretilmesi gerekmektedir. Kadın KKMM düzenli yapıyorsa, bilgi ve tekniği değerlendirilir. KKMM yirmi yaşından itibaren her ay, memelerin en az duyarlı olduğu dönem olan menstrüasyonun 5.-7. günlerinde yapılmalıdır. Eğer kadın menstrüasyon görmüyorsa her ayın belirli bir gününde yapılabilir. Klinik meme muayenesinde; kadın otururken meme, meme uçları şekil büyüklük ve simetri açısından incelenir. Kadın öne eğilerek ve ellerini beline koyarak memede yassılaşma, ciltte çukurlaşma, renk değişikliği, portakal kabuğu görünümü ve iki meme arasında simetri olup olmadığı gözlenir. Kadın sırtüstü yatarken muayene edilen taraftaki el başın altına konularak her iki meme parmak uçları ile önce sternumun ortasından koltuk altının orta hattına kadar, yukarıda klavikuladan aşağıda memeden birkaç santimetre aşağıya kadar olan bölgeyi kapsayacak şekilde, sonra aksiller ve subra-infra klavikular lenf nodları da dahil olacak şekilde muayene edilir. Kitle hissediliyorsa çapı, şekli, yoğunluğu, mobilitesi, sınırları ve lokalizasyonu belirlenir. Meme ucunda pigmentasyon, içe çekme ve düzleşme kontrol edilir. Meme ucunda akıntı varlığı ve özellikleri değerlendirilir.

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon (CYBE) Bulgusu Sorgulama: CYBE kadınların biyolojik ve fizyolojik özelliklerinin yanı sıra sosyal yönden olan duyarlılıkları nedeniyle daha sık görülmektedir. Kadınların biyolojik olarak enfeksiyonlara yatkın olmalarının nedenleri arasında erken yaşta evlenmeleri ve cinsel ilişkiye başlamaları, vajinal mukoza yüzeylerinin geniş olması sayılabilir. Bakteriyel enfeksiyonların tedavisi mümkünken, viral olanlar kronikleşmekte, yaşam boyu sürerek sadece semptomatik olarak tedavi edilebilmektedir. Bu nedenle öncelikle korunma ve semptomların erken dönemde belirlenmesi gerekmektedir. Enfeksiyonlar genital, anal, oral, oftalmik ya da sistemik belirtiler vermekle birlikte vajinal akıntı özelliklerinin ve genital bölgenin değerlendirilmesi oldukça önemlidir.

PAP Smear: Pap smear serviks kanseri taramasında standart olarak kullanılmaktadır. Test, servikal kanseri erken dönemde belirlemekle birlikte klamidya ve trikomonas gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları içinde belirleyici olmaktadır. Test yaptırmaya 21 yaşını geçmemek üzere cinsel ilişki başladıktan üç yıl sonra başlanmalı ve her yıl düzenli olarak yaptırılmalıdır.

Verilen Üreme Sağlığı Danışmanlıkları: Evlilik öncesi, gebelik öncesi, menopoz, ergen sağlığı, gebeliği önleyici yöntem danışmanlığı, CYBE danışmanlığı, beslenme ve ihtiyaç duyulan diğer konularda verilen danışmanlıklar belirtilir.

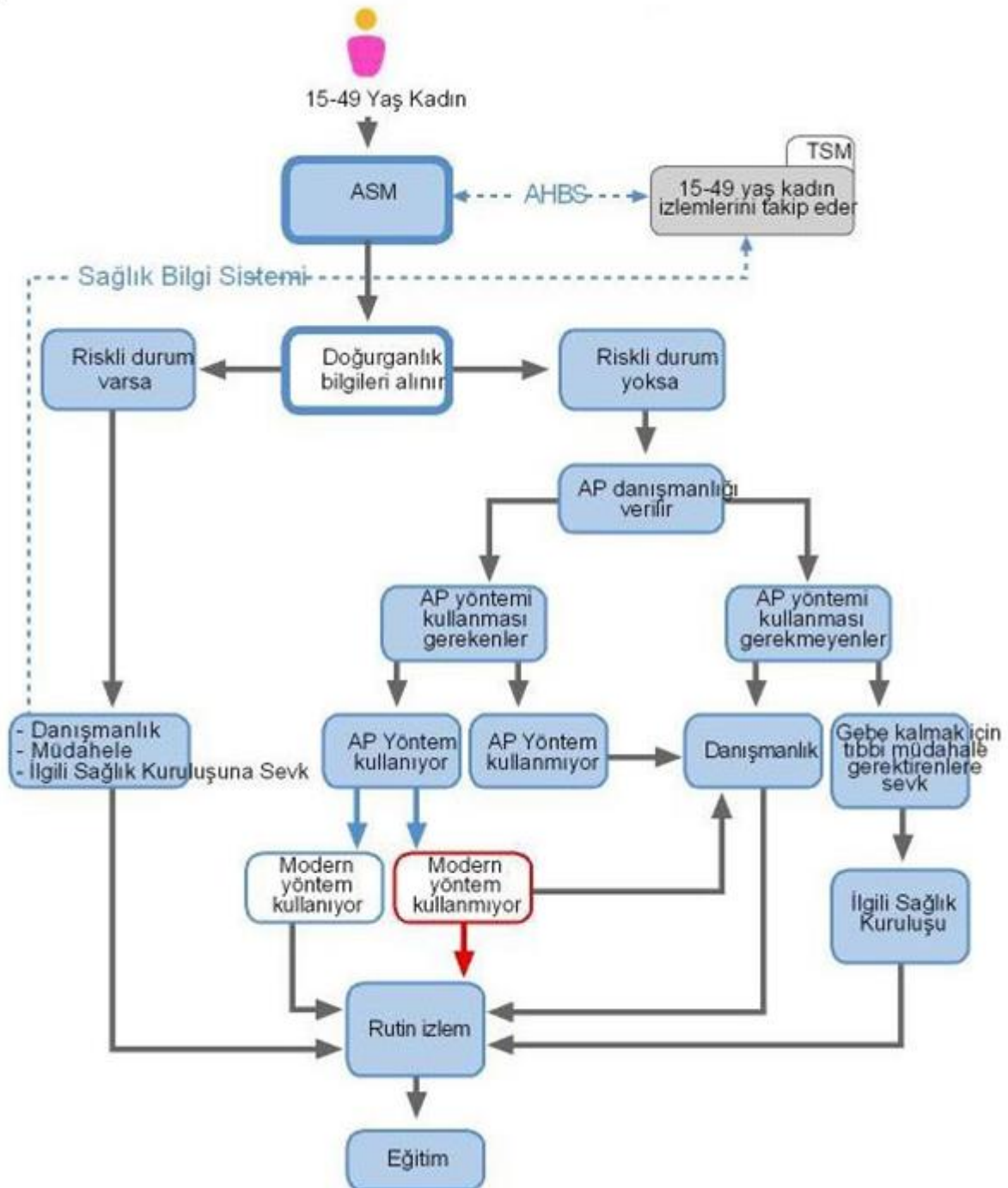
Kullanılan Gebeliği Önleyici Yöntemi: Modern gebeliği önleyici yöntemleri en fazla kadınlar tarafından kullanılmaktadır. Kadının toplumsal statüsü ile gebeliği önleyici hizmetlere ulaşma ve kullanması arasında doğrusal bir ilişki vardır. Gebeliği önleyici yöntemlerinin detaylı değerlendirilmesi (formda yer alan yöntemler gibi), özellikle gebelikten hemen önce ve gebelik sürecinde oral kontraseptif kullanımının bilinmesi gerekmektedir. Çünkü fetüs üzerine olan zararlı nedeniyle gebe kalmadan üç ay önce oral kontraseptiflerin kesilmesi ve bu sürede başka bir yöntemle gebelikten korunulması önerilmektedir. Eğer modern gebeliği önleyici yöntemleri kullanılmıyorsa genel ve yöneme özel danışmanlık verilmesi gerekmektedir.

Gebeliği önleyici Yöntemi Kullanmama Nedeni: Eğer kadın yöntem kullanmıyorsa, formda yer alan gebeliği önleyici yöntemi kullanmama nedeni belirtilir (1-Bekar, 2-Yöntem kullanmak istemiyor, 3-Gebe kalmak istiyor, 4-Emziriyor, 5-Gebeliği devam ediyor, 6-Menopozda, 7-İnfertilite gibi). Gebeliği önleyici yöntem kullanmama nedenine yönelik girişimler planlanır ve uygulanır.

Risk Tespit Kodu: Kadın formda yer alan risk/risklerden hangilerini taşıyorsa kodu belirtilir (1-18 yaş altı gebelik, 2-35 yaş üstü gebelik, 3-Dört veya daha fazla sayıda doğum yapanlar, 5-Son doğumunu yapalı 2 yıldan az olanlar, 6-Sistemik hastalığı olanlar, 7-Adet düzensizliği olanlar, 8-Şüpheli PAP smear, 9-Memede şüpheli kitle, 10-CYBE, 11-Kalıtsal hastalıklar, 12-Anemi, 13-Sigara). Risklere özgü yaklaşımla bakım ve uygulamalar gerçekleştirilir.

Diğer: Kadında, izlem esnasında formda yer alan bilgiler dışında belirlenen sorunlar kaydedilir.

15-49 Yaş Kadın İzlemi İş Akış Şeması



Kaynak: THK. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi, TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, ss: 463.

Kaynaklar

1. Akdolun Balkaya, N. (2016). Üreme sistemi enfeksiyonları ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar. (Kadın Sağlığı, Edt. Şirin, A., Kavlak, O.), Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, ss: 217-255.
2. Akın, A. (2008). Kadın Statüsü ve Sağlığı İle İlgili Gerçekler. T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü, Ankara: Afşaroğlu Matbaası.
3. Akın, A., Bahar Özvarış, Ş. (2006). Üreme sağlığı. (Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Edt. Güler, Ç., Akın, L.), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, ss: 208-215.
4. Hacılioğlu, N. (2009). Anne & Çocuk sağlığı hizmetleri. (Halk Sağlığı Hemşireliği Edt. Erci, B.), Amasya: Göktuğ Yayıncılık, ss: 78-91.
5. Kızılkaya Beji, N., Dişsiz, M. (2015). Gebelik ve hemşirelik yaklaşımı. (Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Edt. Kızılkaya Beji N.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, ss: 249-302.
6. Kocabacak, S. (2014). Kadın yoksulluğu ve kadın sağlığı üzerine yansımaları. *Sosyal Güvence Dergisi*, 6(3): 135-161.
7. Mavili Aktaş, A. (2007). Türkiye’de kadın sağlığını etkileyen sosyo-ekonomik faktörler ve yoksulluk. *Aile ve Toplum*, 9(3): 65-72.
8. Nesanır, N., Erkman, N. (2010). Aile hekimliği uygulamasına geçen ilk 11 ilin sağlık göstergeleri üzerinden bu sürece bir bakış. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5): 493-504.
9. Özkan, S. (2016). Klimakteryum ve menopoz. (Kadın Sağlığı, Edt. Şirin, A., Kavlak, O.), Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, ss: 154-167.
10. Öztür, D. (2011). Yaşam bulguları. (Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri, Çev.Edt. Atabek Aştı, T., Karadağ, A.), Adana: Nobel Kitabevi, ss: 487-538.
11. Öztürk A. (2011). Ana çocuk sağlığında izleme. (Halk Sağlığı Genel Bilgileri, Edt. Öztürk, Y., Günay, O.), Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları, ss: 531-535.
12. Öztürk, Y. (2011). Türkiye’de ana sağlığı sorunları, nedenleri ve çözüm önerileri. (Halk Sağlığı Genel Bilgileri, Edt. Öztürk, Y., Günay, O.), Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları, ss: 469-490.
13. Öztürk Can, H. (2016). Menstrüel siklus bozuklukları. (Kadın Sağlığı, Edt. Şirin, A., Kavlak, O.), Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, ss: 94-108.
14. Sevinç, S., Çelik, M.Y. (2016). Akriba evliliklerinin çocuk sağlığına etkisi ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 26(2): 23-28.
15. Sevil, Ü. (2016). Adolesan dönemi (ergenlik-gençlik çağı). (Kadın Sağlığı, Edt. Şirin, A., Kavlak, O.), Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, ss: 142-153.
16. Şen, S. (2016). Üreme organlarının fizyolojisi. (Kadın Sağlığı, Edt. Şirin, A., Kavlak, O.), Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, ss: 70-83.
17. Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş XIII. Baskı, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

18. THK. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi, TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Erişim: 13.03.2017, <http://thsk.saglik.gov.tr/eDosya/01/tsbs.pdf>
19. THK (2017). 15-49 Yaş Kadın İzlemleri Programı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Erişim: 13.03.2017, <http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/daire-faaliyetleri/802-15-49-ya%C5%9F-kad%C4%B1n-izlemleri-program%C4%B1.html>
20. Tuzcu, A., Ilgaz, A. (2015). Göçün kadın ruh sağlığı üzerine etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(1): 56-67.
21. Yavaş Çelik, M. (2016). Ergenlerin dismenore yaşama durumları ve hemşirenin rolü. *Sağlık ve Toplum*, 26(2): 17-22.
22. Yıldırım, G. (2010). Ebe ve Hemşireler İçin Uygulama Becerileri Öğrenim Rehberi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları.
23. Yurdakul, M. (2016). Üreme sistemini tanılama ve değerlendirme. (Kadın Sağlığı, Edt. Şirin, A., Kavlak, O.), Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, ss: 84-91.
24. Yüksel, M., Davas, H.A. (2016). İzmir’de bir üniversite hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran 15-49 yaş kadınların birinci basamakta izlem sıklığı ve niteliği. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(6): 492-500.

PREKONSEPSİYONEL (GEBELİK ÖNCESİ) BAKIM

Öğr. Gör. Dr. Filiz ASLANTEKİN ÖZÇOBAN
Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü

Amaç: Prekonsepsiyonel bakım konusunda bilgi kazanmak.

Kazanımlar:

Bu oturumun sonunda katılımcılar aşağıda belirtilen kazanımları elde ederler;

1. Prekonsepsiyonel bakımı tanımlar.
2. Prekonsepsiyonel bakımın önemini kavrar.
3. Prekonsepsiyonel bakımda yapılacakları sıralar.
4. Prekonsepsiyen bakım konularında danışmanlığın önemini açıklar.

Dünyada pek çok ülkelerde gelişmiş ülkeler de dahil gebelikler plansız olmaktadır. Oysa gebelik öncesi kadın ve eşinin sağlık durumu ve sağlık alışkanlıkları doğacak olan bebeğin kaderini belirlemektedir. Yapılan çalışmalar kadınların %95'inin en az bir problem, %52'sinin medikal reproduktif, %25'inin hepatit ve yasaklı madde, %17'sinin alkol kullanımı ve %54'ünde nütrisyonel yönden risk taşıdığını göstermektedir. Kadının ve eşinin gebeliğe sağlıklı biçimde hazırlanması, risklerin kontrolü, erken tanı fırsatı sağlaması, sağlıklı nesillerin devamlığı için en önemli yaklaşım prekonsepsiyonel bakımdır. Gelişmiş ülkelerde 20. yüzyılın başında her 1000 canlı doğumda 7.28 kadın ve 96 infant ölmekte iken prekonsepsiyonel bakım hizmetleri ile 20. yüzyılın sonunda bu oranlar maternal mortalitede 0,08'e ve infant mortalitesinde 7'ye kadar düşmüştür. Dünya Sağlık Örgütü çağdaş yaklaşımda birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer alması gereken prekonsepsiyonel bakımı sadece çocuk sahibi olmayı planlayan çiftler için değil, doğurganlık çağındaki her kadına yaşam boyu sunulması gereken bir hizmet olarak belirtmektedir. Prekonsepsiyonel bakım, CDC'nin tanımında belirttiği gibi kadın sağlığı veya gebelik sonuçları üzerine potansiyel risk oluşturabilecek biyomedikal, davranışsal ve sosyal risk faktörlerini, gebelik öncesi saptamak ve bunların iyi bir şekilde yönetimi için harekete geçmektir. Sağlıklı kabul edilen veya kendilerinin sağlıklı olduğunu düşünen bireylerde aktif olarak taramalar yaparak belirli hastalıkları araştırmak, akılcı ve kanıta dayalı biçimde kullanıldığı takdirde, hastalıkların/sakatlıkların önlenmesinde en güçlü araçlardan biri kabul edilir. Prekonsepsiyonel bakımın temel mantığı birincil koruma uygulayabilmektir; yani ana-çocuk sağlığını etkileyebilecek olumsuzlukları ortadan kaldırmak veya mümkün olan en az düzeye indirmek yoluyla gebeliğe ilişkin sorunları önlemek/azaltmak ve dolayısıyla annelerin/bebeklerin daha sağlıklı olmasını başarmaktır. İstenmeyen gebeliğin önlenmesi için gerçek ve tek fırsat, prekonsepsiyonel bakımdır. İstenen bir gebeliği de en sağlıklı şekilde başlatabilmek prekonsepsiyonel bakımla mümkündür. Kadın gebe kaldığını anlayıp ilk prenatal

kontrolüne gelinceye dek geçen sürede (ülkemizde yaklaşık olarak kentsel alanda 2 ay kırsal alanda 3 aydır) fetüs, organogenez sürecini çoktan tamamlamaktadır. Başka bir deyişle, gebelikten önce riskler saptanmazsa sakatlıkların ve etkilenimlerin önlenmesi için geç kalınmakta, müdahale fırsatları kaçırılmaktadır. Gebelik öncesinde müdahale edildiği takdirde (gebelikteki müdahalelere kıyasla) kronik hastalıkların, kotu alışkanlıkların ve enfeksiyonların yarattığı olumsuzluklar daha büyük oranda azalmaktadır. Prekonsepsiyonel bakım, tarama ile tedavinin yanı sıra danışmanlık kavramlarını da içerir. Prekonsepsiyonel bakım temelde; koruma, koşullara göre hareket etme ve teratojenik ve zararlı etkilere maruziyeti engelleme davranışlarını içermektedir. Son 15 yıldan bu yana Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Center for Disease Control and Prevention=CDC), prekonsepsiyonel bakımın standartlarını belirlemiş, araştırmaları desteklemiş, hizmetlerin iyileşmesi, kurumsal yapılanma, sivil toplum kuruluşları ile işbirliği konularında çaba sarf etmiş, medya ve internet bilgi ağlarını güçlendirmiştir.

CDC tarafından öngörülen “Sağlıklı Gebelik ve Sağlıklı Bebek Sahibi Olmaya Hazırlıkta Temel Adımlar” şunlardır.

- Doğumsal defektlerden korunmak için gebe kalmadan en az 1 ay önce (3 ay öncesi başlanabilir) her gün 400 mikrogram (0.4 mg) folik asit alınması
- Sigara ve alkol kullanımına son verilmesi
- Herhangi bir tıbbi rahatsızlık (astım, diyabet, obezite, epilepsi, hipertansiyon, enfeksiyon hastalıkları, vb.) söz konusu ise kontrol altında olduğundan emin olunması
- Aşılama durumunun eksiksiz (güncel) olduğundan emin olunması
- Kullanılan reçeteli ve/veya reçetesiz (bitkisel) tüm ilaçlar hakkında sağlık profesyonellerinin görüşünün alınması
- Evde ve çalışma ortamındaki enfeksiyona neden olabilecek toksik madde ya da materyallere temastan kaçınılması
- Kimyasallardan ve kedi ya da fare pisliğinden uzak durulması

Prekonsepsiyonel bakım, ilk gebelik öncesi olabileceği gibi gebelikler arası (interkonsepsiyonel) da yapılabilir. Prekonsepsiyonel bakım herkesin bir üreme planı olması gerektiği varsayımından yola çıkar. Kişisel beklentiler, değer yargıları ve kaynaklar bu planı etkiler.

The American Academy of Pediatrics ve American College of Obstetricians and Gynecologists prekonsepsiyonel bakımın basamaklarını başlıca şöyle belirtmektedir.

- Fizik değerlendirme
- Risk taraması
- Aşılar
- Danışmanlık

A.Fiziksel Değerlendirme	1. Boy ve kilo ölçümü 2. Tansiyon ölçümü 3. Meme muayanesi 4. Pelvik muayane
B. Risk Taraması	1. Farkındalık 2. Çevresel toksin ve teratojenler 3. Beslenme ve folik asit 4. Genetik 5. Madde kullanımı (tütün ve alkol kullanımı dahil) 6. Tıbbi durumlar ve ilaçlar 7. Enfeksiyöz hastalıklar ve aşılar 8. Psikososyal
C. Aşılar	1.Suçiçeği: İmmunize olmayan bireylere aşılama önerilmelidir. 2.Kızamıkçık: Konjenital rubella sendromunun önlenmesi amacıyla aşılanmalı ve 3 ay boyunca uygun kontraseptif yöntem önerilmelidir. 3.Hepatit B: Aşısı olmayan adaylar aşılanmalı ve Hbs Ag pozitif olan bireylerin bebeklerine ilk 72 saatte aşı ve immuglobulin yapılmalıdır. 4.İnfluenza (grip) aşısı: Gebelik sürecini influenzanın yaygın olduğu dönemde geçirecek olan adaylar aşılanmalıdır.
D. Danışmanlık	1. Aile öyküsü sorgulanmalı ve kistik fibrozis, orak hücreli anemi, talasemi, fenilketonüri gibi taşıyıcılığı söz konusu olan hastalıklar için tarama yapılmalıdır. 2.Gebelik öncesi bakım sürecinde yapılacak görüşmeler çiftle yapılmalıdır. Gebelik sürecinde takiplerin aksatılmaması için sağlık güvencesi temini önemlidir. 3.Önceki gebeliklerde karşılaşılan sorunlar değerlendirilmelidir: • Sezeryan ile doğum • Prematür doğum • Düşük öyküsü • Ektopik gebelik • Ölü doğum • Gebelik ilişkili hipertansiyon • Diyabet • Rh uyumsuzluğu • Postpartum hemoraji • Trombotik olaylar (derin ven trombozu / pulmoner emboli)

Prekonsepsiyonel Değerlendirme

Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık için başvuran anne ve baba adayları, aşağıdaki parametreler doğrultusunda değerlendirilmeli ve konsepsiyon öncesinde gerekli önlemler alınmalıdır.

İleri anne yaşı:	Kadının 35 yaşın üstünde olması hipertansiyon, kronik hastalık ve Down Sendromu olasılığı gibi maternal ve fetal riskleri artırır. YAŞI>35 GEBELİKLER GDM Hipertansif hastalıklar Preterm eylem İUGR Fetal anöploidi görülme riski artmıştır. ADÖLESAN GEBELİKLER Anemi IUGR Preterm eylem Bebek ölümleri görülür Ayrıca seksüel geçişli hastalıklar açısından artmış risk altındadır.
İleri baba yaşı:	Erkeğin 55 yaşın üstünde olması, fetal risk açısından Down sendromu ve ekstremitelere yönelik konjenital malformasyon prevalansını artırır.
Gebelik aralığı:	18 aydan kısa ve 59 aydan uzun aralıklı gebeliklerde preterm doğum ve düşük doğum ağırlıklı yenidoğan riskinde artış görülebilir.
Anne beden kitle indeksi (BMI)	Obezite (BKI 25 kg/m üzeri) ve çok zayıf BKI risklerde artışa neden olur. OBEZ KADIN GDM Makrozomi Preeklampsi Acil-elektif CS Yara yeri enfeksiyonu Postterm gebelik Üriner enfeksiyon Ölü doğum ÇOK ZAYIF IUGR Düşük doğum ağırlığı Anemi
Akraba evliliği:	Ülkemizde bölgesel ve yerleşim yerlerine özgü farklılık göstermesine rağmen akraba evliliklerinin sıklığı %22 civarındadır. Bu da genetik geçişli hastalıkların epidemiyolojisini önemli ölçüde etkileyebilmektedir.
Maternal sigara kullanımı:	Ülkemizde sigara içen kadın oranı %22.42'dir (TNSA, 2008). Sigarada en az 2000 çeşit kimyasal madde bulunmaktadır. Bunlardan karbonmonoksit ve nikotin olumsuz fetal etkinin birinci derecede sorumlularıdır. Nikotinin plasental geçişi çok yüksek orandadır. Buna ilaveten karbonmonoksit fetüsün oksijen kullanımını azaltmaktadır. Sonuçta sigara kullanan annelerin kendi dokularında ve fetüste oksijen kullanımı ciddi derecede engellenmektedir. Bunun yanı sıra sigara, düşük doğum tartılı yenidoğan, plasenta previa, ablasyo plasenta, perinatal kayıp, erken membran rüptürü, yenidoğanda işitme sorunları, astım gibi kronik akciğer hastalıkları, davranış bozuklukları, ani bebek ölümleri gibi

	çok çeşitli riskleri de beraberinde getirmektedir. Baba adayının da sigara kullanımı, sperm morfolojisini olumsuz etkiler.
Alkol kullanımı:	Kadın ve erkeğin konsepsiyon öncesi alkol tüketimi, germ hücreleri üzerine olumsuz etki yaratır. Gebelikte alkol kullanımı fetüsün de bunu tüketmesi anlamına gelir. Gebelikte alkol kullanımının güvenilir sınırı tanımlanmamıştır. Haftada 8-10 bardaktan fazla alkol tüketiminin, spontan abortus riskini artırdığı, fetal metabolizmayı doğrudan etkileyerek hipoksiye neden olduğu ve birtakım teratojenik etkiler yarattığı bilinmektedir. Ayrıca, kronik alkolik gebelerin çocuklarında “fetal alkol sendromu” görülmektedir.
Teratojenlere maruz kalma:	Kadın ve erkeğin evde ya da işyerinde toksik, zararlı madde, kimyasal ajan, viral enfeksiyon, kedi-fare pisliği vb. teratojenlere maruz kalması, özellikle gebelik öncesi ve gebeliğin ilk 8 haftasında (organogenez aşaması) çokönemli embriyonal-fetal sorunlara neden olabilir. Ebeveyn adaylarının bu konuda bilinçli olması ve teratojenlerden uzak durması önemlidir. Bazı toksik maddeler; •Organik kimyasal solventler (yapıştırıcı, boya, leke çıkarıcı vb. maddeler) sperm sayısı, hareketliliği ve morfolojisini de olumsuz etkiler •Pestisitler (tarım, böcek ve haşere ilaçları) •İyonize ve noniyonize radyasyon (radar, cep telefonu, kablosuz ağlar vb. manyetik alanlar testisleri) sperm üretimini ve kalitesini olumsuz etkiler. •İlaç-madde kullanımı ve bağımlılığı •Tokso plazmozis, diğerleri (Sifiliz, Varisella vb.), Kızamıkçık, Sitomegalovirüs, Herpes Simpleks (Toxoplasmosis, Others, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes Simplex=TORCH) enfeksiyonları, Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (HIV/AIDS) ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar •Kurşun, civa, organik/inorganik manganez ve bor, ağır metaller fetüste nörolojik ve böbrek anomalilerine neden olabilir; deniz dibinde beslenen bazı balık türlerinde ağır metaller bulunmaktadır. •Fiziksel ajanlar (ısı, sürtünme, sıkı ve dar iç çamaşırı giyme, 4 saatten daha uzun süreli araba kullanma sperm sayısı, morfolojisi üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır)
İlaç kullanımı:	Prekonsepsiyonel dönemde kadının kullandığı veya kendisine reçete edilen ilaçlar hakkında öyküsü alınmalıdır. Bazı ilaçlar, konjenital defektlere neden olabilir. Bu nedenle gebelik planlanırken bu konuda da hekimden danışmanlık alınmalıdır. ABD Gıda ve İlaç Dairesinin (Food and Drug Administration=FDA) gebeliğe ilişkin belirlediği bazı ilaç türleri ile ilgili sınıflandırma mevcuttur.

	Bazı ilaç türleri Antikonvulsanlar C ve D Antitirod D Antineoplastik D ve X Antilipemik X (kemik malformasyonu) Trankilizanlar D/Lithium Retinoidler X/Roakutan Penicillamine D/Romatoid artrit İmmunolojik X Talidomid X A-Kesinlikle risk yok, B-Olası risk yok, C-Olası risk var, D-Fetüs için zararı yararından fazla, X-Gebelik için uygun değil.
Genetik hastalık taranması, testler:	Kadın ve erkeğin aile öyküsünde riskli bir durum varsa ya da akraba evliliği söz konusu ise konsepsiyon öncesi genetik yönden değerlendirilmelidir. Soyağacı çizilmeli, gerekli inceleme ve testler yapılmalı, sonuçlar ve bebeklerinde söz konusu olabilecek anomali olasılığı çift ile paylaşılmalı, genetik tanı merkezlerine yönlendirilmelidir.
Kronik, metabolik hastalıkların yönetimi:	Kadının mevcut kronik ve metabolik hastalıkları, gebelik öncesi düzenlenmelidir. Mevcut hastalıkları kontrol altında tutmak önemli olduğu kadar kadının önceden farkına varmadığı, örneğin hipertansiyon, tirodit gibi bazı sağlık sorunlarının da tanınıp tedavisi gerekmektedir. Bu nedenle gebelik planlayan çift, özellikle de kadın tam bir fizik muayeneden geçirilmelidir. Diyabetik bir kadının prekonsepsiyonel bakımda kan şekerinin düzenlenmesi konjenital anomali, makrosomi ve komplikasyon insidansını önemli ölçüde azaltmaktadır. Hipertansiyon, gebelik öncesinde kontrol altına alınmış olmalıdır. Kanama ve pıhtılaşma bozuklukları, enfeksiyon hastalıkları, böbrek, epilepsi, astım vb. hastalıkların yönetimi konsepsiyon öncesi yapılmalıdır. Fenilketonuri yönetimi, gebelik öncesi ve süresinde fetüs ve yenidoğana teratojenik etkisi nedeniyle büyük önem taşır. Fenilalanin, vücutta üretilen çeşitli proteinlerin yapıtaşı olan temel bir aminoasittir. Fenilketonüri, aileden resesif kalıtım yoluyla geçen bir hastalıktır. İki cinsiyette de eşit oranda görülür. Nedeni, bir aminoasit olan fenilalanini dönüştürecek fenilalanin hidroksilaz eksikliğidir. Bu eksiklik sonucu hücrelerde dönüşümü gerçekleştiremeyen fenilalanin kanda yüksek düzeyde birikir ve beyin hücrelerine zarar verir. Hiperfenilalaninemi, yenidoğanda konvulsiyon, statik motor disfonksiyonu, mental gerilik, mikrosefali, gelişme geriliği, konjenital kalp hastalığı, anemi gibi birçok önemli sağlık sorunlarına yol açar. Prekonsepsiyonel izlemlerde tanınan bu sorunun yönetiminde hedef diyet ile kan fenilalanin düzeyinin 100-120 mikrogram/dl’de tutulması öngörülmektedir. Kan fenilalanin düzeyi haftada iki kez kontrol

	edilir. İstenen düzeye ulaştıktan sonra gebeliğe izin verilir. Gebelik süresince de izlem ve bakım sürdürülmelidir.
Aile içi şiddete maruz kalma:	Gebelikte şiddet, anne ve fetus sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli bir sorun ve insan hakkı ihlalidir. Fiziksel, duygusal, ekonomik ve cinsel şiddet gibi pekçok boyutu olup prekonsepsiyonel bakımda araştırılmalı, ipuçlarını değerlendirilip gerekli girişimler planlanmalıdır.
Psikososyal değerlendirme:	Depresyon, anksiyete, şizofreni, bipolar bozukluklar gebelikte ve lohusalıkta şiddetlenen hastalıklardır. Bu nedenle çiftler gebelik öncesi bilgilendirilmelidir. Çiftlere bazı psikiyatrik sorunların multifaktöryel kalıtım geçişi olabileceği hatırlatılarak planlamayı düşündükleri gebelik üzerine bir kez daha düşünmeleri sağlanmalıdır.
Ekonomik durum:	Maddi yetersizliğe sahip olma, çeşitli nedenlerle genel sağlık bakımı ve gebelikte antenatal bakım alamama durumları söz konusu ise sosyal yardım sistemlerini harekete geçirmek konusunda başvurana yol gösterilmelidir.

Gebeliğe Hazırlık

Folik asit kullanımı

1960-1970’li yıllarda gerçekleştirilen epidemiyolojik çalışmalar, prekonsepsiyonel dönemde folik asit kullanımının, konjenital kalp defekti insidansı ve nöral tüp defektini %75-80 oranında (7-8 kez) azalttığını saptamıştır. Bu sorundan korunmak için gebelik planlayan kadının, gebe kalmadan en az 1 ay önce (önerilen 3 ay), her gün 400 mikrogram (0.4 mg) folik asit alması öngörülmektedir. Gebelik sonrası da üç ay süre ile her gün aynı dozda devam etmesi önerilmektedir. Günümüzde bu uygulama sağlık kuruluşlarında rutin hale gelmiştir. Ancak, bilgi yetersizliği ya da plansız gebeliklerde kadınlar ne yazık ki bu fırsatı kaçırabilmektedir. Gelişmiş ülkelerde folik asit kullanımına ilişkin yeni yaklaşımlar gündeme gelmiş ve doğurganlık çağındaki kadının sosyal-ekolojik model ile folik asit kullanımı desteklenmiştir. Bu modelde, aktif bilinçlenmenin dışında halk sağlığı yaklaşımıyla doğurganlık çağındaki kadınlara “pasif uygulama” adı altında tüketilen gıdalara folik asit eklenerek günlük ihtiyacı karşılama yoluna gidilmiştir. Bu sayede folik asit kullanım oranı %20’den %80’e yükseltilebilmiştir. Bu model, toplum sağlığına yeni bir bakış kazandırmış ve yerel yönetimler, çevresel faktörler, medya, lobi ve kampanya faaliyetleri harekete geçirilmiştir. Günümüzde toplum sağlığı yaklaşımı olarak doğurganlık çağındaki her kadının günde 400 mikrogram folik asit alması önerilmektedir. FDA da bu bakış açısını desteklemek üzere tahıl ürünlerinin 100 gramına 140 mikrogram folik asit eklenmesini karara bağlamıştır. Önceki gebeliğinde kötü obstetrik öyküye sahip kadınlar için folik asit günlük dozu 4000 mikrogram (4-5 mg)’a kadar artırılabilir.

Bağışıklama

Gebelik döneminde aşılamanın önemli amaçlarından biri, yenidoğanın pasif immünizasyonla korunmasını sağlamaktır. Ancak, gebelik döneminde aşılardan çok gebelik öncesi bağışıklama tercih edilmelidir. <deal olan doğurganlık dönemindeki tüm kadınların kızamık,

kızamıkçık, kabakulak, tetanoz, difteri ve poliomiyelite karşı aşılanmış olmasıdır. Tetanoz immünizasyonu gebeliğin 2. ve 3. trimesterlerinde yapılabilir. Ancak “ rubella =kızamıkçık” immünizasyonunun gebelikten 3 ay önce tamamlanmış olması gerekmektedir. Bu uygulama tüm canlı aşılar için geçerlidir. Yani canlı aşı uygulamalarında immünizasyon sonrası kadına 3 ay içinde gebe kalmaması söylenmelidir. Yukarıda belirtilen enfeksiyonların gebelik sırasında geçirilmesi, spontan düşük, preterm doğum, fetal anomali, fetal morbidite ve mortalitede artışa yol açmaktadır.

Fiziksel Aktivite (Egzersiz)

Egzersiz gebeliği olumsuz etkilediğini gösteren bir bilgi yoktur. Birçok gebe gebelik sırasında egzersizlerine devam edebilir. Gebeye aşırı ve supin pozisyonda yapılan egzersizlerden kaçınması, denge gerektiren aktivitelerden uzak durması, sıvı alımı ve sıcaklığa dikkat etmesi hususunda bilgi verilmelidir. Ciddi hemodinamik bozukluk yaratacak kalp hastalığı, Restriktif akciğer hastalıkları, Servikal yetmezlik/serklaj uygulanan gebeler, Preterm eylem riski olan çoğul gebeler, persistan 2-3. trimester kanamaları, Preterm eylem riski, EMR, Preeklamps/PiH, plesanta previa gibi durumlarda egzersiz kontrendike olabilmektedir.

Doğum Öncesi Bakım Konusunda Bilgilendirme

Gebelik oluştuğunda bir sağlık kuruluşuna başvurmaları konusunda bilgilendirilmeli ve desteklenmelidir. Planlı gebeliklerin hem anne hem de bebek açısından iyi sonuçlanması muhtemeldir. Her yetişkin ve adölesan kadının sağlık ziyareti prekonsepsiyonel danışmanlık için bir fırsattır.

Sonuç olarak “prekonsepsiyonel bakım”, gebelik, doğum ve sonrası dönemin daha sağlıklı yaşanması için tüm eşlerin alması gereken önemli bir sağlık hizmetidir. Özellikle CDC’nin tanımladığı gibi prekonsepsiyonel bakım;

- “Doğurganlık bilinci” ve gebeliği planlama kültürü geliştirir,
- Sağlıklı bir gebelik için ebeveynin ön hazırlığını sağlar,
- Anne ve fetüs sağlığını, dolayısıyla toplum sağlığını geliştirir,
- Erken tanı ve tedavi şansı verir,
- Kadına yaşam boyu olumlu sağlık alışkanlığı ve davranışı kazandırır,
- Ailedeki tüm üyelerin olumlu sağlık davranışı geliştirmesine fırsat verir.

Ancak prekonsepsiyonel bakım almanın ciddi yararları olmakla birlikte, bu hizmeti kullanma alışkanlığı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de henüz çok yaygın değildir. Henderson ve ark. (2002) yaptığı çalışmada aile hekimleri ve jinekologlar arasında yapılan bir çalışmada 6 hekimden sadece bir tanesi gebelik öncesi bakımı önermiştir.

Ülkemizde de temel sağlık hizmetleri kapsamında 15-49 yaş izlemi yer almakla birlikte içeriğinde prekonsepsiyonel bakım sunumu istendik düzeyde yapılmamaktadır. Buna ilişkin engelleri şöyle tanımlayabiliriz;

a) Hizmet veren açısından söz konusu olabilecek engeller

- Sağlık çalışanı prekonsepsiyonel bakım girişimlerini hayata geçirmede isteksiz ya da mevcut uygulamayı değiştirmek konusunda gönülsüz olabilir. Bu da başarısızlığı önceden kabul etmek anlamına gelmektedir.

- Kurumsal destek, kararlılık ve hizmet yönetimindeki yetersizlikler uygulamayı olumsuz etkiler.
- Bu hizmetin sunumunda izlenen olumsuz politikalar, finans kaynağı yetersizliği ve sektörler arası işbirliğinin yaratılmamış olması başarısızlığa neden olan engeller arasında yer alır.

b) Hizmet alan açısından söz konusu olabilecek engeller

- Kadınlar, gebelik öncesi danışmanlık almada isteksiz ve bilgisiz olabilir.
- Hizmet almak için nereye başvuracaklarını bilmiyor olabilirler.
- Toplumun negatif/olumsuz sağlık davranışı kadını da etkileyip kaderci tutum sergilemesine neden olabilir.
- Prekonsepsiyonel bakım konusunda yeterli toplumsal duyarlılık ve farkındalık kazanılmamış olması nedeniyle kadının bundan etkilenmesi söz konusu olabilir.

Belirtilen engellerin ortadan kaldırılabilmesi için sağlık personeli bu hizmetin önemine ve gerekliliğin öncelikle kendi inanmalı ve daha sonra toplumu yönlendirmelidir. Çünkü hizmetin sunumu ve kurumsallaşması için sağlık ekip üyelerinin desteğine ve yönetsel kararlılığa gereksinim vardır. Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmetlerinin sadece klinik ortamları sınırlı olmadığı bilinmeli ve farklı kurumlarla işbirliği sağlanarak toplumsal farkındalık yaratılmalıdır. Böylece hizmet kullanımı artacaktır. Üreme sağlığı hizmetlerinde primer role sahip ebelerin, prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin niteliğinin ve erişilebilirliğinin artırılmasında liderlik yapması gerekmektedir.

Prekonsepsiyonel Ziyaret

İlk prekonsepsiyonel bakım ziyaretinde, gebelik başlamadan, gebe kalmayı düşünen tüm kadınlara ve erkeklere yapılmalıdır.

Prekonsepsiyonel bakımda yapılması gerekenleri şu şekilde sıralayabiliriz;

- Sistemik, jinekolojik ve obstetrik öykü alınır,
- Sistemik hastalıkları kontrol ve tedavi edilir,
- Gebelik öncesi bakım sadece fiziksel sağlığı değil, psikososyal durumları da kapsar
- Eşlerin genel bir muayenesi yapılarak gizli veya açıkta olan herhangi bir hastalığı olup olmadığı araştırılır.
- Herhangi bir sorun saptandığında ise ilgili uzman hekime konsülte edilerek bu problemin önemi ve gebeliğini ne oranda etkileyebileceği araştırılır.
- Herhangi bir sebepten dolayı sürekli kullanılan ilaçlar varsa gebelik döneminde kullanılmalarının uygun olup olmadığı değerlendirilir.
- Eşlerin üreme sistemiyle ilgili muayeneleri yapılır.
- Pap-smear testi uygulanır.
- Önceki gebeliklerinde düşük, dış gebelik, ölü doğum ve ya erken doğum gibi problemler yaşamış hastalarda risk azaltmaya yönelik ek önlemler alınır.
- Kullanmakta olunan ilaçların gebeliğe uygunluğu gözden geçirilir.
- Ayrıca gebelik öncesi değerlendirmede anne ve baba adayının kendilerinde veya yakınlarında talasemi (akdeniz anemisi), orak hücre anemisi, kistik fibrozis gibi benzer

kalıtsal özellik gösterebilecek bir hastalığın var olup olmadığı araştırılır. Ailesinde veya kendisinde bu tür hastalıkları olan veya bu tür hastalıklar için taşıyıcı olan kadınların eşleri ile beraber değerlendirilmeleri ve genetik danışmanlık almaları için yönlendirilir.

- Laboratuvar testleri;
 - Tam kan sayımı
 - Tam idrar tahlili
 - Karaciğer ve Böbrek fonksiyon testleri
 - Hepatit B, Hepatit C, AIDS ve ilgili testler
 - Kızamıkçık, Toksoplazma, Sitomegalovirüs (CMV) ile ilgili testler
 - Açlık kan şekeri ve diyabet açısından risk değerlendirmesi
 - Tiroid fonksiyon testleri
 - Kan grubu

Danışmanlık; genel olarak gebe kalmadan önceki dönemde günlük yaşantıda bazı değişiklikler yapılması kadının vücudunu gebeliğe hazırlamak açısından gerekli olduğu göz önünde bulundurularak prekonsepsiyonel bakımda aşağıdaki konularda danışmanlık yapılması gerekmektedir.

- Kronik hastalıklar
- Folik asit desteği
- İlaç kullanımı
- Sigara, alkol ve madde bağımlılığı
- Beslenme
- Risk faktörlerinin belirlenmesi
- Çevresel faktörler
- Fiziksel aktivite (Egzersiz)
- Aile içi şiddet
- Doğum öncesi bakım konusunda bilgilendirme

Kaynaklar

1. Coşkun A., (2011) "Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık: Kadın Yaşamındaki Yeri ve Önemi" Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi ; 8 (3): 8-15
2. Yakışan RŞ, Set T. Birinci basamakta gebelik öncesi bakım. TIPMED 2012;16(2)23-27 <http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=23956>
3. CDC, " Preconception and Interconception Health Status of Women Who Recently Gave Birth to a Live-Born Infant --- Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), United States, 26 Reporting Areas, 2004", MMWR, 2007/56 (SS10;1-35) <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5610a1.htm> Erişim Tarihi:06.07.2015
4. Güler Baysoy ve ark. (2012); "Gebelik Öncesi Bakım; Halk Sağlığı Perspektifi" Gazi Med J.; 23: 77-90
5. **Moos MK.**, (2010) "From concept to practice: reflections on the preconception health agenda." [J Womens Health \(Larchmt\)](#). Mar;19(3):561-7. doi: 10.1089/jwh.2009.1411.
6. Özkan, A., Arslan H., (2005); "Prekonsepsiyonel Dönemdeki Kadınların Değerlendirilmesi" Zeynep Kamil Bülteni,Cilt:36, Sayı:2

GEBELİKTE RİSK TANIMLAMA VE TAKİBİ

Prof. Dr. Yaprak Engin Üstün, Op. Dr. Emre Özgü
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Gebelikte riskli durumları tanımak ve takip hakkında bilgi kazanmak.

Kazanımlar:

Bu oturumun sonunda katılımcılar aşağıda belirtilen kazanımları elde ederler;

1. Gebelikte riskli durumları sayar.
2. Gebelikte riskli durumların genel takip prensiplerini açıklar.
3. Gebelikte hipertansiyon komplikasyonlarını nasıl yönetileceğini söyler.

Yüksek Riskli Gebelik Nedir?

Tüm gebeliklerin yaklaşık %6-8'i yüksek riskli gebelik olarak karşımıza çıkmaktadır. Yüksek riskli gebelikleri tanımlarken Hobel ve arkadaşlarının risk skorlamasını kullanabiliriz. ≥ 10 puan yüksek riskli gebelik anlamına gelmektedir.

Obstetrik hikâye	Puan
Ölü doğum öyküsü	10
Yenidoğan ölüm öyküsü	10
Prematür yenidoğan öyküsü	10
Post-term > 42 hafta	10
Hemolitik hastalık için fetal kan transfüzyonu	10
Tekrarlayan düşük	5
Makrozomik bebek öyküsü	5
Gravida ≥ 6	5
Eklampsi öyküsü	5
Geçirilmiş sezaryen öyküsü	5
Preeklampsi öyküsü	1
Anomalili fetüs öyküsü	1
Medikal hikâye	Puan
Anormal PAP test	10
Kronik hipertansiyon	10
Kalp hastalığı NYHA Class II-IV (semptomatik)	10
İnsulin bağımlı diyabet ($\geq A2$)	10
Orta-ciddi renal hastalık	10
Eski endokrin ablasyon	10
Orak hücreli anemi	10
Epilepsi	5

Kalp hastalığı NYHA Class I (asemptomatik)	5
Tüberkuloz öyküsü ya da PPD $\geq$ 10 mm	5
Pulmoner hastalık	5
Tiroid hastalığı	5
Diabet	1
Fiziksel risk faktörü	Puan
Serviks yetmezliği	10
Uterin malformasyon	10
Anne yaşı >35 , < 16	5
Maternal obezite	5
Şimdiki gebelikte risk faktörleri	Puan
Fetal malprezentasyon	10
Orta ciddi preeklampsi	10
Çoğul gebelik	10
Ablasyo plasenta	10
Plasenta previa	10
Polihidramnios ya da oligohidramnios	10
İlaç/alkol aşırı kullanımı	5
Gestasyonel diabetes (A1)	5
Böbrek enfeksiyonu	5
Hafif preeklampsi	5
Rh sensitizasyonu	5
Ciddi anemi < 9 g/dL hemoglobin	5
Ciddi viral enfeksiyon	5
Vajinal kanama	5
Mesane enfeksiyonu	1
Emosyonel problemler	1
Hafif anemi 9 g/dL hemoglobin	1
Alkol kullanımı	1
Sigara kullanımı ≥ 1 paket	1

Gebelikte Hipertansif Bozukluklar

Gebelikte hipertansif bozuklukların tüm gebelikler içinde %7-10'luk bir payı vardır. Dünyada her yıl yaklaşık 50.000 gebe preeklampsi sebebiyle hayatını kaybetmektedir. Gebelikteki hipertansif bozukluklar direk maternal ölümlerin %10-15'ini oluştururlar.

Sınıflamasına baktığımızda:

1. Gebeliğin indüklediği hipertansiyon
2. Preeklampsi, Eklampsi
3. Kronik hipertansiyon

Şiddetli preeklampside yönetim

- Mutlaka hastaneye yatırılmalıdır.
- Eklampsi belirtileri açısından hasta gözlenmelidir.
- Antenatal kortikosteroid uygulanmalıdır. (Tercihen uzman kontrolünde)
- Konvulziyonları önlemek için MgSO₄ tedavisi BAŞLANMALIDIR.
 - Yükleme dozu 5 g IM iki kalçaya (toplam:10g) veya 4-6 g IV, 50 ml içinde 10 dk. içerisinde yavaş infüzyon şeklinde olmalıdır.
- Tansiyon monitörize edilmelidir. Kan basıncı stabilize olana kadar 15 dak'da bir sonra saatte bir ölçülmelidir.
- Doğum 34. haftada planlanmalıdır.
- Sistolik kan basıncı ≥ 160 ve/veya diastolik kan basıncı ≥ 110 mmHg ise antihipertansif ajanlar serebrovasküler komplikasyonları önlemek için endikedir.
 - Şiddetli hipertansiyona müdahalede **birinci basamak sağlık kuruluşunda kullanılabilecek ajan oral kalsiyum kanal blokörleridir.** (Nifedipin) Alfa-metil dopanın akut **tedavide yeri yoktur.**
- Aldığı çıkardığı takibi saatlik yapılmalı. Sıvı replasmanı saatte 80 ml'yi geçmemeli.
- O₂ saturasyonu devamlı, solunum hızı takibi saatlik, vücut ısısı 4 saatte bir ölçülmeli.
- Hastaya varis çorabı uygulanmalıdır.

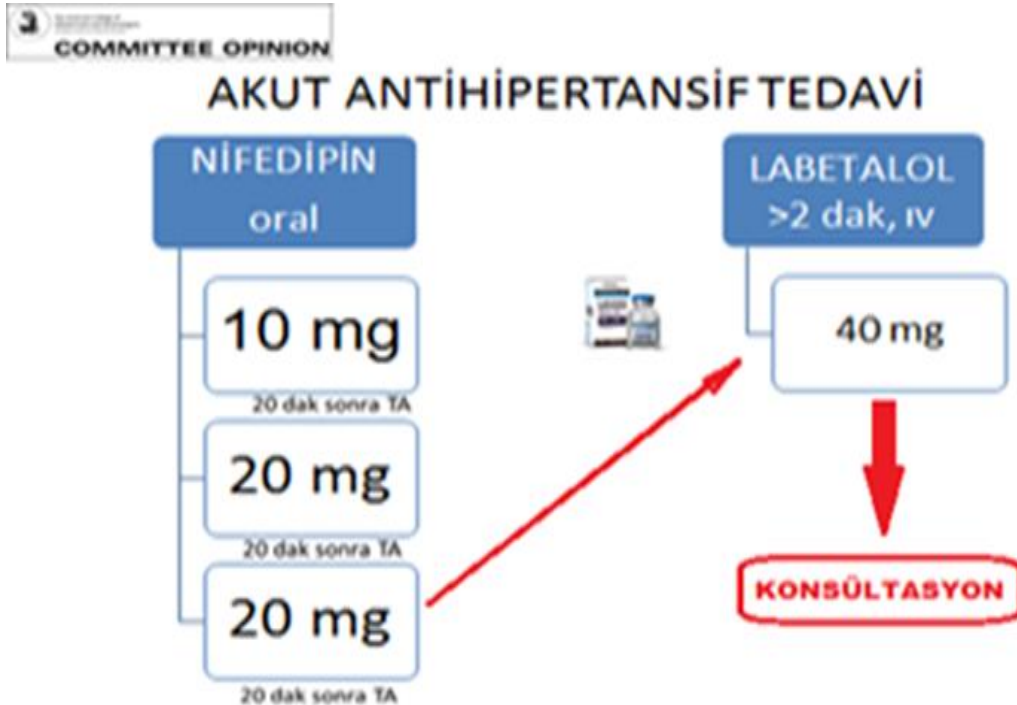
Eklampsi

Preeklampsi olduğu bilinen bir hastada konvülzyon, koma veya her ikisinin ortaya çıkmasıdır. Antepartum (%50), intrapartum (%25) veya postpartum (%25) dönemde ortaya çıkabilir. Hastaların küçük bir bölümünde hipertansiyon ve proteinüri görülmez. Olguların %25 kadarında konvülzyonlar post-partum dönemde ortaya çıkar (doğumdan 14 gün sonra dahi görülebilir). Konvülzyonlar öncesinde genellikle aura, epigastrik ağrı, endişe hali ve refleks artışı söz konusu ise de bu bulgular çok belirgin olmayabilir. Konvülzyon, ağız çevresindeki yüz çekilmeleriyle başlar. Daha sonra generalize tonik müsküler kontraksiyonlar ortaya çıkar. Ortalama 1 dakika sürer. Konvülzyon sırasında solunum durur.

Hemen tedavi edilmesi gereken bir obstetrik acildir. Hasta derhal yeterli donanıma sahip bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir.

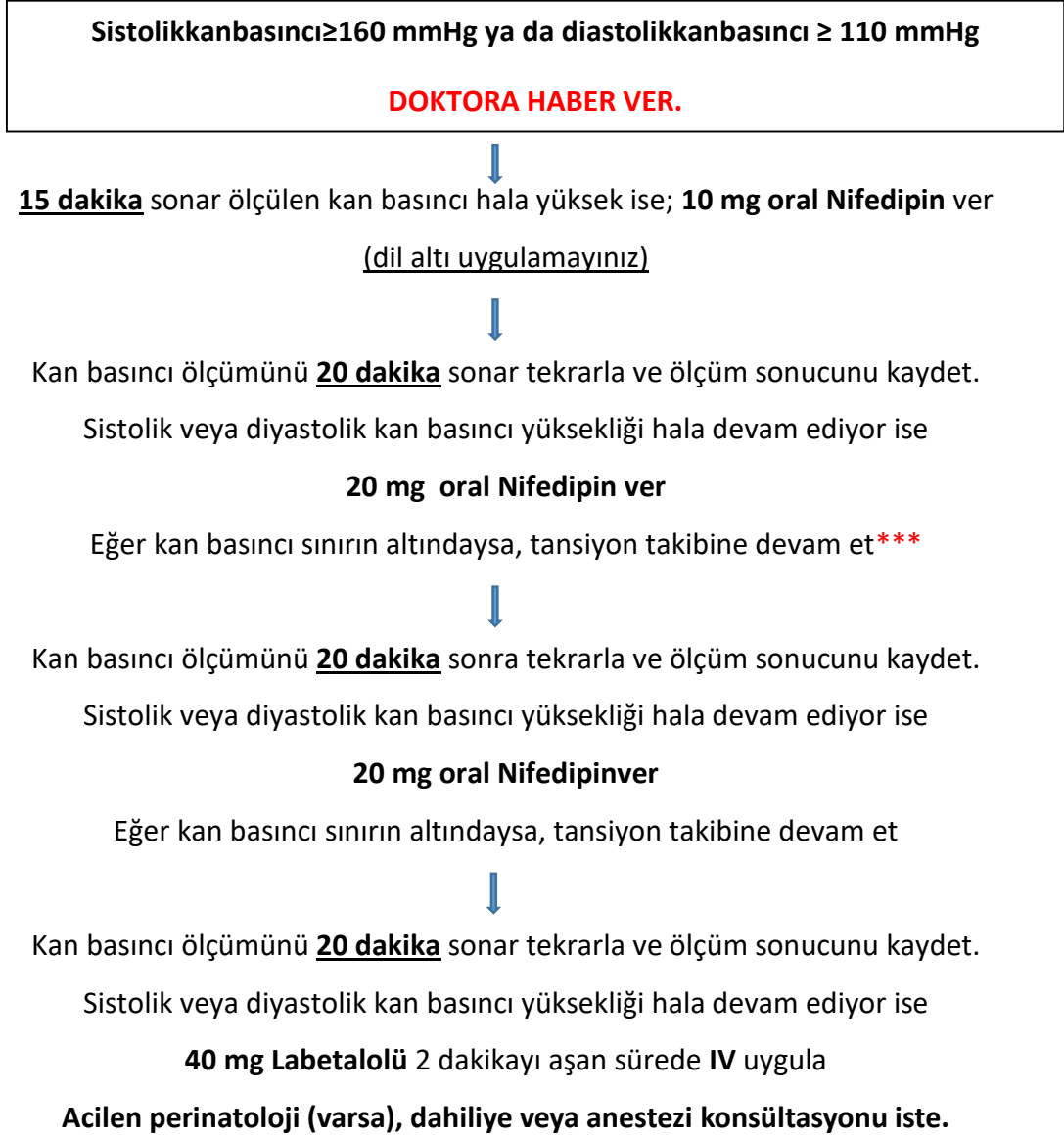
1. Konvülzyon sırasında **hava yolu açık tutulmalıdır**. Hastanın kendine zarar vermesi engellenmelidir. Yeterli oksijenizasyon sağlanmalıdır. Aspirasyonu önlemek için gerekli tedbirler alınmalıdır (Lateral dekübit pozisyonu...). Damar yolu açılıp, sonda takılmalıdır. İdrar ve kan tetkikleri yapılmalıdır. Arteriyal kan gazında hipoksemi ve asidemi varlığında uygun tedavi planlanmalıdır.
2. Konvülzyonlar hemen durdurulmalı ve tekrarlamaması için tedbir alınmalıdır. Bu amaçla tercih edilen ilaç Mg SO₄'tır. Mg SO₄ tedavisi başlanan bir gebede konvülzyonun tekrarlama oranı %10'dur. Konvülzyonları önleyici etkisinin periferik nöromüsküler blok ve santral antikonvülzan etkisinden kaynaklandığı ileri sürülmektedir. Geçici hafif bir hipotansif etkisi de bulunmaktadır.
 - a. İntravenöz Mg SO₄ (Sibai Protokolü): Yükleme dozu 4-6 g olup 20 dakikada 150 ml %5 dekstroz içinde gönderilir. İdame dozu saatte 1-3 gramdır.

- b. İntramüsküler Mg SO₄ (Pritchard Protokolü): Her iki kalçaya 5 g olmak üzere toplam 10 g başlanır. Her 4 saatte bir 5 g verilir.
- c. İdame dozu uzman gözetiminde devam edilebilir. Mg SO₄ tedavisinde patella refleksi, idrar çıkımı, solunum sayısı ve kan magnezyum düzeyi takip edilmelidir. Antidot 3 dakikanın üzerinde intravenöz uygulanan 10 ml %10'luk kalsiyum glukonattır.
3. Hipertansiyon kontrol altına alınmalıdır. Sistolik kan basıncı 160 mmHg, diastolik kan basıncı 110 mmHg olan hastalara antihipertansif tedavi başlanması önerilmektedir. İdeal olarak sistolik kan basıncının 140-150 mmHg ve diastolik kan basıncının 90-100 mmHg düzeyine indirilmesi hedeflenir. Oral/sublingual kalsiyum kanal blokörleri ilk aşamada hastaya verilebilir. Uzman hekim kontrolünde intravenöz hidralazin ya da labetalol tercih edilebilir.
4. Maternal stabilizasyon sağlandıktan sonra doğum gerçekleştirilir. Eklampitik bir nöbeti takiben fetal kalp atımında anormallik görülmesi yaygındır. Maternal strese bağlı olarak gelişen geçici plasental yetmezliğe bağlı ortaya çıkarlar. Bunlar 5-10 dakika içinde toparlar. Bu nedenle nöbeti takiben sezaryen doğum konusunda aceleci olmamak önemlidir. **Vajinal doğum tercih edilmelidir.** Oksitosin ya da prostaglandinlerle doğum indüksiyonu uygulanabilir. Fetal kalp atımları ve uterin aktivite yakından izlenmelidir. Sezaryen sadece obstetrik endikasyonlar için uygulanmalıdır. **Eklampsi sezaryen için bir endikasyon değildir.** Sezaryen doğum için genel anestezi tercih edilir.



Gebelik ve Peripartum Dönemde Akut Başlangıçlı Hipertansiyon Acil Tedavi Akış Şeması

ORAL NIFEDIPIN Kullanılan Yönetim Algoritması



*** Kan basıncı sınırın altına düştükten sonra;

Birinci saatte **10 dakika** da bir,

İkinci saatte **15 dakika** da bir,

Üçüncü saatte **30 dakika** da bir,

Dördüncü saat ve sonrasında **saatte bir** kan basıncı ölçümlerini tekrarla.

Kan basıncı takibi için ilave özel bir order oluştur.

Yan etkiler ve kontraendikasyonlar olabileceği unutulmamalıdır.

Gebelikte Glukoz Metabolizma Bozuklukları

Diyabet, obezite gibi predispozan faktörlerin insidansının artmasının etkisiyle gün geçtikçe toplumun daha geniş bir kesimini etkilemektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda tüm gebeliklerin %4-5'i diyabetin bir formu ile komplike olmaktadır.

Gebelik takibindeki bir kadında yapılan testler sonucunda:

- Açlık plazma glukozu >126 mg/dl
- Rastgele bir zamanda alınan plazma glukozu >200 mg/dl
- HbA1c > %6,5 değerlerinden en az birine rastlanırsa diyabet tanısı alır.

Diyabet tanısı alan gebeler gebeliğinin hangi aşamasında olduğuna bakılmaksızın olası maternal ve fetal komplikasyonların en aza indirilmesi için konu ile ilgili bir uzmanın bulunduğu bir sağlık kuruluşuna derhal yönlendirilmelidir.

Gebeliğin 24-28. haftalarında tüm gebelere 50 ya da 75 gr. oral glukoz tolerans testi uygulanmalıdır. Bunun dışında 1. derece yakınlarında diyabet hikâyesi olan, önceki gebeliğinde gestasyonel diyabet tanısı almış ya da obez hastalar (beden kitle indeksi $\geq 25 \text{ kg/m}^2$) gibi yüksek riskli hasta grubunda tarama için 24-28. haftalar beklenmemeli en kısa zamanda gestasyonel diyabet açısından değerlendirilmek üzere bir merkeze yönlendirilmelidir.

Birinci Trimester Kanamaları

Biyokimyasal olarak gebelik tanısı almış ya da adet rötarı bulunan reproduktif çağıdaki kadınlarda

- Vajinal kanama ya da lekelenme
- Kasık ağrısı mevcut ise bu gebeler ektopik gebelik için risk grubunda yer almaktadırlar.

Benzer olarak biyokimyasal olarak gebelik tanısı almış ya da adet rötarı bulunan reproduktif çağıdaki kadınlarda;

- Normalden iri uterus
- Vajinal kanama
- Üzüm benzeri parça düşürme
- Erken başlangıçlı preeklampsi
- Ağır hiperemezis gravidarum bulguları varlığında ise gestasyonel trofoblastik hastalıklardan şüphelenilmelidir.

Bu iki grupta bulunan hastalar acilen mevcut gebeliğin türünün tayini ve yönetimi amaçlı kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından değerlendirilmelidir.

Gebelik kayıplarının yaklaşık %80'i gebeliğin ilk 12 haftası içerisinde gerçekleşir. 2 ya da daha fazla gebelik kaybı hikayesi olan, önceki gebeliklerinde servikal yetmezlik tanısı almış olan, daha önce antifosfolipid antikor sendromu ya da homozigot Faktör V Leiden mutasyonu tanısı almış olan hastalar riskli grup olarak tanımlanabilir. Bu risk faktörlerinin dışında mevcut gebeliğinde kasık ağrısı ile birlikte vajinal kanaması bulunan gebeler mutlaka muhtemel gebelik kaybı açısından takibe alınmalı bu hastalara yatak istirahati, yeterli hidrasyon önerilmeli ve tedavi amacı ile bir üst merkeze yönlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Hobel CJ, Hyvarinen MA et al. Prenatal and intrapartum high-risk screening. Am J Obstet Gynecol. 1973; 117: 1-9.
2. Sibai BM. Preeclampsia. In: Protocols for High Risk Pregnancies. Eds: Queenan JT, Hobbins JC, Spong CY. 5 th ed. 2010 Wiley Blackwell, 414-423.
3. Sibai BM. Hypertensive emergencies. In: Obstetric Intensive Care Manual. Eds: Foley MR, Strong TH, Garite TJ. 3 rd ed. 2011 McGraw Hill Medical, 49-60.
4. Cunningham FD. Williams Obstetrics 24th Edition. 2014 McGraw Hill Education 351-362, 1125-1132
5. Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu 2014, Ankara
6. ACOG task force on hypertension, 2013.
7. Emergent Therapy For Acute –Onset, Severe Hypertension During Pregnancy And The Postpartum Period. Committee Opinion. No.623. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2015;125:521-5

GEBELİK İZLEM VE MUAYENELERİ

Prof. Dr. Yaprak Engin-Üstün, Doç. Dr. Şebnem Özyer
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Gebelikte yapılması gereken testler ve izlemler hakkında bilgi güncellemek

Kazanımlar:

Bu oturumun sonunda katılımcılar aşağıda belirtilen kazanımları elde ederler;

1. Gebelikte yapılması gereken izlemlerin amacını açıklar.
2. İzlemlerde yapılması gerek işlemleri sayar.
3. İzlem sayısını ve zamanlamasını söyler.
4. Gebelikte yapılması gereken testleri açıklar.
5. Gebelik izlemlerinin erken tanı açısından önemini kavrar.
6. Gebelik ile ilgili durumları açıklar.

Gebelik izlemlerinin temelini dikkatlice alınmış bir hikâye, fizik ve obstetrik muayene oluşturur. Amaç; anne ve fetusun sağlık durumunun tanımlanması, gebelik yaşının saptanması ve fetal gelişiminin izlenmesi, riskli hastaların tanımlanması ve risklerin azaltılması ile gebenin eğitilmesidir.

Gebenin Öyküsünü Alma

Hikâyede; kişisel bilgiler alınmalı, medikal öykü, obstetrik öykü ve şimdiki gebeliği dikkatlice sorgulanmalıdır.

- Kişisel bilgilerde; yaş, akraba evliliği olup olmadığı, eğitim düzeyi, sosyal güvencesi sorgulanmalıdır.
- Medikal öyküde; medikal hastalık (Diabetes Mellitus, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, böbrek hastalığı, epilepsi, tiroid hastalıkları vb.), sigara, alkol, ilaç kullanımı, geçirilmiş operasyon, allerji öyküsü sorgulanmalıdır. Ailesel medikal öykü ve genetik öykü araştırılmalıdır.
- Obstetrik öyküde kaçınıcı gebelik olduğu, daha önceki doğum sayısı (P), yaşayan çocuk sayısı, daha önce riskli gebelik öyküsü, anomalili fetus, ölü doğum öyküsü, doğum şekli ve gebelik haftası, doğum ağırlığı, cinsiyeti, doğum sırası ve doğum sonrası yaşanan komplikasyonlar not edilmelidir.
- Şimdiki gebeliğin haftası, tahmini doğum tarihi belirlenmeli, şikâyetleri öğrenilmelidir. Son adet tarihine (SAT) göre tahmini doğum tarihi Nagele formülüne göre hesaplanmaktadır: Tahmini Doğum Tarihi = SAT - 3 ay + 7 gün

Adetleri düzenli olmayan hastalarda gebelik haftasını belirlemede erken dönemde yapılan ultrasonografinin önemi unutulmamalıdır. Gebelik yakınmaları, gebelikte tehlike işaretlerine ilişkin şikâyetler sorgulanmalıdır.

Gebenin Muayeneleri

Fizik muayenede; ilk muayenede vücut ağırlığı ve boy kaydedilmeli, vücut kütle indeksi (kg/m^2 cinsinden) hesaplanmalıdır. Her izlemde kan basıncı ve nabız ölçümü, sistem muayeneleri mutlaka yapılmalıdır. Tansiyon ölçümü en az 5 dakikalık istirahat sonrası, gebe oturur pozisyonda, kolları kalp hizasında desteklemiş durumda iken yapılmalıdır. Sistolik kan basıncının 140 mmHg, diastolik kan basıncının 90 mmHg altında olması normal kabul edilir. Pretibial ödem ve varis açısından değerlendirilmelidir.

Obstetrik muayenede;

- Gebeliğin ilk trimesterinde vajinal muayene ile uterus palpe edilirken daha sonraki trimesterlerde abdominal olarak muayene edilir. Bimanual muayene 16. haftadan önce önem taşır. Gebelik 3 ayı tamamladıktan sonra uterus pelvis dışına çıkar ve batından hissedilmeye başlar. 18-35. haftalar arasında fundus yüksekliği gebelik haftası ile korelasyon gösterir. Gebelik 20 haftayı tamamladığında uterus göbek hizasındadır. Gebelik 36 haftayı tamamladığında ksifoide yaklaşmış olur.
- Uterus yüksekliği, Leopold manevralarıyla fetusun duruşu tespit edilir, fetal kalp sesleri dinlenir. Fetüs kalp sesleri fetal stetoskop ile 16-20. haftalardan, itibaren duyulabilir. Gebenin bebeğin ilk hareketlerini hissettiği zamanı kaydediniz.

Leopold manevraları:

1. Leopold manevrası: Fundus yüksekliğinin kontrolü yapılır.
2. Leopold manevrası: Fetusun duruşunun anne eksenine göre durumu araştırılır, sırtın hangi tarafta olduğuna bakılır.
3. Leopold manevrası: Fetusun prezentasyonu araştırılır. Bir el ile fundus tesbit edilirken diğer elin baş parmağı ve diğer 4 parmağı arasında, simfizis pubisin hemen üzerinde fetusun presente olan kısmı aranır.
4. Leopold manevrası: Muayeneyi yapan kişi sırtını hastanın yüzüne doğru döner. Her iki elinin iç yüzü ile yukarıda pelvis giriminin eksenine doğru derin palpasyon yapar. Başa ait çıkıntının hangi tarafta olduğunu araştırır. Ellerden biri fleksiyon halindeki başın çıkıntısına takılarak daha aşağı inemezken diğer el daha aşağılara kadar inebilir.
5. Leopold manevrası: Doğum eylemi başladıktan sonra ve sadece ağrılar sırasında uygulanır. Sırtüstü yatan bir kadında bir el simfizis üzerine konularak, diğert el simfizis üzerinde duran başa düz olarak konulur. Baş üzerindeki el, simfizis üzerindeki elden daha derinde ise pelvis dar değildir.

Terme yakın vajinal muayene ile Bishop skoru ve pelvisin durumu saptanır. Bishop skoru ilk kez 1964 yılında tanımlanmıştır. Bishop skoru >6 ise serviksin olgun olduğu kabul edilir. Skor 8'in üzerinde ise indüksiyon ile vajinal doğum olasılığı spontan doğum ile benzerdir.

3. İzlem gebeliğin 28-32 haftaları arasında

1. Kan sayımı
2. İdrar tahlili
3. Obstetrik ultrasonografi

4. İzlem gebeliğin 36-38. haftaları arasında

1. Kan sayımı
2. İdrar tahlili
3. Endikasyon halinde nonstres test
4. Obstetrik ultrasonografi

Her gebede birinci trimesterde hemoglobin bakılmalı, ≥ 11 g/dl ise 28.hafta ile 36-40.haftalarda kontrol edilmelidir. Hemoglobin < 11 g/dl olan olgularda ferritin çalıştırılmalıdır. Gebelerde hemoglobin birinci ve üçüncü trimesterde 11 g/dl, ikinci trimesterde 10.5 g/dl'nin altında ise anemi tanısı konmaktadır (WHO). Serum ferritini anemi tanısında en sensitif ve spesifik test olup $<12\mu\text{g/l}$ ile tanı konur.

Sağlık Bakanlığı (01 Kasım 2005) 16. haftadan başlayarak 6 ay ve doğum sonu 3 ay olmak üzere toplam 9 ay süre ile günlük 40 - 60 mg elementel demir önermektedir.

İdrar kültürü, asemptomatik bakteriüri taramasında ve semptomatik enfeksiyon durumunda tedavi planını belirlemede önemlidir. İdrar tahlili ile enfeksiyon, proteinuri, glukozüriyi saptayabiliriz. Tüm gebelere gebeliklerinin erken döneminde asemptomatik bakteriüri açısından rutin olarak idrar kültürü önerilmelidir.

Kan grubu Rh(-) annenin, eşi Rh(+) kan grubundan ise kan uyuşmazlığından bahsedilir. Bebeğin kan uyuşmazlığından etkilenip etkilenmediğini anlamak için indirekt coombs testi yapılır. Takibe alınır. 28.haftada tekrarlanan indirekt coombs testinin (-) olması durumunda bebeği son aylara kadar kan uyuşmazlığından koruma için anti D immünglobulin yapılır (300mcg). Doğumdan sonra Rh (+) çocuğu olan anneye 72 saat içinde tekrar anti D immünglobulin önerilir (300mcg).

Konjenital enfeksiyon oranının düşük olduğu yerlerde örneğin İngiltere'de TORCH taraması (Toksoplazma gondii, rubella virusu, sitomegalovirus, herpes simplex virus, diğerleri içinde sfiliz, varisella zoster virusu, hepatit B ve HIV) yapılması kostefektif bulunmamıştır. Ülkemizde de toksoplazma taraması önerilmemektedir. Rubella açısından serolojik olarak (-) olan kadınlar aşılanmalıdır. Aşıdan sonraki bir-üç aylık dönemde kontrasepsiyon uygulanması önerilir. Bağışık olmayan gebeler rubella şüphesi olanlardan uzak durmalıdır.

Sitomegalovirus ve parvovirus taraması da önerilmemektedir. Rutin ilk vizitte HBsAg taranmalıdır; eğer (+) ise HBeAg ve Anti HBe araştırılmalıdır. Yine anti-HCV taranmalıdır; eğer (+) ise HCV RNA araştırılmalıdır. Yine ilk vizitte sifiliz için gebe kadınların genelde taranmaları tavsiye edilir.

11-13 hafta 6 gün süresince olan ultrasonografide baş-popo mesafesi (CRL) ölçülmeli. Fetal kalp atımı not edilmeli. Ense saydamlığına (NT) bakılmalı, nazal kemik varlığı kontrol edilmelidir. Fetal anatomi değerlendirilmelidir. Çoğul gebeliklerde koryonisite ve amniyonisite belirlenmelidir. Aşağıdaki durumlarda perinatalog konsültasyonuna başvurulmalıdır:

- NT > 3.5 mm

Risk altında olmayan gebelere ise gebeliğin 24-28. haftasında 2 saatlik 75 g OGTT önerilmektedir.

Kan şekeri	Düzy (mg/dl)
Açlık	≥ 92
1.saat	≥ 180
2.saat	≥ 153

Gestasyonel diabet tanısı için bir değerin yüksek olması yeterlidir.

2) Amerikan Doğum ve Jinekoloji Birliği ise tüm gebelere 24-28. haftalar arasında 50 g, 1 saatlik yükleme testi önermektedir. Burda eşik değeri 140 mg/dl'dir. Bu eşik değeri üzerindeki gebelere, 3 saatlik 100 g OGTT önerilmektedir. Test en az 8 saat açlığı takiben yapılmalıdır. İki yüksek değeri varlığı gestasyonel diabet tanısı koydurmaktadır.

	Carpenter&Coustan	Ulusal Diabet verisi
AKŞ	95 mg/dl	105 mg/dl
1.saat	180 mg/dl	190 mg/dl
2.saat	155 mg/dl	165 mg/dl
3.saat	140 mg/dl	145 mg/dl

Non-stres test (NST)

Non-stres test anne karnındaki fetüsün iyilik halini belirlemek amacıyla kullanılan basit, non-invazif testlerden biridir. Anne karnına yerleştirilen kuşaklarla bağlanan iki prob aracılığı ile fetal kalp atımlarının seyri ve uterus kontraksiyonları tespit edilir. 20-30 dk süren test boyunca fetal hareketler, fetal kalp atımları ve fetal hareketlere cevaben kalp atımlarının reaktivitesi gözlenir. Fetal hareketleri hissettiği zaman anneden elindeki düğmeye basması istenir. Fetal oksijenizasyonun yeterli olduğu sağlıklı bir gebelikte fetüsün kalp atımları fetal hareketle birlikte artmaktadır, bu durumda NST'nin reaktif olduğu söylenir. Sağlıklı bir fetüsün NST seyrinde kalp atımlarının 120-160 atım/dk arasında olduğu, kalp atımlarının fetal vücut hareketleriyle birlikte artış gösterdiği görülür. Bu artışlara akselerasyon adı verilir. Dinlenme halinde ise fetal kalp atımları baseline seviyeye düşer. Reaktif bir test varlığında anne karnındaki fetüs yüksek ihtimalle iyidir. Non reaktif test varlığında ilk olarak fetüsün uykuda olduğundan şüphelenilir. Çünkü non reaktif testin yanlış olma ihtimali oldukça yüksektir. Test tekrarlanır. Halen reaktivite sağlanamamışsa problemin gerçekten fetal oksijenizasyon bozukluğuna bağlı olduğunu tespit etmek için ileri testler yapmak gerekebilir.

NST 24-28. haftalarda gebelerin %50'sinde reaktiftir. 28-32.haftalarda bu oran %85'tir. NST'de reaktivite gözlenmesi için fetüsün yeterli matürasyon seviyesine ulaşması gerekir. Bu nedenle NST'ler 32. haftaya kadar rutinde başlatılmaz.

Uygulama endikasyonlarını iki grupta toplayabiliriz:

1. Maternal endikasyonlar: Gebede siyanotik kalp hastalığı, diabet, tiroid hastalığı, otoimmün hastalık, kronik böbrek hastalığı, hipetansiyon varlığı, sigara ve alkol kullanımı

2. Plasental ve fetal endikasyonlar: İntrauterin gelişme geriliği, çoğul gebelik, preeklampsi, amniyon sıvı patolojileri, fetal hareketlerin azalması, postterm gebelik, abdominal ağrı, ölü doğum öyküsü.

NST reaktif ise 1 hafta içinde fetusun kaybedilme ihtimali 2/1000'dir. Şiddetli gelişme geriliğinde, kontrolsüz diyabet varlığında ve hipertansif bozukluklarda haftada 2 kez NST önerilmektedir. Prematür erken membran rüptüründe günlük NST'nin önemli olduğu kabul edilmektedir.

Not: Bu oturum sırasında Ek' de verilen notlara göz atınız.

Gebelikle ilgili Durumlar

Gebelikte Egzersiz

2002 yılının Ocak ayında American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) gebelikte egzersiz ile ilgili önerilerde bulunmuş ve herhangi bir medikal veya obstetrik komplikasyon yokluğunda gebe kadınların haftanın hergünü olmasa da çoğunda 30 dk'lık orta yoğunlukta egzersiz yapmasını önermiştir. Gebelikte yapılan egzersizin gestasyonel diyabet ve gebeliğin indüklediği hipertansiyon riskini, postpartum depresyon semptomlarını ve üriner inkontinans insidansını azaltması gibi olumlu etkileri olduğu çalışmalarla ortaya konmuştur. Ancak gebe kadınlar egzersiz sırasında gelişebilecek ve egzersizi bırakmalarını gerektirecek tehlike işaretleri (vajinal kanama, dispne, başdönmesi, baş ağrısı, göğüs ağrısı, kas güçsüzlüğü, preterm doğum, baldırlarda şişlik ve ağrı, fetal hareketlerde azalma, amnion sıvısının gelmesi gibi) konusunda uyarılmalıdır. Gebe kadınlar düşme ve travma riski yüksek olan aktivitelerden kaçınmalıdırlar. Gebelikte önerilen egzersizler arasında yürüyüş, yavaş tempolu koşu, aerobik dans, yüzme, bisiklete binme, kürek çekme sayılabilir. Preterm doğum yada fetal büyüme geriliği öyküsü ve riski olan kadınlara ikinci ve üçüncü trimesterlerde aktivitelerini kısıtlamaları önerilir.

Gebelikte Cinsel Yaşam

Teorik olarak cinsel ilişki alt uterin segmentin fiziksel uyarısı, orgasm sonucu endojen oksitosin salınımına neden olması, semen içindeki prostoglandinlerin doğrudan etkisi ve enfeksiyöz ajanlara maruz kalma yoluyla doğumu uyarabilir. Ancak gebeliği komplike eden bir durum yoksa gebelikte cinsel aktiviteyi kısıtlamak için yeterli kanıt yoktur. Gebeliğin normal seyrettiği hallerde gebeliğin son ayına kadar cinsel yaşamda kısıtlama getirilmez. Gebelikte cinsel ilişki için mutlak kontrendike durumlar arasında herhangi bir dönemde vajinal kanama, plasenta previa, servikal yetmezlik ve preterm doğum riski ile preterm membran rüptürü sayılabilir. Preterm doğum hikayesi ve çoğul gebelik ise rölatif kontrendikasyonlar arasındadır. Tekrarlayan gebelik kayıpları olan gebelerde ilk üç ayda cinsel ilişki kısıtlanabilir.

Gebelikte Fizyolojik Değişiklikler ve Gebeliğe Uyum

Gebeliğin erken dönemlerinden itibaren gebeliğe uyum sağlamak amacıyla tüm sistemlerde anatomik ve fizyolojik değişiklikler olmaktadır. Bu normal değişiklikleri bilmek komplike gebelikleri farketmek açısından önemlidir.

Hematolojik değişiklikler: Gebelikte en belirgin hematolojik değişiklikler;

- Fizyolojik anemi,

- Nötrofili,
- Hafif trombositopeni,
- Prokoagulan faktörlerde artış,
- Azalmış fibrinolizdir.

Normal gebelikte plazma hacmi gebelik boyunca artar. Plazma hacmindeki artış eritrosit hacmindeki artıştan fazla olduğu için hemoglobin seviyesi, hematokrit ve eritrosit konsantrasyonları düşer (fizyolojik veya dilüsyonel anemi). Bu hemodilüsyona rağmen MCV ve MCHC’de değişiklik olmaz. CDC ilk ve üçüncü trimesterde 11 g/dl’nin, ikinci trimesterde 10.5 g/dl’nin altındaki hemoglobin değerlerini anemi olarak tanımlamaktadır. Fizyolojik anemi postpartum 6. haftada normale döner. Gebelikte demir ihtiyacı 2-3 kat, folik asit ihtiyacı 10-20 kat, vitamin B12 ihtiyacı 2 kat artar. Birçok kadında gebeliğe bağlı artan demir ihtiyacını karşılayacak yeterli demir depoları olmadığından multivitamin preparatlarının bir parçası olarak ya da ayrıca demir takviyesi sıklıkla gerekmektedir. Normal seyrinde gebeliği olan birçok kadında trombosit sayısı gebe olmayan kadınlarla benzer değerlerde olsa da gebelikte trombosit sayısı sağlıklı gebe olmayan kadınlara göre hafif düşük olabilir. Gebe kadınların yaklaşık %5’inde hafif asemptomatik trombositopeni gözlenebilir (gestasyonel trombositopeni). Pratikte $100 \times 10^3/\mu\text{L}$ altına düşmediği durumlarda trombositopeni olarak değerlendirilmez. Gebelikte koagülasyon faktörlerinin artışına bağlı fizyolojik hiperkoagulabl durum olur (doğumda hemostaza hazırlanmak amacıyla). Faktör 2, 7, 8, 10, 12 ve 13 konsantrasyonları artar, fibrinolitik aktivite azalır. Antikoagulan protein S ve antitrombin 3 seviyeleri düşer. Koagülasyon sistemi pıhtılaşma yönünde değişikliğe uğrayarak doğum ve plasentanın ayrılması sonrası anneyi aşırı kanamaya karşı korur, ancak bu değişiklikler gebelikte ve özellikle postpartum dönemde venöz tromboz riski oluşturur. Bu risk ilk trimesterden itibaren başlayarak doğum sonrası 6-8 haftaya dek devam eder. Alt ekstremitelerde venöz staz özellikle solda belirgin olmak üzere venöz dilatasyona ve azalmış venöz kan akımına neden olur. Gebelikte rutin olarak koagülasyon testlerine bakılmasına gerek yoktur.

Kardiyovasküler ve hemodinamik değişiklikler: Gebelikte maör hemodinamik değişiklikler;

- Kardiyak outputta (KO) artış,
- Sodium ve su retansiyonuna bağlı kan hacminde artış,
- Sistemik vasküler rezistans ve sistemik kan basıncındaki düşüştür.

Kardiyovasküler sistemdeki (KVS) değişiklikler belirgin olup gebeliğin erken dönemlerinden itibaren başlar. 8. gebelik haftasında KO’da %20 artış olmuştur. Periferik vazodilatasyon sistemik vasküler dirençte %25-30 azalmaya neden olur, bu durumu kompanse etmek için KO %40 oranında artar. KO ‘da artış erken gebelikte büyük oranda strok volümde artışla sağlanırken ilerleyen gebelik haftalarında daha çok kalp hızındaki artışla sağlanır. Ejeksiyon fraksiyonu ise değişmez. Kalpte fizyolojik dilatasyon olur, myokardiyal kontraktilete artar. Kan basıncı ilk ve ikinci trimesterlerde düşerken, son trimesterde tekrar gebelik öncesi seviyelere yükselir. Gebeliğin ilerleyen haftalarında supin pozisyonda yatılması halinde büyüyen uterus inferior vena cava (IVC) bası yaparak kalbe venöz dönüşün, dolayısıyla KO’nun ve uteroplental kan akımının azalmasına neden olur (supin hipotansif sendrom). Bu nedenle

gebe kadınlara mümkün olduğunca yan yatmaları önerilir. Doğum KO'da daha da artışa neden olur. Uterin kontraksiyonlarla 300-500 ml kan tekrar dolaşıma geri dönmektedir, ağrıya bağlı sempatik uyarı da kalp atımlarının ve kan basıncının artmasına neden olmaktadır. Doğumdan hemen sonra IVC üzerindeki basının kalkması ve uterus içindeki kanın sistemik dolaşıma katılmasıyla KO'da hızlı bir artış olur, yaklaşık 1 saat kadar sonra da doğum öncesi değerlere geri döner. Bu nedenle kardiyovasküler yetmezliği olan kadınlar özellikle doğumun ikinci evresi ve erken postpartum dönemde pulmoner ödem riskiyle karşı karşıyadır. KVS'deki bu değişiklikler fizik muayenede yanlışlıkla patolojik olarak değerlendirilebilecek bazı bulgulara neden olur; gebe kadınların %90'ında sistolik ejeksiyon murmur duyulabilir, birinci kalp sesi sert olabilir, üçüncü kalp sesi duyulabilir, ektopik atımlar ve periferik ödem saptanabilir. Diastolik murmurlar ise sağlıklı bir gebelikte normal olarak değerlendirilmez. Patolojik bir durumun göstergesi olabileceğinden ileri tetkik gerektirir. Gebelikte EKG değişiklikleri de olabilir; atrial ve ventriküler ektopik atımlar, Q dalgası ve III derivasyonunda ters dönmüş T dalgası, inferior ve lateral derivasyonlarda ST depresyonu ve T dalga inversiyonu, QRS'de sol aks sapması gibi.

Renal ve üriner trakt değişiklikleri: Gebelikte böbrek boyutlarında 1-1.5 cm'lik artış olur. Üreterlere mekanik bası ve progesteronun da etkisiyle sağda daha belirgin olmak üzere renal pelvikalisiyel sistemde dilatasyon (fizyolojik hidronefroz) meydana gelir. Renal vazodilatasyona bağlı renal plazma akımı ve glomerular filtrasyon hızı (GFR) artar. GFR'daki artışa bağlı olarak kan üre ve kreatinin seviyeleri düşer. Dilate toplayıcı sistemde 200-300 ml'ye varan üriner staz gebe kadını asemptomatik bakteriüriden piyelonefrite kadar enfeksiyon riski altında bırakır. Bu değişikliklerle birlikte gebelikte normal değerlerin üst limitini geçmeyecek kadar glukozüri ve proteinüri görülebilir. Gebelikte uteroplasental dolaşımı sağlamak amacıyla plazma hacmi artar, plazma osmolaritesi düşer. Gebelikte sık idrara çıkma, noktüri, dizüri, urgency ve stress inkontinans gibi üriner semptomlar sık görülür.

Respiratuar değişiklikler: Gebelikte oksijen ihtiyacı artar. İhtiyacı karşılamak amacıyla progesteronun hiperventilasyon gelişir. Diyafram büyüyen uterusun etkisiyle yukarı doğru eleve olur, göğüs çapı artar. PaO₂ yükselir, PaCO₂ düşer. Gebelikte hipoksiye neden olmayan subjektif nefes darlığı hissi gelişebilir. Bu fizyolojik durum en sık üçüncü trimesterde görülür. Genellikle nefes darlığı dinlenme halinde yada konuşurken belirgin olup paradoks şekilde hafif bir aktivite sırasında düzelir. Nazofarenkste kan akımının artması nedeniyle epistaksis ve konjesyon görülebilir.

Gastrointestinal değişiklikler: Gebelikte bulantı ve kusmalar sıklıkla görülür. Genellikle bulantı 20. gebelik haftası civarında kaybolur, ancak gebelerin yaklaşık %10-20'sinde bu haftadan sonra da devam edebilir. Bu durumun şiddetli seyrettiği hallere hiperemesis gravidarum adı verilir, Şiddetli bulantı, kusma, dehidratasyon, elektrolit imbalansı, ketonüri, kilo kaybı ve vitamin eksikliklerine neden olur. Hospitalizasyon ve intravenöz sıvı-elektrolit desteği gerektirir. Gebelikte büyüyen uterusun etkisiyle mide yukarı doğru yerdeğiştirir, progesteronun etkisiyle ösophagus alt sfinkter tonusu azalır, reflü semptomları görülebilir.

Metabolik değişiklikler: Plasental hormonların gebelikteki metabolic değişikliklerden sorumludur. Gebelik diyabetojenik bir durumdur ve glukoz metabolizmasındaki adaptasyonlar

yeterli maternal beslenmenin sağlanmasının yanısıra gelişmekte olan fetüse glukoz transferini sağlamaya yöneliktir. Normal gebelikte insülin salgılayan pankreatik beta hücrelerinde hiperplazi gelişir. Erken gebelikte gözlenen insülin hipersekresyonu ve artmış insülin duyarlılığı gebelik haftası ilerledikçe yerini insülin rezistansına bırakır. Maternal insülin rezistansı gebelik hormonlarının etkisiyle ikinci trimester başlar, üçüncü trimesterde pik yapar. Hem açlık hem postprandial insülin seviyelerinde yüksektir, ancak açlık kan şekeri düşüktür (insülin rezistansı, rölatif hipoglisemi). Gebe kadının pankreası gebelikteki insülin rezistansına karşı yetersiz kalırsa gestasyonel diyabet gelişir. Serum total kolesterol, trigliserid ve LDL seviyelerinde artış saptanır. Vücutta su tutulması gebelikte fizyolojik bir olaydır, ayak bileklerinde ve bacaklarda ödem gözlenir.

Gebelikte Sık Karşılaşılan Sorunlar ve Sorular

Gebelikte Kramplar Normal Midir?

Erken gebelik döneminde hormonal değişikliklerin neden olduğu gebeliğe ait normal bir değişiklik olabilir, ilerleyen gebelik haftalarında uterusun büyümesine bağlı kramplar yaşanabilir. Ancak önceki gebeliklerde yaşanandan farklı bir ağrı varsa, ağrı giderek kötüleşiyorsa yada ağrıya vajinal kanama eşlik ediyorsa ektopik gebelik, düşük tehdidi yada missed abortusun göstergesi olabilir. Bunun dışında normal gebelikte olabilecek diğer bulgular arasında bulantı, kusma, barsak alışkanlıklarında değişiklik, idrar yapma sıklığında artış, çarpıntı, kalpte murmur, ayak bileklerinde şişlik ve nefes darlığı sayılabilir.

Gebelikte Neden Halsiz Hissedilir?

Erken gebelikte yorgunluk hissi ve uykuya meyil normaldir. Kan basıncında düşme, kan şekerinde düşme, progesterone varlığı, metabolik değişiklikler ve gebeliğin fizyolojik değişiklikleri halsizlik nedenidir. Vitamin ve/veya demir takviyesi uygun olabilir.

Gebelikte Fetal Hareketler Ne Zaman Hissedilmeye Başlanır?

Pek çok kadın fetal hareketleri 20. gebelik haftasından önce hissetmeye başlar. İlk gebelikte fetal hareketleri hissetme 18 hafta civarındayken sonraki gebeliklerde 15-16 hafta civarında olur.

Gebelikteki Meme Değişiklikleri Nelerdir?

Gebelikte memelerde büyüme, hassasiyet, meme başlarında koyulaşma ve artan kan dolaşımına bağlı venöz yapılarda koyulaşma görülebilir. Gebeliğin ortalarına doğru areolada Montgomery tüberkülleri belirlemeye başlar.

Uterus Gebelikte Ne Kadar Büyür?

Uterus gebelik öncesi yaklaşık 70 gr ağırlığında ve 1 ml kavite hacmi olan bir organken, gebelikte 1000 gr ağırlığına ve 20 lt kavite hacmi olan bir organ haline gelir. Gebelik öncesi armut şeklindeki, gebelikte daha yuvarlak şekil alır, termde ovaldır. 20 hafta bir gebelikte uterus yaklaşık umblikus hizasındadır. İlerleyen gebelik haftalarında uterus hafta başına 1 cm yukarıda palpe edilir.

Doğumdan Önce Memelerden Süt Gelmesi Normal Midir?

İlk trimesterde galaktore rastlanabilen bir durumdur. Gebeliğin ortasında gebe kadın laktogenezin 1. evresindedir ve kolostrum salgılayabilir. Laktogenezin 2. ve 3. evresine doğumdan sonra geçilir ve matür süt salgılanır.

Gebelikte Neden Ciltte Pigmentasyon Olur?

Gebelikte pigmentasyon değişiklikleri melanosit stimulant hormonun (MSH) yükselmesine bağlıdır. Bu durum özellikle meme uçlarında, umbilikusta, aksillada, perinede ve linea albada (pigmente hale geldiğinde linea nigra olarak adlandırılır) belirgindir. Yüzdeki hiperpigmentasyon gebelikte kloazma olarak isimlendirilir, genellikle malar bölgede olur, ancak santral yada mandibular bölgede de olabilir. Ultraviyole ışınları pigmentasyonu artırabilir. Gebelik hormonlarıyla ilişkili olduğundan doğum sonrası hafifler.

Safra Taşına Gebelikte Daha Mı Sık Rastlanır?

Östrojen safradaki kolesterol konsantrasyonunu artırarak safra taşı oluşumu için bir risk faktörü oluşturur.

Gebelikte Saç Değişiklikleri Nelerdir?

Gebelikte saç ve vücut kıllarına ait değişikliklere sık rastlanır. Birçok gebe kadında hafif bir hirsutizm gelişir. Ancak bazı gebeliklerde erken postpartum dönemde telogen effluvium olarak adlandırılan ani ve fazla saç kaybı yaşanabilir. Oldukça rahatsız edici bir durum olsa da normal olduğu açıklanmalıdır. 1-5 ay içinde kendiliğinden düzelir, ancak sürecin 1 yıla kadar uzayabileceği bilinmelidir. Frontal ve parietal bölgeler en çok etkilenir.

Gebelikte Uyku Paterni Değişir Mi?

Total uyku süresi ilk trimesterde artar, ikinci trimesterde normale döner, üçüncü trimesterde ise sık sık uyanmalarla azalır. Dolaşımdaki progesteronun etkisiyle düz kaslarda relaksasyon sık idrara çıkma, gastrik reflü ve nazal konjesyona neden olarak uykunun bölünmesiyle sonuçlanır. Pozisyonel rahatsızlığı bacak krampları, meme hassasiyeti ve anksiyete de uyku kalitesini olumsuz etkiler. Gebelikte uyku bozukluğu yaşayan gebeler için düşük uyaranlı bir ortamda düzenli uyku takvimi, yatmadan önce sıvı alımının kısıtlanması, öğleden sonra kafeinli içecek alımından uzak durulması, uykudan birkaç saat önce 20 dk'lık hafif egzersizler, dizlerin arasına, karnın altına ve sırtta yastık konması gibi önerilerde bulunulabilir.

Gebelikte Emniyet Kemeri Takılır Mı?

Gebelikte emniyet kemeri mutlaka takılmalıdır. Emniyet kemeri daha aşağı seviyede, gebe karnın altına, kalça kemiklerinin üzerine yerleştirilmelidir.

Gebelikte Seyahat Edilebilir Mi?

Seyahat için en güvenli zaman düşük ve preterm eylem riskinin en az olduğu ikinci trimesterdir. Gebelikte uzun süreli oturma kısıtlanmalıdır, çünkü gebe uterus alt ekstremitelerde venöz staza neden olmakta, bu da tromboz riskini artırmaktadır. Bu nedenle gebe kadınlara seyahat süresince ara ara kalkıp gezmeleri, bacaklarını fleksiyon ve ekstansiyon hareketi yaptırmaları önerilmektedir. Düşük oksijen basıncı, düşük nem oranı ve devirdaim eden hava akımının dehidratasyona katkıda bulunması sonucu havayolu ile seyahat riski biraz daha artırmaktadır. Yüksek irtifalara maternal adaptasyon olarak hemokonsantrasyon, kalp hızında ve kan basıncında artış ve parsiyel oksijen basıncındaki azalmaya bağlı olarak aerobik kapasitede azalma meydana gelir. Bu nedenle komplike gebeliği olan kadınların havayolu ile seyahatten kaçınması uygun olacaktır. Tüm havayolu ile seyahat eden gebelerin yeterli hidrasyona dikkat etmesi, venöz staz ve venöz tromboemboli riskini azaltmak için periyodik olarak alt

ekstremitelerini hareket ettirmesi, kompresyon çorabı giymesi ve hareketi kısıtlayıcı giysilerden uzak durması önerilir.

Gebelikte Yatak İstirahati Gerekli Midir?

Çoğunlukla bazı durumlarda gebelik sonuçlarını olumlu yönde etkilediğine inanılsa da yatak istirahatının düşük, preterm doğum, preeklampsi riskini ya da çoğul gebelik ve fetal büyüme geriliğinde gebelik sonuçlarını düzelttiğine dair iyi kalite kanıtlar yoktur.

Gebelikte Diş Tedavisi Yapılabilir Mi?

Ağız ve diş sağlığına ilişkin durumların önlenmesi, tanısı ve tedavisi gebelik nedeniyle ertelenmemelidir. Karın ve tiroidin korunarak çekilen dental X-ray, lokal anestezi, diş çekimi, kanal tedavisi, dolgu gibi tedavilerin fetüse zararlı etkisi yoktur.

Gebelikte Sıcak Banyo, Sauna ve Havuza Girilebilir Mi?

İlk trimesterde gebenin sığağa maruz kalması fertüste nöral tüp defektlerine neden olabileceğinden sıcak banyo ve saunadan uzak durulmalıdır. Populasyon bazlı bir çalışmada havuza girme ile maruz kalınan su dezenfeksiyon ürünleri ve su yoluyla geçen patojenlerin fetüste teratojenik etkisi olmadığı görülmüştür.

Gebelikte Saç Boyatılabilir Mi?

Kafa derisi yanık gibi nedenlerle ileri derecede zarar görmediyse saç boyaları ve saç ürünlerinin sistemik emilimi çok azdır. Bu nedenle bu tür kimyasalların olumsuz fetal etkileri yok gibi görünmektedir.

Gebelikte Balık Yemek Güvenli Midir?

Zararlı patojenlere karşı gebelere pişmiş balık yemekleri önerilmektedir. Balık ürünleri metilciva gibi çevresel kimyasallarla kontamine olabilir. Metilciva ile kontamine balık yenmesi halinde fetüsün santral sinir sisteminde ağır hasarlardan, hafif entelektüel, motor ve psikososyal etkilenebilir. Bu nedenle gebe kadınlara yüksek seviyede civa içerebileceğinden ötürü köpekbalığı, kılıç balığı, iri kral uskumru, tilefish (bir çeşit levrek) ve bigeye tuna (bir çeşit ton balığı) yememeleri önerilir.

Okuma Parçası – Gebelikte Beslenme ve Vitaminler

- Gebelikte dengeli ve düzenli beslenme önem kazanmaktadır. Gebelikte günlük kalori ihtiyacına ilk trimesterde 150 kcal, daha sonra 350 Kcal/ gün ilave edilir. Günlük kalori alımı 1500 kaloringin altına düşmemelidir. Gebelikten önce vücut kitle indeksi 20 kg/m² altında olanlara 12-18 kg, 29 kg/m² üzerinde olanlara ise ortalama 7 kg almaları önerilir.
- Doktora danışılmadan ilaç kullanılmamalıdır.
- Nöral tüp defektleri (NTD) çocukluk çağı nörolojik defisitlerinin bir kısmından sorumludur. Önlenebilir. Bu amaçla;
 - a. Gebelik planlayan herkes en az 1 ay öncesinde olmak üzere 0.4 mg/gün ve
 - b. Riskli gruplar ise 4 mg/gün folik asit almalı ve ilk üç aylık dönem süresince kullanılmalıdır. Multivitaminler tek başına NTD prevansiyonu sağlamamaktadır.
- Sağlıklı ve düzenli beslenebilen tekil gebeliklerde, multivitamin profilaksisine gerek yoktur. Yüksek riskli hastalar ile kötü beslenen kadınlarda multivitamin önerilmektedir.
- 12. haftadan itibaren 1200 IU (9 damla) günlük tek doz D Vitamini Preparatı önerilmektedir.
- Gebelikte artmış tiroid hormon üretimi, renal kayıplar ve fetal iyot ihtiyacı nedeniyle artan iyot gereksinimi vardır, bu durum laktasyondaki kadınlar için de geçerlidir. Gebelikte iyot eksikliği fetal ve maternal guatr, kretinizm, mental fonksiyonlarda bozukluk, neonatal hipotiroidizm ve artmış gebelik kaybı ile ilişkilidir. WHO iyot eksikliğine bağlı hastalıkları ortadan kaldırmak için iyotlu tuz kullanımını önermektedir. Amerikan Tiroid Cemiyeti de gebelik öncesi, gebelik ve laktasyonda kadınlara günlük 150µg iyot içeren multivitamin önermektedir. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği de gebe ve laktasyondaki kadınlar için artan iyot gereksinimi düşünüldüğünde sadece iyotlu tuz ile bunun karşılanamayacağını, bu risk grubunun günde 100–150 µg iyot süplementasyonu alması gerektiğini söylemektedir. Ancak iyot fazlalığını da fetal guatra neden olabileceği unutulmamalıdır. Gebelikte iyot alımı için güvenli üst sınır net değildir.

EK 1.a - GEBE İZLEMİNDE ÖYKÜ ALMA ÖĞRENİM REHBERİ

Katılımcı adı, soyadı :	Dönem / Modül : .. / ..
Tarih: / / 200...	Alt Modül :
Her deneme için arkadaşınızın ilgili basamakları gerçekleştirip, gerçekleştirmediğini izleyiniz. Arkadaşınız yeterli hazırlık yaptığına inandıktan sonra, beceriyi gerçekleştirir iken, onu izleyip, her basamak için not veriniz. Tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapıp, tümünden tam not alana dek beceriyi yineleyiniz Değerlendirme Çizelgesi: 1. Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması 2. Yeterli : Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması 3. Ustalaşmış: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru ve sırasında uygulanması	
Beceri Basamakları	Deneme
	1 2 3
Üreme Sistemi	
Başvurana aşağıdaki soruları sorunuz.	
1 İlk adet gördüğünüzde kaç yaşında idiniz?	
2 Adetlerinizin düzeni genel olarak nasıldır? (kaç gün de bir adet görüyorsunuz?, kaç gün sürüyor bir günde kaç bez/ped kanamanız oluyor?,	
3 Son adetinizi ne zaman gördünüz, tarihi nedir?	
4 Adetleriniz şiddetli ağrılı (dismenore) olur mu?	
5 Kaç kez gebe kaldınız ?	
6 Düşük yaptınız mı, düşük yaptınız ise kaç kez ve zamanını belirtiniz	
7 İstemli düşük yaptınız mı (D&C – Küretaj) düşük yaptınız ise kaç kez ve zamanını belirtiniz	
8 Kaç doğumunuz var ve doğum şeklini (normal doğum/Sezeryan)belirtiniz	
9 Genital bölgenizde ağrı oluyor mu?	
10 Vajinal kanama, akıntı ve kaşınma yakınmanız var mı?	
11 Elinize gelen sarkıklık, kitle var mı ?	
12 İdrar yaparken ağrı, yanma, idrar kaçırma yakınmanız var mı?	
13 Büyük abdest yaparken ağrı, zorlama yakınmanız var mı?	
14 Memeleri nizile ilgili bir yakınmanız var mı?	
15 Cinsel yolla bulaşan bir hastalık geçirdiniz mi?	
16 Genital bölgenizde yara var mı?	
17 Cinsel ilişkiye isteğinizi nasıl değerlendirirsiniz (Libidonuz nasıl?)	
18 Cinsel ilişki sırasında ağrı, yanma yakınmanız var mı ?	
19 Cinsel ilişkiden sonra leke şeklinde kanama yakınmanız var mı ?	
20 Cinsel ilişki sonrası rahatsız edici koku hissiniz oluyor mu ?	

Ek 1.b - OBSTETRİK ÖYKÜ ALMA BECERİSİ ÖĞRENİM REHBERİ

Katılımcının adı, soyadı :	Dönem / Modül : .. / ..
Tarih: / / 20...	Alt Modül :

Her deneme için arkadaşınızın ilgili basamakları gerçekleştirip, gerçekleştirmediğini izleyiniz. Arkadaşınız yeterli hazırlık yaptığına inandıktan sonra, beceriyi gerçekleştirir iken, onu izleyip, her basamak için not veriniz.

Tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapıp, tümünden tam not alana dek beceriyi yineleyiniz

Değerlendirme Çizelgesi:

1. Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması
2. Yeterli: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması
3. Ustalaşmış: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru ve sırasında uygulanması

	Beceri Basamakları	Deneme		
		1	2	3
	Başvurayı karşılayınız.			
2	Adınızı, soyadınızı, muayene tarih ve saatinizi kaydediniz.			
3	Başvuran ile ilgili kimlik bilgilerini (Adı, Soyadı, Yaşı,vb) öğrenip kaydediniz			
4	Eşinin ile ilgili kimlik bilgilerini (Adı, Soyadı, Yaşı,vb) öğrenip kaydediniz			
5	Eşi ile akrabalığını sorunuz			
6	5. soruya yanıt evet ise akrabalık derecesini sorunuz			
	Menstruasyon öyküsü			
7	Son adet tarihini sorunuz			
8	Beklenen doğum tarihini hesaplayınız Son adet tarihinin gün bölümüne 7 eklenip, ay bölümünden 3 çıkartılarak hesaplanır. Örnek: SAT: 13.07.2003 BDT: 20.04.2004			
9	Menstruasyon süresini(kanama günü sayısını) sorunuz			
10	Siklus süresini sorunuz			
11	Siklus düzenini sorunuz			
	Tıbbi anamnez			
12	Kan grubu ve Rh faktörünü kaydediniz			
13	Eşinin kan grubunu ve Rh faktörünü kaydediniz			
14	Daha önce geçirmiş olduğu hastalıkları ve kullandığı ilaçları sorunuz			
15	Mevcut hastalıklarını sorunuz			
16	Kullandığı ilaçları kaydediniz			
17	Ailede ve kendisinde varsa kalıtsal hastalıkları kaydediniz			
	Cerrahi anamnez			
18	Genital bölge ile ilgili operasyon öyküsünü sorunuz			
19	Var ise diğer operasyonlarını kaydediniz			

Kaynaklar:

1. Bonacquist L. Antenatal screening - the first and second trimester. Aust Fam Physician. 2011;40:785-7.
2. Wright D, Syngelaki A, Birdir C, Bedei I, Nicolaides KH. First-trimester screening for trisomy 21 with adjustment for biochemical results of previous pregnancies. Fetal Diagn Ther. 2011;30(3):194-202.
3. Catalano PM, McIntyre HD, Cruickshank JK, McCance DR, Dyer AR, Metzger BE, Lowe LP, Trimble ER, Coustan DR, Hadden DR, Persson B, Hod M, Oats JJ; for the HAPO Study Cooperative Research Group. The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome Study: Associations of GDM and obesity with pregnancy outcomes. Diabetes Care. 2012 Feb 22. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 22357187.
4. Moses RG. Gestational Diabetes Mellitus: Implications of an Increased Frequency With IADPSG Criteria. Diabetes Care. 2012;35(3):461-2.
5. Wolff T, Witkop CT, Miller T, Syed SB; U.S. Preventive Services Task Force. Folic acid supplementation for the prevention of neural tube defects: an update of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2009;150(9):632-9.
6. Devoe LD. Antenatal fetal assessment: contraction stress test, nonstress test, vibroacoustic stimulation, amniotic fluid volume, biophysical profile, and modified biophysical profile--an overview. Semin Perinatol. 2008;32(4):247-52.
7. Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara, 2014.
8. ACOG Practice Bulletin no:107. Induction of labor. Obstet Gynecol 2009;114:386-397.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion Number 267. Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. Washington, DC: The American College of Obstetricians and Gynecologists; January 2002.
10. World Health Organization, 2007. Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring Their Elimination. A guide for programme managers.
11. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E, Azizi F, Mestman J, Negro R, Nixon A, Pearce EN, Soldin OP, Sullivan S, Wiersinga W, American Thyroid Association Taskforce on Thyroid Disease During Pregnancy and Postpartum. Thyroid. 2011;21(10):1081.
12. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2016.
13. Olson D, Sikka RS, Hayman J, Novak M, Stavig C. Exercise in pregnancy. Curr Sports Med Rep. 2009 May-Jun;8(3):147-53.
14. Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. J Sex Med. 2011 May;8(5):1267-84.
15. Charles J Lockwood, Urania Magriples. Initial prenatal assessment and first-trimester prenatal care. 2017. Available at: www.uptodate.com
16. Christine D Garner. Nutrition in pregnancy. 2017. Available at: www.uptodate.com

17. Kenneth A Bauer. Hematologic changes in pregnancy. 2017. Available at: www.uptodate.com
18. Michael R Foley. Maternal cardiovascular and hemodynamic adaptations to pregnancy. 2017. Available at: www.uptodate.com
19. Ravi I Thadhani, Sharon E Maynard. Renal and Urinary Tract Physiology in normal Pregnancy. 2017. Available at: www.uptodate.com
20. Edmund F Funai, Jonathan Gillen Goldstein, Henry Rogue, Sonya S Abdel-Razeq. Respiratory tract changes during pregnancy. 2017. Available at: www.uptodate.com.
21. Felice Petraglia, Donato D'Antona. Maternal endocrine and metabolic adaptation to pregnancy. 2017. Available at: www.uptodate.com.
22. Fidelma B Rigby. Common pregnancy complaints and questions. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/259724-overview>
23. Erişkin Diyabetli Bireyler için Eğitimci Rehberi, TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı, Ankara, 2014.
24. Soma-Pillay P, Nelson-Piercy C, Tolppanen H, Mebazaa A. Physiological changes in pregnancy. Cardiovasc J Afr. 2016 Mar-Apr;27(2):89-94.

DOĞUM SÜRECİ

Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN
Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü

Amaç: Doğum süreci ve etkileyen faktörler konusunda bilgi kazanmak.

Kazanımlar:

Bu oturumun sonunda katılımcılar aşağıda belirtilen kazanımları elde ederler;

1. Doğum süreci ile ilgili temel kavramları açıklar.
2. Doğumun başlama belirtilerini ayırt eder.
3. Doğumun evrelerini açıklar
4. Doğumda anne psikolojinin önemini açıklar
5. Doğumda dengenin bozulmasına neden olan faktörleri sıralar

Doğum, giderek sıklaşarak şiddeti artan ve servikal dilatasyon, efasmaya neden olan kontraksiyonlarla, fetüs ve eklerinin pelvis ve yumuşak dokulardan oluşan doğum kanalından geçerek dışarı atılma sürecidir.

Normal bir doğum eyleminin,

- Miadında sağlıklı bir gebe ve fetüsün varlığında
- Kendiliğinden başlaması
- Tek ve canlı bir fetüs olması
- Fetüsün vertex pozisyonunda olması
- Baş-pevis uygunsuzluğu olmadan
- Kendiliğinden başlayıp, doğumun başlangıcından sonuna kadar normal düzende devam eden kontraksiyonlarla
- Fetüs ve eklerinin herhangi bir yardımcı araç/girişim olmadan, sağlıklı olarak doğması
- Eylem boyunca 500 cc'den fazla kanama olmadan gerçekleşmesi beklenir.

Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü'nün Doğum Manifestosu'na göre;

1. Doğum kendi kendine başlamalıdır
2. Doğumda yatağa bağımlı kalınmamalıdır. Hareket ve pozisyon özgürlüğü esastır
3. Doğumda sürekli destek gerekir
4. Gerekmedikçe doğuma müdahale edilmemelidir
5. Doğumda dik pozisyonlar tercih edilmelidir
6. Doğumdan sonra anne ve bebek bir arada kalmalıdır

Doğumun Başlama Belirtileri

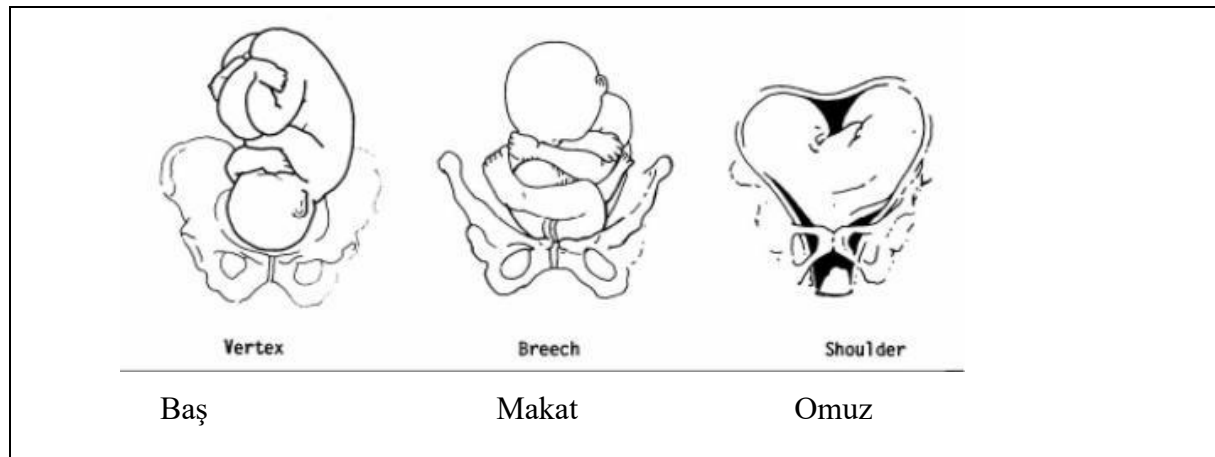
- **Hafifleme:** Termde bir gebenin doğumu yaklaştığında fetal kısımlar pelvis girimine yerleşmeye başlamasına bağlı olarak diyafragma üzerindeki baskı azalır ve gebede hafifleme hissi oluşur.
- **Ani enerji yüklenmesi:** Doğum eyleminden 24-48 saat önce salgılanan epinefrin hormonuna bağlı olarak gebede ani enerji artışı gözlenir. Bu enerjinin, doğumda kullanılması gerektiği unutulmamalıdır.
- **Bel ağrısı:** Relaksin hormonunun pelvik eklemler üzerindeki etkisine bağlı olarak bel ağrısı görülür.
- **İshal, sindirim sorunları, bulantı-kusma:** Kontraksiyonlar başlamadıkça hemen önce ya da başladığında görülür
- **Braxton Hicks kontraksiyonları:** Son trimesterde görülür. Efasman ve dilatasyona neden olmaz

Doğumun başladığının asıl belirtileri ise, düzenli kasılmaların başlaması, suların gelmesi ya da nişanenin atılmasıdır.

Gerçek Travay	Yalancı Travay
-Kontraksiyonlar düzenlidir -Kontraksiyonların aralığı giderek kısalır -Kontraksiyonların süre ve şiddeti artar -Karından sırta yayılan bir rahatsızlık oluşur -Yürümekle kasılma artar -Servikal efasman ve dilatasyon oluşur	-Kontraksiyonlar düzensizdir -Genellikle değişiklik olmaz -Genellikle değişiklik olmaz -Rahatsızlık hissi genellikle karındadır -Yürümekle herhangi bir değişiklik olmaz -Servikal efasman ve dilatasyon oluşmaz

Doğum Kanalı ve Fetüs İlişkisi

Fetüs doğum kanalına %95 vertex baş, %5 makat ve diğer kısımlarla yerleşir.





1-Angajman öncesi



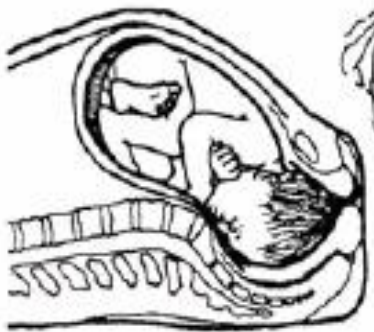
5- Tam ekstansiyon baş mobil



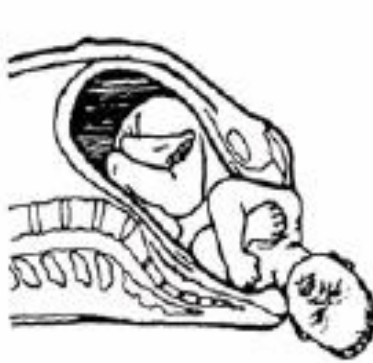
2-Angajman, fleksiyon, iniş



6-Baş dış rotasyon, omuz rotasyon



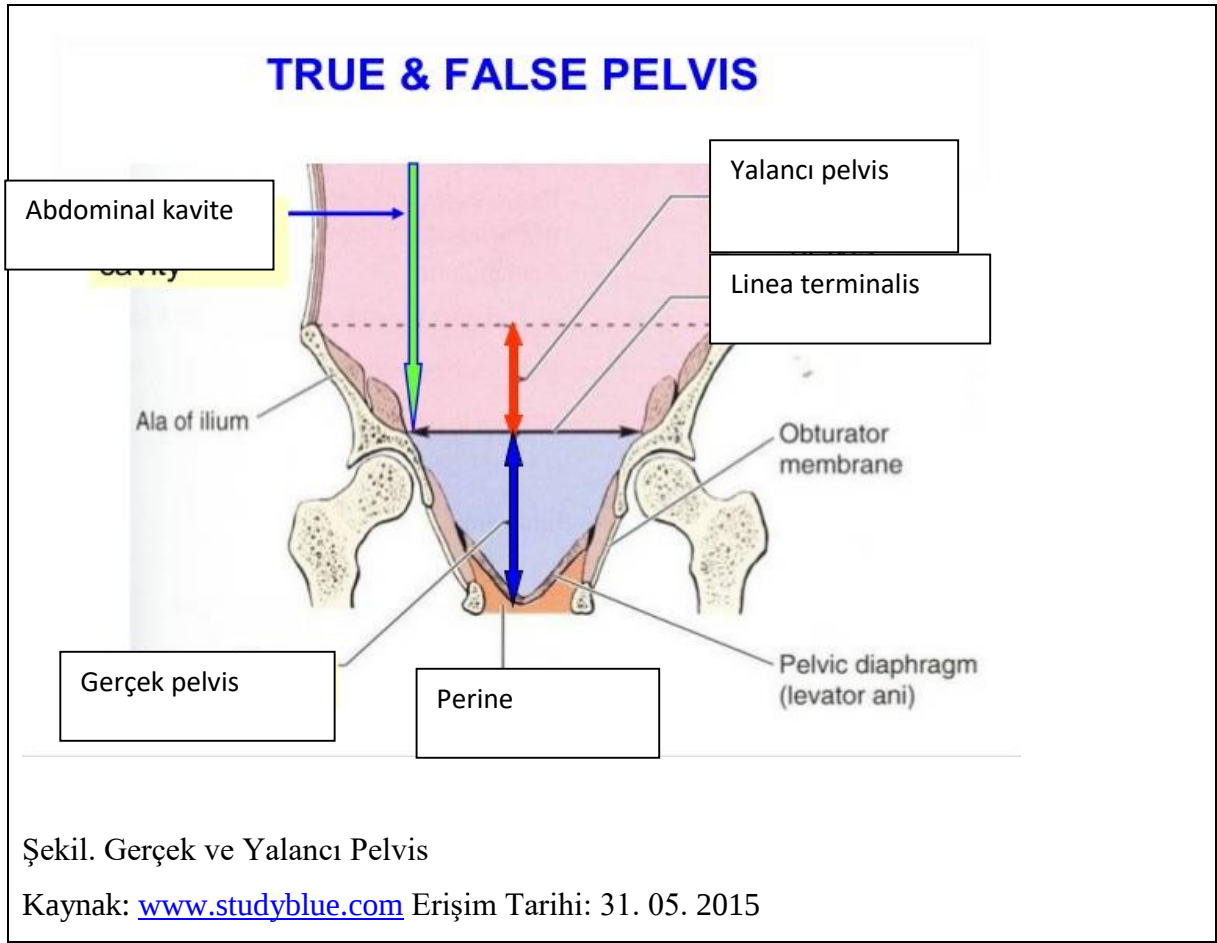
3-İniş, iç rotasyon



7-Omuzun doğumu



Şekil 1 - Doğum sırasında başın yaptığı hareketler



Pelvisin şekli, büyüklüğü ve biçimi normalin dışında olduğu durumlar doğum eylemi risk oluşturabilir.

Yumuşak doğum yolu uterusun alt segmenti ve pelvis tabanından oluşmuştur. Açıklığı öne bakan bu yol, doğumda dirsekli bir boru şeklinde genişler ve esner.

Doğumu başlamış gebede, ebe ya da hekim tarafından bebek başı, kemik pelvisin durumu, bebeğin inişi vaginal muayene ile değerlendirilir.

Doğumun Evreleri

Doğum eylemi dört aşamada gerçekleşir:

- 1) Dilatasyon Devresi; gerçek doğum ağrıları ile başlar, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sonlanır. Latent, Aktif ve Geçiş Faz olmak üzere üç evreye ayrılır.
- 2) Ekspülsiyon Devresi; Servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile başlar; bebeğin doğumu ile sonlanır.
- 3) Plesantal Devresi (Hilas devresi); Bebeğin doğumu ile başlar, plasentanın doğumu ile sonlanır.
- 4) Kanama Kontrol; Plasentanın doğumundan sonraki 4 saatlik süreyi içerir. Erken postpartum iyileşme dönemi olarak da adlandırılır.

Doğumun birinci evresi silinme ve dilatasyon evresidir. Birinci evre doğumun en uzun evresidir. Bu evre kendi içinde latent, aktif ve geçiş fazlarını içerir.

Latent faz, düzenli kontraksiyonlarla başlar, dilatasyon 2-4 cm olduğunda sonlanır. Nullipar kadınlarda bu dönem 8-9 saat sürer ve 20 saati geçmemesi gerekir. Multiparlarda ise yaklaşık 5-6 saat olup, 14 saati geçmemesi gerekir. Latent fazda uterus kontraksiyonlarının şiddet, süre ve sıklığı artar. Kontraksiyonlar başlangıçta 10-20 dk da bir gelip 15-20 sn sürerler. Bu süre gittikçe uzayarak kontraksiyon araları 5-7 dk ya süreleri 30-40 sn ye çıkar.

Aktif faz, servikal açıklık 3 cm olduğunda başlar, 8 cm'e ulaştığında biter. Kontraksiyonlar sıklığı ve süresi giderek artan, orta şiddette kontraksiyonlar vardır.

Geçiş fazında servikal dilatasyon ve efasman tamamlanır. Fetüs hızla aşağıya iner. Bu dönemin nulliparlarda 3 saatten, multiparlarda ise 1 saattir uzun sürmemesi beklenir. Kontraksiyonlar 1-2 dakikada bir gelip 60-90 saniye süren, şiddetli kontraksiyonlar mevcuttur.

Doğumun İkinci Evresi

Serviksin tam olarak dilate olması ile başlayıp, bebeğin doğumu ile sonlanır. Primiparlarda 30 dakika ile 2 saat arasında, multiparlarda ise 5 ile 30 dakika arasında değişmektedir. Bu evrede kontraksiyonlara ıkınma hissi eşlik eder. Bu evrede gerektiğinde epizyotomi uygulanabilir

Doğumun Üçüncü Evresi

Bebeğin doğumundan sonra başlayıp, plasantanın ayrılıp atılması ile sonlanır. Bu döneme plasental devre de denir. Plasantanın ayrılıp atılması 5 dakika ile 30 dakika arasında gerçekleşir. Bu evrede toplam 200-300 ml kan kaybı olmaktadır. Plasantanın ayrılma belirtileri; ani vajinal kanama, umbilikal kordun boyunda uzama, uterusun fundusunun umblikus hizasına yükselmesidir.

Doğumun Dördüncü Evresi

Plasantanın doğumundan sonraki ilk 4 saati içerir.

Doğumda Kontraksiyonlar

Doğum, uterusun myometrium tabakası, diyafragma ve karın kaslarının kasılmaları ile ortaya çıkan intra uterin basınç artışı ve aksiyal itme ile gerçekleşir. Doğum eylemini başlatan faktör tam olarak bilinmemekle birlikte, uterusun gerilmesi, hormonal uyarı ve myometrial aktivitenin başlamasının eylemin başlamasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Doğumun gerçekleşmesinde; birincil güçler (anne tarafından kontrol edilemeyen), ikincil güçler (anne tarafından kontrol edilebilen) birlikte rol oynar. Eylemde rol oynayan **birincil güçler**, uterus kontraksiyonlarıdır. Doğum eyleminde rol oynayan **ikincil güçler**, eylemin ikinci devresinde annenin bebeği itmek için karın kaslarını kullanması sonucunda oluşur. İkincil güçler silinme ve dilatasyonun tamamlanmasından sonra bebeğin doğumuna yardım eden en önemli gücü oluşturur.

Uterus kontraksiyonları Braxton Hicks'te dahil olmak üzere istemsizdir Kontraksiyonlar, normalde uterusun üst kısmından başlayıp, 15 saniye içinde daha aşağılara iner. Uterusun alt kısımlarında daha geç başlamalarına karşın, en yüksek noktaya uterusun tüm bölgelerinde aynı anda ulaşır. Etkin bir eylem için kontraksiyonların ritmik olması önemlidir. Kontraksiyonlar düzenli olmadıkları sürece doğum eylemi ilerleyemez.

Doğumda kontraksiyonlar sonucu amniyos kesesi içindeki hidrolik basınç artar ve bu basınç fizik yasalarına göre her yöne eşit olarak dağılır. Alt segment ve collum uterusun zayıf ve pasif bölgeleridir. Kasılmalarla ortaya çıkan intrauterin hidrolik basıncın etkisiyle bu pasif bölgede

önce gerilme, incelme ve sonra açılma başlar. Açılan kanal servikalde dışarıya doğru bir emici güç oluşturur. İç ve dış basınç farkına eşit olan bu emici güç, prezante olan fetal kısmı ve amniyos kesesini etkisi altına alır. Her bir kasılmayla birlikte uterusun dikey yüzeyi uzarken, yatay yüzeyi kısalır. Eylemde uterus, kontraksiyonların etkisi ile ikiye ayrılır. Uterusu ikiye ayıran çizgiye fizyolojik retraksiyon halkası denir. Uterusun kasılan üst segmenti doğum eylemi ilerledikçe kalınlaşır. Uterusun alt segmenti ise incelir. Eylemin başında genellikle kontraksiyonlar orta şiddette, kısa süreli ve aralıklıdır. Eylem ilerledikçe, kontraksiyon süreleri, şiddetleri ve sıklığı artar. Başlangıçta 30 saniye süren kontraksiyonlar eylem ilerledikçe 50-90 saniyeye çıkar.

Doğumda Hormonlar ve Ruhsal Durum

Gebelik ve doğum eylemi bir hastalık değil, bedenin doğal, normal ve sağlıklı bir işlevidir. Gereksiz yere yapılan her türlü müdahale, doğum süreci ve hormonların salınımı üzerine negatif etkiler yaratır. Zaten doğal doğumu üstün kılan bu hormonların varlığıdır. Doğumda, anne ve bebeği oksitosin ve endorfin etkisindedir. Artan **oksitosin** seviyesiyle birlikte giderek güçlenen kasılmalar, travaydaki kadın için rehberdir. Doğum ilerledikçe ve kasılmalar arttıkça, artan miktarlarda **endorfin** serbest kalır. Gebe sakinleşir, rahatlar ve başka bir dünyadaymış gibi davranmaya başlar. Doğumla baş etme gücü artar. Kasılmalar gereğinden fazla şiddetlenirse, endorfin salınımı çoğalır, oksitosin azalır, kasılmalar azalır, travay yavaşlar. Kasılmalar hafiflediğinde, endorfin azalır, bu kez oksitosin artarak kasılmaları yeniden düzene koyar. Doğum anı geldiğinde, **adrenalin-noradrenalin** salınımında ani bir yükseliş görülür. Ani bir güç ile dolan anne, fetüsü dışarı iter. Doğum gerçekleşir. Anne ve bebeği, hormonlardan oluşan **doğal bir mutluluk kokteyli** (oksitosin, endorfin, noradrenalin, prolaktin) içmiş gibidir ve birbirlerine odaklanmıştır. Anne, bebeğini kucağına almaya, sevgisi ile göğsüne bastırmaya çabalar, bebeğini kollarına aldığı anda, sahip olduğu bu mucize karşısında dalgın, heyecanlı, gururlu, huzurludur. Bebek emmek için memeyi bulur, annesinin huzurlu ve güvenli kollarında yeni bir yaşama başlangıç için hazırdır.

Oksitosin Hormonu

Kelime anlamı Latince hızlı doğum olan “oksitosin”, hipofiz arka lobundan salgılanır ve hedef dokuda reseptörleri aracılığıyla etki gösterir. Oksitosin reseptörleri; uterus, meme, beyin, böbrek ve ön hipofizde bulunmaktadır. Yetişkin bir kadında plazma oksitosin seviyesi ovulasyon, doğum, laktasyon, cinsel reaksiyon ve bazı stres durumlarında artar

Oksitosin hormonunun sevgi ve bağlanmaya neden olması, doğum, emzirme ve cinsellik gibi yaşam olaylarında artış göstermesi, **“aşk hormonu”** olarak adlandırılmasına neden olur. Son yıllarda yapılan çalışmalar, zevk alınan her durumda (beraber yemek yemek gibi) oksitosin salgılandığını, olumlu insan ilişkileri kurulmasında, toplumsal yaşama uyum sağlanmasında ve bazı hastalıkların (depresyon, miyokard enfarktüsü gibi) önlenmesinde bu hormonun etkili olduğunu göstermektedir.

- Oksitosin hormonu sayesinde uterusda oluşan düzenli kasılmalar, doğumun ilerlemesi ve gerçekleşmesini sağlar.
- Gebe bir kadında oksitosin seviyesi giderek artar fakat oksitosin reseptörlerindeki artış, miada yakın hızlandığı için kasılmalara neden olmaz. Gebelik döneminde giderek artan

oksitosin kadının besin emilimini artırır. Ayrıca gebenin çabuk yorulmasını sağlayarak enerjisini korumaya yardımcı olur.

- Travayın başlaması ile giderek hızlanan oksitosin artışı, ikinci evrede ve doğumun hemen sonrasında en yüksek seviyeye ulaşır. Bu en yüksek oksitosin seviyesi, anneliğe geçiş için fiziksel ve duygusal bir destek oluşturur. Doğumdan hemen sonra anne ve bebeğin birbirine bağlanmasını ve sağlıklı bir güven ilişkisi kurulmasını destekler.
- Süt salınımının uyarılmasını sağlayan yüksek oksitosin seviyesi, emzirmenin de sağlıklı ve sorunsuz bir biçimde başlamasına olanak sağlar.
- Doğum sonu dönemde, ritmik kasılmalarla plasentanın dışarı atılmasını sağlar ve doğum sonu kanamaların durdurulmasında etkili olur.
- Doğumda, hem annenin salgıladığı oksitosinin plaseenta aracılığıyla bebeğe geçmesi hem de bebeğin hipofizinden oksitosin salgılanması sonucunda, bebeğin annesine bağlanması ve doğumla baş etmesi kolaylaşır.
- Ayrıca *“doğum sonu mutluluk kokteylinin”* önemli bir parçası oksitosin hormonudur

Oksitosin salınımını; uterus ve vaginanın genişlemesi ya da mekanik olarak uyarılması, meme ucunu uyarma ve kanama oluşması artırırken, katekolaminler (adrenalin-noradrenalin), anjiotensin, kolesistokinin salgılanması ve narkotik analjeziklerin kullanılması azaltmaktadır. Doğum eylemini uyarmak ve hızlandırmak için kullanılan sentetik oksitosin (pitocin), uterusu kasılmalar yaratmakta fakat anne bedeni tarafından tanınmadığı için doğal oksitosin salınımı ve işlevini bozmaktadır. Ayrıca pitocin beyindeki reseptörlere bağlanamadığı için, oksitosinle aynı etkileri göstermemektedir.

Endorfin

Doğal bir ağrı kesici görevi yapan enforfinler, mutluluk hormonu olarak da adlandırılır. Endorfinler; morfin gibi afyon türevi uyuşturucularla benzer özellik gösterir. Beta-endorfin hipofizden salgılandığı gibi beyin ve sinir sisteminin başka bölümlerinden de salgılanır. Keyif alınan her durum, endorfin salgılanmasına yol açar. Ayrıca zorlandığımız, acı çektiğimiz ve ağrımız olduğu zamanlarda salgılanan bir stres hormonudur.

Beta-endorfin seviyeleri gebelikte yükselir ve bu sayede gebelik süreci kadın için mutlu bir yaşam olayına dönüşür. Doğumda artan oksitosin salınımı ile kasılmalar gerçekleşirken, endorfinler de yükselmeye başlar. Endorfin, doğum kasılmalarına karşı doğal bir sakinleştirici görevi yapar, kadınların ilaçsız doğum yaptıklarında tecrübe ettikleri "başka bir gezegende olma" duygusu oluşur. Yükselen endorfin düzeyi, aynı zamanda düşüncenin içgüdüsel alana kaymasına katkıda bulunur. Endorfinler, doğumda kadınlara yardım eden düşsel bir durum yaratır. Kadının içinde bulunduğu bu düşsel durum, dış çevreden daha önemli hale gelir ve doğumla baş etmesi kolaylaşır. Doğum sırasında beta-endorfin seviyesinin aşırı yükselmesi, oksitosin salınımını engeller. Kasılmaların gereğinden fazla kuvvetlendiğinde yavaşlaması, böylelikle “doğumun, fizyolojik ve psikolojik strese uygun bir tempoya oturması” mantıklıdır. Oksitosin ve endorfinler doğumda adeta birbiri ile dans eder gibi, uyum içinde çalışır.

Doğum ağrısını azaltmak amacıyla, verilen anestezi ve narkotik analjezikler, beta-endorfin gibi işlev gösterir fakat kandaki seviyesi oksitosinden fazla olacağı için oksitosin salınımını azaltarak travayın yavaşlamasına ve süresinin uzamasına neden olur.

Ayrıca endorfinler “doğum sonu mutluluk kokteylinin” önemli bir parçasıdır ve içgüdüsel annelik davranışında rol oynar.

Katekolaminler (Adrenalin-Noradrenalin)

Adrenalin ve noradrenalin (epinefrin ve norepinefrin) olarak bilinen katekolaminler, “dövüş ya da kaç” hormonları olarak tanınır. Korku, anksiyete, soğuk, heyecan ve açlık durumunda, böbreküstü ve adrenal bezlerden katekolamin salgılanır. Sempatik sinir sistemini etkileyerek, organizmanın ortaya çıkan ve stres yaratan herhangi bir durum karşısında kaçmasını ya da orada kalarak savaşmasını sağlayacak tepkisini oluşturur. Gebelik süresince ve doğum başladığında, her kadın bir miktar anksiyete yaşar ve düşük yoğunlukta katekolamin salınımı oluşur. Düşük bir anksiyete düzeyi, doğum ağrıları ile etkin biçimde baş etmek için gereklidir. Anne anksiyetesinin düşük olduğu ve müdahale edilmeyen bir doğum sürecinin sonunda, ikinci evrenin sonlarına doğru, (bebeğin doğumuna kısa bir süre kaldığında) noradrenalin aniden yükselir. Gebe ani bir enerji ile dolar, genellikle dik ve tetikte durur. Artan adrenalin seviyesi ile birlikte nefesi sıklaşır, ağzı kurur, bir şeye tutunma gereksinimi hisseder. Bu sırada gebe; ani bir korku, kızgınlık ve heyecan duyabilir. Ardından birkaç güçlü kasılma ile bebek doğar. Tüm dünyada doğal doğumun öncülerinden Dr. Michel Odent bu duruma “fetüs fırlatma refleksi” adını vermektedir ve bu refleksin gerçekleştirilmesinde katekolaminler etkilidir. Müdahaleli doğumlarda “fetüs fırlatma refleksi” oluşmaz, annede tükenmişlik görülür.

Doğumdan sonra, katekolamin seviyesi aniden düşer ve annenin üşümesine ve titremesine neden olur. Bu dönemde ortamın sıcak olması önemlidir, çünkü anne üşümeye devam ettiğinde stresi artacak ve katekolamin seviyesi yüksek kalacaktır. Bu durum, doğal oksitosin salınımının engellenmesine neden olur ve doğum sonrası kanama riski artar.

Doğumun ikinci evresinde aniden yükselen katekolamin seviyesi plasenta yoluyla bebeğe geçer ve fetüs tarafından salgılanan katekolaminler ile birlikte, hipoksiye karşı koruma sağlar. Fetüsün akciğerleri daha çok çalışır, metabolik yanma hızlanır ve yenidoğanın termojenik sistemini harekete geçirerek, bebeği yeni yaşamına hazırlar. Bunun yanı sıra, doğumdaki yüksek katekolamin seviyeleri, bebeğin annesiyle ilk karşılaşmasında gözlerinin açık ve uyanık olmasını da sağlar. Müdahalesiz bir doğumdan sonra, bebek annesi ile ilk teması kurduğunda, katekolamin seviyesi hızla düşer ve sakinleşir. Anne ile temas kurması geciken ya da kuramayan bebeklerde, katekolamin seviyesi yüksek kalmaktadır.

Bunun yanı sıra “doğum sonu mutluluk kokteylinin” bir parçası olan katekolaminlerin, içgüdüsel annelik davranışında rolü vardır.

Travayın birinci evresinde katekolaminlerin yüksek olması ise, istenilen bir durum değildir ve doğum sürecini son derece olumsuz etkilemektedir. Travayın birinci evresinde, gebeyi olumsuz etkileyen herhangi bir durum (korku, endişe, açlık, soğuk vs) nedeni ile yükselen katekolaminler; **korku-heyecan-tepki** üçlüsünü oluşturur. Beden normalin üstünde oksijene gereksinim duyar, kalp atışları hızlanır, kan şekeri yükselir, kan yaşamsal organlara yönelir. Bu süreçte organizma tarafından anneye, doğum zamanı ve yerinin uygun olmadığı, doğumun yavaşlaması ya da doğuma ara verilmesi gerektiği mesajı gitmektedir. Uterusa giden kan akımı azalır. Adrenalin artışı, uterusun 2/3'lük alt kısmında bulunan dairesel fiberlerin açılmasını

basit biçimde, çeşitli örnekler ve görsellerle zenginleştirilerek, interaktif yöntemlerle yapılmalı ve temel olarak şu konuları içermelidir.

- Kadın üreme sisteminin yapısı ve işleyişi
- Gebeliğin oluşumu ve ilerleyişi
- Plasenta (ne işe yarar, yerleşme biçimleri)
- Kordon (ne işe yarar ?)
- Amniotik mayii (ne işe yarar?, amniosentez)
- Uterus kasları (çizerek ya da resimlerle çalışma prensibinin anlatılması)
- Doğumu etkileyen şeyler (fetüsün duruşu, annenin anatomik yapısı, hormonların senkronizasyonu ve kasılmaların ilerleyişi)
- Doğumun başlama belirtileri
- Doğumun evreleri ve süresi
- Doğumun bedende işleyişi
- Doğumda ağrı iletimi
- Gebelik egzersizleri
- Doğum egzersizleri
- Doğum pozisyonları
- Nefes ve gevşeme çalışmaları
- Doğum ağrısıyla baş etmede diğer yöntemler (odaklanma, hayal kurma, müzik dinleme, hidroterapi vs)
- Emzirme ve yenidoğan bakımı

Nefes Egzersizleri

Nefes egzersizleri genellikle doğuma hazırlık eğitimlerinde öğretilir ve kasılmalar üzerinde kadının kontrol sahibi olmasını sağlayan bir araç olarak kullanılır. Doğuma hazırlık eğitimi almamış gebelerde, latent fazda nefes egzersizleri öğretilir. Nefes teknikleri, gebenin doğum sırasında gevşemesine yardım ederek ağrıyla baş etmesini kolaylaştırır, uterusa ve bebeğe giden oksijen miktarını artırır.

Hayal Kurma / Dikkati Başka Yöne Çekme

Normal ya da aşırı duyuşal girdi yoluyla beyin sapının ağrı uyarılarının girişini baskılaması esasına dayanır. Odaklanma ve dikkat dağıtma ortamdan gelen bir uyarı ile kadının dikkatini ağrıdan uzaklaştırma sürecidir. Koridorda yürümek, gezinmek, müzik dinlemek, televizyon seyretmek, dua etmek odaklanma sağlayacak ve gebenin dikkatini başka yöne çekecek etkinliklerdendir. Özellikle **müzik dinlemenin**, dikkati başka yöne çekmenin yanı sıra işitsel uyarı yoluyla ağrıyı doğrudan baskıladığı düşünülmektedir. Doğumda kadının odaklanmasını kolaylaştırmak için rahatlatıcı bir ortam sağlanması önemlidir.

Dokunma ve Masaj

Pek çok kültürde yüzyıllardır kullanılan geleneksel bir tedavi yöntemi olan masaj, sağlık ve iyileşmeyi artırmak amacıyla vücudun yumuşak dokularının bilinçli ve sistematik olarak uyarılmasıdır. Masaj, kas spazmını çözerek hipoksiyi azaltmakta, sinir sistemini uyararak endorfin ve serotonin salgılanmasına neden olmaktadır. Literatürde masajın doğum ağrısıyla baş etmede etkinliğini gösteren pek çok araştırma bulunmaktadır. Masaj doğumun tüm

evrelerinde kullanılabilir. Özellikle aktif evrede eller, ayaklar, boyun, omuzlar, kalça yanları, tüm sırt, bel ve sakruma masaj yapılması çok etkilidir.

Sıcak ve Soğuk Uygulamalar

Kullanımı kolay, ucuz ve girişimsel olmayan bir yöntem olan yüzeysel sıcak ve soğuk uygulamalar, gebenin ağrıyla baş etmesini kolaylaştırmaktadır. İdeal olan gebenin gereksinimi doğrultusunda, sıcak ve soğuk uygulamanın birlikte ve sırayla kullanılmasıdır.

Sıcak uygulama yapılmasının amacı; iskeminin neden olduğu spazmları azaltmak ve kanlanmayı artırarak kapı kontrol teorisi ile ağrı iletimi yavaşlatmaktır. Sıcak uygulama gebenin sırtına, beline, kasıklarına, veya perineye uygulanır. Isı kaynakları, sıcak su şişesi, ıslak sıcak kompres, ıslak sıcak pedler, ısıtılmış pirinç ya da kiraz çekirdeği dolu torba, sıcak su dolu küvet ve ılık battaniyedir.

Soğuk uygulamada ise amaç, efor harcayarak ısınan ve terleyen gebenin rahatlamasını sağlamak, kas ısısını düşürüp kapı kontrol teorisi ile spazmı azaltmaktır. Soğuk uygulama gebenin alnına, yüzüne, kol ve ellerine, sakral bölgeye uygulanır. Bunun için buz parçaları doldurulmuş eldiven, soğuk pedler, donmuş jel paketi, buz dolu şişe kullanılabilir.

Hareket Özgürlüğü ve Egzersiz

Karın, sırt, bacak ve pelvis taban kaslarını güçlendirmek amacıyla egzersizler, gebeliğin 24.haftasından itibaren yapılmaya başlanır. Doğumda yapılan egzersizlerin amacı ise, gevşeme ve rahatlama sağlamak, gebenin dikkatini dağıtarak ağrıyla baş etmeyi kolaylaştırmaktır. Yapılan çalışmalar; travayda yürümek, hareket etmek ve pozisyon değişikliğinin, anne ve bebeğe herhangi bir zararlı etkisinin olmadığını, aksine gezinme, hareket ve pozisyon özgürlüğü tanınan gebelerde travay süresinin kısaldığını, girişimli doğumda azalma olduğunu ve gebenin ağrı kontrolünde daha başarılı olduğunu yüksek kalitede kanıtlarla göstermektedir. Ayrıca litotomi pozisyonunda fetüse giden kan akımı azalarak travay sürecini yavaşlatmakta, annede stres hormonlarının salgılanmasına neden olarak ağrı algısını şiddetlendirmektedir. Doğum başladığında gebeye ılık duş alması, gezinmesi, merdiven inip çıkması, pilates topu ile ya da ayakta sallanması, plates topu ile zıplaması, esneme ve gerdirme hareketleri yapması, sandalyeye tersten oturması önerilmektedir.

Bitkisel Tedaviler ve Aromaterapi

Dünya kültürlerinin çoğunda bitkiler sağlığın sürdürülmesi ve hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Bitkilerin kurutulmuş ya da taze olmasına göre bir kaç şekilde hazırlanması mümkündür. Doğumu başlatmak ve kolaylaştırmak için genellikle böğürtlen çayı, kırmızı ahududu yaprağı çayı ve hurma kullanılır. Gebelikte aloe vera, safran, defne meyvesi, ardıç, fesleğen çayı, maydanoz, pelin otu ve adaçayı kesinlikle kullanılmamalıdır. Ayrıca yeşil çay, folik asit miktarını azalttığı için gebelikte önerilmemektedir.

Aromaterapi, tedavi edici özelliklerini kullanabilmek için bitkilerden damıtılan yüksek konsantrasyonlu öz yağların ve kokuların kullanımıdır. Hoş bir koku solunması yoluyla kadının gevşemesini sağlar. Örneğin çok yorgun olduğumuzda, çevreden aldığımız kahve kokusu ya da lavanta kokusunun bizi rahatlatması gibi. Doğumda; gebeyi rahatlatmak için yasmin, lavanta, melisse, limonotu ya da ogulotu, gül, ylang-ylang yağları kullanılırken, gebenin korkularını azaltmak için; rosangeranie, yasmin, neroli yağları kullanılmaktadır.

Doğum ağrısıyla baş etmede aromaterapi diğer yöntemlerle birlikte uygulandığında etkilidir.

TENS (Deri Altı Elektriksel Sinir Uyarımı)

TENS belirli frekans, amplitüd ve pulse genişliğindeki düşük voltajlı elektrik enerjisinin yüzeysel elektrotlar aracılığı ile deri yüzeyinden sinir sisteminin belirli bölgelerine taşınmasıdır. Noninvazif bir yöntem olup, hem akut hem de kronik ağrılarda oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır. TENS doğum ağrısının azaltılmasında anne ve bebeğe herhangi bir zararı olmayan, etkin bir yöntem olmakla birlikte, pahalı bir yöntem olması, özel bir araca gereksinim duyulması ve travayın elektronik fetal monitorizasyonla takibini gerektirmesi nedeni ile yaygın olarak kullanılmamaktadır.

Hidroterapi

Doğum ağrısıyla baş etmede en popüler ve sık tercih edilen yöntemlerden biri olan hidroterapi, sıcak suyun lokal vazodilatasyon, kas gevşemesi ve sinir iletimini hızlandırma etkisinden yararlanma esasına dayanmaktadır. Basit, maliyeti düşük ve hekime ihtiyaç duyulmayan bir yöntem olması en önemli avantajlarıdır. Bu yöntemde gebe karnı suyun altında kalacak kadar derinlikte, özel doğum havuzları ya da küvette, ortalama 35 C suyun içindedir. Bu sayede sıcak su içinde gevşeme daha etkili olmakta, adrenalini düzeyi kontrol altına alınmakta, oksitosin ve endorfin hormonlarının seviyesi artmaktadır.

Kaynaklar:

1. Arısan K(1997): Propedötik Kadın- Doğum, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti, İstanbul
2. [Berghella V](#), [Baxter JK](#), [Chauhan SP](#). Evidence Based Labor And Delivery Management. *AJOG*, 2008;199(5):445-454.
3. *Buckley SJ(2002): Ecstatic Birth. Mothering Magazine, issue 111, March-April*
4. Çoker H(2011). Doğumda rutin müdahaleler gerekli midir ? www.dogaldogum.com (erişim tarihi 05.11.2011)
5. Ed. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD(2005). Williams Obstetrics , Çev Ed. Akman AC, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul
6. Fraser DM, Cooper MA(2009): Myles Textbook for Midwives. Fifteen Edition. Churchill Livingstone Elsevier, p: 459-60
7. Karahan N(2010): Oksitosin İndüksiyonunun Travay Süreci ve Perine Üzerine Etkileri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı Yayınlanmamış Doktora Tezi. Danışman: prof. Dr. Hediye ARSLAN, İstanbul
8. Kömürcü N, Ergin Berkiten A(2008): Doğum Ağrısı ve Yönetimi, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul
9. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;15(2):CD003934.
10. Lothian JA.(2000). *Why natural childbirth?*, Journal of Perinatal Education, 10581243, December 1, Vol. 9, Issue 4.
11. Odent M(2008).: Knitting needles, cameras, and electronic fetal monitors, *Midwifery Today*, Issue. No. 37
12. Robertson A. (1997). *Empowering Women. Teaching Active Birth in the 90's*. Australia: ACE Graphics.
13. Savage B & Simkin D. (1987). *Preparation for Birth. The Complete Guide to the Lamaze Method*. Newyork: Ballantine Boks.
14. Sayiner FD, Özerdoğan N(2009).: Doğal Doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Cilt:2,Sayı:3.s.143-48
15. Simkin P, Whalley J, Kepler A. *Pregnancy Childbirth and the Newborn*. (1984). USA: Meadowbrook Inc
16. Taşkın L (2007): Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği VIII. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara
17. THE COALITION FOR IMPROVING MATERNITY SERVICES:EVIDENCE BASIS FOR THE TEN STEPS OF MOTHER-FRIENDLY CARE . The Journal of Perinatal Education — Supplement | Winter 2007, Volume 16, Number
18. Sağlık Bakanlığı AÇSve AP Genel Müdürlüğü, Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Güvenli Annelik Kitabı, 2009

GEBENİN DOĞUMHANEYE KABULÜ VE İZLEMİ

Doç. Dr. Fatma Deniz SAYINER
Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Amaç: Bir gebenin doğumhaneye kabulü ve izlemi hakkında bilgi kazanmak.

Kazanımlar:

Bu oturumun sonunda katılımcılar aşağıda belirtilen kazanımları elde ederler;

1. Bir gebenin doğumhaneye kabulündeki koşulları sayar.
2. Gebeye doğumhane izleminde neler yapılacağını söyler.

NOT: Bu bölüm birinci basamakta Aile Sağlığı Elemanının görevi olmamakla birlikte gebenin doğuma ve doğum sonrası sürece hazırlanması ve o süreç hakkında danışmanlık yapabilmesi için bilgilendirme amacı ile eklenmiştir.

Uygun Doğumhane Ortamı

- Doğumhaneye yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- Doğumhane girişinde çalışanlar için giyinme odası bulunmalıdır.
- Doğum öncesi izlem ve doğum işlemi tek kişilik odalarda yapılmalıdır.
- Doğum öncesi izlem, doğum ve doğum sonrası bakım odalarında yatak başı tıbbi gaz sistemi bulunmalıdır.
- **Doğumhanede doğum süreci için gerekli ekipman bulunmalıdır.**
- Her doğum odasında; bebek ısıtıcısı (warmer), bebek aspiratörü, laringoskop, uygun boyutta balon-valf maske sistemi bulunmalıdır.
- Doğumhanede transport kuvvözü bulunmalıdır.
- Transport kuvvözü dahili olarak şarj edilebilen bataryaya sahip olmalı ve harici dc (doğru akım) batarya ile çalışabilmeli, transport kuvvözün üzerinde iki O₂ tüpünün yerleştirileceği dahili yuvası ve iki O₂ tüpü olmalıdır.
- **İlaçların karışmasını engellemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.**
- İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır.
- Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların listeleri hazırlanmalı, listeler kullanım alanında bulunmalıdır.
- Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların dolaplardaki yerleşimi ayrı raflarda yapılmalıdır.
- **Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**
- Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır. Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimi yapılmalıdır. Devir teslim kayıtlarında;
 - İlacın hangi gebeye kaç adet kullanıldığı,
 - İlacın kullanıldığı tarih,
 - İlacı kimin uyguladığı,
 - Kime kaç adet ilaç teslim edildiği,

- Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları kayıt edilmelidir
- **Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**
- Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir. Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır. Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.
- **Acil müdahale seti bulunmalıdır.**
- Sağlık hizmeti sunum alanlarında acil müdahale seti bulunmalıdır.
- Bölümler acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları belirlemelidir.
- İlaç ve malzemelerin minimum ve maksimum stok seviyeleri belirlenmelidir.
- Minimum ve maksimum stok seviyeleri takip edilmelidir.
- **Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**
- Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.
- Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı, plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.
- Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etiketle;
 - Kalibrasyonu yapan firmanın adı,
 - Kalibrasyon tarihi,
 - Geçerlilik süresi,
 - Sertifika numarası bulunmalıdır.

Doğumhaneye Kabul İçin Önerilen Kriterler;

Servikal dilatasyonun en az 3-4cm olması ve düzenli uterus kontraksiyonlarının başlamasıdır. Gebeler, prenatal bakımları sırasında bu veriler hakkında bilgilendirilmelidirler

Doğum odasına gelen anneyi değerlendirebilmek için anneden aşağıdaki konularda bilgi toplamak gerekir;

- Annenin yaşı,
- Doğum öncesi izlem sayısı,
- Kan grubu, Rh faktörü, gebelik öncesi ve şimdiki kilosu, penisilin ya da diğer ilaçlara karşı alerji durumu
- Önceki hastalıklar: kalp hastalığı, diyabet, konvülsif hastalıklar vb.
- Gebeliğinde ortaya çıkan sorunlar: kanama, hipertansiyon, üriner enfeksiyon
- Gebelik öyküsü: grvida, abortüs, para ve neonatal ölümler
- Annenin doğuma ilişkin öğrenmek istediği konular.
- Ebe topladığı bu bilgileri ve doğum öncesi yapılan izlemlere ilişkin bilgileri beraberce değerlendirdikten sonra annede bir risk faktörü olup olmadığı belirler. Doğum eyleminde risk faktörleri aşağıda bulunan tablodaki gibidir.

Annenin Doğuma Hazırlanması

- Annenin Doğum Eylemindeki Pozisyonu
 - Annenin fiziksel rahatını sağlamak için kontrendikasyon yoksa yataktan kalkması için desteklenir.
 - Eğer yatakta kalması gerekiyorsa rahat edebileceği bir pozisyon verilir. Tercihen sol yan yatırılır.
 - Eylem sırasında elini tutmak, yanağına ya da alına dokunmak, sırtını ovma annenin rahatlamasını sağlar.
 - Doğum topu da eylem sırasında kullanılabilir.

Perine ve Vulvanın Hazırlığı

- Rutin perine tıraşı gereksiz ve riskleri olan bir girişimdir ve yararını gösteren bir kanıt bulunmamaktadır.

Oral Alımın Kontrolü

- Amerikan Anestezi Uzmanları Derneğinin Obstetrik Anestezi Çalışma Kolu oral sıvı alımı olarak sadece ağız kuruluşunu önlemek için buz parçaları ve küçük yudumlarla sıvı alımını önermektedir.
- Ayrıca bazı uzmanlar enerji içecekleri, yoğurt ve şerbete izin vermektedir.
- Hollanda'da ise kadınların doğumda yeme içmesine izin verilmektedir.

Barsakların Hazırlığı

- Lavmanın kadın için hoş olmayan bir işlem olması,
- Ağrının şiddetini arttırması,
- Düşük enfeksiyon oranları,
- Sağlık personeli için iş yükü oluşturmaması, maliyeti arttırması ve
- Etkinliğini gösteren kanıtlar olmaması nedeniyle lavmanın rutin olarak uygulanmaması önerilmektedir.

Enfeksiyonların önlenmesi

- Anneye bakım vermeden önce ve sonra eller mutlaka yıkanmalıdır.
- Personel eylem ve doğum odasında giydiği üniforma ile dışarıda gezmemelidir.
- Doğum odasında çalışan kişilerde enfeksiyon bulunmamalıdır.
- Vaginal muayenelerden sonra vulvanın temizliğinin sağlanması enfeksiyonların önlenmesi açısından önemlidir.

Mesannenin Boşaltılması

- Dolu bir mesanede kontraksiyonlar sırasında gerginliği artırır fetüsün inişini önler ve eylemin uzamasını sağlar.
- Bunun için kadın 2-3 saatte bir mesanesini boşaltması için desteklenmelidir.

Anksiyetenin Azaltılması

- Bilgi: Doğum eylemi, ağrı, kontraksiyonlar, fetal monitorizasyon, eylemin gidişatı hakkında anneye bilgi verilir.
- Destek: Partner ya da aile, arkadaş desteği

- Yardımcı Teknikler: Masaj, sevdiği bir şeyle uğraşma, eylemin erken dönemlerinde gazete okuma, radyo dinleme, kadının geçmişte yaşadığı güzel bir olaya konsantre olması anksiyeteyi azaltır.

Ağrının Yönetimi

- Fiziksel egzersiz
- Bilinçli relaksasyon
- Solunum Teknikleri
- Su Terapisi
- TENS
- Sıcak ve Soğuk Kullanımı
- Terapötik Dokunma
- Hipnoz
- Biofeedback
- Aromaterapi

Farmakolojik Yönetim

- Sedatifler
- Analjezi ve Anestezi
- Genel Anestezi
- Sinir Blokajı ile Analjezi ve Anestezi

Eylemin Birinci Evresinde İzlem ve Bakım

Bu evrede izlemin iki yönden önemi vardır. 1. Annenin ve bebeğin sıkı takibi ile olabilecek komplikasyonların erken teşhis edilmesi sağlanır, 2. Eylemin normal ilerleyip ilerlemediği saptanır.

Latent Faz

- Bu fazda kontraksiyonlar 15-30 dakikada bir gelir, 15-30 saniye sürer. Anne genellikle rahattır. Bu fazda temel bilgiler değerlendirilir ve annenin bakım ihtiyaçları saptanır.
- Kadını kabul işleminden sonra ebe-hemşire bakım ihtiyaçlarını belirlemek için bir değerlendirme yapar. Bunun için öncelikle annenin ve fetusun fiziksel parametrelerini değerlendirir.

Aktif Faz

- Bu fazda, 3-5 dakikada bir gelen 30-60 saniye süren, orta şiddette kontraksiyonlar vardır.
- Kontraksiyonların şiddeti ve sıklığı arttığı zaman vajinal muayene ile servikal dilatasyon ve silinme ile fetusun pozisyon ve prezantasyonu değerlendirilir.
- Aktif faz sırasında servikal dilatasyon 4 cm den 7 cm'ye ulaşır.
- Annenin kan basıncı, nabız ve solunumu saatte bir, FKH ve kontraksiyonlar 30 dakikada bir değerlendirilir.
- Amniotik membranlar genellikle bu fazda açılırlar.
- Membranlar açıldıktan sonra amniotik sıvı renk ve koku yönünden değerlendirilir ve FKH dinlenir. Sıvı berrak ve kokusuz olmalıdır.

Geçiş Fazı

- Eylemin aktif fazının sonuna doğru, dilatasyon tamamlanmış ve kontraksiyonlar şiddetlenmiştir. Bu faza geçiş fazı denir.
- Anne çok yorulmuş ve cesareti kırılmıştır.
- Ağrı araları çok kısaldığı için daha az dinlenir ve daha çok terler.

Rektuma basınç artmış, abdominal solunum güçleşmiştir, bacak ve kalçalarda kramplar başlar, abdomenin hassasiyeti artar ve palpasyon çok rahatsızlık verir.

Eylemin İkinci Devresinde İzlem ve Bakım

Eylemin ikinci devresinin başladığını gösteren belirtiler; servikste dilatasyonun artmasına bağlı artan kanama (buna dilatasyon kanaması ismi verilir) prezante olan kısmın rektuma yaptığı baskıya bağlı annede defekasyon hissinin uyanmasıdır. Annede bu his geliştiğinde bebeğin doğması çok yaklaşmış ve ikinci devre başlamış demektir.

Her kontraksiyon ile anne ıkmaya başlar ve itilen baş perineyi kabartır.

- Primipara anneler serviks tam dilate olduğunda ve baş perineye ulaştığında doğum masasına alınır. Çünkü multiparalarada servikal açıklık 7-8 cm'ye ulaştıktan sonra eylem çok hızlanır.
- Eylemin ikinci devresi, ilk devreye göre daha kısa sürer.
- Kontraksiyonlar daha kuvvetli ve daha sık gelir. Bu devrede anne yataktan kaldırılmaz ve durumu sürekli izlenir.

Bebeğin Doğumu

- Her kontraksiyon ile ilerleyen başın hızla çıkmaması için vulvadan el ile bebeğin başı desteklenir.
- Başın hızla doğumu sırasında derin yırtıklar olabilir.bundan dolayı başın doğumu çok yavaş olmalıdır.
- Başın doğumu iki kontraksiyon arasında olur ise daha kolay kontrol edilir. Bu sırada annenin sık sık nefes alması sağlanarak ıkmaması önlenir.
- Doğum yaptıran kişi baş perineyi kabarttığında ve labialar açıldığında, elini bebeğin başı üzerine koyarak başın süratle atılmasını önler.
- Oksiput üzerinden baş tutulurken, perineden bebeğin çenesi yukarı doğru itilir. Bu manevrada doğumu yaptıran kişi steril bir havluyu parmak uçlarını örterek, anal bölgeden bebeğin çenesini yukarı doğru iter.
- Bu sırada diğer el bebeğin başını desteklemeye devam eder (ritgen manevrası). Başın doğmasından hemen önce son birkaç kontraksiyonda anne ıkındırılmaz.doğumu yaptıran kişinin kontrolü altında baş perineden kurtarılır.
- Başın doğumundan hemen sonra bebeğin boynu palpe edilerek umbilikal kordun dolanıp dolanmadığına bakılır. Dolanmış ise iki klemp konarak kord kesilir.
- Baş, doğduktan sonra eksternal rotasyon yapar. Bu sırada bebeğin ağız boşluğu bir spançla silinerek mukus uzaklaştırılır.
- Bundan sonra baş iki el ile tutulur ve hafif aşağı doğru çekilerek üst omuz simfisis pubis altından, yukarı doğru çekilerek alt omuz perineden kurtarılır.

- Bu uygulamalar çok nazik olmalıdır. Brakial pleksusu, köprücük kemiğini ve kolun sinir sistemini incitmekten kaçınılmalıdır.
- Traksiyon çekme işlemi orta derecede ve sadece bebeğin uzun aksi yönünde olmalıdır. Boynu bükmekten kaçınılmalıdır.
- Parmaklar ile aksilladan tutulmamalıdır. Bu iki hareket kol sinirlerinin zedelenmesine sebep olacağından tehlikelidir.
- Vücut doğduktan sonra bebek ayaklarından ve başının altından tutularak baş aşağı tutulur.
- Bebeğe beklenen riskli bir durum yok ise umblikal kordonda pulsasyonun azalması beklenir bı sırada bebek annenin karnına yerleştirilir ve kurulanır kordondaki atış durunca klemplenir ve kesilir.

Eylemin Üçüncü Devresinde İzlem ve Bakım

Plasentanın Doğumu

Bebeğin doğumundan sonra, plasentanın ayrılıp ayrılmadığını anlamak için aşağıdaki belirtiler gözlenir.

- Fundusun umblikus üzerine yükselmesi,
- Uterusun uzun şekilden yuvarlak şekle geçmesi,
- Vajinadan ani bir kanama olması,
- Umblikal kordun uzaması,
- Simfizis üzerine bastırıldığında kordon içeri çekilmemesi

Doğumun Dördüncü Evresinde İzlem ve Bakım

Postpartum evre plasentanın doğumu ile başlar. Bu period başladığında anne henüz doğum odasındadır, daha sonra yatağına götürülen annenin bu periyoda devamlı gözleme ihtiyacı vardır. Doğumdan hemen sonraki postpartum period doğum eyleminin 4. evresi olarak kabul edilir. Genellikle 1-4 saat süren bu periyod, annenin durumu stabil oluncaya kadar sürer.

- Doğumdan ve epizyotomi tamirinden sonra vulva steril bir spançla temizlenir.
- Bacaklar ve kalça kurulanır ve perineye steril bir ped konularak anne yatağına götürülür.
- Eylemin sonunda çok yorgun ve üşümüş olan anne de titremeler görülebilir. Bu durum iç ve dış vücut ısısındaki farklılıktan kaynaklanır. Bu titremeyi açıklayan bir diğer teori de anne dolaşımına giren fetal hücrelere bir reaksiyon olduğudur. Bu titreme ciddi değildir, ancak anneyi sıcak battaniyelerle örterek rahatlandırmaya çalışılmalıdır.
- Doğumdan hemen donraki periyotta annenin yaşam bulguları 15 dakikada bir alınarak kontrol edilir.
- Bu evrede fundus palpe edilerek kontrakte olup olmadığı kontrol edilir.
- Eğer uterus sert ve yuvarlak, umblikusun biraz altında ise uterusun kas fibrinleri kan damarlarının etrafında kontrakte olmuş ve fazla kan kaybı önlenmiş demektir.

- Eğer uterusu yumuşak ve yaygın hissediyorsak, kas fibrinleri gevşek, kan damarları açık ve kanamaya yatkınlığın olabileceği düşünülür. Bu durumda kontraksiyonu stimule etmek için masaj yapmak gerekir.
- Fundusun şekli ve yükskeliği kadar onun büyüklüğü de önemlidir.
- Eğer uterusun içi kan ile dolu ise uterusun kan fibrinleri yeterince kontrakte olmayacak, böylece uterus daha çok kanla dolacaktır.
- Kanla dolu bir uterus büyüktür ve yüksekliği umblikusun üstüne çıkar.
- Eğer uterus kontrakte ise masaj yapılmaz, aşırı yapılan masajlar uterus kaslarının yorulmasına sebep olur ki yorulan uterus kasları sonunda gevşeyebilir.
- Aynı zamanda doğumdan sonra çok hassas olan abdomene masaj yapmak anneyi çok rahatsız edeceğinden lüzumsuz ve hoyratça masajlardan kaçınmak gerekir.
- Ebe vajinal kanamayı miktar ve renk olarak izler ve kayıt eder.
- Pedlerin absorbsiyon özelliği farklı olduğu için,pedin tartılması kaybedilen kan miktarını daha gerçekçi tanımlar.
- Eğer perineal ped 15 dakika içinde tamamen ıslanmışsa ya da annenin kalçalarının altına kadar kan süzölmüşse sürekli gözlem yapmak gerekir.
- Normalde 15 dakikada bir pedin en fazla yarısı ıslanmış olmalıdır. Fundusun sert olarak hissedildiği utrin tonüsün iyi olduğu durumlarda sürekli kanamanın olması vajina ve servikte laserasyon kanamasını düşündürmelidir.
- Fundus normalde orta hatta ve umblikusun bi iki parmak altındadır.
- Eğer fundus yükselmiş ve sağa doğru yer değiştirmiş ise, mesane distansiyon açısından palpe edilme, distansiyon varsa idrar yapması için anne desteklenmelidir.
- Yemek yemesi ve dinlenmesi sağlanırken anne-bebek bağlanması sürdürülmeli hatta babanında katılımı sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Taşkın, L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Akademisyen Tıp Kitabevi, XII. Baskı, 2014.
2. Bennett VR, Brown LK. Myles Textbook for Midwives. Churchill Livingstone, Thirteenth Edition, 1999.
3. Coşkun, A. Hemşire ve Ebeler İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi. Nobel Tıp Kitabevleri, 2013.
4. T.C. Sağlık bakanlığı Sakarya üniversitesi eğitim ve araştırma hastanesi kadın hastalıkları, doğumhane ve kadın doğum polkliniği bölüm uyum eğitimi rehberi, 2014
5. Yıldırım Rathfisch, G., Güngör, İ. Doğum Eyleminin Birinci Evresinin Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2009, 3;53-64.
6. ACOG Practice Bulletin no:107. Induction of labor. Obstet Gynecol 2009;114:386-397.
7. Bennett VR, Brown LK. Myles Textbook for Midwives. Churchill Livingstone, Thirteenth Edition, 1999.
8. Macdonald S, Magill-Cuerden J. Mayes Midwifery. Baillière Tindall Elsevier, Fourteenth Edition, 2012.
9. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. McGraw-Hill Companies, 21st Edition, 2001.
10. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. (Çev. Ed. Tanır HM, Şener T.) Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler. Nobel Tıp Kitabevi, 1. Baskı, İstanbul, 2009.

DOĞUM EYLEMİNDE MÜDAHALE GEREKTİREN DURUMLAR

Doç. Dr. Fatma Deniz SAYINER
Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Amaç: Doğum eyleminde olası riskli durumlar ve gerekli girişimler hakkında bilgi kazanmak.

Kazanımlar:

Bu oturumun sonunda katılımcılar aşağıda belirtilen kazanımları elde ederler;

1. Sık karşılaşılan obstetrik komplikasyonları söyler.
2. Normalden sapma durumlarını tanımlar.
3. Normalden sapma durumlarında gerekli girişim ve tedavilerin neler olduğunu söyler.

NOT: Bu bölüm birinci basamakta Aile Sağlığı Elemanının görevi olmamakla birlikte doğum sürecinde seyrek de olsa karşılaşılabilen yaşamsal öneme sahip komplikasyonlar ve travmatik durumlar hakkında bilgi sahibi olması postpartum bakım sürecinde yaklaşımını etkileyebileceği düşünülerek bu bölüme yer verilmiştir.

Distosi Terimi, doğum eyleminin normalden saptığı durumu tanımlamak için kullanılır. Diğer bir deyişle distosi, zor doğum eylemi anlamındadır.

Distosi üç fizyolojik aktöre göre sınıflandırılır:

- Uterus disfonksiyonlarına ait distosi
- Doğum objesine ait distosi
- Doğum kanalı kemik pelvise ait distosi

Uterus Disfonksiyonlarına Ait Distosi (Disfonksiyonel Eylem)

Uterusta gelişen bu fonksiyon bozukluğunun üç tipi vardır.

Hipertonik uterus disfonksiyonu: Kontraksiyonların sıklığında artma, ancak yoğunluğunda azalma ile karakterizedir.

Hipotonik uterus disfonksiyonu: Kontraksiyonların sayısındaki azalma ile karakterizedir. 10 dakikalık süre içinde 2-3 kontraksiyonun gelişmesi hipotoni olarak değerlendirilir.

Presipitus (Hızlı) eylem: Doğum eyleminin üç saatin altında gerçekleşmesi, hızlı eylem olarak tanımlanır.

Patolojik Uterus Halkası

Patolojik retraksiyon halkası, fizyolojik retraksiyon halkasının aşırı gelişmesi ile ortaya çıkar ve distosiye neden olan bir durumdur.

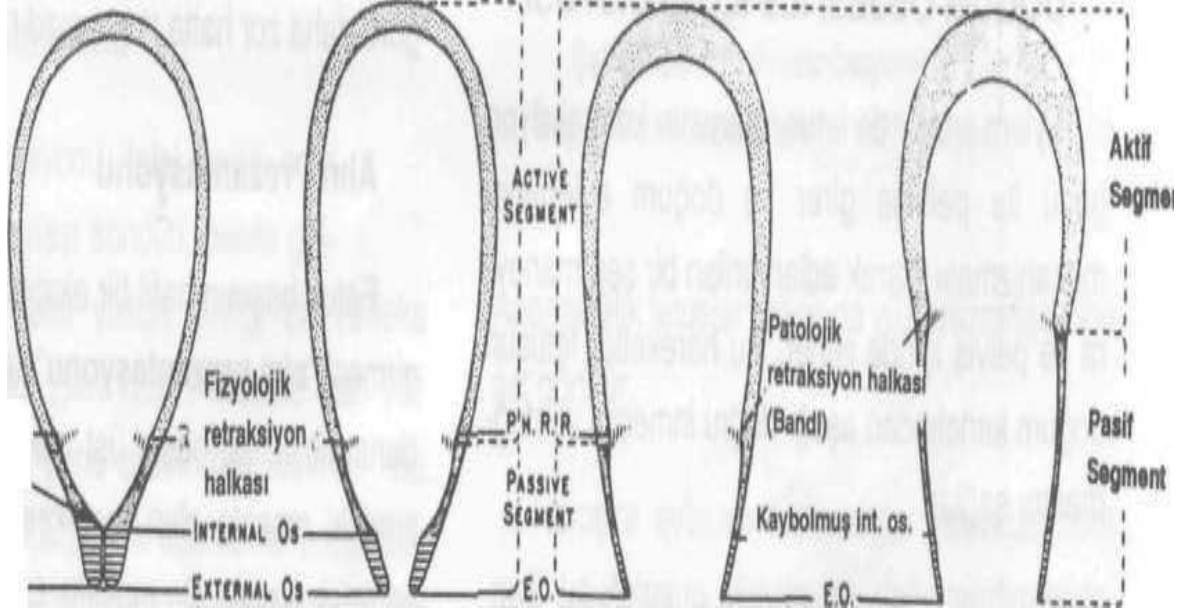
Bu durum;

- Bandl's halkası
- Konstrüktif halkası olarak adlandırılır

Bandl's halkası, eylem tıkanıp, diğer deyişle fetal iniş durduğu zaman ortaya çıkar.

- Fetal inişi engelleyen en büyük neden sefalopelvik uyumsuzluktur.
- Müdahale edilmezse **uterus rüptürü** ortaya çıkabilir.

Konstrüksiyon halkası nadir görülen bir patolojidir. Bandl's halkasından farklıdır. Bandl's halkasına doğum kanalındaki bir tıkanıklık neden olur, yani tıkanıklık nedeni ile bandl's halkası gelişir. Halbuki konstruksiyon halkası, tıkanıklığı bizzat kendisi yapar, yani önce halka gelişir ve gelişen halka fetüsün doğum kanalından inişini durdurur.



Uzamış Eylem

Travayın I. Evresi: Nulliplarlarda 20 saati, multiparlarda 14 saati aştığında “Birinci evre uzamış” demektir.

Travayın II. Evresi: Nulliplarlarda 3 saati, multiparlarda 2 saati aştığında “İkinci evre uzamış” demektir.

Travayın III. Evresi: Plasentanın atılması 30 dk’yı aşarsa “Üçüncü evre uzamış” demektir.

Anormal Pozisyon ve Prezantasyon Şekilleri

Anormal prezantasyon, fetüsün anne pelvisine verteks dışında bir bölgesinin yerleşmesi, verteks gelişin normal olmayan pozisyonlarıdır.

Oksiput Posterior: Oksiputun iç rotasyon sırasında arkaya dönmesi

Alın Geliş: Başın kısmı defleksiyon ile angaje olması

Yüz Geliş: Başın tam defleksiyon ile angaje olmasıdır, Çene arkada ise sezaryen doğum önerilir

Birleşik Prezantasyon: Hem baş hem de sarkmış elin angaje olması

Makat Prezantasyonu: Kalça veya ayakların prezante olmasıdır

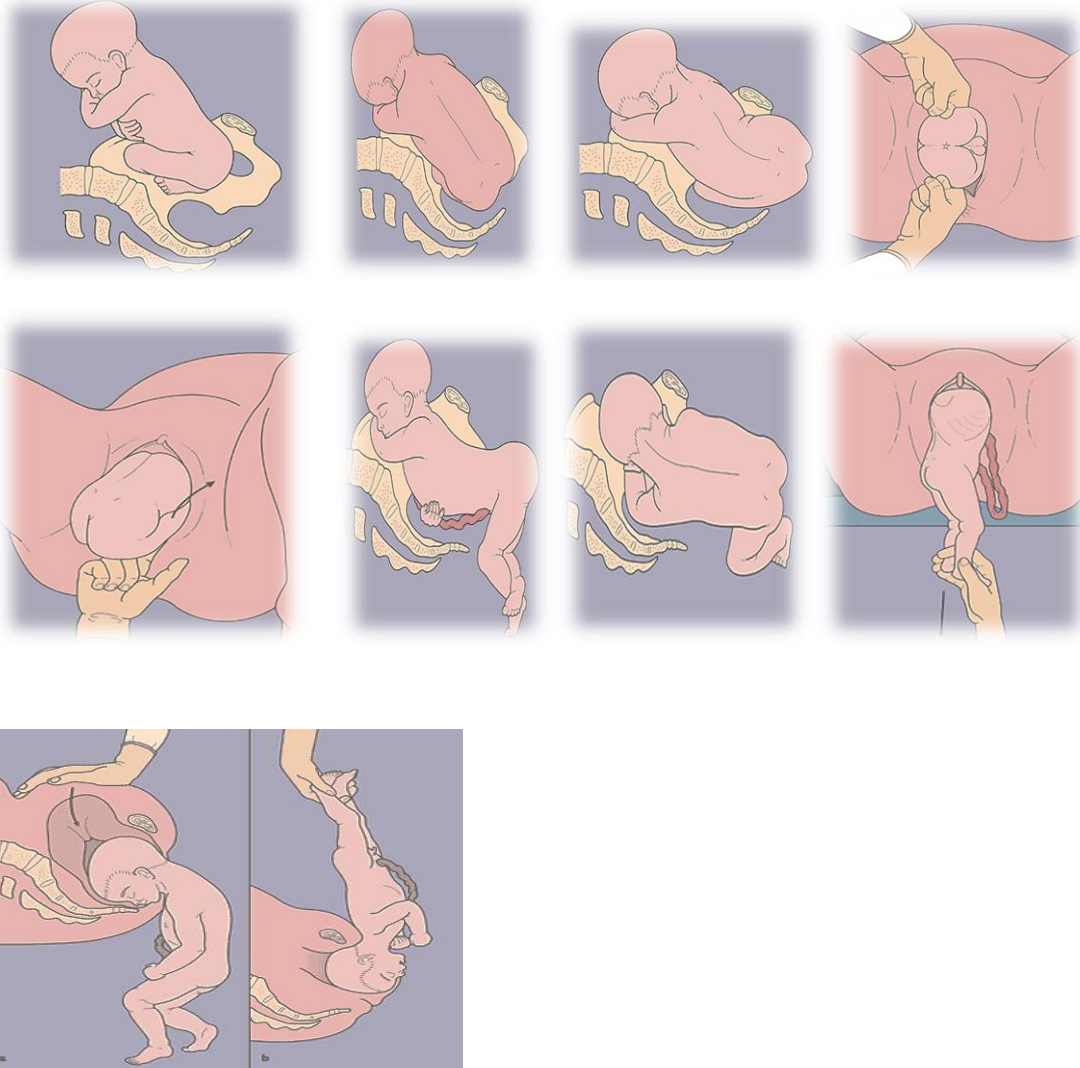
Ayak Prezantasyonu: Bir bacak dizden ekstansiyondadır.

Transver Duruş: Fetüs yan yerleşmiştir. Sezaryenle doğum mümkündür.

Makat Prezantasyonu Doğum

- Fetal umblikusun annenin perinesinden geçmesi, fetal başın pelvise girdiğine işaret eder. Bu noktadan önce acil doğum gerektirecek bir durum ortaya çıkarsa (fetal kalp seslerinin bozulması), doğumun sezeryan ile olması gerekir.

- Fetüsün umblikusu, annenin perinesini geçtikten sonra, umblikal kord parmakla tutularak 10-12 cm'lik bir bölümü aşağı indirilir. Böylece doğum sırasında umblikal kordun gerilmesi önlenir. Ancak kord gevşetilirken zorlanmamalıdır.
- Daha sonra dizler fleksiyon yaptırılır ve bacaklar aşağı alınarak doğurtulur.
- Fetal pelvisin etrafına bir kompres sarılır.
- Her iki elin başparmakları sakrum ve diğer parmakları torakanterlerden tutularak fetüsün skapulası simfisizin altından geçinceye kadar aşağı doğru traksiyon uygulanır.
- Sonra omuzlar annenin ön-arka hattına paralel getirilerek önce koksiks yönünde çekilerek üst omuz ve kol sonra simfisiz yönünde çekilerek alt omuz ve kol doğurtulur.
- Omuzlar pelvisten çıktıktan sonra genellikle fetal başın ön-arka kutru ya da sagital sutur, pelvisin ön-arka kutruna paraleldir ve çene sakruma yönelmiştir.
- Bu durumda bebek bir kol üzerine ata biner şekilde bindirilir ve aynı elin işaret parmağı bebeğin ağzına sokularak bebek başına fleksiyon yaptırır.
- Diğer elin işaret ve orta parmağı bebeğin boynuna bir çengel gibi takılarak, oksiput simfisiz pubisin altından doğuncaya kadar aşağı doğru çekilir. Daha sonra gövde anne karnına doğru yatırılırken ağız, burun ve alın da perineden sıyrılarak doğar.
- Fraksiyonun sadece omuz üstünden yapılması ve ağızdaki parmağın başı sadece fleksiyonda tutmak için kullanılmasına dikkat edilmelidir.
- Fetüsün başının doğurtulmasında en doğru yöntemin forseps kullanmak olduğu birçok kaynakta belirtilmektedir. Bunun için Piper Forseps kullanılır. Bu forsepsin uygulanması sırasında bir yardımcı fetüsü tutmalıdır.
- Fetüsün vücudu yere paralel tutulmalı, yukarı doğru kaldırılmamalıdır. Çünkü boyunda hiperekstansiyon gelişirse, spinal kord incinmeleri ortaya çıkar.
- Forseps başa doktor tarafından uygulandıktan sonra fetal baş kontrollü bir şekilde doğurtulur.
- Makat gelişlerinde büyük bir epizyotomi gerekir. Fetal baş doğar doğmaz hemen solunum yolları açılmalıdır.
- Saf makat gelişlerinde vajinal doğum, normal doğum eylemindeki fizik kurallar çerçevesinde gerçekleşir.
- Makat pelvisin oblik çapına, kendisinin intertrokanter çapını uydurarak girmeye çalışır.
- Orta pelviste, aynen baş gelişinde olduğu gibi internal rotasyon ile intertrokanter çap, pelvisin ön-arka çapına paralel hale gelir. Böylece önce ön kalça simfisiz pubis altından, sonra arkadaki kalça perineden sıyrılarak doğar.



Malpozisyon

Normal pozisyon; fetüs başı, çene göğüsse değecek kadar tamamen fleksiyondadır ve fetüs başının tanımlanmış noktası olan oksiput, anne pelvisinin sağ ya da sol ön kadranındadır. En sık görülen pozisyon **sol oksiput anterior (SOA) pozisyonudur.**

Pozisyon bozukluğu, sefalo pelvik uyumsuzluk olduğunda ya da pelvis girimindeki bir anomali sonucu gelişir. En çok görülen pozisyon bozukluğu "**oksiput posterior**" ve "**oksiput transvers**" pozisyonlardır.

Oksiput posterior pozisyonundaki fetüsün doğumu uzun ve zor gerçekleşir. Fetüsün kafatasında aşırı ödem ve şekil bozukluğu, bu tür pozisyon bozukluğunda sık görülür.

Kısa Kordon: Göbek kordonunun boyu 35 cm den kısa ise “kordon kısalığı” söz konusudur.

Uzun Kordon: Kordon normalden 10-15 cm uzun olabilir.

Umbilikal Kord Prolapsusu:

Umbilikal kord prolapsusu doğumun hemen yaptırılması gereken obstetrik acillerden biridir.

Görülme insidansı %0.14-0.62 olarak bildirilmiştir.

Doğum Distosilerinde Uygulanan Ebelik Bakımı:

- Eylemdeki bir annede eğer prezantasyon bozukluğu varsa kord prolapsusuna karşı dikkatli olunmalıdır.
- FKH’ni sık izlemek, kord prolapsusunun tanımlanmasını sağlar. Membranların açılmasından hemen sonra FKS dinlenmelidir.
- Kord prolabe olmuşsa fetal dolaşımı korumak için kord üzerindeki baskıyı kaldırmak gerekir.
- Bu amaçla annenin trendelenburg yada diz göğüs (çene göğüs) pozisyonunda kalması sağlanır.
- Maske ile oksijen verilir.
- Sirkülasyonu ve mayi volümünü geliştirmek için IV mayi başlanır
- Eğer kord vajen dışına çıkmış ise yerine yerleştirmek için hiçbir müdahalede bulunulmaz, sadece steril ıslak ve ılık bir kompres ile sarılır. Böylece kuruması ve soğuması önlenir.
- Sirkülasyonu ve mayi volümünü geliştirmek için IV mayi başlanır.
- Eğer kord vajen dışına çıkmış ise yerine yerleştirmek için hiçbir müdahalede bulunulmaz, sadece steril ıslak ve ılık bir kompres ile sarılır. Böylece kuruması ve soğuması önlenir.
- Serviks tam dilate olmadıkça hızla vajinal doğum olasılığı yoksa C/S indikasyonu vardır.
- Kordon prolapsusunda çok acil hareket etmek gerekir.
- Elini vajinadan çıkarmaz ve bebeğin önde gelen kısımlarını, yukarıya rahim içine doğru ittirerek kordona dolaşımı kesmeyecek alan kazandırmaya çalışır.
- Bu şekilde ameliyata gidilir. Eli hala vajinadayken başka bir ekip C/S ile bebeği doğurtur.
- Uygun şekilde müdahale edildiğinde bebekte çoğu zaman sorun yaşanmaz.
- Kord prolapsusu olan anneyi ebe yalnız bırakmamalı ve sakın tutmaya çalışmalıdır.
- Durum hakkında bilgi vermeli işlemleri açıklamalıdır.

Amniyon Sıvısı Anomalileri

a. Hidramniyoz (Polihidroamniyoz)

Normalde 500-1000ml olan amniyon sıvısının 2000ml den fazla olması halidir.

b. Oligohidroamniyoz

Amniyotik sıvı miktarının 500ml’den az olmasıdır. Şiddetli oligohidroamniyoz sonucunda kordon kompresyonu ve dolayısıyla fetal distres riski artar. Bu durumda renal agnezi veya üriner yolların obstrüktif lezyonlarıyla beraberdir.

c. Mekonyumlu amniyotik mayi

Makat prezantasyonu hariç normalde amniyotik mayide mekonyum bulunmaması gerekir. Fetal hipoksi, anal sfinkterlerde gevşeme refleksine neden olur ve mekonyum bu durumda amniyotik mayiye geçer.

d.Amniyotik mayi embolisi

Aktif eylem, doğum ya da doğumdan kısa bir süre sonra amniyon mayinin, travmatize olmuş venalardan girerek pulmoner emboli oluşturmaktadır.

Postterm Gebelik- Doğum ve Doğum Eylemi

- Postterm gebeliklerde doğuma karar verildiğinde serviksin indüksiyona uygun olup olmadığı değerlendirilir.
- Eğer uygun değilse prostaglandin E2 ve E1 analogları gibi serviksi olgunlaştıracak ajanlar kullanmak gerekir.
- Eylem indüksiyonu için stripping, prostaglandinler ve oksitosin infüzyonu kullanılabilir.
- Doğum eylemi mümkünse sürekli münitörize edilmelidir.
- Kordon basısı ve plasental yetmezliğe bağılı olarak gelişebilecek fetal distress yönünden dikkatli olunmalıdır.
- Ayrıca sezaryen için koşulların da uygun olması gerekir.
- Bu gebeliklerde makrozomik bebek ve dolayısıyla baş-pelvis uygunsuzluğu, müdahaleli doğum, omuz distosisi olabileceğinden; bu alanda deneyimli kişilerin eylemi takip ederek, doğum yaptırmaları uygun olur.

Amniyon sıvısı içerisinde mekonyum varlığında bebeğin başı doğduğunda ağız, burun ve farenks aspire edilerek temizlenmelidir.

Oksitosin Uygulanması-Ebenin İzlem-Bakımı;

- İlk uygulandığında çok yavaş verilir ve ilaca olan hassasiyet test edilir. Daha sonra damla sayısı artırılır.
- Bu sırada uterus kontraksiyonlarının sıklığını ve şiddetini kontrol eder.
- İlk başlama 4-6 damla ile olmalıdır.
- Her 3-4 dakikada bir gelen ve 50-60 saniye süren ve en az 30 saniye istirahat periyodu olan kontraksiyonlar gelinceye kadar dozu artırmalıdır. (Dakikada 4 gutt ile başlanıp, 15 dakikada bir 4 gutt artırılarak, dakikada 40 gutt olacak şekilde artırılıp, 40 guttan sonra artırılmaya son verilip infüzyona devam edilir).
- Oksitosin uygulandıktan sonra 8 saat içinde uterus kontraksiyonları başlamamışsa kesilir.
- Her 15-20 dakikada bir fetal kalp atımları elektronik monitörle izlemelidir, kontraksiyonların süresi, sıklığı ve şiddeti, annenin TA ve nabzını değerlendirmelidir.
- Oksitosin uterusu aşırı uyarak, 90 sn 'den fazla süren ve çok az dinlenme periyodu olan tetanik kontraksiyonların gelişmesine yol açabilir.
- Tetanik kontraksiyon geliştiğinde derhal müdahale edilmelidir. Çünkü tekrarlayan tetanik kontraksiyonlar uterus rüptürüne ve fetal hipoksiye neden olur. 10 dakika içerisinde 5 ten fazla ağırı olması halinde (uzamış kontraksiyonlar) ya da fetal distress belirtileri olduğunda ebe;
 - İndüksiyonu azaltmalı ya da sonlandırmalıdır.
 - Gebeyi sol yanına yatırılmalıdır.
 - Gebeye oksijen desteğı verilmelidir (4-6lt/dk).
 - Doktora rapor etmelidir.

Servikal Olgunlaştırma Yöntemleri

Mekanik Yolla Olgunlaştırma:

Yıllardır servikal olgunlaştırmayı sağlamak amacı ile birçok mekanik yöntem rapor edilmektedir. Bunlar: Bujiler, dilatörler, bitki kökleri, kataterler, laminarya, süngerler, keseler, balonlardır

Membranların Soyulması: Membranların “soyulması” veya “süpürülmesi” ile doğum indüksiyonunun gerçekleştirilmesi göreceli olarak sık bir uygulamadır.

Amniyotomi:

- Amniyotomi veya membranların yapay olarak rüptüre olmasına Britanya’da cerrahi indüksiyon da denmektedir, yaygın olarak doğum eyleminin indüksiyonu veya kuvvetlendirilmesinde kullanılır.
- Membranlar yapay olarak rüptüre olduğunda kordon prolapsusu riskini en aza indirmek için çeşitli önlemler alınmalıdır. Bunlar;
- Fetal başı yerinden oynatmamak için dikkatli olunmalıdır.
- Fundal ve suprapubik basınç uygulayan bir ebe kordon prolapsusu riskini azaltabilir.
- Bazıları membranları kontraksiyon esnasında rüptüre etmeyi tercih eder.
- Fetal kalp hızı işlemiden hemen önce ve hemen sonra değerlendirilmelidir.

Hormonal Yöntemler: Dünyanın birçok ülkesinde hem servikal olgunlaşmayı sağlamak hem de doğumu indüklemek veya kontraksiyonlar artırmak için oksitosin ve prostaglandinler yaygın olarak kullanılmaktadır.

Prostaglandin Analogları: Prostaglandin E1 (Misoprostol), Prostaglandin E2 (Dinoproston).

Uterin İnversiyon

Uterusun doğumdan sonra tam veya kısmi olarak ters yüz olması halidir.

Erken Doğum Eylemi

Yüksek perinatal mortalite ve morbidite nedenlerinden biri olan erken doğum, gebeliğin 37. haftasından önce doğum eyleminin başlaması olarak tanımlanır.

Erken Membran Rüptürü

Doğum başlamadan önce membranların açılmasıdır

- Vajinadan sızıntı şeklinde amniyon mayi gelmektedir fakat hiç kontraksiyon yoktur.
- Vajen ve serviksten sızan sıvının, idrar kaçırma ile karıştırılması olasılığı vardır.
- Steril spekülüm muayenesi, ya da turnusol kağıdı konulmuş ped muayenesi ile kesin tanı konulabilir.
- Spekülüm muayenesinde sıvının serviksten geldiği ve arka fornikte biriktiği görülebilir.
- Muayene sırasında kadına öksürmesi söylenerek fazla sıvı gelmesi gözlenebilir.
- Ayrıca turnusol kağıdı, arka fornikte biriken sıvıya batırılarak ya da hastaya turnusol kağıdı konmuş ped koyarak da, idrar kaçırma durumu dışlanabilir.
- İdrar asit olduğu için turnusol kağıdı kırmızı boyanır, amniyon mayi bazik olduğu için turnusol kağıdı mavi boyanır.

Taniya yardımcı olmayacağı ve enfeksiyon riski taşıdığı için **VAGİNAL MUAYENE YAPILMAMALIDIR.**

Doğum Eylemine Müdahale-Epizyotomi

Epizyotomi; tam anlamıyla pudentanın insizyonudur.

Epizyotomi-Riskleri

- İnsizyonun uzayarak 3. ve 4. derece yırtığa neden olması
- İstenmeyen anatomik sonuçlar (asimetri, introitusta daralma, kötü kozmetik görüntü)
- Kan kaybında artma
- Postpartum ağrıda artma
- Enfeksiyon riskinde artma
- Seksüel disfonksiyon
- Üriner, fekal ve gaz inkontinansı

Epizyotomi-Endikasyonları

- Perineal laserasyonların önlenmesi
- Operatif vajinal doğum
- Makat prezantasyon
- İkiz gebelik
- Fetal makrozomi
- Omuz distosisi
- Preterm eylem
- Kötü ÇKS'ye sahip fetüslerde doğumun 2. evresinin kısaltılarak doğumun bir an önce gerçekleştirilmesi gereken durumlar

Doğum Eyleminde Müdahale-Vakum

Bir aplikatör ile fetal saçlı deriye negatif basınç tatbiki ile uygulanan ve traksiyon ile anneye ve fetüse zarar vermeden fetüsün doğurtulmasına yardımcı bir alettir. Vakum akstraktör 3 ana parçadan oluşmaktadır: çan veya vantuz, lastik boru kısmı ve negatif basınç sağlayan motor kısmı.

Vakum-Uygulanma Durumu

Vakum ekstraksiyonu için;

- Servikal açıklık tam olmalı,
- Zarların rüptür olması,
- Bebeğin verteks pozisyonunda olması,
- Bebek 36 haftadan büyük olmalı,
- Baş pelvis uygunsuzluğu olmaması gerekir.

Kaynaklar

1. Schoorel E, van Kuijk S, Melman S, Nijhuis J, Smits L, Aardenburg R et al. Vaginal birth after a caesarean section: the development of a Western European population-based prediction model for deliveries at term. BJOG. 2014;121:194-201.
2. Knight H, Gurol-Urganci I, van der Meulen J, Mahmood T, Richmond D, Dougall A, Cromwell D. Vaginal birth after caesarean section: a cohort study investigating factors associated with its uptake and success. BJOG. 2014;121:183-192
3. Bennett VR, Brown LK. Myles Textbook for Midwives. Churchill Livingstone, Thirteenth Edition, 1999.
4. Macdonald S, Magill-Cuerden J. Mayes Midwifery. Baillière Tindall Elsevier, Fourteenth Edition, 2012.
5. Acil Obstetrik Bakım Ebe-Hemşire Eğitim Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara, 2014.
6. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. McGraw-Hill Companies, 21st Edition, 2001.
7. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. (Çev. Ed. Tanır HM, Şener T.) Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler. Nobel Tıp Kitabevi, 1. Baskı, İstanbul, 2009.
8. Kadiroğlu, AK ve ark. Dissemine İntravasküler Koagülasyonun ve Pulmoner Tromboembolinin Nadir Bir Nedeni ve Literatürün Gözden Geçirilmesi: Amnion Sıvı Embolisi. Yoğun Bakım Derg 2013; 4: 32-6.
9. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler. İçinde: Yanık, F. Malprezantasyon. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2009, 447-452.
10. Saraçoğlu F. Omuz Distosisi ve Yönetimi: Kanıta Dayalı Tıp Kaynakları, Kadın Doğum Dergisi. 2004; 3(2): 416-421.

DOĞUM SONU BAKIM

Prof. Dr. Berna Dilbaz*, Doç. Dr. Nafiye Yılmaz **

*Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları

**Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Doğum sonrası Aile Sağlığı Merkezlerinde anne izlemi hakkında bilgi güncellemek.

Kazanımlar:

Bu oturumun sonunda katılımcılar aşağıda belirtilen kazanımları elde ederler;

- 1.Doğum sonrası anne izleminin önemini açıklar.
- 2.Doğum sonrası anne izleminde yapılması gerek muayeneleri söyler.
- 3.Doğum sonrası tehlike işaretlerini sayar.
- 4 Doğum sonrası emzirme danışmanlığı yapar.

Lohusalık doğumdan sonraki ilk 6 hafta olarak tanımlanır. Bu dönemde gebelik ve doğum sırasında değişime uğrayan üreme organları tedricen doğum öncesi yapı ve fonksiyonlarına kavuşurlar. Güveli annelik uygulamaları ve doğru emzirme yöntemlerinin kullanılarak sağlıklı bebek gelişiminin sağlanması için bu dönemde annenin izlemi ve desteklenmesi çok önemlidir. Annenin sağlıklı bir anne olması ve normal hayata dönüşü sağlayabilmesi için, anne bebek bağlanması ve bebek bakımını öğrenmesi için, psikolojik yönden daha hassas olduğu bu dönemde de izlenmesi ve desteklenmesi gerekmektedir.

Gebelik, doğum eylemi ve lohusalık esnasındaki komplikasyonlar, gelişmekte olan ülkelerde üreme yaşındaki kadınlar arasında önde gelen ölüm ve sakatlık nedenidir. DSÖ verilerine göre anne ölümlerinin %60'ı doğumu izleyen ilk 24 saatte, %17'si 2. günde, %13'ü 3-7. gün arasında % 4ü ise 2. - 6. hafta arasında ortaya çıkmaktadır.

Doğumdan sonraki ilk 6 hafta olarak tanımlanan lohusalık döneminde gebelik ve doğum sırasında değişime uğrayan üreme organları tedricen doğum öncesi yapı ve fonksiyonlarına kavuşurlar. Annenin tüm sistemlerinin doğumdan önceki hâlini alabilmesi için ortalama 6 haftaya gerek vardır. Lohusalıkta hem fizyolojik hem de psikolojik değişiklikler görülür.

Lohusalık döneminde önemli fizyolojik değişiklikler;
1) Üreme organlarının büyüklüğü ve pozisyonunun doğum öncesi durumuna dönüşümü (uterus involüsyonu, uterusdan loşi (vajinal akıntı) gelmesi, emzirme durumuna göre ovülasyon ve menstürasyonun geri dönmesi)
2) Gebelikte diğer organ ve sistemlerde meydana gelen değişimlerin ortadan kalkması (lomber lordoz, ağırlık azalması vb..)
3) Süt salgılamasının başlamasıdır.

Uterus boyutlarının küçölerek uterusun normal büyüklüğüne dönmesine “involüsyon” denir. Doğumdan hemen sonra göbek hizasında olan uterus fundusu günlük 1-2 cm aşağı inerek birinci haftanın sonunda kemik pelvis içersine yerleşir. Altıncı haftanın sonunda normal fizyolojik boyutlarına geri döner. Emzirme uterin kontraksiyon ve involusyona olumlu etki sağlar, hasta emzirme sırasındaki uterin kontraksiyonlar nedeni ile ağrı duyabileceğı konusunda bilgilendirilmelidir.

Doğumdan sonra ortaya çıkan desidua artıkları, serum, lenf, kan ve lokositlerden oluşan salgıya “Loşi(lochia)” denir: Löşi rengi ve içeriğı doğum sonrası günlere göre değışir:

Başlangıçta açık renkli, kanlı, pıhtılı akıntı ‘lochia cruenta’, sonraki günlerde pıhtı içermeyen kırmızı renkli akıntı ‘lochia rubra’, 3-4 gün sonra kahverengi akıntı ‘lochia fusca’, 12 gün sonra kahve-sarı renkli bol lökositli akıntı ‘ lochia flava’, en son parlak sarı renkli 6. haftaya kadar devam eden akıntı ‘lochia alba’ olarak adlandırılır.

Lohusalığın ilk 48 saati içinde uterin kontraksiyonlar nedeniyle karın ağrısı görölabilir. İkinci ve daha sonraki doğumlarda daha sık görölür. Özellikle bebeğı emzirirken artan ağrı, uterusun eski şeklini almasından dolayı zararlı değildir.

Lohusalıkta hijyen çok önemlidir. Doğumun sağlığa uygun koşullarda yapılmaması ya da lohusalık dönemindeki hijyene gereken önemin gösterilmemesi veya doğum sonrasında tam olarak alınmayan plasenta veya eklerinin iltahaplanması sonucunda puerperal sepsis (lohusalık humması) ortaya çıkabilir. Doğumdan en erken 24 saat sonra ortaya çıkan, ilk 21 gün içinde annenin ateşinin çıkması ile kendini gösteren ve mortalite ve morbiditeye neden olan bir hastalıktır. Lohusalık döneminde enfeksiyon riski yüksek olacağından cinsel ilişkiden uzak durulmalıdır. Mümkün olduğunca sık ve ayakta banyo yapılmalı, günde en az 5-6 kez ped (bez) değıştirilmeli, insizyon varsa (epizyotomi veya sezaryen insizyonu) yara yeri temiz ve kuru tutulmalıdır.

Gebelik ve lohusalık doğal bir yaşam olayı gibi gözükse de kadın için büyük bir stres nedeni olabilmektedir. Bu dönemde her kadın, az ya da çok kaygı yaşar.

Annelik hüznü (gebelikte ve lohusalıkta yaşanan korku ve endişeler) özellikle ilk doğumunu yapmış olan kadınların %50-80’inde huzursuzluk, sinirlilik, duygusal dengesizlik ve ağlamaklı olma durumu şeklinde görölabilir.

En sık görölen belirtiler arasında uyku bozukluğu yer almaktadır. Bu yakınmalar, doğumdan sonraki ilk 3-10 gün içinde ortaya çıkar ve genellikle 20. haftanın sonunda kaybolur.

Doğum sonrası depresyon; kadınların %10-20’sinde görölür ve annelik hüznüne göre daha ağır bir tablodur. En sık doğumdan sonra ilk üç ayda görölmekte ve daha sonra tekrarlayabilmektedir. Uykusuzluk, yorgunluk, dikkat dağınıklığı, ağlama nöbetleri gibi annelik hüznü sırasında görölenlere ek olarak; isteksizlik, iştah sorunu, aşırı endişe, sıkıntı, çevreye ilgisizlik, bebekle ilgili aşırı kaygı ya da boş verme gibi belirtiler görölabilir.

Doğum sonrası erken dönemde yeni bir gebeliğı önlemek için eşıyle beraber gebeliğı önleyici yöntemler konusunda danışmanlık hizmeti almalıdır. İki gebeliğın arası anne ve bebek sağlığı açısından 2 yıldan az olmamalıdır. Doğum öncesi bakım yani gebelik takipleri sırasında anne adayı ve eşıyle doğumdan sonra doğurganlıkla ilgili düşünceleri hakkında konuşulmalıdır. Doğum öncesi danışmanlık aslında çok pratik ve amaca yöneliktir. Çünkü bu dönemde çift

doğurganlığa odaklı ve sağlık kuruluşuna başvurmuş durumdadır. Sağlık kuruluşlarında bu konuda danışmanlık verebilecek uygun personel vardır. Anne ve bebek sağlığı açısından doğum sonrası dönemde doğum aralığının açılması gereklidir. Plan dışı ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesi anne sağlığı açısından büyük önem taşır. Çiftin gebelik süresince tekrar bir çocuk isteme durumları, doğum aralığının ne olacağı ile ilgili düşünceleri olgunlaşır. Doğuma geldiklerinde bir yöntemle karar vermiş olabilirler. Doğum sonrası hastaneden çıkarılmadan annenin istediği yöntemle ilgili danışmanlık alması ve yöntemin sunulması çok önemlidir. Doğum eylemi ve doğum sonrasındaki danışmanlık çok özenle yapılmalı, hastanın ağrı veya korkularının etkisi altında daha sonradan istemeyeceği bir karar vermesi engellenmelidir. Aktif eylemde danışmanlık başarılı bir sonuç vermeyecektir, aktif eylemde gelmiş, kontrasepsiyon konusunda danışmanlık almamış gebelere doğum sonrasında hastaneden ayrılmadan kontrasepsiyon danışmanlığı verilmelidir.

Kontrasepsiyon danışmanlığı veya hizmeti almamış veya kararsız olan annelere de doğum sonrası ilk kontrollerinde, lohusalık döneminde de aynı bilgiler verilmeli ve istekleri doğrultusunda sağlık durumlarına uygun bir kontraseptif yöntem almaları sağlanmalıdır. Erken yaş, ileri yaş gebelikleri, 5 ve üstündeki gebelikler riskli gebeliklerdir ve iki doğum arasında 2 yıldan kısa süre bulunması da riski artırır.

Güvenli Annelik Uygulamaları

Güvenli annelik uygulamaları kapsamında tüm gebelerin en iyi şekilde izlemi, her doğumun hastanede gerçekleştirilmesi, acil obstetrik vakaların yönetimi ve gerektiğinde stabilize etmek kaydıyla bir üst düzey hastaneye sevklerinin gerçekleştirilmesi, normal doğum sonrası 24 saat, sezaryen sonrası 48 saat hastanede takip edilmesi, doğum sonrası hastanede 3, evde 3 olmak üzere 6 kez lohusa izleminin yapılması beklenmektedir. Güvenli annelik ve doğru emzirme yöntemlerinin kullanılarak sağlıklı bebek gelişiminin sağlanması için bu dönemde annenin izlemi ve desteklenmesi çok önemlidir.

Annenin sağlıklı bir anne olması ve normal hayata dönüşü sağlayabilmesi için, anne bebek bağlanması ve bebek bakımını öğrenmesi için, psikolojik yönden daha hassas olduğu bu dönemde de izlenmesi ve desteklenmesi gerekmektedir.

Sağlıklı anne ve bebek için;

- Annenin doğumunu hastanede yapması,
- Normal doğumda 24 saatten önce hastaneden taburcu olmaması,
- Sezaryen doğumda ise 48 saatten önce hastaneden taburcu olmaması,
- Annenin doğum sonu izlemlerinin belirtilen aralıklarda 6 kez yapılması gerekmektedir.

Lohusa İzlemleri

Lohusanın birinci, ikinci ve üçüncü izlemleri hastanede: doğumu takip eden ilk 0-24 saatleri arasında yapılmalıdır.

Birinci izlem: Lohusanın doğumu takip eden ilk 0-1 saatleri arasında

İkinci izlem: Lohusanın doğumu takip eden ilk 1-6 saatleri arasında

Üçüncü izlem: Lohusanın doğumu takip eden ilk 6-24 saatleri arasında olmalıdır.

Anne taburcu olduktan sonra:

Doğum sonu izlemine mümkünse özellikle eşi de anneye eşlik etmelidir.

Annenin kendine, çevreye veya bebeğine ilgisiz olması veya sürekli ağlaması gibi postpartum depresyon bulgularının varlığını da doktora haber verilmesi gereken bir acil durumdur.

Doğum sonu tehlike işaretleri
○ Aşırı ağrı ve /veya vajinal kanama
○ Ateş yükselmesi
○ Baş dönmesi, halsizlik, bayılma
○ Dikiş yerinde şişlik kızarıklık ağrı, akıntı veya açılma
○ Kokulu vajinal akıntı
○ Karında hassasiyet ve ağrı
○ Memede kızarıklık, şişlik ve ağrı
○ İdrar yapamama ve/veya uzun süreli kabızlık
○ Şiddetli baş ağrısı
○ Solunum güçlüğü
○ Bulanık görme
○ Konvülsiyon
○ İdrar veya gaita tutamama
○ Bacakta ağrıya eşlik eden şişlik ve kızarıklık

1. Anne ve bebeğin fiziksel sağlığını değerlendirmek,
2. Tehlike işaretleri varsa kadın hastalıkları ve doğum uzmanına ulaşmasını sağlamak,
3. Annenin sağlıklı beslenmesi, hijyen ve sağlıklı yaşam koşulları ve cinsel sağlıkla ilgili bilgilendirilmesini sağlamak,
4. Gebelik aralıklarını 2 yıla çıkarmak için kontrasepsiyon danışmanlığı ve gerekirse yöntem sunumunu sağlamak,
5. Emzirmeyi teşvik etmek ve emzirme ile ilgili bilgileri tazelemek,
6. Annenin kendisi ve bebeğinin sağlığı ve bakımı ile ilgili sorularını yanıtlamak, kaygılarını gidermek
7. Anneye psikolojik destek sağlamak, gerekirse sosyal destek için yol göstermektir.

Lohusanın Karşlanması:
1) Anneye kendinizi tanıttın ve doğumla ilgili tecrübelerini anlatmasını destekleyerek bilgi alın.
2) Annenin fiziksel durumu ile ilgili şikayetlerini sorgulayınız (kanama, karın ağrısı, dikiş yerlerinde şişlik, halsizlik, çarpıntı, bacakta şişme ve kızarıklık, ayaklarda ve/vey yüzde şişlik, idrar yaparken güçlük, gaz çıkaramama, ishal, kabızlık, idrar kaçırma) Sorun bildirilmesi durumunda doktorunuza haber veriniz
3) Emzirme durumu ile ilgili bilgi alın, Sorun varsa (meme başı iltihabı, memede abse, bebeğin memebaşını tutamaması, bebekte uyku hali ve emmeme gibi) doktorunuza danışın ve gerekirse bir üst basamağa yönlendirin
4) Annenin fizik aktiviteleri, beslenmesi, duygu durumu, sosyal yaşantısı ve bunlarla ilgili yaşadığı bir problem varlığını sorgulayın.
5) Postpartum depresyonun annelerin %10'unu etkileyebileceğini unutmayın. Postpartum depresyon, ailevi problemleri olanlarda, riskli gebeliklerde, bebekle veya doğumla ilgili sağlık problemleri yaşayanlarda daha yüksek oranda görülür.
6) Annenin kullandığı ilaçlar ve doğumsonrası doğum yaptığı kuruluş tarafından verilen tıbbi bilgilere uyumunu sorgulayın, ilaç kullanması önerilmiş ise bu konuda destekleyin.
7) Reçete dışında ilaç kullanımı varsa bu konuda gerekli uyarı ve bilgilendirmeleri yapın.

Lohusanın Muayenesi

1. Annenin vital bulgularını (Tansiyon arteriyel, nabız, vücut ısısı) alın ve kaydedin, tehlike işaretleri varsa doktorunuza haber verin.
2. Annenin fundus yüksekliğine bakarak uterusun involüsyonunu değerlendirin. Uterus doğum sonu 10-12. günden itibaren pelvis boşluğuna girer, karın muayenesi yapıldığında elle hissedilemez hale gelir. Karın muayenesi sırasında mesanenin boş olması gereklidir.
3. Uterusdan gelen loşiyi değerlendirin, doğum sonrası ilk 1-4 gün kan ve desidua içeren loşi rubra, 4-6 gün daha açık kırmızı renkli loşi fusca, 7-14 günler arasında seröz ve mukotik yapılar içeren loşi seroza, 3. Haftaya kadar beyaz olan loşi alba gelir.
4. Hastada kanama mevcutsa kanamayı uterusun tonusu ile birlikte değerlendirin ve sekonder postpartum kanama olabileceğini unutmayınız. Sekonder doğumsonu kanama doğumdan 24 saat sonrasında itibaren 6. haftaya kadar olan kanamalardır. Çoğunlukla plasenta veya zar retansiyonu ve enfeksiyona bağlıdır. Bazen epizyotomi alanından enfeksiyona sekonder yara açılmasına bağlı kanamalar olabilir. Doğumsonu kanama görülürse ve hasta vajinal doğum yapmışsa öncelikle perine, vajen, serviks, epizyotomi hattını kontrol edin ve kanayan bir alan saptadığınızda doktora haber verin. Vajinal doğum veya sezaryen sonrası hastada doğumsonu kanama görülürse uterus involüsyonunu değerlendirin. Uterusun involüsyonu tamamlanmamışsa tonusunu

kontrol edin. Tonusun kaybı durumunda doktora haber verin. Tonus kontrolünün mesane boşaltılarak yapılması gerekir.

5. Vajinal doğumda epizyotomi, sezaryen doğumda ise karındaki insizyon hattını kontrol edin, kızarıklık, şişme, pürülan akıntı veya dikişlerde açılma durumunda hemen doktorunza bilgi verin.

Annenin Yakınmalarının Değerlendirilmesi

Ağrı: Hastanın aşırı ağrısı olması bir doğum komplikasyonuna (hematom, deşirür vb) işaret edebilir. Kontrol yapın ve doktora haber verin. Perinede sütürlere bağlı durumlarda lokal soğuk uygulama ve uygun bir ağrı kesici verilebilir. Başğarısı varlığında hastanın kan basıncını kontrol edin, spianl veya epidural anestezi ile doğum veya sezaryen yapmış hastalarda anestezi yöntemi ile ilgili bir **baş ağrısı olabilir, kontrol edin.**

Beslenme: Hastaya beslenmede proteinden lifli bir diyet ve bol sıvı almasını önerin. Kabızlığı önlemek engellemek için erken mobilizasyon ve bol sıvı alımının önemini anlatın.

Hijyen: El temizliği **ve perine** temizliğini anlatın. Hastaya doktoru tarafından farklı bir uygulama önerilmedikçe duş şeklinde ılık su ile banyo yapabileceğini anlatın.

Yara bakımı: Epizyotomi veya sezaryen nedeniyle insizyonu olan **hastalarda** yara yerini temiz ve kuru tutması ve **bunların** bakımı hakkında bilgi verin.

Fiziksel aktivite ve normal hayata dönüş: Anneye yürüyüş yapması ve fizik aktivitelerinin **önemi**, Kegel **egzersizlerinin önemi** hakkında bilgi verin. Sezaryen olan annelerin yürüyüş yapmasını destekleyin, karın egzersizlerini doğum sonrası 2. **aydan** sonrasına erteleyin.

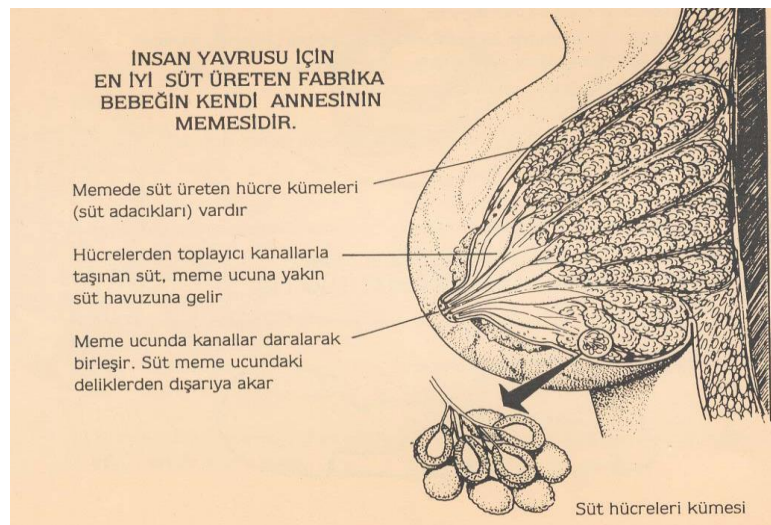
Cinsel ilişkinin erken olmaması gerektiğini ve korunmasız cinsel ilişki sonrası gebe kalabileceğini anlatın (**Bkz Doğumsonu Kontraspesiyon**).

Emzirme ve meme bakımı: Emzirme ve meme bakımını anlatın, **emzirmenin önemini ve anne sütünün önemini vurgulayın.**

Lohusanın doğumdan sonra; ilk 24 saatte kanamalar açısından, 48 saatte enfeksiyonlar açısından, 15 gün sonra ise anne ve bebeğin sağlık kontrolünün yapılması açısından izlenmesi önemlidir.

Lohusalıkta Memede Değişiklikler ve Emzirme

Gebelik ve lohusalık sırasında memede değişiklikler ortaya çıkar; gebelik döneminde memelerde büyüme olacağı için daha büyük sentetik olmayan doğal materyallerden yapılmış sütyen kullanmak yararlı olacaktır.



Bebğin doğumdan sonra hemen emzirilmesi hem süt salgısının arttırılmasını hem de immün sistemi destekleyecek kolostrum denilen ilk sütü bebeğin almasını sağlar Ayrıca emzirme sırasında oksitosin salgılanarak uterusun kasılmasını böylece kanama kontrolü ve uterusun involusyonunu sağlar.

Kolostrum annenin doğumdan sonraki birkaç gün boyunca ürettiği süttür, kıvamı yoğun, sarımtırak renktedir. Olgun süt birkaç gün sonra üretilen süttür. İlk günlerde giderek sütün miktarı artar, göğüsler dolu, sert ve ağır hissedilir. Bu süreç “sütün gelmesi” olarak bilinir. Bebek kendi bırakana kadar memede tutulmalıdır. Anne sütünün içeriği nedeniyle düzgün olarak sadece anne sütüyle beslenen bebeklerin 6 aya kadar diğer sulu içeceklere gereksinimleri yoktur. Su veya diğer içecekler verilmesi bebeğin anne sütünü alma isteğini azaltır.

Anne sütü ve doğumdan sonra ilk gelen sarı süt (ağız) bebeğin bağışıklık sistemini güçlendirerek ishal, soğuk algınlığı, öksürük gibi birçok hastalıktan korur.

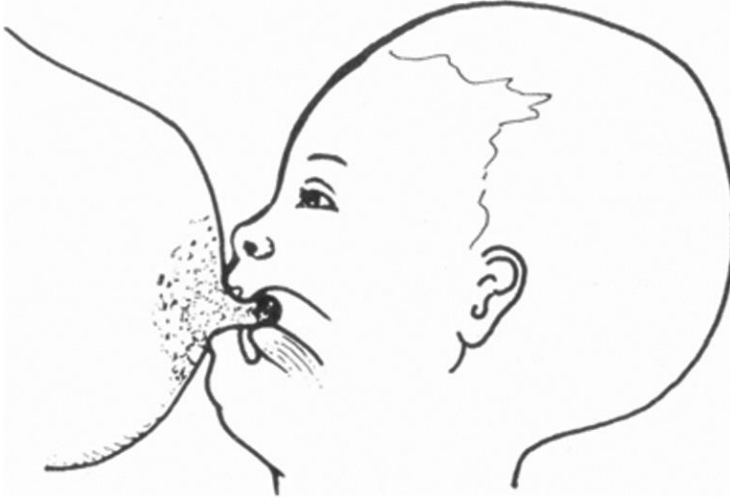
- Anne sütünün hazmı kolaydır, kaynatmak gerekmez, daima taze, temiz ve bebeğe vermek üzere hazırdır.
- Anne sütü bebeklerde anemiye önler. Çünkü, anne sütü içerisinde kansızlığa karşı yeterli demir vardır ve bebek tarafından iyi emilir.
- Anne sütü alan bebeklerde pişik, karın ağrısı ve kabızlık daha az görülür.
- Anne sütünde bebeğin büyümesi için gerekli olan maddeler, inek sütündekinden daha fazladır.
- Anne hasta, gebe veya âdet görüyor olsa bile sütü her zaman bebek için en iyi besindir. Bu dönemlerde süt kalitesi bozulmaz. Ancak, bu gibi durumlarda anne, beslenmesine özen göstermelidir.
- Anne sütünün yapısı, bebeğin ihtiyacına göre değişir.
- Anne sütü, bebeğin ilk 6 ayda ihtiyacı olan her türlü besin değerine sahiptir (protein, yağ, demir vb.).
- Anne sütünde yeterli miktarda su bulunduğu için çok sıcak iklimlerde bile bebeğe su vermeye gerek yoktur.
- Anne sütünde yeterli miktarda vitamin bulunduğu için ilk 6 ayda ayrıca meyve suyu vermeye gerek yoktur.
- Memede ve meme başında ağrı, memede enfeksiyonun, meme başında çatlak ve yaranın ve ya memede süt birikiminin belirtisi olabilir ve emzirmenin sürdürülmesini engelleyebilir

PROBLEM: MEMELERDE SÜT BİRİKMESİ	
SEBEP • Bebeğe süt gelinceye kadar başka yiyecek veya sıvı vermek, • Bebeği sık sık emzirmemek.	ÇÖZÜM • İstirahat et. • Bebek istedikçe sık sık emzir. • Bebeği memeler çok dolup gerginleşse bile emzirmeye devam et. • Meme gevşeyince tekrar emzir. • Bebek memeyi boşaltmazsa sütü elle veya pompa ile boşalt ve sağdığın sütü kaşıkla ver. • Süt çok fazla ise atma, buzdolabında 24-36 saat bozulmadan kalabilir. • Bu sağılmış ve sakladığın sütü kendi bebeğin için kullanabilirsin. • Ağrıyan memeye kuru sıcak havlu koy.

PROBLEM: MEME UÇLARI YIRTIK VE ÇATLAK	
SEBEP • Yanlış emzirme sonucu meme ucu tahriş olur. Bu tahrişler, çatlak veya yaralara yol açar. Bu çatlaklardan bakteriler girerek meme iltihabına neden olur.	ÇÖZÜM • Bebeği memeye uygun pozisyonda yerleştir ve emzirmeye devam et. • Emzirdikten sonra meme ucunun iyileşmesi için bir damla sütü meme ucunda bırak. • Ağrı ve acı nedeniyle emzirmek mümkün değilse veya memelerin çok dolu olmasından bebek memeye uygun pozisyonda yerleştirilemezse; - Sütü birkaç gün elle veya pompa ile sağ, - Sağdığın sütü temiz kapta topla, kaşıkla ver. - Bebeği meme ucu başlığı ile emzir.

EMZİRME DANIŞMANLIĞI ÖĞRENİM REHBERİ

Katılımcı adı, soyadı :	Dönem / Modül : .. / ..			
Tarih: / / 200...	Alt Modül :			
Her deneme için arkadaşınızın ilgili basamakları gerçekleştirip, gerçekleştirmediğini izleyiniz. Arkadaşınız yeterli hazırlık yaptığına inandıktan sonra, beceriyi gerçekleştirir iken, onu izleyip, her basamak için not veriniz. Tüm basamaklar doğru, sıralı ve duraksamadan yapılp, tümünden tam not alana dek beceriyi yineleyiniz Değerlendirme Çizelgesi: 1. Geliştirilmesi gerekir: Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması ya da sırasında uygulanmaması 2. Yeterli: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması ancak eğiticinin yardımına gereksinim duyulması 3. Ustalaşmış: Basamağın duraksamadan ve eğiticinin yardımına gereksinim olmadan doğru ve sırasında uygulanması				
	Beceri Basamakları	Deneme		
		1	2	3
1	Başvurayı karşılayınız.			
2	Adınızı, soyadınızı, görevinizi belirtiniz			
3	Annenin adını, soyadını, bebeğın adını öğreniniz			
4	Anneye bebeğini nasıl emzirdiğini göstermesini isteyiniz			
5	Emzirme danışmanlığının önemini kısaca açıklayınız			
6	Ellerinizi yıkayınız anneye bebeğini her emzirmeden önce el yıkamasının önemini belirtini.			
7	Anneye emzirmeden önce meme başını ve çevresini temiz su ile silmesini veya bir damla sütünü meme başına sürmesini söyleyiniz (Karbonatlı su, sabunlu su vb. kullanmamamasını bunların, meme başında çatlak ve yaraya neden olacağını belirtiniz)			
8	Anneye bebeğı ile rahat bir yere oturmasını oturduğu yerin temiz ve yeterince sıcak olmasını ve sırtını bir yere dayayarak desteklemesini söyleyiniz. (Oturur pozisyon)			
9	Emzirirken annenin mutlu, huzurlu olmasının, bebeğı ile göz teması kurmasının süreç ve bebeğı açısından önemini belirtiniz.			
10	(.....ismini söyleyerek) Bebeğini, yüz ve bedeni kendine dönük olacak şekilde tutmasını, bebeğının başını kolunun iç kısmına yerleştirmesini ve aynı kol ve elle bebeğı kalça ve bacaklarından kavramasını sağlayınız.			
11	Annenin eliyle göğsünü altından ve meme başı ile etrafındaki kahverengi kısma dokunmadan tutmasını sağlayınız.			
12	Bebeğine gülümseyerek ve meme ucunu bebeğının dudağına ve çenesine değdirmesini ve bebek ağzını açınca meme ucunu ve etrafındaki kahverengi kısmı bebeğın ağzına yerleştirmesini gösteriniz.			
13	Bebeğı memeye, tekniğine uygun yerleştirdiğinde bebeğın çenesi ile göğüsün arasında boşluk kalmayacağını gösteriniz.			
14	Uygulamayı bir kez de kendisinin yapmasını söyleyiniz.			
15	Uygulama ile ilgili olumlu geri bilidirim veriniz.			



Kaynaklar

- 1- Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. JAMA. 2006 19;295(15):1809-23.
- 2-Fuentes-Afflick, E. & Hessol, N. A. Interpregnancy interval and the risk of premature infants. Obstet. Gynecol. 2000 95: 383–390
- 3-Shults, R. A., Arndt, V., Olshan, A. F., Martin, C. F. & Royce, R. A. Effects of short interpregnancy intervals on small-for-gestational age and preterm births. Epidemiology 1999 10: 250–254.
- 4-Hickey, C. A., Cliver, S. P., Goldenberg, R. L. & Blankson, M. L. Maternal weight status and term birthweight in first and second adolescent pregnancies. J. Adolesc. Health 1992 13: 516–56
- 5-Lenders, C. M., McElrath, T. F. & Scholl, T. O. Nutrition in adolescent pregnancy. Curr. Opin. Pediatr. 2000 12: 291–296.
- 6-King JC. The risk of maternal nutritional depletion and poor outcomes increases in early or closely spaced pregnancies. J Nutr. 2003 133(5 Suppl 2):1732S-1736S.
- 7- Grundy E, Kravdal Ø. Do short birth intervals have long-term implications for parental health? Results from analyses of complete cohort Norwegian register data. J Epidemiol Community Health. 2014 68(10):958-64
- 8-Kozuki N, Walker N. Exploring the association between short/long preceding birth intervals and child mortality: using reference birth interval children of the same mother as comparison. BMC Public Health. 2013;13 Suppl 3:S6
- 9-Medical eligibility criteria for contraceptive use – 4th ed. World Health Organization. ISBN 978 92 4 156388 8 (NLM classification: WP 630) © World Health Organization 2010
- 10-Turkcapar AF, Kadioğlu N, Aslan E, Tunc S, Zayıfoğlu M, Mollamahmutoğlu L. Sociodemographic and clinical features of postpartum depression among Turkish women: a prospective study. BMC Pregnancy Childbirth. 2015 3;15:108.

DOĞUM SONU KONTRASEPSİYON

Prof. Dr. Berna Dilbaz*, Doç. Dr. Nafiye Yılmaz **

*Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları

**Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Doğum sonrası uygulanılabilecek kontraseptif (gebeliği önleyici) yöntemlerle ilgili danışmanlık ve yöntem uygulama hakkında bilgi güncellemek.

Kazanımlar:

Bu oturumun sonunda katılımcılar aşağıda belirtilen kazanımları elde ederler;

1. Doğum sonrası uygulanabilecek gebeliği önleyici yöntemleri sayar.
2. Emzirme durumuna göre gebeliği önleyici yöntemleri açıklar.
3. Gebeliği önleyici yöntemlerin yararlarını sayar.

Sık doğum ve kısa doğum aralığı anne ve bebek açısından risk yaratabilir. İki gebelik arasındaki aralığın 6 aydan kısa olduğu durumlarda diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak: anne ölümleri (OR=2.54), 3.trimester kanamaları (OR=1.73), erken membran rüptürü (OR:1.72), puerperal endometrit (OR:1.33) ve anemi (OR:1.3) riski gebelik aralığı 18-23 ay olan kadınlara göre artmaktadır. Adolesan gebelerde özellikle 15 yaş altında olanlarda, doğum aralığının kısa olduğu durumlarda maternal riskler özellikle anemi, gebelik hipertansiyonu, ve renal hastalık riskleri artmaktadır. Annenin 18 aydan kısa gebelik aralığı ile 2-3 doğum yapmış olması anne sağlığı için daha uzun dönemde de riskli olabilir.

İki gebelik aralığının 18 aydan kısa ve 59 aydan uzun olması kötü perinatal sonuçlarla da ilintilidir. Gebelik aralığı 6 aydan kısa olanlarda, 18-23 ay olanlara göre preterm doğum %40, artmış düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu %60, gelişme geriliği olan bebek doğurma riski%25 artış gösterir. Gebelik aralığının 6-17 ay arasında olması da bu üç riskin artmasına yol açar (OR 1.05-1.14) Kısa doğum aralığı hem neonatal (<24 ay, OR: 1.61, 95% CI: 1.52-1.70) hem de 5-yaş altı infant mortalitesi (<24 ay, OR: 1.48, 95% CI: 1.40-1.56) riskini de arttırmaktadır. Bu artış grand multiparlarda (>4) daha belirgindir.

Bu bilgilerin ışığında iki gebelik arasındaki süreyi 24 aya çıkarmak anne ve bebek sağlığı açısından çok önem taşımaktadır.

Ovulasyon: Emziren kadınların % 18'inde doğum sonrası ilk 3 ay içerisinde, emzirmeyen kadınların %50'sinde doğum sonrası altıncı hafta da gerçekleşmektedir. Doğum sonrasında emzirmeyen kadınlarda ovülasyon en erken 26. günde olmak üzere ortalama 45 gün sonra geri dönmektedir. Hem emziren hem de emzirmeyen annelerde çoğunlukla menstürasyon olmadan önce ovülasyon gerçekleşir ve bu da kontraseptif bir yöntemle başlamak için menstürasyonu bekleyen kadının istemeden gebe kalmasına yol açabilir.

Annelerin bebeklerini ilk 6 ay yalnızca anne sütüyle beslemeleri bebek sağlığı açısından çok önemlidir. Emzirmenin gebelikten koruyucu etkisi belli koşullara bağlıdır. Tam emzirme gerçekleştirdiğinde 'laktasyon amenoresi'nden bir korunma yöntemi olarak bahsedilebilir:

Tam emzirmenin koşulları:

- Bebek altı aydan küçükse,
- Anne adet görmeye başlamamışsa,
- Bebek gece ve gündüz sık aralıklarla ve en az iki dakika emziriliyorsa, bebek yalnızca anne sütü alıyorsa (ek gıda verilmemeli) sütün koruyuculuğundan bahsedilebilir.

Bu şekilde emziren kadınların yaklaşık % 0-12'inde ilk 6 ay içerisinde yumurtlama olabilir, yaklaşık %2'si de gebe kalır.

Emziren bir anne için uygun yöntemler şöyle sıralanabilir:

1. Bariyer yöntemler yani kondom, diyafram
2. Rahim içi araç (RİA)
3. Sadece progesteron içeren preparatlar
 - i. Minihap, Depo enjeksiyon ve implant
4. Kalıcı yöntemler yani kadında tüp ligasyonu, erkekte vazektomidir.

Emziren annelerde içerisinde östrojen bulunan doğum kontrol hapları veya iğneler kullanılmaz, kombine kontraseptifler (kombine doğum kontrol hapları, enjeksiyon veya vajinal halka) hem sütü azaltır hemde süte geçerek bebeğe de etki eder. **Bunun yerine sadece progesteron içeren mini hap şeklinde isimlendirdiğimiz haplar ya da enjeksiyonlar kullanılabilir.**

Bariyer yöntem kullanımına cinsel yaşamın başlaması ile birlikte hemen başlanılabilir.

Rahimiçi araç hemen doğum veya sezaryen sonrası plasenta çıktıktan sonra kullanılabilir. Eğer bu dönemde uygulanmamışsa normal doğumdan **6 hafta**, sezaryenden 8 hafta sonra uygulama yapılabilir.

Sadece progesteron içeren minihaplar, 3 aylık iğne veya kola takılan çubuklar doğum sonrası **6. haftada** başlanılabilir.

Sadece progesteron içeren yöntemlerin emzirme veya bebeğe üzerinde olumsuz bir etkisi gösterilmemiştir.

Emzirmeyen kadınlarda tüm modern yöntemler kullanılabilir. Yalnızca hormonal yöntemlere başlamak için 3 hafta beklemek gerekir.

	Önerilen	Genellikle kullanılan	Önerilmeyen, kısıtlı
Emzirmeyende < 21 gün postpartum	• Progestogen içeren hap • Progestogen içeren enjeksiyon ve ya implant • Barrier methodu	• Kombine oral kontraseptif hap • Kombine kontraseptif patch • Kombine kontraseptif vaginal ring • Bakırlı RİA (doğum sonu 48 saat içinde takılmamışsa 4.haftaya kadar ertelenmelidir)	

Emzirmeyende ≥ 21 gün postpartum	• Kombine oral kontraseptif hap • Kombine kontraseptif patch • Kombine kontraseptif vaginal ring • Progestogen içeren hap • Progestogen içeren enjeksiyon ve ya implant • Barrier methodu	• Sterilizasyon • Bakırlı RİA (doğum sonu 48 saat içinde takılmamışsa 4. haftaya kadar ertelenmelidir)
Emzirende < 6 hafta postpartum	• Laktasyonel amenore • Progestogen içeren hap • Progestogen içeren enjeksiyon ve ya implant • Barrier methodu	• Kombine oral kontraseptif hap • Kombine kontraseptif patch • Kombine kontraseptif vaginal ring • Bakırlı RİA (doğum sonu 48 saat içinde takılmamışsa 4.haftaya kadar ertelenmelidir)
Tam emzirende 6 hafta and 6 ay postpartum	• Laktasyonel amenore • Progestogen içeren hap • Progestogen içeren enjeksiyon ve ya implant • Bakırlı RİA • Barrier methods • Sterilizasyon	• Kombine oral kontraseptif hap • Kombine kontraseptif patch • Kombine kontraseptif vaginal ring
Kısmi emzirende 6 hafta and 6 ay postpartum	• Progestogen içeren hap • Progestogen içeren enjeksiyon ve ya implant • Bakırlı RİA • Barrier methods • Sterilizasyon yararı zararından daha ön planda ise • Kombine oral kontraseptif hap • Kombine kontraseptif patch • Kombine kontraseptif vaginal ring	
Emziren bayan > 6 ay postpartum	• Kombine oral kontraseptif hap • Kombine kontraseptif patch • Kombine kontraseptif vaginal ring • Progestogen içeren hap • Progestogen içeren enjeksiyon ve ya implant • Bakırlı RİA • Barrier methods • Sterilizasyon	• Laktasyonel amenore, (yetersiz kontrasepsiyon)

- Gebeliği önleyici yöntem hizmeti sunan kişilerin Üreme Sağlığı Modüllerinden Gebeliği Önleyici Yöntemler Modülü eğitimini almış Danışmanlık becerisi olan bir hizmet sunucu olması önemlidir. Hizmet alana gebeliği önleyici yöntemler konusunda genel danışmanlık yapıp yönetime özel danışmanlık için ilgili hizmet sunucuya yönlendirilmelidir.

Kaynaklar

- 1- Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. JAMA. 2006 19;295(15):1809-23.
- 2-Fuentes-Afflick, E. & Hessel, N. A. Interpregnancy interval and the risk of premature infants. Obstet. Gynecol. 2000 95: 383–390
- 3-Shults, R. A., Arndt, V., Olshan, A. F., Martin, C. F. & Royce, R. A. Effects of short interpregnancy intervals on small-for-gestational age and preterm births. Epidemiology 1999 10: 250–254.
- 4-Hickey, C. A., Cliver, S. P., Goldenberg, R. L. & Blankson, M. L. Maternal weight status and term birthweight in first and second adolescent pregnancies. J. Adolesc. Health 1992 13: 516–56
- 5-Lenders, C. M., McElrath, T. F. & Scholl, T. O. Nutrition in adolescent pregnancy. Curr. Opin. Pediatr. 2000 12: 291–296.
- 6-King JC. The risk of maternal nutritional depletion and poor outcomes increases in early or closely spaced pregnancies. J Nutr. 2003 133(5 Suppl 2):1732S-1736S.
- 7- Grundy E, Kravdal Ø. Do short birth intervals have long-term implications for parental health? Results from analyses of complete cohort Norwegian register data. J Epidemiol Community Health. 2014 68(10):958-64
- 8-Kozuki N, Walker N. Exploring the association between short/long preceding birth intervals and child mortality: using reference birth interval children of the same mother as comparison. BMC Public Health. 2013;13 Suppl 3:S6
- 9-Medical eligibility criteria for contraceptive use – 4th ed. World Health Organization. ISBN 978 92 4 156388 8 (NLM classification: WP 630) © World Health Organization 2010
- 10-UK Medical Eligibility Criteria (UKMEC)

MATERNAL FETAL BAĞLANMA (BONDİNG)

Ebe Nesibe ÜZEL

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

Amaç: Gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçte anne - bebek ve aile bağlanması (Bonding) hakkında bilgi kazanmak.

Kazanımlar:

Bu oturumun sonunda katılımcılar aşağıda belirtilen kazanımları elde ederler;

1. Maternal fetal bağlanmanın (Bonding) anne ve yenidoğan üzerindeki etkilerini açıklar.
2. Gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçte bağlanma davranışının kazandırılmasına ilişkin yaklaşımları açıklar.
3. Bağlanmayı olumlu ve olumsuz etkileyen faktörleri sıralar.
4. Bağlanmaya etki eden önemli hormonlar ve görevlerini açıklar.
5. Bağlanma konusunda sorumluluklarını ve önemli ipuçlarını sıralar.

En genel tanımı ile bağlanma, insanların kendileri için önemli olan birincil kişiler ile güçlü ve duygusal bağ kurma eğilimi olarak tanımlanmaktadır. Ebeveynliğe geçiş sürecinde yaşanan gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde yeni rollere uyum söz konusudur. Bu uyum aile içerisinde yaşanan etkili iletişim ve her bir bireyin fonksiyonelliği ile doyum sağlar ve aile bağlarını güçlendirir. Aile uyumunun gerçekleşmediği olgularda kriz ortamı yaşanır ki bu da ailelerin fonksiyonelliğini azaltırken sağlık öz bakım yeterliliklerini azaltır. Maternal ve fetal bağlanma ile anne ve bebek arasında doyurucu ve zevk verici etkileşim sonucunda bebeğin sağlıklı büyüme ve gelişimi desteklenir. Annenin fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini karşılamaında baş etme çabaları güçlenir.

Bonding-Psikoterapide 60-70 'li yıllarda Dr. Daniel Casriel tarafından duygu odaklı bir öğrenme süreci olarak açıklanmıştır. Derin duygular ile kendilerine ve başkalarına karşı olumlu tutum geliştirme ve yeni davranışların geliştirilmesi, bu davranışların uygulanması ve sürdürülmesidir. Bu manada bonding çocuk ve aile arasında emosyonel bağlanmayı anlatır. Literatürde John Bowlby ve Mary Ainsworth 'un bağlanma kuramını temel alır. Ayrıca Freud ve diğer psikanalitik düşünürlerden etkilenilmiştir.

Yaşamın erken döneminde geliştirilmesi gereken bağlanma, çocuğun fiziksel, psikolojik ve entelektüel gelişimini derin bir biçimde etkileyerek, yaşamı boyunca etkinliğini sürdürür. Anne ve aile için anlamı ebeveynliğe uyum, yenidoğan bakımı ve bu süreçte birçok sorunun üstesinden gelme konusunda güçlenmektir. Aile-bebek bağlanması (Bonding); gebelik, doğum ve doğum sonrası olmak üzere üç dönemde gelişir.

İzole bir olay değil, bir süreçtir ve en önemlisi emosyonel bağlanmanın psikonöroendokrinolojik bir yönü vardır. Bağlanmanın sağladığı davranış sistemi beslenme, seksualite ve agresif davranış sistemi ile benzerlik gösterir ve yüksek anlamı vardır.

Bağlanmanın (Bonding), sağlanması ile aileler kendi deneyimlerinden etkilenir. Birçok kaynakta yenidoğanın doğum sonrası ilk olarak yaşaması gereken en önemli deneyim olduğu

belirtilmektedir. Bu ilk deneyim intrauterin hayattan sonra doğumun gerçekleştiği ilk anlarda ten temasının sağlanması ile dış dünyaya uyumu gerçekleştirmektedir. Bağlanmanın kalitesini ise anne ve babanın deneyimleri belirler. Duygusal bir doyum ile davranış olumlama söz konusudur.

Yenidoğanda emosyonel bağlanma ile kazanılacak güven duygusu çok önemlidir. Aileler gebelik, doğum, lohusalık dönemlerinde ve bebeğin ilk aylarında yaşadıkları deneyimlerinden duygusal anlamda etkilenir ve gelişirler. Ailelerin çocuklarına biyolojik olarak bağlanması bir insan hayatında en önemli ve en kuvvetli bağlanmadır. Oysa çocuklar biyolojik bağlanma konusunda ailelerine programlanmıştır. Çocuk için en az bir bağlanma gerekir. Bu bağlanma kendilerini güvende hissetmeleri, stresten korunmaları ve sağlıklı gelişimleri için gereklidir. Diğer bir taraftan yapılan birçok araştırma da belirtildiği gibi doğum sonrası ilk anlarda yenidoğan da hipotermi, hipoglisemi ve solunum stresin önlenmesi, anne için ise plasentanın doğumu, etkin emzirmenin başlatılması, postpartum kanamanın kontrol altına alınması ve involasyonun kolaylaştırılması gibi faydaları vardır.

Bağlanmanın erken başlatılması ebeveyn rollerine uyumu kolaylaştırmaktadır. Bu nedenle bağlanma ne kadar erken başlatılırsa ailelerin ve bakım sağlayan sağlık personelinin işi o kadar kolaylaşmaktadır.

Kelime anlamı olarak Klaus ve Kennel “Bonding” ile “Attachment” arasındaki farkı belirtmişlerdir. “Bonding” İngilizcede aileler ve çocukları arasındaki duygusal bağlanmayı anlatmaktadır. “Attachment” çocukların aileleri ile bağlanmasını anlatmaktadır ve gelişimsel bakımın içinde yer almaktadır. Almancada “bonding” her iki anlamı taşımaktadır. Türkçede kelime anlamı olarak birçok kaynakta bağlanma kullanılmakta olsa da “Bonding” ve “Attachment” kavramları da birlikte referans olarak yer almaktadır.

Gebelik Dönemi ve Doğumda Bağlanma

Bağlanmanın en somut şekli doğum sonrası ten temasının sağlanması ile başlayacağı belirtilse de ilgili alan yazında anne için gebelik döneminde, fetüs için intrauterin hayatta başladığına ilişkin yayın ve araştırmalar mevcuttur. Bu dönemde bir bebeğe sahip olma isteği, buna karar verme süreci ve yaşamın ilk yılları anne - bebek etkileşiminin temelini oluşturur. Bağlanma örüntüleri gebelikte bireylerin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan yeterliliklerini etkileyen önemli bir belirleyici olarak kabul edilmektedir(1). Kadın için gebelikte fetüse bağlanmasını onunla etkileşimi sonucu kendini anne olarak tanımlamasını ifade eder.

Fetal dönemde bağlanma nasıl olur?

Fetüs anne ve babanın seslerini intrauterin hayatta tanımaktadır. Doğum sonrası özellikle bu seslere reaksiyon vermesi bundandır. İntrauterin hayatta fetüs yüksek gürültüde büzülür ya da annenin ayak seslerinin ritmi ile uyur. Bazen kordonu parmaklarının arasına alarak oynar, plasentaya dokunur. Fetüsün gebeliğin 13. haftasında tat alma duygusu gelişir ve annenin yediklerinin tadını alabilir. Normal içerikteki amniotik sıvıyı içer. Ancak amniotik sıvının alkol ve nikotin içermesi durumunda fetüs bundan hoşlanmaz ve amniotik mayiden beslenmez. Bu fetüsün her yönüyle anne ile temasta, etkileşimde olduğunu gösterir.

Doğum sonrası Bonding için temel faz ten temasıdır. Yenidoğan doğumdan hemen sonra çıplak vücudu ile annenin çıplak göğsüne (üst abdomene) yerleştirilmesi ile başlatılır. Bu ten temasının herhangi bir sebeple bozulmaması gerekir. En az ½ saat (30 dakika) sürmelidir. Daha uzun süreli olması erken bağlanma için önemlidir. Fetüsün intrauterin hayattan getirdiği elindeki tat ve koku anne göğsünde aradığının aynıdır. Bu yüzden arama davranışı gösterir (Mouthing). Üst abdomende kendi haline bırakıldığında kısa molalar vererek yukarılara doğru memeyi aramaya başlar. Her defasında kısa molalar verir ve ilerler. Yaklaşık 30-40 dk. sonra annenin göğsünü bulur masaj şeklinde dokunur, elini ağzına götürür, karşılaştırır elindeki amniotik mayinin kokusu ile anne göğsünün ucundaki salgının kokusu aynıdır. Bu esnada yaşadığı güven duygusu, vücut ısı regülasyonu ve hormonların salınımı ile bağlanma gerçekleşir. Ortalama 60-80 dk sonra hedefe ulaşmıştır ve emmeye başlar. Bu geniş zamanın yenidoğana ve anneye ayrılamayacağı durumlarda en doğru yöntem yenidoğanın anne kalp sesine yakın göğüs üstüne bırakılmasıdır. Meme ucuna yakın mesafede olan yenidoğan kısa bir arama davranışından sonra emmeyi başlatabilir.



Resim-2: Yenidoğanın arama davranışı "Mouthing"

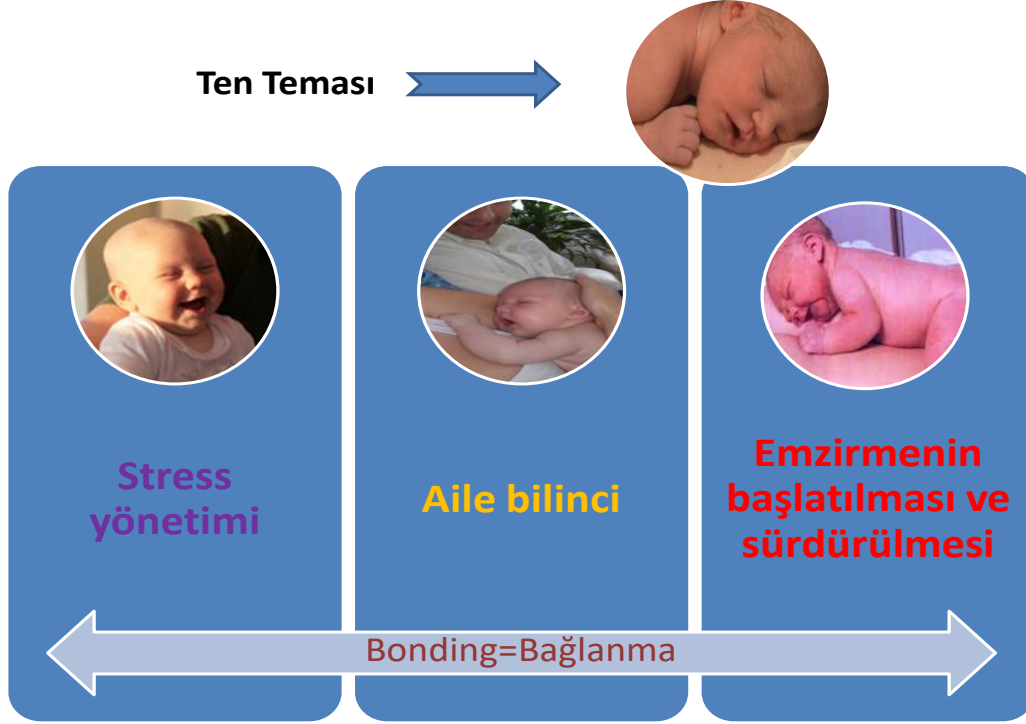
www.mamisbest.at/stillberatung/bonding.htm



Resim-3:Bağlanma: www.das-schwangerschafts-erlebnis.de/2010/12/14/die-ersten-60-minuten

Bağlanmanın geliştiği süreç; Dünyayı keşfetmek!!!

- Annenin bebeğin abdomendeki hareketleri sonucu vücudunda hissettikleri ile oksitosin salınımı artar,
- Opid etki gösterdiğinden ağrıya duyarlılık azalır - ağrı düzenlenir,
- Oksitosin salınımı uterus kontraksiyonlarını arttırır ve plasantanın doğumunu kolaylaştır.
- Uterus involüsyonunu destekler.
- Patalojik bir durum yoksa postpartum kanama miktarı azalır.
- Emzirmenin desteklenmesi sağlanır,
- Yüksek oksitosin seviyesi ile prolaktin salınımı artar ve bu sayede annede süt yapımı artar.



Bağlanma için ten teması en önemli aşamadır;

- Doğumdan sonra en az 2 st. sürdürülmesi önerilir.
- Müdahalesiz doğumlarda yenidoğan uyanıktır ve algısı açıktır.
- Ailenin ilgisini fark edebilir. Sevgiyi hisseder.
- Anne tarifi imkânsız mutluluk ve haz duyar.
- Aile rahatsız edilmemelidir.
- Süre az tutuldukça bu duyguyu arama sürer, anne huzursuzdur emosyonel anlamda sakinleştirilmeye ihtiyaç duyar.

Ailenin mümkün olduğunca doğum sonrasında bu uygulamalara dikkat etmesi önerilir. Doğum sonrası ilk izleme gelen lohusanın bu konuda öyküsünün alınması gerekir. Eğer doğum sonrası istendik düzeyde ten teması sağlanamamış ise muhtlaka lohusalık döneminde ten temasının bağlanma için uygulaması aileye gösterilir.

Bağlanma Sürecini Olumlu Etkileyen Faktörler

- Planlı gebelikler,
- Gebeliğin sağlıklı seyri,
- Biyolojik, fiziksel ve psikolojik olarak gebeliğe hazır olma,
- Gebelikte alınan bağlanma, emzirme vb. doğuma hazırlık eğitimleri,
- Destekleyici fiziksel ve sosyal çevre,
- Eğitimli ve deneyimli sağlık personeli.
- Anne ve bebek dostu uygulamalar.

Bağlanma Sürecini Olumsuz Etkileyen Faktörler;

- Uzamış doğum eylemi
- Gereksiz doğum müdahaleleri
- Katı hastane prosedürleri ve rutinler,
- Anneye ait benlik kaygısı,
- Travmatik doğum süreci,
- Doğum sonrası ağrı yönetimi yetersizliği,
- Yenidoğanda düşük kortizol düzeyi,
- Konjenital anomaliler,
- Adölesan gebelikler,
- Düşük sosyo-ekonomik düzey,
- Prematür doğumlar,
- İstenmeyen gebelikler.

Ailede bağlanmayı olumsuz etkileyen faktörlerin varlığında gebelik ve doğum sonrası izlemlerde bu konuda danışmanlık verilmelidir. Aile bağlarının güçlendirilmesi ve sağlığın geliştirilmesi konusunda etkin iletişim yöntemleri ile ten temasının sağlanması, bebek taşıma, kucağa alma ve emzirme konusunda aile cesaretlendirilmelidir.

Bağlanma (Bonding) İle Doğum sonrası Hormonal Durum

Doğum sonrası annelik davranışı gelişmesinde genetik ve çevresel faktörler etkili olduğu kadar güçlü bir hormon ve nöroendokrin basamak ta gereklidir. Bağlanma davranışında, doğum sırasında ve sonrasında oksitosin, prolaktin ve kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) etkenlerin birlikte geliştirdikleri özel nöral yollar gereklidir. Hipotalamus-hipofiz adrenal aks (HPA aksı) ya da Limbik-Hipotalamus-hipofiz-adrenal aks (LHPA), kompleks geribildirim mekanizmalarına sahip nöroendokrin bir sistemdir. Burada adrenalin ve nöradrenalin hormonun önemli görevi vardır. Vücuda kısa bir süreliğine daha çok enerji ve güç sağlar.

En önemli etkiye sahip oksitosin, hipofizden salgılanan doğal bir hormon olup bir dizi vücut fonksiyonlarını kontrol eder. 60'lı yıllardan itibaren oksitosin hormonu uterus kontraksiyonlarının başlatılmasında aktif rol oynadığı ve doğumu başlattığı üzerine birçok yayın vardır. 90'lı yılların başından bu yana psikoaktif komponentleri üzerinde de durulmaktadır. Oksitosin salınımının emzirmede olduğu gibi sadece somatosensoriyel uyaranlara cevap vermediği aynı zamanda sıcak ortam ve dokunma ile salınımı başlattığı ifade edilmektedir. Bu, vücudun kendi opiat etkisini oluşturduğu anlamına da gelmektedir. Bu

durumda kortizol üretimi düşer, insülin salınımı artar aynı zamanda kan basıncı düzenlenir. Doğum esnasında, hipotalamusta üretilen oksitosin hipofizde sentez edilerek kanda salınır, uterus düz kaslarını sitümüle ederek kontraksiyonları güçlendirir. Doğum kanalındaki reseptörlere bağlanan oksitosin olumlu geri bildirim vererek oksitosin seviyesinin artmasına, kontraksiyonların kuvvetlenmesine neden olur. Doğum sırasında yüksek oksitosin konsantrasyonu myoepitelyal hücrelerin uyarılması sonucu meme bezlerinin süt salınımını başlatır. Hemen doğum sonrası yenidoğanın anne göğsünü emmesi oksitosin salınımını arttırdığı gibi aynı zamanda süt yapımını da artırır. Oksitosinin kanda yarılanma ömrü çok kısa olduğundan etkisi kısıtlıdır. Yapılan araştırmalarda yarılanma ömrü en kısa 3,5 dakika, 10-12 dakika ve 15 dakika bulunmuştur. Ten teması, göz teması, koku, ve arama hareketleri, anne ve bebeğin sesleri annede emzirme hormonu prolaktin salınımını sitümüle eder, strese karşı toleransı artırır. Bunun devamında Kortizol, ACTH seviyelerini düşürür. Erken dönemde yüksek düzeyde prolaktinin bağlanmaya en önemli etkisi korku ve kaygıyı azaltması ve sezgisel anne davranışlarını teşvik etmesidir. Ayrıca oksitosin annenin bebeğin işaretlerini anlayabilmesinde ve onu tanımasında da olumlu bir katkı yaptığı ileri sürülmektedir. Oksitosin annelik davranışlarını başlatırken; prolaktin ve endojen opioidler de sürekliliği sağlamaktadır.

Oksitosin vücudun bireysel bağlanma ve sakinliği için önemli bir rol oynar.

- Korku ve agresifliği azaltır,
- Sosyal davranış için algıyı açık tutar,
- Annelik davranışının geliştirilmesini sağlar,
- Huzur ve dinginliği artırır,
- Mutluluk ve aşk hissinin açığa çıkarır,
- Diğer hormonların salınımını artırır (Prolaktin, Growth hormon, ACTH),
- Vücut ısısını yükseltir,
- Hipoglisemiye önler.

Özel Durumlarda (Bonding) Bağlanma

Anne için doğum sonrası bebek ile ayrı kalması gereken tedavi öncelikli (ameliyat, doğum komplikasyonu vb.) konular olabilir. Doğum, müdahaleli doğum, erken doğum veya sezaryen ile gerçekleşmiş olabilir. Sezaryen doğum veya prematür doğumlar bağlanmaya engel değildir. Normal doğum ile sezaryen doğumlarda bağlanma durumunun



Resim-5: Özel durumlarda bağlanma;

<http://therooses.com/tag/geburt/>

karşılaştırıldığı araştırmalar incelendiğinde ilk aylarda fark görülse de 8 ay sonunda arada bir fark kalmadığına ilişkin yayınlar vardır. Doğum sonrasında sağlık personelinin dikkat etmesi gereken bu durumdaki yenidoğanların mümkün olduğunca erken zamanda ten temasının sağlanmasıdır.

Buna göre;

- CS, epidural uygulamalar veya akut durumlarda bile bağlanma sağlanabilir,
- Hayati önemi olan medikal tedavi her zaman daha önemlidir,
- Bağlanma zaman içinde kazanılabilir,
- Anne ile bağlanmanın başlatılamayacağı durumlarda baba, başka bir birincil bakıcı veya kardeşler ile başlatılabilir.

Baba (Paternal)- Bebek Bağlanması

Baba doğuma eşlik ediyorsa bağlanmanın önemli bir parçası tamamlanmış olur. Ancak babalar daha önce gebelik döneminde izlem ve kontrollere katılmamış, doğuma hazırlık sınıflarında bu konuda eğitim almamışsa genellikle bebek ile iletişimi doğumdan sonra başlamaktadır. Doğumların büyük çoğunluğunun hastanede gerçekleştiği günümüzde hastanelerin koşulları babanın bebeğine bağlanmasını bu aşamada engelleyebilir. Doğumdan sonraki ilk saatlerde

anne ve bebek ile babaların birlikte geçirdikleri zaman yeterli olmayabilir. Babalar genellikle bu dönemde ziyaret saatlerinde sürece katılabilmektedir. Verdikleri destek anne ve bebeğin iyi olması ile sınırlı kalmaktadır. Bu sebeple bebek bakımı, bebeği sevmeye ve bağlanma duygusu daha çok erken postpartum dönemde başlamaz ve

genellikle taburculuktan sonra gelişir. Babanın bebek ile bağlanması ve onunla duygusal bir ilişki kurabilmesi için mutlaka bebek ile temasta bulunması gerekir. Baba da yenidoğanı kalp atımlarına yakın göğsüne yerleştirmelidir.

Babanın Bonding sürecine katılması örneğin sezaryen veya annenin medikal tedavi nedeniyle bebekten ayrılması durumlarında babanın göğsüne yenidoğanın yatırılması ve sıcak bir havlu ile üzerinin örtülmesi gerekir.



Kaynaklar

1. Ainsworth, M.D.S.: The Development of infant - mother attachment. In: Caldwell, B.M.; Riciutti, H.N.: Review of child developmental research, Bd, Chicago: University of Chicago Press 1973, S.1-94
2. Alan H. (2011); *Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Desteğin Anne Bebek Bağlılığına Etkisi*. YL tezi; Selçuk Ü., S.B.E., Konya
3. Brisch, K. H. und Th. Hellbrügge (2007); *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung*. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart, Klett-Cotta. S. 174-195
4. Bowlby J. Attachment and loss. Volume I: Attachment. 2nd ed. New York: Basic Books Inc; 1982.
5. Evcili F.ve Ark.(2014); *Erken Doğum Sonrası Dönemdeki Loğusaların Anne - Bebek Bağlanmasına İlişkin Görüşleri*, STED; C.23; S.4, Temmuz-Ağustos, 2014. ISSN 1300-0853 E-ISSN 2148-5348
<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/sted/article/viewFile/5000110810/5000103130>
E.T.15.05.2015
6. EŞEL E. (2010); *Anneliğin Nörobiyolojisi*. Türk Psikiyatri Dergisi 2010; 21(1): 68-78
7. Köse, D., Çınar N., Altınkaynak S. (2013); *Yenidoğanın Anne ve Baba ile Bağlanma Süreci*, STED; C.22; S.6, Kasım-Aralık 2013. ISSN 1300-0853
8. Klaus, Marshall A., Kennell, John H., Klaus, Phyllis H.: *Der erste Bund fürs Leben*. Reinbek: Rowohlt Verlag 1997.
9. Lang C. (2009); Bonding. Elsevier GmbH, München S.1-44 AISBN 978-3-437-27560-9
10. Mikes, M. A., Ditz, S., Neises, M., Schultze, C., Hoffmann, M.: *Was kann ein pränatales Kommunikationstraining zwischen Mutter und Kind bewirken?* Die Hebamme 2004; 17: S.172 – 176.
11. Oden, M. (2001); *Die Wurzeln der Liebe: Wie unsere wichtigste Emotion entsteht*. Düsseldorf: Walter 2001, S.51
12. Oden, M. (1987); The Fetus ejection reflex. Birth. 1987, 14S.104-105
13. Plothe C. (2009); *Die Perinatale Gabe Von Oxytocin Und Deren Mögliche Konsequenzen Auf Die Psyche Des Menschen*. Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine Vol. 21 (2009) No. 3/4, pp. 233–251
14. Widstrom, A. M. et al.: *Short-term Effects of Early Suckling and Touch of the Nipple on Maternal Behaviour, Early Human Development* 1990; 21: S.153- 163.

Görseller için:

Resim-1: <http://bilderdetails.de>

Resim-2: www.mamisbest.at/stillberatung/bonding.htm

Resim-3 : www.das-schwangerschafts-erlebnis.de/2010/12/14/die-ersten-60-minuten

Resim-4: www.badische-zeitung.de/kreis-emmendingen/liebevolle-bindung-vom-ersten-moment--56210404.html

Resim-5: <http://therooses.com/tag/geburt/>

Resim-6; <http://www.shumama.de/bindungsf%C3%B6rd-massage>,

Resim-7: www.kliniken-

www.klinik-heim.de/klinik/Kliniken/Frauenheilkunde/Schwangerschaft/Kaiserschnitt.php

EMZİRME VE EK BESİNLER

Öğr. Gör. Hülya TÜRKMEN

Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü

Amaç: Emzirme ve ek gıdalar konusunda bilgi güncellemek.

Kazanımlar:

Bu oturumun sonunda katılımcılar aşağıda belirtilen kazanımları elde ederler;

1. Laktasyonun fizyolojisini açıklar.
2. Anne sütünün önemini söyler.
3. Emzirmenin yararlarını sayar.
4. Emzirme pozisyonlarını açıklar.
5. Başarılı emzirme için on adımı sayar.
6. Emzirmenin sakıncalı olduğu durumları açıklar.
7. Sütün nasıl sağılması gerektiğini ve sağılan sütün nasıl saklanması gerektiğini açıklar.
8. Sütten kesmenin nasıl olması gerektiğini açıklar.
9. Doğum sonrası 0-6 ay bebek beslenmesinin nasıl olması gerektiğini açıklar.
10. Ek besinlere başlama zamanını açıklar ve verilebilecek olan besinleri sıralar.

Emzirme Türkiye’de çok yaygındır. TNSA-2013 verilerine göre tüm çocukların %96.4 bir süre emzirilmiştir. Yaşamlarının ilk iki ayında üç yaş altı çocukların %58’i sadece anne sütü ile beslenmiştir. Tüm çocuklar için ortalama emzirme süresi 16.7 aydır. Emzirilen ve 6 aylıktan daha küçük olan çocukların % 28’ine hazır mama verilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) doğumdan hemen sonra en az bir saat süresince anne ve bebek arasında ten-tene temas olmasını ve annenin emzirmek için cesaretlendirilmesini, gerektiğinde anneye yardım edilmesini önermektedir.

UNICEF ve WHO, bebeklerin doğumdan sonra ilk 6 ayda sadece anne sütü ile beslenmesi gerektiğini ve ek gıdalara 6 aydan sonra başlanması gerektiğini tavsiye etmektedir. Ayrıca ek gıdaların yanında emzirmeye iki ve ötesine kadar devam edilmesi gerektiğini de önermektedir. Biberon kullanımı ise herhangi bir yaş grubu için önerilmemektedir.

Laktasyonun Fizyolojisi

Gebelik döneminde plasentadan salgılanan östrojen, progesteron ve humanplasentallaktojenik hormonun etkisiyle memeler laktasyona hazırlanır. Östrojen kanalların, progesteronlobüllerin ve hipofizin ön lobundan salgılanan prolaktin hormonu ise lobüler, alveolar ve kanal gelişimini sağlamaktadır. Östrojenin etkisiyle areola ve meme başı büyür ve koyulaşır, meme başı dikleşir ve montgomerytüberküleri belirginleşir. Progesteronun etkisiyle alveollerdeki asini hücreleri salgı faaliyetine hazırlanır.

Gebeliğin 12. haftasından sonra humanplasentallaktojenik hormonun etkisiyle kolostrum salgılanır. Doğumdan sonra plasentadan salgılanan östrojen ve progesteron hormonlarının düşmesi sonucunda prolaktin ve oksitosin hormonlarının salgılanması ile memelerde süt üretimi başlar. Prolaktin hormonu alveollerdeki epitelyal hücrelerden süt yapımını (süt yapım

refleksi) sağlar. Hipofiz arka lobundan salgılanan oksitosin hormonu meme alveollerini çevreleyen myoepitelial hücrelerin kasılmasını ve sütün alveollerden kanallara ve meme başına akmasını (süt inme refleksi) sağlar.

Süt inme refleksinin belirtileri; emzirmeden hemen önce ya da tam emzirirken memelerde karıncalanma hissi, anne bebeğini düşününce ya da ağladığını duyunca memeden süt akması, emzirme sırasında diğer memeden süt damlaması, emzirme sırasında bebek memeden ayrılırsa memelerden ince ince süt akması, emzirme sırasında uterusun kasılması nedeniyle ağrı ve bazen kan boşanması ve sütün ağzına aktığını gösterir şekilde bebeğin yavaş ve derin emme ve yutmalarıdır.

Doğumdan 48 saat sonra süt yapım refleksi ve süt inme refleksinin devamı yenidoğanın emmesi sonucunda gerçekleşmektedir. Yenidoğanın memeyi emmesi ile meme başı ve areolada bulunan sinir uçları uyarılmaktadır. Bu uyarılar sonucunda hipofiz ön lobundan prolaktin, arka lobundan ise oksitosin salınımı devam etmektedir. Prolaktin hormonu gece daha fazla salgılandığı için yenidoğanı gece emzirmek süt üretiminin artması açısından önem taşımaktadır.

Meme ne kadar sık boşalırsa o kadar çok süt üretilir. Memenin boşalması süt sentezlenmesini arttırmaktadır. Memelerin boşalmadığı durumlarda ise Anne sütünde bulunan inhibitör madde devreye girer ve süt salgılamasını durdurur. Bu nedenle her emzirme seansında mutlaka memenin tamamen boşaltılması gerekmektedir. Bir meme tamamen boşalmadan diğer memeye geçilmemelidir. Bebeği her istediğinde her ağladığında doğru teknikle emziren annelerin süt miktarı bebeğin ayına ve günlük durumuna göre değişiklik gösterse de genel olarak bebeğine yetecek düzeyde salgılanmaktadır. Yetersiz süt algısını oluşturmamak adına asla süt sağılarak miktar ölçümüne gidilmemeli bunun yerine çocuğun büyüme ve gelişmesi takip edilmelidir. Büyük ve küçük meme dokusu süt üretme kapasitesi açısından farklı değildir.

Anne Sütü

Anne sütü yenidoğanın ve bebeklerin sağlıklı büyümesi ve gelişimi için ideal gıdaları sunmanın eşsiz bir yoludur.

Bebeğin büyüme sürecindeki gereksinimlerine uygun olarak anne sütünün bileşimi de değişmektedir. Doğumdan sonra ilk 5-7 güne kadar kolostrum, doğum sonrası 6-13. günler arasında geçiş sütü, doğum sonrası 10-14. günden itibaren olgun süt salgılanmaya başlar.

Kolostrum, gebeliğin 12. haftasından itibaren yapılmaya başlar ve çok az miktarda memeden salgılanabilir. Doğum sonrasında kolostrumun üretimi artar ve yaklaşık 1 hafta salgılanmaya devam eder. Protein, karbonhidrat, yağ, mineraller, vitaminler ve maternal antikorlar içeren kolostrum koyu limon sarısı renginde ve olgun süttten daha koyu kıvamdadır. Kolostrum geçiş sütü ve olgun süttten daha yüksek miktarda protein, yağda çözünen vitaminler ve mineraller, daha az miktarda karbonhidrat ve yağ içermektedir. Kolostrum ilk haftalarda yenidoğanı enfeksiyonlardan koruyan Ig A ve Ig G gibi önemli immunolojik faktörleri içermektedir. Ig A yenidoğanı gastrointestinal sistem enfeksiyonlarından korumaya yardım eder. Kolostrumun yağ ve karbonhidrat oranı düşük olduğu için sindirimi kolaydır ve laksatif etkisi olduğu için mekonyum geçişini kolaylaştırır. Kolostrum, bebeğin olgunlaşmamış bağırsaklarının

olgunlaşmasına yardımcı olan epidermal büyüme faktörünü içerir. Bağırsağın erken olgunlaşması bebekte allerji ve diğer besinlere intolerans gelişmesini önler. Ayrıca özellikle A vitamini yönünden zengin olduğu için enfeksiyon hastalıklarının daha hafif geçirilmesini sağlamaktadır.

Geçiş sütü, kolostrumdan sonra salgılanmaya başlar ve doğum sonrası 13. güne kadar salgılanır. Laktoz ve yağ içeriği kolostrumdan fazla, protein ve immunglobulin miktarı daha azdır.

Olgun süt, doğum sonrası 10-14. günlerden itibaren salgılanmaya başlar. Olgun sütün bileşimi beslenme sürecine ve laktasyon sürecine göre değişmektedir. Emzirmenin başlangıcında laktifer sinüslerde depolanan mavi beyaz yağsız, suda çözünen vitaminler, protein ve laktoz içeren ön süt alınır. Emzirmeye başladıktan 7-10 dakika sonra içerdiği fazla yağ nedeniyle beyaz renkte olan son süt alınır. Bu nedenle bebeğin dengeli bir şekilde beslenmesini sağlamak için emzirme süresi uzun tutulmalıdır. Rengi mavimsi beyaz olan olgun süt kolostrum kadar koyu değildir. Olgun sütün yaklaşık %90'ı su olduğu için bebeğe ilk 6 ay ilave su vermeye gerek yoktur.

Emzirmenin Yararları

Emzirmenin Bebeğe Olan Yararları

- Anne sütü her annenin bebeğine özel olarak hazırlanmış en mükemmel besindir.
- Anne sütü bebeğin tam olarak gereksinimi olan proteinlerin, yağların, vitaminlerin, karbonhidratların ve minerallerin en mükemmel bileşimini içerir, bebeğin ihtiyacına uygun olarak zamanla değişim gösterir.
- Anne sütünde bulunan esansiyel yağ asitleri (linoleik asit) bütün dokuların yapımı için gereklidir. Bebeğin beyni, gözleri, sağlıklı kan damarlarının gelişimi ve cilt bütünlüğünün sağlanmasına neden olur.
- Bebeğin merkezi sinir sisteminin gelişimi için gerekli olan kolesterol anne sütünde inek sütünden daha fazla bulunur.
- Tuz miktarı az olduğu için bebeğin tam olgunlaşmamış olan böbreklerine aşırı yük binmesini önler
- Anne sütü yağların sindirimine yardımcı olan lipaz enzimini içerir.
- Anne sütünde bulunan laktoz kolayca sindirilen bir karbonhidrattır. Böylece beyin gelişimi için gerekli olan glikoz kolayca sağlanır. Laktoz ayrıca kalsiyumun emilimini ve bağırsaklarda normal bakteriyel floranın gelişmesini sağlar.
- Anne sütü büyüme faktörlerini içerdiği için (Özellikle anne sütü leptini) bebeğin gelişmesine yardımcı olur
- Anne sütü içinde bulunan antikorlar bebeği enfeksiyon ve hastalıklara karşı korur.
 - Whey proteinleri bağışıklık sistemini geliştirir.
 - Laktoferrin demir emilimine yardım eder ve bakterilerin demiri kullanmalarını engeller.
 - Prebiyotik epitelyum yüzeyinde bakterilerin yapışmasını önler.

- Anne sütü alan bebeklerin idrarında bulunan oligosakkaritler idrar yolları enfeksiyonuna karşı koruyucu rol oynar.
- Prebiyotikler bağırsaklarda laktobasillus ve bifidobakteri gibi faydalı bakterilerin üremesini sağlar.
- Sterildir
- Bebeğin su gereksinimini karşılar
- Anne sütü hazır mamaya göre eser elementlerin (çinko gibi) daha iyi dengelenmesini sağlar.
- Alerjen etkisi olan β laktoglobulin anne sütünde yoktur.
- Ani bebek ölümü sendromu riskini azaltır.
- Çocukluk lenfoması ve Tip I diyabete karşı koruyucudur.
- Atopik dermatiti azaltır.
- Bu bebeklerde daha az sindirim bozukluğu, reflü, diyare ve konstipasyon görülür.
- Obeziteden korur.
- Anne - bebek bağı (bonding) yani yakın, sevgi dolu bir ilişkiyi kolaylaştırır
- Bebeğe endorfin salgılanmasını arttırarak ağrı kesici ve ağlama miktarını azaltıcı etki gösterir.
- Bebeğin temel güven duygusunu kazanarak sağlıklı bir kişilik kazanmasını kolaylaştırır
- Doğru çene ve diş gelişimini sağladığı için bebeğin konuşma şeklinin doğru gelişimini teşvik eder.
- Bebeğin motor gelişimini arttırdığına dair kanıtlar vardır.
- Anne sütü alan bebeklerin zeka düzeylerinin daha yüksek olduğu bilinmektedir.

Emzirmenin Anneye Olan Yararları

- Emziren annenin kendine güveni ve bebeğine yakınlık duyma ile bağlanması artar.
- Annelik rolünde benlik saygısını arttırır.
- Annenin stres, anksiyete, depresyon, suçluluk ve yorgunluk düzeylerini azaltır.
- Emziren annelerin bebeklerini terk etme, şiddet uygulama gibi olumsuz davranışları emzirmeyen annelere göre çok daha az görülür.
- Emzirme ile hipofiz arka lobundan salgılanan oksitosin hormonu uterusun involüsyonunu hızlandırır böylece kanama miktarı azalır ve anneyi anemiden korur.
- Emziren anneler gebelik öncesi kilosuna daha çabuk dönerler.
- Gebelikler arasında en az 2 yıl süre olmalıdır. Laktasyonamenoresine bağlı olarak ovülasyonun geri dönmesi gecikir ve yeni bir gebeliğin gecikmesine yardımcı olabilir.
- Annede meme, over ve uterus kanseri riskini azaltır.
- Menopoz sonrası osteoporoz ve kalça kırığı riskini azaltır.
- Diyabetik annelerin insülin ihtiyacını azaltır.
- Emzirme annenin ve ailenin yaşamını daha kolay hale getirir, anne sütü hazır, ısıtmaya gerek yoktur, ekonomiktir, daha az zaman ve para harcanır.

Emzirmenin Topluma Olan Yararları

- Emzirme ile hem ailenin hem de devletin yaptığı sağlık harcamaları azalır.

- Emziren kadınların çalıştığı iş yerlerinde verimlilik artar. Emziren kadınların bebekleri sık sık hasta olmadıkları için iş yerlerinden daha az ayrılırlar.
- Emzirme çevreyi de korur. Çünkü emzirme doğada artık olarak kalabilecek daha az plastik madde kullanımı demektir.

Emzirme Pozisyonları

Anne sütü ile beslenmede en önemli nokta annenin bebeğini memeye nasıl yerleştireceğini bilmesidir. Bebek memeye iyi yerleşmiş ise meme uçları zedelenmez. Emzirirken anne değişik tutuşları deneyebilir. Hangi durumda olursa olsun, bebeğin omuz ve vücudu memeye dönük olmalı ve burnu meme başı hizasında bulunmalıdır. Anne, bebeğin sadece başını değil, tüm vücudunu desteklemelidir.

Bebekğin memeyi tutmasını kolaylaştırmak için bebek dik tutulmalı, elin başparmağı üstte ve diğer dört parmak altta olmak üzere “C” tutuşu ile areola çizgisi gerisinden meme desteklenmelidir. Bebekğin areolanın alabildiği kadarını alması sağlanmalıdır. Memeyi desteklerken parmaklar areolaya yakın olursa bebek areolanın yeterli kısmını ağızına alamayabilir ve sadece meme başını emer. Altta kalan parmakların memenin ucundan uzak olması sağlanmalı ve bebeğin çenesinin memeye dokunmasına izin vermelidir. Ayrıca memenin bebeğin burnunu tıkaması elin başparmağı ile önlenmelidir.



T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi, Emzirme Danışmanlığı El Kitabı, Ankara 2015.



Doğru Emzirme



Yanlış Emzirme

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi, Resimli Emzirme Rehberi

Temel emzirme pozisyonları

Beşik Tutuşu: Anne rahat bir şekilde oturmalı ve beli yastıkla desteklenmelidir. Bebeğin tüm vücudu anne ile temas edecek şekilde tam olarak annesine doğru döner. Bebeğin başı annenin dirseğın iç kısmında olacak şekilde, anne kolu ve eli ile bebeğın sırt ve kalçasını sarmalıdır. Anne diğer eli ile memesini desteklemelidir. Bebeğın vücudunun düz tutulması ve bebeğın başı ile annenin memesinin aynı hizada olması için annenin kolunun altına yastık konulmalıdır.



T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi, Emzirme Danışmanlığı El Kitabı, Ankara 2015.

Futbol Tutuşu: Anne emzirdiğı taraftaki eliyle bebeğın baş ve boynunu alttan tutar ve ön kolu ile bebeğın sırtını destekler. Bebeğın ayakları annenin sırtına doğru uzanır. Bebeğın altı yastıkla desteklenmelidir.



T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi, Emzirme Danışmanlığı El Kitabı, Ankara 2015.

Yan Yatış Pozisyonu: Anne ile bebeğın yüz yüze bakar şekilde yan yattığı pozisyonudur. Annenin baş, sırt ve kolları yastıkla desteklenmelidir. Bebeğın sırtı annenin kolu ya da yastıkla desteklenmelidir.



T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi, Emzirme Danışmanlığı El Kitabı, Ankara 2015.

Bebek doğru pozisyonda emdiğinde, ağzı geniş ve açık, çenesi memeye dayalı, alt dudağı dışa doğru kıvrılmış ve sadece meme ucunu değil areolayı ağzına almış olmalıdır.

Etkili emzirmenin belirtileri:

- Bebeğin yutma sesi işitilir.
- Çene hareketleri görülür.
- Alt dudağı dışa doğru dönmüştür.
- Yanakları yuvarlaktır.
- Meme başı sağlıklı görünür.
- Bebek memeyi kendisi bırakır.
- Emzirme sonunda göğüs yumuşar.

Memeye iyi yerleşmeme ve etkisiz emme belirtileri:

- Emme hızlı ve yüzeyeldir.
- Bebeğin ağzı geniş bir şekilde açık olmadığı ve dudaklarını ileriye uzattığı görülür.
- Bebeğin alt dudağının dışa dönük olmadığı görülür
- Bebeğin çenesinin memeye değmediği görülür.
- Bebeğin yanaklarının içe çökük olduğu görülür
- Areolanın hemen tümünün dışarıda olduğu görülür.
- Memede ağrı hissedilir
- Meme ucunda çatlaklar oluşabilir
- Meme tam boşalamadığı için yumuşamaz
- Bebek doymadığı için emzirme uzun sürer.

Doğumdan sonra ilk yarım saat içinde emzirmeye başlanmalıdır. Meme başlarının emzirme için uygun duruma gelmesi için gerekirse gebelik döneminde memelere hoffman egzersizleri yapılmalıdır. Bebeğin emmediği durumlarda kesinlikle emzirmekten vazgeçilmemelidir. Annenin kendini rahat ve huzurlu hissetmesi, yeterli ve dengeli beslenmesi süt salgılanmasını arttırmaktadır.

Bebek emerken yorulabilir bu nedenle emmesine zaman verilmelidir. Emzirdikten sonra bebek annenin omzuna yatırılarak gazı çıkartılmalı ve daha sonra kusarsa akciğerlerine aspire etmesini önlemek amacıyla yan yatırılmalıdır.



T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi, Resimli Emzirme Rehberi

Anne sütünü saklama

Memeden doğrudan alınan süt en idealidir. Anne sütü, benzersiz bakterisidal etkinliğe sahiptir. Araştırmalar, sınırlı bir süre için, doğru şekilde depolanmış anne sütünde bakterisidal etkinliğin azalabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, direkt emzirme her zaman mümkün değildir, bu nedenle doğru bir şekilde depolanan anne sütü bebekler için bir sonraki en iyi seçenektir. Anne sütü 100-300 mL'lik küçük porsiyonlarda depolanmalıdır. Daha önce soğutulmuş ya da dondurulmuş anne sütüne süt ilave edilmemelidir. Bu durum sütte bakteri üremesine neden olabilir. Kaplar sıcak sabunlu su ile yıkanıp durulanmalıdır. Eğer bebek 3 aylıktan küçük ise kapların steril edilmesi gerekir. Bunun için kaplar kaynatılmalıdır.

Anne sütü;

- Oda sıcaklığında 19-26 C° 3 saat,
- Buzdolabında 0-4 C° de 3 gün,
- Derin dondurucuda 3 ay saklanabilir.

Sağılmış sütün bebeğe verilmesi:

- Dondurulmuş anne sütü buzdolabının içinde çözündürülmelidir.
- Anne sütünün içinde olduğu olan kap, sıcak su dolu başka bir kabın içine konarak çözünmüş olan sütün ılınması sağlanıp bebeğe verilmelidir.
- Sağılan anne sütü bebeğe kaşık veya geniş ağızlı bir bardak ya da fincanla verilmelidir.

Sütten Kesme

Bebeklerin 2 yaş ve ötesine emzirme önerisini dikkate alarak herşeyin yolunda olduğu durumlarda sütten kesmeyi hiçbir şekilde önermemeliyiz. Ancak bazı tıbbi gereksinim durumlarında ihtiyaç duyarsak sütten kesme yavaş bir şekilde gerçekleştirilmelidir. Eğer birden bebek sütten kesilirse annede engorjman görülebilmektedir. Bu nedenle bebeğin emmeye en az ilgi duyduğu veya uyuduğu dönemdeki öğünü atlayarak sütten kesme kademeli bir şekilde gerçekleştirilebilir. Bazı durumlarda bebeğin kendisi o öğünü atlamak istediği için sütün kesilmesi de sağlanabilir. Engorjman geliştiği durumda anne destekleyici sutyen giymeli, analjezik almalı, memeye buz paketi uygulanmalıdır. Eğer şikâyetler nedeniyle memeleri

boşaltmak gerekirse süt tamamen boşaltılmamalıdır. Çünkü sütte bulunan inhibitör maddeler hücrelerin fazla süt salgılamasını durdurmaktadır.

Bazı durumlarda emzirmenin ani kesilmesi gerekebilir bu gibi durumlarda **farmakolojik ya da mekanik yöntemlerle süt salgılanması bastırılmalıdır.**

Farmakolojik Yöntem İle Süt Salgılanmasının Baskılanması: Bromocriptin (Parlodel) 14 günde iki kez alınmalıdır. Bromocriptin süt salgılanmasının bastırılmasında ilk seçenek olarak kullanılmamalıdır çünkü ciddi hipertansiyon, nöbet, stroke ve myokard enfarktüsü gibi ciddi sonuçları bildirilmiştir.

Mekanik Yöntem İle Süt Salgılanmasının Baskılanması: En güvenilir ve basit olan yöntemdir. Meme dokusunu iyice saran sıkı bir sütyen kullanılmalıdır. Süt salgılanmasını uyarıcı yöntemlerden kaçınılmalıdır. Buz uygulama ve analjezikler kullanılabilir. Bu dönemde meme tıkanıklığı gelişebilmektedir. Böyle bir durum geliştiğinde buz uygulama ve analjezikler kullanılabilir.

0-6 Ay Beslenmesi

Yeni doğanın enzim sistemi henüz tam olarak olgunlaşmadığı için tüm besinleri sindirebilmesi mümkün değildir. Proteini parçalayan proteolitik enzim yetişkinde olduğu gibidir. Bu nedenle yenidoğan anne sütünü sindirebilmektedir. Yenidoğanlardapankreatiklipaz ve safra asidi az miktarda salgılandığı için yağların sindirimi yeterince gerçekleşmemektedir. Doğumdan sonraki ilk 3 ayda tükrük ve pankreatik amilaz salgısı az miktarda olduğu için bu bebeklere nişastalı besinlerin verilmesi uygun değildir.

Bebeklerin 0-6 aylık dönemde sadece anne sütü ile beslenmesine “doğal beslenme” denir. Bu dönemde anne sütünün bebeğin tek besini olduğu ve su dahil verilmemesi gerektiği unutulmamalıdır. Çünkü bebeğe verilecek olan su ya da diğer sıvılar anne sütü salınımını azaltacaktır. Bebekler arasında midenin boşalma hızı farklıdır bu nedenle her bebeğin aynı aralıklarla beslenmesi şart koşulmamaktadır. Doğumdan sonra ilk yarım saat içerisinde yenidoğan emzirilmeye başlanmalı ve bundan sonra her ağladığında her istediğinde emzirilmelidir. Daha sonra 2-4 saat aralıklarla emzirilmelidir. Bebek büyüdükçe daha fazla anne sütü aldığı için midenin boşalma zamanı da uzayacaktır.

Anne sütünü yeterli miktarda alan bir bebek 0-6 aylık dönemde ayda ortalama 800 gr, 7-12 aylık dönemde ayda ortalama 500 gr ağırlık kazanmalıdır.

Anne sütü yeterince D vitamini içermediği için bebeğin gereksinimini karşılayamamaktadır. Bu nedenle bebeğe birinci aydan itibaren 3 yaşına kadar günde 400 I.U. Vitamin D verilmelidir. Bakanlığımızın 2005/71 sayılı genelgesi ile; toplumun D vitamini yetersizliği konusunda bilinçlendirilmesi, 0-12 aylık bebeklere günlük 400 U (3 damla) D vitamininin 1 yıl süre ile verilmesi amacıyla “Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması” projesi yürütülmektedir.

Ek Besinler

WHO ve İngiliz Diyetisyenler Derneği bebeklerin optimal büyümesi, gelişmesi ve sağlığı için ilk altı ay boyunca sadece emzirilmesi gerektiğini ve altıncı aydan sonra beslenme gereksinimlerini karşılamak için anne sütünün yanında yeterli ve güvenli tamamlayıcı besinler

alması gerektiğini önermektedir. Ayrıca iki yıl ya da daha fazla emzirmeye devam edilmesi gerektiğini de belirtmektedir.

Bebek iki yaş ve ötesine kadar anne sütü ile beslenmelidir. Anne sütü tek başına 6. aylardan sonra bebeğin beslenmesinde yeterli olmayacağı için anne sütü ile beraber ek besinler verilmelidir. Daha önce ek besinlere başlanması bebeğin anne sütünü daha az almasına neden olacaktır. Bu besinler bebeğin alışması açısından değişik tatlarda olmalıdır. Anne sütünü tamamlamak için verilen ek besinler 8. aydan itibaren esas besin durumuna geçmektedir.

Ek besinlere 6. aydan önce başlama; anne sütünde azalma, besin alerjisi, egzama, çocukluk astımı, intestinal immatürite, kontaminasyon riski nedeni ile infeksiyonlar, gastroenteritler, dehidratasyon gibi kısa vadeli komplikasyonlara ve malnütrisyon, obezite, diyabet, ateroskleroz ve hipertansiyon gibi uzun vadeli komplikasyonlara neden olabilmektedir. Ek besinlere 6. aydan daha geç başlama beslenme yetersizliği, büyüme geriliği, immunitede baskılanma, demir eksikliği, buğday alerjisi, katı gıdaları ret etme gibi problemlere neden olabilmektedir.

Bebegin 4-6. ayından sonra sindirim ve boşaltım sistemlerin fonksiyonları büyük ölçüde olgunlaşır ve ek gıdalara geçiş mümkün olmaktadır. Ek besinlere başlarken gıdaların kontamine olmamasına, bu gıdaların kaynatılmış su ile hazırlanmasına, kullanılan araç ve gereçlerin iyi temizlenmesine, ellerin yıkanmasına, bebeğin aç olmasına ve verilen besinin çok az miktarda olmasına dikkat edilmelidir. Ayrıca besinler kaşıkla verilmelidir. Bebek tek bir ek besine alıştırmadan diğer besine geçilmemelidir. Besin verildikten sonra bebekte kusma, ishal ve deri döküntüleri görülürse bu besin kesilmeli ve birkaç gün sonra yeniden verilmelidir. Bebeğe bekletilmiş bir besin verilmemelidir. Besinler hazırlandıktan sonra oda sıcaklığında 2 saatten fazla bekletilmemelidir. Besinler taze olarak ve günlük hazırlanmalıdır. WHO bu dönemde anne sütü almayan ılıman iklimde yaşayan bebeklerin günde en az 400-600 mL, sıcak iklimde yaşayan bebeklerin ise 800-1200 mL sıvı alması gerektiğini belirtmektedir.

4-6 aylık dönemde verilen ek gıdaların yarı katı olması, allerjen olmaması, yeterli vitamin ve minerali içermesi gerekmektedir. Ek besinlere başlarken ilk verilmesi gereken besin yoğurttur. Yoğurt günlük olarak evde mayalanarak verilmelidir. Yoğurt denendikten birkaç gün sonra bir tatlı kaşığı taze meyve suyu başlanmalı ve bebek herhangi bir reaksiyon göstermiyorsa her geçen gün miktarı arttırılmalıdır. Özellikle turuncgillerden daha az alerjik özelliği olduğu için elma suyu ilk başlanacak meyvedir. Daha sonra sebze çorbası ve pirinçli, yoğurtlu çorbalar denenebilir. Tarhana çorbası da bebek için uygun bir ek besindir. Çorbalar hazırlanırken içine bir miktar eklenecek olan yağ anne sütü ile karşılanamayan enerji gereksiniminin karşılanmasını sağlayabilir. 6-8. aylardan itibaren dişler çıkmaya başladığı için yavaş yavaş ek besinlere başlanabilir. Mevsimine göre meyve ve sebze püresi verilebilir. Güçlü bir protein kaynağı olan yumurta sarısı katı pişmiş halde bu aylarda vermeye başlanabilir. Miktarı günden güne arttırılarak, 8-10 günde tam yumurta sarısı verilebilir. Bu dönemdeki bebeklerin diyetinde haftada 2-3 yumurta sarısına yer verilmesi önerilmektedir.

7-8. aylardan itibaren anneden bebeğe geçen demir deposu tükenmeye başlar ve anne sütünde bulunan demir bebeğe yetmez. Bu nedenle püreye alıştırılan bebeklere kıymalı çorba ve kıymalı sebze yemekleri verilebilir. Zamanla tavuk ve balık etleri de sebzelerle birlikte

ezilerek verilebilir. Sanıldığı kadar iyi bir demir kaynağı olmayan üzüm pekmezi rafine karbohidratlardan zengin olduğu için çok önerilmemektedir. Yumurta beyazına 7-8. aylarda başlanmalıdır. 7. aydan sonra evde pişen tuzsuz, acısız, baharatsız her türlü yiyecek verilebilir. Sadece yemeğin suyu değil taneleri de ezilerek verilmelidir. 7-9. aylarda pankreatikamilaz yeterince salgılanmaya başladığı için pilav, makarna, ekmek gibi nişastalı besinler verilmeye başlanabilir.

Bir yaşından itibaren ailenin bebek aile ile birlikte aynı tip gıdaları tüketebilir. Ancak çiğ havuç, üzüm, kabuklu kuruyemişler (fındık, fıstık, ceviz gibi), sert ve/veya küçük besinler hava yolu tıkanıklığına sebep olabileceğinden 3 yaşın bitimine kadar ezilerek verilmelidir. 1 yaşından sonra besin takviyesi kullanılmadığı sürece sadece sebze ile beslenme besin ihtiyaçlarını karşılayamamaktadır bu nedenle et, tavuk, balık veya yumurta günlük olarak veya mümkün olduğunca sık yenmelidir. Ayrıca A vitamini bakımından zengin meyve ve sebzeler her gün verilmelidir.

Duyu gelişimi, yağda çözünen vitaminlerin emilimi ve enerji için yağ asitlerine gereksinim vardır. Anne sütü alan bebekler toplam ihtiyaçları olan yağı anne sütünden karşılayabilmektedirler. Anne sütü almayan bebeklerde günlük alınması gereken enerjinin %30-45 kadarı yağlardan sağlanmalıdır. Anne sütü bir süre sonra bebeğin ihtiyacı olan yağ asitlerini yeterince sağlayamayacağı için 6-8. aylarda günlük enerjinin % 0-34'ü, 9-11. aylarda %5-38'i, 12-23. aylarda ise %17-42'si yağlardan gelmelidir.

Bebekte iştahsızlık, kilo kaybı, beslenme saatinde bebeğin huzursuz olması gibi sorunlar yaşanabileceği için ek besinler verilirken annenin aceleci olmaması ve ısrar etmemesi gerekmektedir. Ek besinlerin günlük olarak verilme sıklığı ise anne sütü alan bir bebek 6-8. aylarda günde 2-3 defa, 9-11. aylarda 3-4 defa, 12-24. aylarda ise isteğe göre günde 1-2 kere atıştırılmalı ve 2-3 defa ana öğün verilmelidir).

Ek besinlere geçiş döneminde birçok problem ile karşılaşılabilir. Bebeğin intrauterin dönemde anneden sağladığı pasif bağışıklık bu dönemde artık koruma sağlamadığı ve bebeği enfeksiyonlardan koruyan anne sütü tüketimi de azaldığı için başta ishal olmak üzere birçok enfeksiyon hastalığı görülebilmektedir. Ek besinlerin yetersiz verilmesinden dolayı malnütrisyon gelişebilmektedir. Bu dönemde sık geçirilen enfeksiyonlar, diyetle inek sütünün eklenmesi, ek besinlere geç başlanması gibi durumlar demir eksikliği anemisinin gelişmesine zemin hazırlayabilir.

0-1 yaş döneminde bebeklere çay, bitki çayları, bal, bakla gibi besinlerin verilmesi uygun değildir. 1 yaşına kadar bebeklerin yiyeceklerine tuz, şeker ve herhangi bir katkı maddesi eklenmemelidir. Çayın içeriğinde tanin bulunmaktadır. Tanin, demir ve diğer minerallerin emilmesini engellediğinden dolayı demir eksikliğine neden olmaktadır. Bal, Clostridium botulinum sporlarını içerebilmektedir. 0-1 yaş dönemindeki çocuklarının mide asidi düzeyi düşük olduğundan dolayı bu sporları öldürememekte ve botulizm riski taşımaktadır. İnek sütü 1 yaşından sonra verilebilir.

Kaynaklar

1. TNSA 2013, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Kasım 2014. (ISBN 978-975-491-390-3).
2. World Health Organization, Essential Nutrition Actions, Improving Maternal, Newborn, Infant and Young Newborn, Infant and Young, 2013 (ISBN 978 92 4 150555 0).
3. Taşkın L, Yenidoğanın Beslenmesi, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş XIII. Baskı, Özyurt Matbaacılık, 2016, 573-603. (ISBN:975-94661-0-4).
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi, Emzirme Danışmanlığı Eğitimci Kitabı, Ankara 2015.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi, Emzirme Danışmanlığı El Kitabı, Ankara 2015.
6. Food and Nutrition Guidelines for Healthy Infants and Toddlers (Aged 0–2) A background paper, by the Ministry of Health, PO Box 5013, Wellington, New Zealand, 2012.
7. Eryılmaz G. Laktasyon ve Emzirme, Kadın Sağlığı, Şirin A, Kavlak O. (Ed.), Nobel Tıp Kitabevleri, Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul, 2015: 488-505.
8. Baysal A, Özel Durumlarda Olanların Beslenmesi. Genel Beslenme. 14. Baskı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 2012; 130-209.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi, Emzirme ve Anne Sütü İle İlgili Sık Sorulan Sorular, Ankara 2015.
10. Aslan E, Dinç H. Yenidoğanın Adaptasyonu ve Bakımı, Hemşire ve Ebelere yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Beji N.K. (Ed.), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2015:419-444.
11. Yaman M, Gebe-Emzikli ve 0-1 Yaş Çocuk Beslenmesi, Anne ve Çocuk Beslenmesi, Arlı M, Şanlıer N, Küçükkömürler S, Yaman M. (Ed.), 4. Baskı, Pegem Akademi, 2010, 105-126. (ISBN 978-975-6802-68-7).
12. Dewey K, Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child, Pan American Health Organization, World Health Organization, Division of Health Promotion and Protection Food and Nutrition Program, 2001.
13. The British Dietetic Association, Policy Statement, Complementary Feeding: Introduction of Solid Food to an Infants Diet, 2013.
14. Tokatlı A, Bebeklerde Ek Besinlere Geçiş; “Weaning” Dönemi, Sted, 2003; 12(4): 134-136.
15. Aydın A, Yapay Beslenme ve Ek Gıdalar, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sağlam Çocuk İzlemi, Sempozyum Dizisi, no: 35, 2003; 79-84.
16. Köksal G, Özel H.G, Bebek Beslenmesi, Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Klasmat matbaacılık, Ankara 2008. (ISBN: 978-975-590-242-5).

GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEMLER

Yrd. Doç. Dr. Selda YÖRÜK
Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü

Amaç: Gebeliği önleyici yöntemleri konusunda bilgi kazanmak.

Kazanımlar:

Bu oturumun sonunda katılımcılar aşağıda belirtilen kazanımları elde ederler;

1. Gebeliği önleyici yöntemlerini tanımlar.
2. Gebeliği önleyici yöntemlerinin etkililiğini, etki süresini ve etki mekanizmasını açıklar.
3. Gebeliği önleyici yöntemlerinin olumlu ve olumsuz yönlerini sayar.
4. Gebeliği önleyici yöntemlerinin yan etkilerini ve risklerini açıklar.
5. Gebeliği önleyici yöntemlerinin uygunluk kriterlerini söyler.
6. Gebeliği önleyici yöntemlerinin sağlık sorunları ve uyarı işaretlerini sayar.
7. Gebeliği önleyici yöntemlerinin yöntem sunumunu açıklar.

Gebeliği önleyici

Gebeliği önleyici, ailelerin istedikleri sayıda, istedikleri zamanda çocuk sahibi olmaları demektir Gebeliği önleyici hizmetlerinde amaç; aşırı doğurganlığa bağlı olarak ana ve çocukta oluşan olumsuz etkileri gidermek, oluşabilecek olumsuzlukları önlemek, gebeliği önleyici hakkında bilgi vermek, istenmeyen gebeliklerde tehlikeli yollarla yapılan düşükleri önlemek, yöntem kullananları izlemek ve çocuğu olmayan çiftlerin çocuk sahibi olmalarını sağlamaktır. Yani temel amaç, anne ve doğacak çocukların sağlıklı olması ve çocuk sahibi olmak istendiğinde gebeliğin oluşmasıdır. Gebeliği önleyici ailedeki kişi sayısını sınırlandırmak değildir. Anne ölümlerinin çoğu, sık aralıklarla (2 yıldan kısa), çok sayıda (4'ten fazla), 18 yaşından küçük ve 35 yaşından büyük annelerin yaptığı doğumlarda görülmektedir.

Her yıl dünyada yarım milyondan fazla kadın gebelik ve doğumla ilgili sorunlar yüzünden ölmekte ve geride bir milyondan fazla anasız çocuk bırakmaktadır. Gebeliği önleyici hizmeti yüksek riskli gebelikleri önleyerek anne ve bebek ölümlerini azaltır. Çocuk sağlığına olumlu etki yapar. Yüksek riskli gebelikler sonucunda meydana gelen doğumlarda ölüm olmasa bile, bebek çeşitli sağlık sorunlarıyla karşı karşıya gelir. Bu sorunlar:

- 1) Erken doğum ve düşük doğum ağırlığı,
- 2) Kötü beslenme (Malnütrisyon),
- 3) Enfeksiyon hastalıkları,
- 4) Büyüme, gelişme geriliği,
- 5) Konjenital malformasyonlar,
- 6) Zeka geriliği.

Gebeliği önleyici hizmeti ile doğurganlık azaltılırken, anne sağlığı, çocuk sağlığı iyileştirilmiş, dolayısıyla toplumsal ve ekonomik alanlarda da iyileştirilmeler sağlanmış olur.

Sınıflama

Hormonal Kontraseptifler	- Kombine Oral Kontraseptifler (KOK) - Mini Haplar - Post-Koital Kontrasepsiyon -Enjekte Edilen Yalnız Progesterin İçeren Kontraseptifler - Enjekte Edilen Kombine Kontraseptifler - Deri Altı İmplantları - Hormon İçeren RİA'lar - Vajinal Halkalar
Rahim İçi Araçlar	
Bariyer Yöntemler	- Kondom - Diyafram - Servikal Başlık (Cap) - Spermisitler
Cerrahi Sterilizasyon	- Tüp Ligasyonu - Vazektomi
Doğal Gebeliği Önleyici Yöntemler	
Laktasyonel Amenore Metodu(LAM)	

Oral Kontraseptifler

Oral kontraseptifler düşük istenmeyen gebelik oranları ve %68'e varan uzun süreli kullanımlarıyla etkili yöntemler arasında yer almaktadır.

Oral kontraseptifler genel olarak;

- a) Kombine oral kontraseptifler
- b) Sadece progesteron içeren oral kontraseptifler (minihap) olmak üzere ikiye ayrılır.



Kombine Oral Kontraseptifler: Kombine oral kontraseptifler (KOK) hem östrojen hem de progesteron içeren oral kontraseptiflere verilen isimdir. KOK'ler monofazik, bifazik, trifazik ve kuadrofazik olarak sınıflandırılırlar. Monofazik KOK'lerde her bir tablette sabit miktarda östrojen ve sentetik progesteron bulunur. Multifazik olan preparatların amacı doğal siklusu taklit etmek ve yan etkileri azaltmaktır. Bifaziklerde sabit miktarda östrojen, siklusun 2.

- Klamidya enfeksiyonu riskini artırır.
- Anne sütünün miktarını ve niteliğini etkilediğinden emziren kadınlar için uygun değildir.
- HIV/AIDS dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyucu değildir.
- Yönteme devam etmek için en az 1 aylık fazla hap bulundurulmalıdır.

Yan Etkileri ve Riskleri

Önemli riskler arasında venöz tromboembolizm, miyokard infarktüsü ve inme sayılabilir. KOK'ler vasküler hastalık riskini kardiyak fonksiyonu, kan basıncını, yağ ve karbonhidrat metabolizmasını ve kan pıhtılaşmasını etkileyerek, ayrıca damar duvarı üzerindeki doğrudan etkileriyle artırabilirler. KOK'lerle ilişkilendirilen kardiyovasküler sorunlardan venöz **tromboembolizm riski**, KOK'lerdeki östrojen dozunun zaman içerisinde düşürülmesiyle **azalmıştır**.

KOK kullanımında özellikle ilk 3 ayda adet kanama değişiklikleri, **bulantı, kilo artışı, duygudurum değişiklikleri, memelerde hassasiyet ve baş ağrısı** gibi hafif yan etkiler oluşabilir. **Bulantı:** Bulantı da KOK'lerin kullanımı süresince genellikle azalan bir yan etkidir. KOK'nin yemeklerde veya yatarken alınması bulantıyı azaltır. Düşük doz östrojen içerikli KOK kullanılması yarar sağlar

Ara kanamaları ve lekelenme: Kanamalar 3 aydan uzun sürerse ya da KOK kullanımı sırasında ileri dönemlerde başlarsa diğer kanama nedenleri araştırılmalıdır. Kadının oral kontraseptifi düzenli kullanıp kullanmadığı sorulmalıdır. Ara kanamaları ve lekelenmelerin hap almayı unutmaması ya da her gün aynı saatte almaması nedeniyle ortaya çıkabileceği bir kez daha hatırlatılmalıdır. KOK ile ilişkili olabilecek nedenler; düzensiz kullanım ve antikonvülsan ve rifampin gibi eşzamanlı ilaç kullanımıdır. Uzun süredir KOK kullanan kadınlarda ortaya çıkan ara kanamaların %29'a kadar çıkan bir oranında *Chlamydia* enfeksiyonu saptanmıştır, bu nedenle *Chlamydia* testi yapılması doğru olur. Ara kanama durumunda diğer nedenler elendikten sonra hastaya KOK kullanımı tekrar açıklanmalı ve düzenli kullanım vurgulanmalıdır. Ara kanamalar sigara içilmesiyle de ilgili olabileceği için içiliyorsa sigaranın bırakılması önerilmelidir.

Kilo artışı: Sıvı tutulmasına bağlı ise östrojen ya da progestin dozu; derialtı yağ dokusunun artışına bağlı ise östrojen dozu azaltılmalıdır.

Amenore: KOK kullanan kadınlarda ortaya çıkan amenore tehlikeli bir durum değildir, ancak gebelik olasılığının elenmesi gerekir. Amenore hastayı rahatsız ediyorsa 10 gün süreyle ek östrojen kullanılabilir.

Akne: Yeni progestinlerde androjenik aktivitenin azalmasıyla, akne ve hirsutizm (kılınma) tedavisinde yarar sağlar.

Memelerde hassasiyet (mastalji): Memelerde hassasiyet genellikle KOK kullanmaya başladıktan sonraki birkaç ay içinde hafifleyerek kaybolur. Kafein alımının azaltılması ve düşük doz östrojen içerikli KOK kullanılması yarar sağlar.

Gebelik: KOK kullanmakta olan bir kadın hamile kalırsa KOK kullanımının hemen bırakılması gerekir. Kadına gebelik başlangıcında KOK kullanmış olmanın doğum defekti riskinde artışa neden olmadığı anlatılmalıdır

Kloazma: KOK kullanımı sırasında kloazma oluşabilir. Bu durumda başka bir KOK'ye geçilmesi yarar sağlamaz. Cilt renklenmesinin artmasını engellemek için, güneşten koruyucu önlem alınması gereklidir.

Kombine oral kontraseptifte danışmanlık

Danışmanlık sadece sağlık hizmetini sunan kişinin bilgi vermesi şeklinde değil, kadının yöntemle ilgili sorularını yanıtlayacak, bu konudaki yanlış inanış veya korkuları giderecek şekilde interaktif olarak yapılmalıdır. Kapsamlı bir danışmanlık, kontraseptif yöntem başarısını ve yöntem devamlılığını arttıracaktır.

Yönteme özel danışmanlık sırasında hizmet alana incelemesi için bir paket hap verilip, Kendisiyle aşağıdaki konular görüşülür:

Deneyimleri

Oral kontraseptifler konusundaki deneyimlerin tartışılması, yapılacak öneriler açısından yol gösterici olur.

Daha önce oral kontraseptif kullanmışsa

- Hangi oral kontraseptifi kullandı?
- Nasıl kullandı?
- Herhangi bir yan etkisi oldu mu? Nelerdi, şiddetli miydi?
- Oral kontraseptiften neden vazgeçti?

Daha önce oral kontraseptif kullanmamışsa

- Oral kontraseptifler hakkında ne biliyor?
- Bu yöntemi eşiyle hiç görüştü mü?
- Eşinin bu yönteme bir itirazı olabilir mi?
- Eşi karşı çıkarsa oral kontraseptif kullanmaktan vazgeçer mi?
- KOK önermeden önce hastada bulunabilecek kontrendikasyonlar sorgulanmalı
- Sigara öyküsü ve ilaç kullanımı sorgulanmalı
- Fizik muayenede kan basıncı ölçümü ve mümkünse pelvik muayene yapılmalı
- Başvurunun servikal smear alınması için bir fırsat olduğu unutulmamalı
- Kadına KOK'un doğru kullanımının yanı sıra, olası yan etkiler ve ne zaman başvurması gerektiği anlatılmalı ve doz atlarsa ne yapması gerektiği açıklanmalıdır.
- Kadına olası yan etkiler ve ortaya çıktıklarında ne yapılacağı açıklanmalıdır. Özellikle ilk aylarda ara kanama ve lekelenme şikâyetinin geçici olduğu belirtilmelidir. Adet kanamasında azalma görülmesinin beklendiği açıklanmalıdır.
- KOK tercihi hasta özellikleri dikkate alınarak, farklı ürünlerin ek avantajlarından da yararlanabilecek şekilde gerçekleştirilmelidir.
- **İlk kez KOK kullanacak olan kadınlarda düşük doz (20 mcg) etinil östradiol içeren bir preparatın kullanılması tercih edilir.**
- KOK kullanımına menstrüel siklusün ilk 5 günü içerisinde başladığında ilk aydan itibaren kontrasepsiyon sağlandığı belirtilmelidir.

- KOK kullanımında dinlenme aralıkları verilmesine gerek olmadığı belirtilmelidir.
- 21 gün süreli KOK kullanan kadınlara 7 günden uzun ara vermemeleri mutlaka belirtilmelidir.
- 28 tablet içeren haplarda ise kutu bittiğinde ara vermeden ertesi gün yeni kutuya başlamak gerektiği açıklanmalıdır.
- Hastalara KOK kullanımını unuttuklarında, uygulanmakta olan kontraseptifin özelliğine göre ne yapmaları gerektiği mutlaka anlatılmalıdır.
- KOK kullanımı sırasında hastanın ilacı aldıktan sonraki 2 saat içerisinde kusması veya ilacın absorpsiyonunu engelleyecek şekilde diyare olması, KOK'ların etkinliğini azaltarak, istenmeyen bir gebeliğe yol açabilir. Bu durumlarda hastaya ek bir korunma yöntemi kullanması (kondom gibi) önerilmelidir.
- Tüm danışmanlıklarda kadınlara acil kontrasepsiyon la ilgili bilgilendirilme yapılmalı, hapı unutma veya KOK'un absorpsiyonunu engelleyecek bir durum geliştiğinde öncelikle ek bir yöntemle korunmaları gerektiği, eğer bu dönemde korunmasız cinsel ilişkide bulunmuşlarsa acil kontrasepsiyon kullanabilecekleri açıklanmalıdır.

KOK kullanımına ne zaman başlanmalıdır?

- Doğum sonrası dönemde **emziren kadınlarda 6 ay** süreyle KOK kullanımı önerilmez, **emzirmeyenlerde 3 hafta** geçmesi gereklidir.
- Birinci ve 2. trimesterde **düşük** yapan veya isteğe bağlı gebeliği sonlandırılan hastalarda ise KOK'ye hemen veya **ilk 7 gün** içerisinde başlanabilir.
- Amenoreik kadınlarda gebe olmadığından emin olunduktan sonra KOK'a hemen başlanabilir, yalnız ilk 7 gün ek bir kontraseptif yöntem (kondom vb) kullanılmalıdır.
- KOK kullanımına menstrüel siklusun ilk 5 günü içerisinde, tercihen 1. günü başlanır; bu durumda ilk aydan itibaren kontrasepsiyon sağlanmaktadır.
- Ayrıca özellikle gençlerde tedavi uyumunu artırmak için kullanıma muayene sırasında başlanması da önerilmektedir.
- Muayenede gebelik olasılığını elendikten sonra ilk hap alınır, ancak ilk hafta boyunca ikinci bir kontrasepsiyon yöntemi uygulanması önerilmektedir.

KOK unutulmasında danışmanlık

Yedi gün ara verilen (21+7) KOK alınması unutulduğunda

Bir hap unutulursa 24 saat içinde hemen bir tablet alınarak uygulamaya önerilen şekilde devam edilir.

Birden fazla hap unutulursa:

İlk hafta: Unutulan son hap hemen alınarak uygulamaya önerilen şekilde devam edilir (aynı günde 2 KOK alınabilir), sonraki 7 gün süreyle ek kontraseptif yöntem uygulanır, son 5 gün içinde korunmasız cinsel ilişki söz konusu ise acil kontrasepsiyon yapılır.

İkinci veya üçüncü hafta:

3'ten az hap unutulduysa: Unutulan son hap hemen alınarak uygulamaya önerilen şekilde devam edilir (aynı günde 2 KOK alınabilir), sonraki pakete başlarken ara verilmez.

En az 3 hap unutulduysa: Unutulan son hap hemen alınarak uygulamaya önerilen şekilde devam edilir (aynı günde 2 KOK alınabilir) sonraki pakete başlarken ara verilmez, 7 gün süreyle ek kontraseptif yöntem uygulanır ve son 5 gün içinde korunmasız cinsel ilişki söz konusu ise acil kontrasepsiyon yapılır.

Ara verilmeden uygulanan (24+4) KOK alınması unutulduğunda

Plasebo tabletlerinin alınması unutulduğunda, unutulan tabletin atılması yeterlidir.

Hormon içeren tabletlerin alınması 12 saatten kısa süreyle unutulursa, tablet hemen alınmalı ve sonraki tabletler her zamanki gibi alınmaya devam edilmelidir. 12 saatten fazla gecikme olmuşsa kontraseptif etkinlik azalmış olabilir. Bu durumda tablet alınması unutulan haftaya göre hareket edilmelidir:

İlk hafta: Aynı zamanda iki tablet almak anlamına gelse de, kullanıcı son unuttuğu tableti hatırladığı anda içmelidir. Kalan tabletler normal şekilde kullanılmaya devam edilir ve ilk 7 gün kondom gibi ek bir bariyer yöntemi uygulanır. Bu 7 günden önce cinsel birleşme olmuşsa gebelik olasılığı göz önüne alınmalıdır. Ne kadar çok tablet unutulursa gebelik riski o kadar yüksektir.

İkinci hafta: Aynı zamanda iki tablet almak anlamına gelse de, kullanıcı son unuttuğu tableti hatırladığı anda içmelidir. Kalan tabletler normal şekilde kullanılmaya devam edilir. Eğer ilk unutulan tablete kadar 7 gün boyunca tabletler hatasız alınmışsa ek yöntem gerektirmez. Aksi takdirde ya da 1'den fazla tablet unutulmuşsa 7 gün boyunca ek bir koruyucu yöntem uygulanmalıdır.

Üçüncü hafta: Unutulan tabletten önceki 7 gün boyunca tabletler doğru olarak alınmışsa, aşağıdaki iki seçenekten biri uygulanır:

- 1- Aynı zamanda iki tablet almak anlamına gelse de, kullanıcı son unuttuğu tableti hatırlar hatırlamaz içmelidir. Kalan etken madde tabletleri bitene kadar normal zamanda kullanmaya devam edilebilir. Plasebo tabletleri atılmalı ve bir sonraki kutuya hemen geçilmelidir. Kullanıcıda ikinci kutunun etken madde içeren tabletleri bitene kadar çekilme kanaması beklenmez. Ancak tablet alındığı günlerde lekelenme veya ara kanama görülebilir.
- 2- Kullanıcı kullanmakta olduğu kutuyu bırakarak 4 günlük (hapı unuttuğu günler dahil) aradan sonra yeni kutuya başlar. Tablet almayı unutan kullanıcıda plasebo tablet döneminde beklenen çekilme kanaması görülmezse gebelik olasılığı düşünülmelidir.

Üçüncü haftada unutulan tabletten önceki 7 gün boyunca tabletler doğru olarak alınmadıysa aynı zamanda iki tablet almak anlamına gelse de, kullanıcı son unuttuğu tableti hatırlar hatırlamaz içmelidir. Kalan etken madde içeren tabletler bitene dek normal zamanda kullanmaya devam edebilir. Plasebo tabletleri atılarak bir sonraki kutuya hemen geçilmeli ve ayrıca 7 gün boyunca ek koruyucu yöntem kullanılmalıdır. KOK başlayan kadınların ilk kontrollerinin 3 ay sonra yapılması yöntem devamlılığını arttıracaktır. Daha sonrayıllık kontroller yapılması yeterlidir.

izlem

İlk izlem hapa başladıktan 2-4 hafta sonra, ikinci izlem ise 3 ay sonra yapılmalıdır. Sürekli hap kullanan kadınların her 6-12 ayda bir, izlem için kliniğe başvurmaları gerekir. Kadın ilk izlemi ya da yıllık kontrolü için kliniğe geldiği zaman:

- Kan basıncını ölçümü, kilo ölçümü, gereken diğer tetkikleri yapılmalı
- Yan etkilerle ya da sorunlarla karşılaşp karşılaşmadığı sorgulanmalı
 - Bulanık görme, çift görme ya da görme kaybı
 - Göğüs ve kol ağrısı
 - Bacaklarda şişme, kızarıklık ve ağrı
 - Karın ağrısı
 - Sarılık (gözlerde ve deride sarılık)
 - Daha önce geçirmediği türden baş ağrıları
 - Adetler arasında lekelenme veya kanama
 - Adet gecikmeleri
 - Memelerde değişiklikler (ağrı, duyarlılık, büyüme)
 - Mide bulantısı ya da kusma
 - Kilo artışı ya da kaybı
 - Mizaç değişiklikleri
 - Vajinal akıntı ya da enfeksiyon
 - Sık sık hap almayı unutma

Tablo 1: Türkiye’de bulunan kombine oral kontraseptifler

Ürün adı	İçeriği, dozu ve formu	Piyasaya verilış tarihi
Microgynon	Levonorgestrel 0.15 mg, Etilil östradiol 0.03 mg / 21 draje	Nisan 1979
Desolett	Desogestrel 0.15 mg, Etilil östradiol 0.03 mg / 21 tablet	Ağustos1985
Diane 35*	Siproteron asetat 2 mg, Etilil östradiol 0.035 mg / 21 draje	Eylül 1989
Ginera	Gestoden 0.075 mg, Etilil östradiol 0.03 mg / 21 draje	Eylül 1993
Myralon	Desogestrel 0.15 mg, Etilil östradiol 0.02 mg / 21 tablet	Mayıs 1995
Miranova	Levonorgestrel 0.1 mg, Etilil östradiol 0.02 mg / 21 draje	Ocak 2001
Yasmin	Drospirenon 3 mg, Etilil östradiol 0.03 mg / 21 tablet	Şubat 2003
Gynelle	Siproteron asetat 2 mg, Etilil östradiol 0.035 mg / 21 draje	Şubat 2007
Belara	Klormadinon asetat 2 mg, Etilil östradiol 0.03 mg / 21 film tablet	Ocak 2008
Yazz	Drospirenon 3 mg, Etilil östradiol betadeks 0.02 mg / 28 tablet(24 tablet + 4 plasebo)	Nisan 2009
Elleacnelle*	Siproteron asetat 2 mg, Etilil östradiol 0.035 mg / 21 draje	Eylül 2010
Jerbera	Levonorgestrel 0.15 mg, Etilil östradiol 0.03 mg / 21 draje	Kasım 2010

*Ülkemizde oral kontraseptif olarak ruhsatlı değildir.

KOK kullanımı öneri tablosundaki önerilerin açıklaması

- Uygun: Kontraseptif kullanımı konusunda bir kısıtlama yok, tüm koşullarda kullanılabilir
- Genellikle kullanılabilir: Kontraseptif yöntemin yararları risklerinden fazla, bireysel değerlendirme ışığında sonra kullanılabilir.
- Önerilmez: Kontraseptif yöntemin riskleri yararlarından fazla, sadece daha uygun bir yöntem yoksa veya uygulanamıyorsa verilebilir.
- Kullanılmamalı: Kontraseptif yöntemin kabul edilemeyecek riskleri bulunuyor, kullanılmamalı.

Tablo 2: KOK kullanım önerileri

Özellikler	KOK	Açıklama
Yaş		
Menarş - <40	Genellikle kullanılabilir	
≥40	Uygun	
Parite		
Nullipar	Uygun	
Multipar	Uygun	
Emzirme		
Postpartum<6 hft	Kullanılmamalı	Emzirme sırasında KOK kullanan bebeklerin ağırlıkları olumsuz etkilenmese de bebeklerin anne sütüyle eksojen östrojene maruz kalmalarının uzun süreli etkileri konusunda bir çalışma yapılmamıştır.
Postpartum≥6 hft - <6 ay	Önerilmez	
Postpartum≥6 ay	Genellikle kullanılabilir	
Postpartum (emzirmiyor)		
<21 gün		Postpartum ilk 6 haftada diğer VTE riskleri bulunan kadınlarda VTE riski ek olarak artış gösterir. Her bir kadının risk durumu bireysel olarak değerlendirilmelidir.
VTE risk faktörü yok	Önerilmez	
VTE risk faktörü var	Kullanılmamalı	
≥21 gün – 42 gün		
VTE risk faktörü yok	Genellikle kullanılabilir	
VTE risk faktörü var	Önerilmez	
≥42 gün	Uygun	
Abortus (1. ve 2. trimestr)	Uygun	
Pelvik cerrahi öyküsü	Uygun	
Ektopik gebelik öyküsü	Uygun	
Sigara		
Yaş<35	Genellikle kullanılabilir	Sigara içenlerde miyokard infarktüsü riski yükselir, günlük sigara sayısı arttıkça risk artış gösterir.
Yaş≥35		
<15 sigara/gün	Önerilmez	
≥15 sigara/gün	Kullanılmamalı	
Obezite (BKİ≥30 kg/m2)	Genellikle kullanılabilir	Obez kadınlarda VTE riski yüksektir, risk değerlendirmesi yapılması gerekir.

Çok sayıda kardiyovasküler risk faktörü var (ör. yaş, sigara, diyabet, hipertansiyon)	Önerilmez/ Kullanılmamalı	Çok sayıda KV risk faktörü olan kadınlarda oral kontrasepsiyon kullanımı KV riski artırır.
Hipertansiyon		
SKB≥160, DKB≥100 mmHg	Kullanılmamalı	
SKB=140-159, DKB=90-99 mmHg	Önerilmez	
Damar hastalığı var	Kullanılmamalı	
Kontrol altında yaş≥35	Önerilmez	
Kontrol altında yaş<35	Genellikle kullanılabilir	
Gebelik hipertansiyon öyküsü (kan basıncı normal)	Genellikle kullanılabilir	Gebelikte hipertansiyon öyküsü bulunan kadınlarda KOK kullanımı, Mİ ve VTE riski artırır, ancak mutlak risk düşüktür.
Derin ven trombozu (DVT) ve pulmoner emboli (PE) öyküsü veya varlığı	Kullanılmamalı	
1. derece akrabalarda VTE	Genellikle kullanılabilir	
VTE riski yüksek majör cerrahi girişim	Kullanılmamalı	
Minör cerrahi girişimler	Uygun	
Trombojenik mutasyon	Kullanılmamalı	
Yüzeyel tromboflebit	Genellikle kullanılabilir	
İnme, SVA	Kullanılmamalı	
İskemik kalp hastalığı	Kullanılmamalı	
Varis	Uygun	
Hiperlipidemi	Genellikle kullanılabilir/Önerilmez	Hastanın durumuna göre değerlendirilir.
Guatr, Hipotiroidi, Hipertiroidi	Uygun	
Miyoma uteri	Uygun	
Pelvik inflamatuvar hastalık	Uygun	
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar	Uygun	
Epilepsi	Uygun	İlaç etkileşimlerine dikkat edilmeli.
Depresyon	Uygun	KOK'ler depresif semptomlarda artışa neden olmamıştır.
Safra kesesi hastalığı		

Asemptomatik	Genellikle kullanılabilir	
Semptomatik	Önerilmez	
Migren		
Fokal nörolojik belirti (+)	Kullanılmamalı	Migren hastalarında inme riski artışı nedeniyle oral kontrasepsiyon bireysel olarak değerlendirilmelidir.
Fokal nörolojik belirti(-)	Genellikle kullanılabilir	

Sadece Sentetik Progesteron İçeren Oral Kontraseptifler– Minihaplar

Minihaplar sadece sentetik progesteron içeren ve sürekli kullanım gerektiren oral kontraseptiflerdir. KOK'lerin aksine östrojen içermezler ve içerdikleri sentetik progesteron miktarı KOK'lerden düşüktür.

Minihapların etki mekanizması

- Ovulasyonu baskılar
- Servikal mukusun kalınlaşmasıyla sperm canlılığını ve geçişini engeller servikal mukusu kalınlaştırır
- Tubal motiliteyi azaltır
- Endometriumu inceltir



Etkililik: Yüksek derecede etkilidir, kusursuz kullanımda 0.3 olan başarısızlık oranı tipik kullanımda %8-9 olarak bulunmuştur. Etkinlikleri KOK'lere benzer düzeydedir, ancak günün aynı saatinde düzenli kullanım çok önemlidir, saat gecikmelerinde etkinlikleri azalır.

Minihapı kimler kullanabilir?

- Minihaplar sağlıklı ve korunmak isteyen tüm kadınlar kullanabilir.
- Minihaplar östrojen kullanamayan kadınlar için uygun bir seçenektir.
- Emziren anneler (6. haftadan sonra)
- Hipertansiyonu olanlar
- KOK'lerle östrojenik yan etkilerden yakınanlar (migren, bulantı, memelerde hassasiyet),
- Bazı durumlarda 35 yaş üzerinde olan sigara içen kadınlar minihap kullanmak için uygundur. Minihaplar koroner arter hastalığı, konjestif kalp yetersizliği ve serebrovasküler hastalığı olan kadınlarda kullanılabilir.
- Sadece progesteron içeren minihapların kullanımı sırasında serebrovasküler olay veya inme gelişirse kullanılmamalıdır.

Minihapı kimler kullanamaz?

- Fonksiyonel over kisti
- Ektopik gebelik öyküsü
- Gebelik
- Aktif karaciğer hastalığı

sık rastlanan bir yakınma olan adet düzensizliğinde gebelik, enfeksiyon ve genital patolojilerin elenmesi gerekir.

Hormonal yan etkiler: Baş ağrısı, şişkinlik, akne ve memelerde hassasiyet gibi yan etkiler daha seyrek görülür. Kilo artışı bildirilmekle birlikte minihap kullanımı ile kilo artışı arasında nedensel bir ilişki kanıtlanamamıştır. Aynı şekilde duygudurum ile minihaplar arasında da nedensel bir ilişki gösterilememiştir. Minihaplar kontraseptif dozlarda kullanıldıklarında önemli bir sağlık riski taşımazlar; VTE, miyokard infarktüsü ve inme riskinde artış saptanmamıştır, ayrıca meme kanseri riskinde artışa neden olmazlar.

Minihapta danışmanlık

- Minihap başlanmadan önce olası kontrendikasyonlar, sigara öyküsü ve ilaç kullanımı sorgulanmalı ve mümkünse servikal smear alınmalı ve pelvik muayene yapılmalıdır.
- Minihap kullanımına menstrüel siklusün adet ilk günü başlanması önerilir, adetin farklı bir gününde başladığında 48 saat süreyle ek kontraseptif yöntemler uygulanmalıdır.
- Kadına minihap kullanımı, olası yan etkiler ve ortaya çıktıklarında ne yapılacağı açıklanmalıdır.
- Minihap kullanımının sürekli olması gerektiği ve günde 3 saati aşan gecikmelerde etkinlik kaybı yaşandığı mutlaka belirtilmelidir.
- Minihapların alımı arasındaki saat 24'ü aştığında servikal mukusun sperm geçirgenliği artış gösterir. Minihap alındıktan sonraki 2 saat içinde kusulursa mümkün olan en kısa sürede yeni bir minihap alınması önerilir.
- Minihap alana dek 3 saatten fazla süre geçecekse, kusma sürüyorsa ya da şiddetli ishal varsa minihap alınması unutulmuş gibi düşünülerek ek kontraseptif yöntem uygulamak gerekir.
- Östrojen içeren oral kontraseptiflere kıyasla kanama düzensizliği özellikle ilk aylarda daha sık görülür, bu konuda danışmanlık verilmesi önemlidir.
- Minihap verilen kadına 3 ay sonra kontrole gelmesi söylenilmelidir.
- Beklenmeyen bir durumda acile başvurması konusunda uyarılmalıdır.

Minihap kullanımına ne zaman başlanmalıdır?

- Minihapa adetin ilk 5 günü içerisinde günü başlanır.
- Minihap hergün kullanılmalı, ara verilmemelidir.
- Gebelik olasılığının elenmesi kaydıyla menstrüel siklusun herhangi bir gününde başlanması da olasıdır. Eğer minihapa adetin ilk 5 günü içerisinde başlanılmazsa ilk 7 gün ek bir kontraseptif yöntem kullanılması gereklidir.
- Birinci ve ikinci trimester düşük ve kürtajlarından sonraki ilk 7 gün içerisinde başlanırsa ek bir korunma yöntemi kullanmasına gerek yoktur.

Tablo 3: Türkiye’de bulunan minihaplar

Ürün adı	İçeriği, dozu ve formu	Piyasaya veriliş tarihi
Cerazette tablet	Desogestrel 75 mcg / 28 film	Aralık 2011

Minihap alınması unutulduğunda

- Minihap alınması 3 saatten kısa süreyle unutulmuşsa hemen alınması ve daha sonra uygulamaya önerilen şekilde devam edilmesi gerekir (gerekirse günde 2 minihap alınır).
- Minihap alınması 3 saatten uzun bir süreyle gecikmişse sonraki 48 saat boyunca ek bir kontraseptif yöntem uygulanmalıdır.
- İki veya daha fazla minihap alınması unutulduysa 2 gün süreyle günde 2 minihap alınmalı ve 48 saat süreyle ek bir kontraseptif yöntem uygulanmalıdır. Gerek varsa acil kontrasepsiyon yapılmalıdır.

İzlem: Minihap verilen kadına 3 ay sonra kontrole gelmesi söylenilmelidir. Beklenmeyen bir durumda acile başvurması konusunda uyarılmalıdır.

Yalnız progesterin içeren hap alan kadınlar izlem için kliniğe geldiğinde:

- Kilosunu kontrol edin
- Özellikle şu yakınmalarının olup olmadığını sorun:
 - Düzensiz kanama ya da lekelenme
 - Sık sık hap almayı unutma
 - Amenore

Post-Koital (Acil Oral) Kontrasepsiyon

Acil oral kontrasepsiyon korunmasız ya da kontrasepsiyonun başarısız olduğu bir cinsel ilişkiden sonra, gebelik başlamadan uygulanan kontrasepsiyon yöntemidir. Kombine oral kontraseptifler veya minihapların yüksek dozla uygulanmasıyla gerçekleştirilebilir. Ayrıca acil kontrasepsiyon için geliştirilmiş preparatlar da bulunmaktadır. Acil kontrasepsiyon konusundaki endişeler kardiyovasküler risk artışı, güvenli ve sürekli kontrasepsiyon yerine acil kontrasepsiyonun yoğun kullanımıdır. Son 30 yıl içerisinde yapılan çalışmalar ışığında acil kontrasepsiyonun istenmeyen gebeliğin engellenmesi için ikinci bir şans tanıyan, etkili ve güvenli bir yöntem olduğu kabul edilmiştir.

Genelde daha etkili olduğu ve yan etki profili daha uygun bulunduğu için sadece levonorgestrel içeren uygulama tercih edilmektedir. Acil kontrasepsiyonun cinsel ilişkiden sonra mümkün olan en kısa süre içinde uygulanması gereklidir. Bu yöntemlerin etkinliğinin korunmasız ilişkinin üzerinden geçen zamanın uzaması ile birlikte giderek azaldığı bilinmektedir, çalışmalar acil kontrasepsiyonun ilişkiden sonra 3-5 gün içinde (72-120 saat) etkili olduğunu göstermiştir. Ancak acil kontrasepsiyonun modern kontraseptif yöntemler kadar etkili olmadığı bilinmelidir. Acil kontrasepsiyon için kullanılan hormonal haplar iki çeşittir:

- Kombine hormonal preparatlar (KOK’lar bu amaçla kullanılabilir)
- Sadece progesteron içeren (levonorgestrel) preparatlar

uygulamasının süt miktar ve kalitesine olumsuz bir etkisi olmayacağı düşünülmele birlikte, süte geçen hormon miktarı bilinemez. Bu nedenle annenin bebeğini acil kontraseptifi almadan önce emzirmesi ve sonraki 6 saat boyunca sütünü sağıp atarak, bebeğine mama vermesi önerilmektedir.

Tekrarlayıcı kullanım: Acil kontrasepsiyon tekrar tekrar kullanılmak için uygun değildir ve sık kullanımın etkileri bilinmemektedir. Bir kadın aynı siklus içerisinde birden fazla kez acil kontrasepsiyon uygulamak zorunda kaldıysa ikinci kullanıma engel olunması önerilmez, ancak mutlaka sürekli bir kontraseptif yöntem önerilmeli ve kontrasepsiyon başarısızlığı olmaması için neler yapması gerektiği anlatılmalıdır. Aynı siklusda tekrarlayan acil hormonal kontrasepsiyon uygulamalarında koruyucu etkinin düşeceği hastaya açıklanmalıdır.

Tablo 4: Türkiye’de bulunan acil kontraseptifler

Ürün adı	İçeriği, adet ve formu
Ella	Ulipristal Asetat 30 Mg/ 1 Tablet
Norlevo	Levonorgestrel 750 mcg / 2 tablet

Acil Kontrasepsiyonda KOK kullanımı (Yuzpe rejimi)

Yuzpe rejimi 50 mcg etinil estradiol + 500 mcg levonorgestrel içeren iki hapın korunmasız cinsel ilişkiden sonraki 72 saat içinde 12 saat ara ile iki kez alınması şeklindedir. KOK'lar bu verilen dozlar ayarlanacak şekilde (örneğin 30 mcg etinil estradiol içeren haptan 4 adet kullanım gibi) acil kontrasepsiyonda kullanılabilir.

Tablo 5: Acil Kontrasepsiyonda Yuzpe Rejimi

Piyasa ismi	Etken madde	1 nci doz	2 nci doz
Preven (4)	0.05 mg EE + 0.25 mg LNG	2 tb	2 tb
Microgynon (21)	0.03 mg EE + 0.15 mg LNG	4 tb	4 tb
Lo-ovral (21)	0.03 mg EE + 0.15 mg LNG	4 tb	4 tb

Acil kontrasepsiyon kullanım önerileri

Acil kontrasepsiyonun maksimum etkinliği sağlaması için cinsel ilişkiden sonra mümkün olan en kısa sürede alınması gereklidir. İki saat içinde kusulursa tekrar uygulama yapılması gerekir. Hastaya adetinin 1 hafta önce veya sonra olabileceği anlatılmalı, ancak gecikme durumunda gebelik olasılığının akılda tutulması gerektiği belirtilmelidir. Aynı şekilde pelvik ağrı ve kanama düzensizliği de ektopik gebelik olasılığını düşündürmelidir. Acil kontrasepsiyon sürekli olarak uygulanabilecek bir yöntem değildir, hastalara düzenli bir kontraseptif yöntem uygulama konusunda danışmanlık verilmesi gereklidir.

Enjekte Edilen Kontraseptifler

Enjekte edilen kontraseptifler, uzun etkili hormon preparatı içeren kontraseptif yöntemlerdir. İçerdikleri hormon tipine göre sadece progesteron içeren enjekte edilen kontraseptifler ve

- (Kan basıncı 160/100 - 179/109)
- Şiddetli hipertansiyon (Kan basıncı > 180/110)
- Tromboemboli (mevcut/geçirilmiş)
- Mevcut ya da geçirilmiş iskemik kalp hastalığı
- Serebrovasküler olay
- Komplike olmuş kalp kapağı hastalıkları
- Uzun süre hareketsiz kalmayı gerektiren büyük cerrahi müdahaleler
- Aktif viral hepatit
- Karaciğer tümörleri (iyi ya da kötü huylu)
- Nefropati, retinopati ve nöropati ile olan; 20 yılı aşkın süredir olan ya da vasküler
- komplikasyonlu diyabet

- Son derece etkilidir.
- Uygulanması kolaydır.
- İleri yaştaki kadınlar (sigara içmiyorlarsa) da kullanabilir.
- Cinsel ilişki sürecinden bağımsızdır.
- Pelvik enfeksiyon ve over kanserine karşı koruyucu etkisi vardır.
- Bırakıldığı zaman fertilite geri döner.
- Bir sonraki iğneyi yaptırmak dışında akılda tutulması gereken hiçbir şey yoktur.
- Ektopik gebelikleri ve demir eksikliği anemisini önler.
- İçerdiği östrojen doğal östrojendir. KOK'lardaki östrojen (ethinyl estradiol) ise sentetik bir steroiddir. Doğal östrojenlerin lipid metabolizması ve kardiyovasküler sistem üzerinde olumlu etkileri vardır.
- Uygulama yolu farklı olduğu için koruyucu etkisi 24 saatte başlar.
- KOK kullananlarda sık rastlanan bulantı, kusma gibi yakınmalar enderdir.
- Karaciğer fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemediğinden, daha önce oral kontraseptif kullanımı sırasında ya da gebelikte sarılık geçirenler bu yöntemi kullanabilir.
- KOK'ların koruyucu etkisinin pratikte daha düşük (%97) olmasına neden olan kullanıcı hataları (hap almanın unutulması), enjeksiyon yönteminde söz konusu olmadığı için koruyucu etki daha yüksektir (%99,9).
- Doğurganlığın geri dönüşünde gecikme söz konusu değildir.
- Sadece progestin içeren enjekte edilen kontraseptiflerle karşılaştırıldığında:
- Adet siklusları daha düzenlidir.
- Endometriyal supresyon etkisi daha azdır.
- Yan etkiler daha hafiftir.
- Enjeksiyonlar ayda bir yapıldığından sağlık personeliyle daha sık görüşme olanağı sağlar.
- Progestin dozu daha düşüktür.

Sonraki enjeksiyonlar kanamanın durumuna bakılmaksızın ilk enjeksiyondan 30 gün sonra uygulanmalıdır. İkinci ve sonraki enjeksiyonlar daha önceden saptanan enjeksiyon gününden 3 gün önce ya da 3 gün sonraki süre içinde uygulanabilir. Kullanım kolaylığı açısından enjeksiyonlar her ayın aynı gününde uygulanabilir. Örneğin, ilk enjeksiyon 18 Şubat'ta uygulandıysa, sonraki enjeksiyonlar 18 Mart, 18 Nisan ve 18 Mayıs'ta yapılmalıdır.

Kadına bir sonraki enjeksiyon için ne zaman geleceğini hatırlatın. İzlem kartına bir sonraki enjeksiyon tarihini yazın. Zorunlu hallerde, kombine enjekte edilen kontraseptifler için bir haftaya kadar gecikme kabul edilebilir ya da enjeksiyon tarihinden iki hafta önce yapılabilir. Kombine enjekte edilen kontraseptif kullanmaya engeli olmayan kadınlar gebelikten korunmayı istedikleri sürece yöntemi kullanabilirler. Belirli sürelerle enjeksiyonu bırakmaya ya da ara vermeye gerek yoktur.

- İlk 3 ay içerisinde adet düzensizliği daha sık görülür; adetlerin 3 aydan sonra normale dönmesi beklenir.
- Uzun süren kanama yakınması ile başvuran kullanıcılarda kısa süreli nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (örn. ibuprofen) ya da saf östrojen preparatları kullanılabilir.
- Amenore, kombine enjekte edilen kontraseptif kullanan kadınlarda çok ender görülür.
- Bundan dolayı adet gecikmesi tanımlayan kadınlarda öncelikle gebelik olasılığı ekarte edilmelidir.
- Kadın gebe kalmak istediğinde, kombine enjekte edilen kontraseptif kullanımını kesebilir ve hemen gebe kalabilir.

Kombine enjekte edilen yöntemlerde izlem

Kullanıcı izlem ya da sonraki enjeksiyonların uygulanması için yine geldiğinde:

- Yöntemle ilgili bilgileri tekrarlayın.
- Yan etkiler ya da sorunlar olup olmadığını sorun. Yöntemden memnun olup olmadığını öğrenin.
- Sonraki ziyaretlerini programlayın. Kullanıcıya bir sonraki enjeksiyon zamanını bildirin ve izlem kartına işleyin.
- Yılda bir kez meme muayenesi ve pelvik muayene yapılmasını planlayın.

Yalnız Progestin İçeren Enjekte Edilen Kontraseptifler

İçinde yalnızca progestin bulunan enjekte edilen kontraseptifler, 1950'lerde geliştirilmiştir. Başlangıçta endometriyozis, endometrial kanser, dismenore, hirsutizm ve kanama düzensizliklerinin tedavisinde kullanılmış, daha sonra kontraseptif olarak gündeme gelmiştir. Yaygın olarak kullanılan, yalnız progestin içeren iki değişik tip enjekte edilen kontraseptif vardır: Depo Provera ve Noristerat. Depo Provera 150 mg medroxyprogesteron acetate (DMPA) içerir. Noristerat ise 200mg Norethisteron enantate (NET-EN) içerir. Depo medroksi progesteron asetat (DMPA); 3 ayda bir 150 mg im. uygulanır. Ülkemizde ruhsatludur.

Etki mekanizması: Uzun süreli etki gösteren bu progestinler, ovülasyonu engeller, servikte spermin penetrasyonunu azaltan kalın bir mukus oluşturur. Enjekte edilen kontraseptif kullanan kadınlarda endometrium inaktif ve sürekli kullanımla atrofik hale gelir.

- Kilo artışına neden olabilir.

Yan Etkileri ve riskleri

Enjekte edilen progestinlerin sık rastlanan yan etkilerinin ve bazı sorunlarla karşılaşıldığında neler yapılması gerektiğinin açıklanması, güvenli, etkili ve devamlı kullanımı sağlar.

Aşağıdaki yan etkiler ciddi olmamakla beraber rahatsız edici olabilir:

- Adet düzeninde aksama: düzensiz adetler, adetler arasında lekelenme, amenore
- Baş ağrısı (oral kontraseptiflerde olduğundan çok daha az görülür)
- Kilo alma (genelde 1-2 kilodan fazla olmaz)
- Memelerde gerginlik ve duyarlılık (oral kontraseptiflerde olduğundan daha az görülür)
- Mizaç değişikliği (sinirlilik gibi)

Bunların içinde, yöntemin bırakılmasına neden olan yan etki kanama düzensizlikleridir. Ancak iyi danışmanlık verildiğinde, bu kanamalar kullanıcı tarafından iyi tolere edilir ve yöntemin bırakılmasına yol açmaz. Diğer yan etkilerin şiddeti genellikle sorun yaratmayacak düzeydedir.

Yalnız progestin içeren enjekte edilen kontraseptiflerde danışmanlık

Enjekte edilen progestinleri kullanmak isteyenlerle ilgilenen klinik personeli:

- Kullanımı engelleyebilecek tıbbi durumlar olup olmadığını tıbbi öyküyle araştırmalı,
- Özel sorunları olması durumunda daha ileri değerlendirme (fizik muayene) yapmalı,
- Kişilerin, enjekte edilen progestini seçmeden önce yöntem, yan etkileri ve başka

kontraseptif yöntemler konusunda iyice bilgilendirildiklerinden emin olmalıdır.

Yalnız progestin içeren enjekte edilen kontraseptifler ne zaman başlanır?

- Enjeksiyonlara, kadının gebe olmadığı bilinen herhangi bir zamanda başlanır.
- İlk enjeksiyon mümkünse adetin ilk 7 gününde yapılmalıdır. Böylece, kadının gebe olmadığından emin olunur.
- Kadın, adet siklusunun ilk 7 günü içindeyse ve kanaması devam ediyorsa ek yönetime gerek yoktur. Adet siklusunun ilk 7 günü içinde, ancak kanaması bitmişse ya da enjeksiyona ilk 7 günden sonra başlanmışsa, bir hafta süreyle ek yöntem verilir.
- Bir sonraki enjeksiyon, Depo Provera kullananlarda 3 ay sonradır.
- Kullanıcıya bir sonraki enjeksiyon için ne zaman geleceğini hatırlatın ve izlem kartına enjeksiyon tarihini yazın.

İzlem

Kullanıcı izlem ya da sonraki enjeksiyonların uygulanması için yine geldiğinde:

- Yöntemle ilgili bilgileri tekrarlayın.
- Yan etkiler ya da sorunlar olup olmadığını sorun. Yöntemden memnun olup olmadığını öğrenin.
- Sonraki ziyaretlerini programlayın. Kullanıcıya bir sonraki enjeksiyon zamanını bildirin ve izlem kartına işleyin. Yılda bir kez meme muayenesi ve pelvik muayene yapılmasını planlayın.

Deri Altı İmplantları

Radyoopak, biyolojik olarak parçalanmayan, yalnızca progestagen içeren, steril olarak esnek implanta yüklenmiş, kullanıma hazır, tek kullanımlık aplikatördür.

Deri altı implantları en etkili ve uzun süreli kullanıma uygun gebeliği önleyici yöntemdir. Ülkemizde tek çubuktan oluşan kullanım süresi 3 yıl olan İmplanon® mevcut olan implant sistemleridir. Ayrıca Norplant® , Jadelle®, Nesteron® gibi implant sistemleri de değişik ülkelerde kullanıma sunulmuş sistemlerdir. Östrojen içermediği için, östrojen almasında sakınca olan kadınlar için uygun bir yöntemdir. Eğitim almış kişiler tarafından basit bir yöntemle yerleştirilir. İstenildiği zaman çıkarılır, çıkarıldıktan sonra fertilité geri döner.

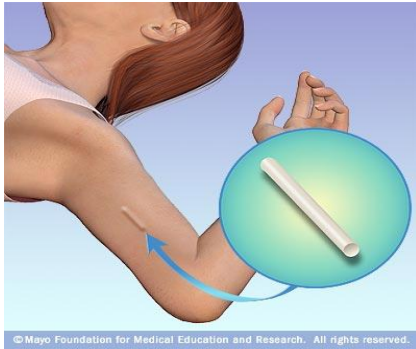
İmplanon®

Deri altına yerleştirilen ve 3 yıl süre ile yüksek oranda doğum kontrolü sağlayan tek çubuklu bir doğum kontrol implantıdır. Çubuk, etonogestrel isimli bir progesteron hormon salgılamaktadır. Bu hormon desogestrel hormonunun aktif bir metabolitidir. 68 mg etonogestrel içerir, günlük hormon salınımı 40 mikrogramdır. Estrojen içermediği için, estrojen almasında sakınca olan kadınlar için uygun bir yöntemdir.



Etki mekanizması: Ovulasyonu baskılar ve servikal mukus viskozitesinde artış yaparak gebeliği engeller.

Etkililik: Uzun etkili, her gün hatırlanması gerekmeyen bir yöntemdir

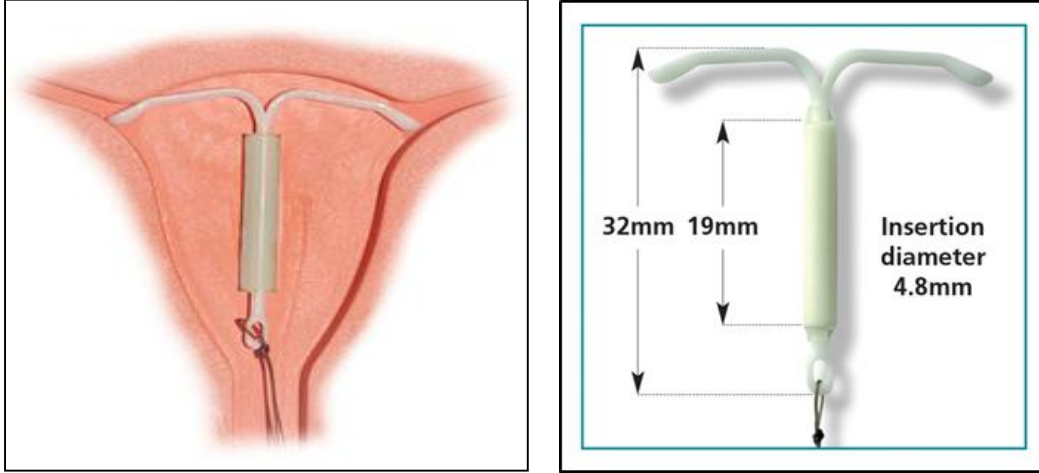


Şekil 1. Deri altı iplantının koldaki yerleşimi

Deri Altı İmplantını Kimler Kullanabilir?

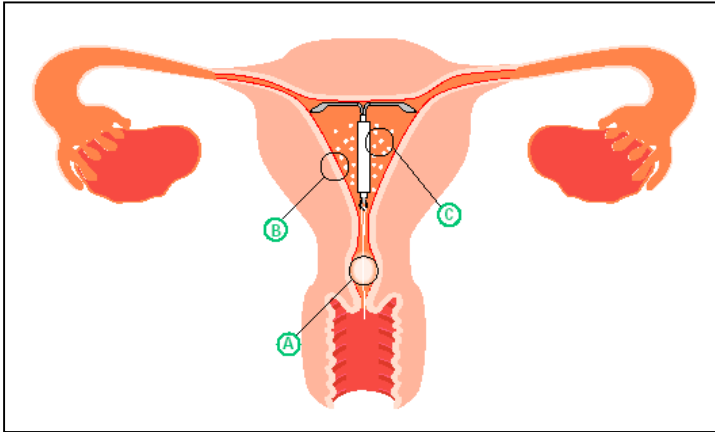
- Sigara içenler
- Obesite (BMI 30 kg/m² ve daha fazla olanlar)
- Migren dışı baş ağrıları
- Uzun süre hareketsiz kalmayı gerektirmeyen büyük cerrahi müdahaleler
- Hareketsiz kalmayı gerektirmeyen küçük cerrahi müdahaleler
- Emziren annelerde doğumdan 6 hafta sonra
- CYBE

Hormonlu RİA'lar



Levonorgestrel (LNG-20) içerenler RİA “T” şeklindeki iskeleti polietilenden (LevoNova ve Mirena) yapılmıştır, gövdesinde 52 mg levonorgestrel içeren bir silindir bulunur. Rahim içi sistem (RIS) olarak da adlandırılmaktadır. Günde 20 mg levonorgestrel salarak 5 yıl süreyle korur. Mirena®, şekil ve uygulama yeri olarak bakırlı RİA'lara benzemekle birlikte hormonal bir yöntemdir.

Levonorgestrel içeren RİA'lar Etki Mekanizması



1. Servikal mukusu kalınlaştırarak spermlerin uterusu geçmesine engel olur (ovulasyonu etkilemez). Endometriyal proliferasyon engellenir.

Asıl etki hormonal-lokal etkidir.

Etkililik: RİA en etkili kontraseptif yöntemlerden biridir. LNG-RİA (Mirena kullanan her 1000 kadında gebelik binde 1'dir.

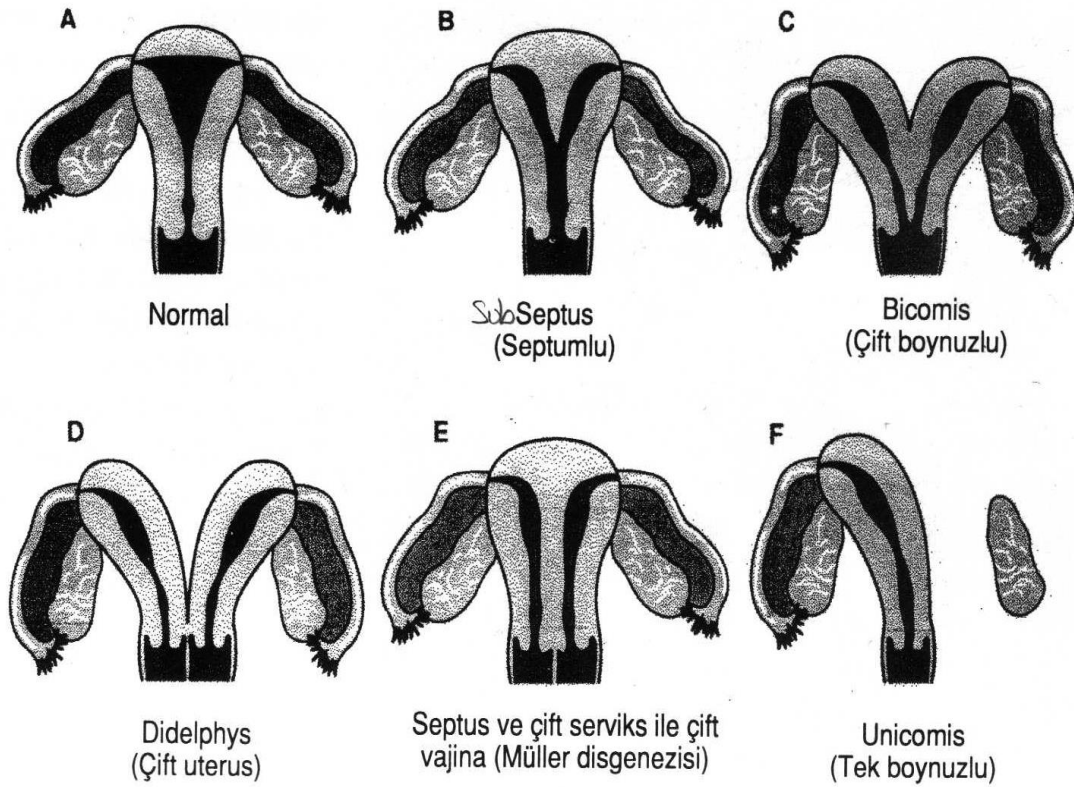
LNG- RİA'ı kimler kullanabilir?

- Güvenli ve etkili kontrasepsiyon isteyen
- Uzun süreli korunma isteyen
- Şiddetli kanamaları olan
- Emziren
- Oral kontraseptif kullanamayan, unutma problemi olan
- Östrojen içeren yöntemleri kullanamayan

LNG- RİA Kimler Kullanamaz?

- Migren tipi baş ağrısı
- Mevcut –aktif tromboembolik hastalık
- Mevcut-aktif pürülan servisit, gonore, klamidya
- Tanı konulmamış vajinal kanama
- Mevcut, aktif PEH

- Aktif viral hepatit
- Dekompanse siroz
- Karaciğer tümörleri (iyi ve kötü)
- Pelvik tüberküloz
- İyi ve kötü huylu trofoblastik hastalık öyküsü
- Mevcut ve geçirilmiş, son 5 yıldır bulgusu olmayan meme kanseri
- Tedavi edilmemiş over kanseri
- Tedavi edilmemiş serviks kanseri
- Tedavi edilmemiş endometriyum kanseri
- Mevcut düşük sonu/doğum sonu sepsis
- AIDS varlığı veya yüksek CYBE/HIV riski olanlarda LNG-RİA kullanılamaz.
- Uterin kavite anomalileri olanlar



Şekil 4. Uterus Anomalileri

LNG- RİA'ların Olumlu Yönleri:

- Güvenli ve çok etkilidir.
- Uzun süre korur.
- Geri dönüşümlüdür,
- Cinsel ilişkiden bağımsızdır.
- Emzirme ile etkileşimi yoktur (emziren kadınlar için uygundur).

- Menoraji yakınmasını tedavi eder,
- Adetlerde kan kaybını %90 azaltır,
- Dış gebelik riskini azaltır,
- Pelvik enfeksiyonu azaltır.
- Bir sorun olmadığı sürece, çıkarılması ya da değiştirilmesine kadar takıldıktan
- sonraki ilk 3 ay içinde bir kez ve sonra yılda bir kez sağlık kontrolü yeterlidir.
- LNG-RİA kullanımı bırakıldığında **doğurganlık hemen geri döner** (hormonal
- etkisi sistemik değil lokaldır).

LNG- RİA'ların Olumsuz Yönleri:

- Adet düzensizliği yapar; Uygulamadan sonraki ilk 6-12 hafta, kanamalı gün sayısı
- artar.
- İlk 1 yılda kullananların %65'inde amenore ve hipomenore görülür.
- Adetler arası kanama; ilk 12 aya dek uzayabilir.

Yan etkiler ve Riskleri

Sistemik yan etkileri;

- Memelerde dolgunluk,
- Akne,
- Ruhsal durum değişikliği,
- Karında şişlik,
- Baş ağrısı.
- RİA yerindeyken oluşan gebelik
- Ekstrauterin (ektopik) gebelik
- Pelvik enfeksiyon
- Uterus perforasyonu

RİA'nın atılması, enfeksiyon ve perforasyon gibi sorunların çoğuna yanlış ve dikkatsiz uygulama neden olur. Sorunları en aza indirmek için, uygulama işleminin tüm aşamaları dikkatle ve nazikçe yapılmalıdır. Uygulama yöntemleri, değişik RİA tiplerine göre farklılıklar gösterdiğinden, her zaman üreticinin kullanım talimatına uyulmalıdır.

LNG-RİA İzleminde Karşılaşılabilecek Sağlık Sorunları:

1. Gebelik (+RİA), (dış gebelik)
2. Adet kanamalarında artma (ilk 6-12 ay içinde),
3. Adet kanamalarında azalma (ilk 6 aydan sonra oligomenore, amenore gelişebilir)
4. Adetler arası lekelenme,
5. Pelvik enflamatuvar hastalık (PEH)
6. RİA'nın yerinden kayması (serviksten vajinaya sarkması v.b.) 7. RİA'nın atılması.



LNG-RİA ne zaman uygulanır?

LNG-RİA, adet kanamasının başlangıcından itibaren, siklusun ilk 7 günü içinde uygulanabilir. İlk 7 gün dışında ise, kadının gebe olmadığından emin olunan herhangi bir zamanda uygulanabilir. Ancak 7 gün süre ile ek bir yöntem ile korunmalı veya cinsel ilişkiden kaçınmalıdır.

Rahim İçi Araçlar (Ria)

RİA pek çok ülkede en çok kullanılan, etkin kontrasepsiyon sağlayan, güvenilir, uygulaması kolay, seksüel yaşamı bozmayan, ucuz ve geri dönüşümlü kontrasepsiyon yöntemidir. Ülkemizde kontrasepsiyonda geri çekmeden sonra en çok kullanılan yöntemdir.

Spiral (RİA); rahim içine yerleştirilen, genellikle bakır ya da hormon içeren küçük plastik bir araçtır. Günümüzde dünya çapında kullanılan üç tip RİA vardır.

- İnert (katkısız) RİA'lar: Polietilen (Lippes Loop) veya paslanmaz çelikten (Çin' de kullanılan halkalar) yapılmışlardır.
- Bakırlı RİA'lar: TCu - 380 A, TCu - 380S, TCu - 200, TCu - 200B, Multiload (ML Cu 250 ve 375) ve Nova T gibi.
- Hormonlu RİA'lar: Progestasert, Levonova (Mirena)

Şekil 1. Ülkemizde bulunan bazı RİA tipleri



MLCu 375



Nova T 380



T-Cu380A

Şekil 5. Ülkemizde Kullanılan Bakırlı RİA çeşitleri

Etki Mekanizması

Bütün RİA' lar etkilerini asıl olarak endometrial kavite içerisinde göstermektedir. Esas etki mekanizması uterus içerisinde spermisidal bir ortam oluşturulmasıdır. RİA'ların ektopik gebeliklere karşı da koruyucu etkisinin olması yumurtalar üzerinde sitotoksik etkisini ya da tubal fonksiyonları bozduğunu düşündürmektedir.

İnert RİA' larda; uterusun yabancı cisme karşı reaksiyonu sonucu gelişen steril inflamatuvar etkinin yarattığı doku harabiyeti, minör derecede olsa da spermisidaldır. Son derece az sayıda sperm fallop tüplerindeki ovuma ulaşır.

Bakırlı RİA' larda; bakır salınımı endometriumda lokalize travma, yabancı cisim cevabı yaratarak inflamatuvar reaksiyon ve biyokimyasal değişimlere yol açar. Bakırın yol açtığı değişimler arasında, prostoglandin yapım artışı ve farklı endometrial enzimlerin inhibisyonu vardır. Sonuç, sperm ve embrioya toksik olan bir uterus ortamıdır. Over fonksiyonlarını etkilemezler.



Etkinlik

Geriye dönüşümlü, emniyetli ve kontraseptif etkisi yüksektir. Bakır miktarı yüksek olan yeni modern RİA' larla (TCU 380 ve Multiload 375) cerrahi sterilizasyona eş istenmeyen gebelik oranları bildirilmiştir.

Şekil 6. Bakırlı RİA'nın Uterusa Yerleşimi



CU-RİA'ı kimler kullanabilir?

- Gebeliklerinin arasında uzun süre olmasını isteyenler ve/veya artık çocuk istemeyenler
- Hormonal kontraseptifler için uygun olmayanlar
- Emzirenler
- Coitustan bağımsız yöntem isteyenler.
- Bir veya daha çok çocuğu olanlar.
- Acil, post-coital kontrasepsiyona gereksinimi olanlar

RIA uterusu perfore etse bile iplikler servikal kanaldan sarkabilir. Bu olgularda perforasyon tanısını koymak zordur. Bu durumda mutlaka bir uzmanın yardımına ihtiyaç vardır. Eğer uterus perforasyonu kesinleşmişse, RIA ne kadar erken çıkarılırsa o kadar iyi olur.

Tercih edilen yöntem laparoskopidir.

Gebelik: RIA kullanımı sırasında kısmen ya da tamamen atıldığıнын farkedilmemesi sonucu oluşur. Ancak, RIA uterus içindeyken de gebelikle karşılaşılabilir. RIA yerinde iken gebe kalan kullanıcılarda, nadiren septisemi, septik şok ve ölüme neden olabilecek septik düşük insidansı artar. Bu nedenle, gebelik tanısı konduğunda RIA çıkarılmalıdır. Kullanıcı gebe kalmışsa:

- Kadın gebeliğin devamını istemiyor ve gebelik süresi yasal sonlandırma sınırı içinde ise, kendisine bu konuda yardım edilmesini sağlayın.
- Kadın gebeliğin devamını istiyor, iplikler görünüyor ve gebelik 13 haftadan küçükse (ilk üç aylık dönem) RIA çıkarılmalıdır. RIA bu dönemde çıkarılırsa kendiliğinden düşük riski diğer kadınlarla aynı düzeye iner. Eğer kadın kabul ederse, RIA nazıkçe çekilerek çıkarılır. İşlemden sonra kanama, kramp tarzı ağrılar ya da enfeksiyon belirtileri olursa geri gelmesi konusunda uyarılır.
- Kadın gebeliğini sürdürmek istiyor, ancak RIA'nın çıkarılmasını istemiyorsa ona kendiliğinden düşük ve sepsis riskinin yüksek olabileceğini ve gebeliğinin yakından izlenmesi gerektiğini anlatın. Bütün anormal belirtileri (ateş, karnın alt bölgesinde ağrı ve/veya kanama) hemen bildirmesinin önemi üzerinde durun.
- İplikler servikal açıklıkta veya servikal kanalın distalinde bulunamıyorsa ve/veya gebelik üç ayı aşmışsa, çıkarma işlemi oldukça zorlaşır.

PIH: Uygulamayı izleyen ilk yılda, özellikle de ilk 4 ayda görülebilen nadir ve önemli bir komplikasyondur. Genellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklar için risk altındakilerde gözlenir.

Kayıp RİA: Yapılan kontrollerde RİA'nın ipi görülmeyebilir.

Anemi: Bütün inert ve bakır salgılayan RİA'lar menstrüel kan kaybını RİA kullanımı boyunca artırır. Kan kaybı artışının fibrinolitik aktivite artışı, endometriumda lokal olarak prostasiklin/tromboksan dengesi değişimi nedenine bağlı olduğu düşünülmektedir. Lippes loop ile ortalama kan kaybı artışı %100'ü bulurken bakırlı RİA'larda bu oran %50-75 arasındadır. Menstrüel kan kaybı kadınlarda demir eksikliğinin en sık görülen sebebidir.

RİA için Yönteme Özel Danışmanlık:

Danışmanlık, hizmet alan kişiye gönüllü ve bilinçli bir seçim yapma olanağı verir. Hizmet alan kişi RİA'yı seçerse, danışmanlıkta, şu bilgiler verilir:

- RİA'nın gebeliği nasıl önlediği,
- Olumlu ve olumsuz yönleri; kanama, kramplar ve kendiliğinden atılma gibi yan etkiler ve diğer sorunlar,
- RİA'nın uygulanması/çıkarılması ve etki süresi,
- Uygulamanın ne zaman yapılacağı ve uygulama gecikecekse kullanılacak kontraseptif yöntem,
- Kişinin, istediği zaman yöntemi bırakma özgürlüğü olduğu; ancak RİA'nın klinikte çıkarılması gerektiği,

- Kullanıcıya uygulamadan sonraki ilk birkaç gün içinde kanama ya da lekelenme olabileceği ve endişelenmemesi,
- Uyarı işaretleri konusunda bilgilendirilmelidir.
- RİA çıkarıldıktan sonra doğurganlığın dönüşünde gecikme olmadığı söylenmelidir.
- Kullanıcıya, üzerinde uygulama tarihi, kullanılan RİA'nın tipi, etki süresi, kontrol tarihi yazılı bir kart verilmeli, izleme gelirken yanında getirmesi hatırlatılmalıdır.
- RİA'yı seçenlere uygulama sonrasında izlemin önemi ve uyarı belirtileri görürlerse ya da herhangi

RİA Kullanıcıları İçin Uyarı İşaretleri

Aşağıdaki durumların herhangi birinde hemen bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır:

- Adet gecikmesi, gebelik kuşkusu (adet gecikmesi, bulantı, göğüslerde hassasiyet vb.)
- Aşırı vajinal kanama
- Halsizlik, ateş, titreme, devam eden ve kramp tarzında alt karın ağrısı; (bu belirti özellikle kendini iyi hissetmeme, ateş veya titreme ile birlikte ise, pelvik enfeksiyon olasılığını düşündürür)
- Anormal vajinal akıntı
- İpliklerin kaybolması, ele kısa ya da uzun gelmesi
- RİA'nın atılması
- Karın ağrısı, cinsel ilişki sırasında ağrı

Uygulama Zamanı

Interval Uygulama: Menstürel siklusun her hangi bir döneminde uygulanabilir. Gebelik kuşkusunu ekarte edebilmek için siklusun ilk 10 günü tercih edilir. Ancak adet kanamalarının arasında servikal açıklık azaldığı için uygulama biraz daha ağırlı olabilir.

Post-abortionus uygulama: Enfeksiyon belirtisi olmamak kaydıyla RİA 1. Trimester spontan düşük ve küretajdan hemen sonrası ya da bir hafta sonra uygulanabilir. 2. trimester düşüklerinden sonra atılma oranı yüksek olduğu için girişim ertelenebilir.

Post-partum uygulama: Plasenta atıldıktan sonra 10dk. içinde; doğumda aşırı kanama olmamış ve enfeksiyon riski yoksa uygulanabilir. Aksi halde, uterusun perfore olma riski arttığından, post-partum 6. haftada takılmalıdır.

RİA'ların etki süresi

RİA'nın koruyucu etkisi hemen başlar ve kullanıcı istediği zaman cinsel ilişkiye girebilir. Ancak postpartum RİA uygulanmışsa, doğum sonrası kanama bitene kadar cinsel ilişkiden kaçınması önerilir. Kullanıcıya uygulamadan sonraki ilk birkaç gün içinde kanama ya da lekelenme olabileceği ve endişelenmemesi söylenmelidir.

- TCu 380A için en az on yıl,
- MLCu 375, Nova T 200 ve 380Ag için beş yıl,
- MLCu 250 için üç yıl,
- Levonorgestrel içeren LNg-20 RİA'nın etkisi beş yıl,
- Progesteron içeren Progesteron T (Progestasert) ise bir yıl kontrasepsiyon sağlar.

RİA İzlem

Her kullanıcı uygulamadan sonraki ilk adet bitiminde (4-6 hafta sonra) izleme gelmeli ve bu süre üç ayı geçmemelidir. Kullanıcı, klinikten ayrılmadan önce izlem randevusu verilmelidir. Sonraki izlemler yılda bir kez yapılmalıdır. Bir yakınması olduğunda ve/veya uyarı işaretlerinden biri veya birkaçı ile karşılaştığında izlem tarihini beklemeksizin kliniğe başvurması önerilir.

RİA İzleminde Yapılması Gerekenler:

- RİA kullanımı ile ilgili memnuniyeti sorulur,
- Soruları varsa yanıtlanır,
- Adet düzeni, kanamaları –miktarı ve süresi- sorgulanır, (gerek görülürse Hb/Htc ölçümü yapılır, Hb <10 gr/dl ise oral demir preparatı başlanır)
- Spekulum muayenesi ve bimanual muayene yapılır ve akıntısı varsa GYE taraması yapılır, patolojik bulgu saptanır ise tedavi verilir,
- Sorunları varsa, tetkik ve tedavi edilir,
- Bulgular normal ise 12 ay sonrasına randevu verilir (RİA izlem kartına geleceği ay yazılır),
- Uyarı işaretleri hatırlatılır,
- RİA'nın kullanım süresi ve değiştirilmesi gereken zaman hatırlatılır,
- Sağlık sorunları var, tedavi verilmiş ve gerektiriyor ise, tekrar yıllık izlem tarihinden önce, kontrole davet edilir,
- Sağlık sorunları var ve çözümlenememiş ise, uygun bir merkeze yönlendirilir, sevk edilir.

Bariyer Yöntemler

Cinsel ilişki esnasında, spermin kadının vajinasına geçmesini engelleyen yöntemlerdir.

Güvenle kullanılırlar (Çok ender yan etkileri vardır). Kontrendikasyonları yok denecek kadar azdır. Reçetesiz alınıp kullanılabilir.

Diğer gebeliği önleyici yöntemlerden farklı olarak, bariyer yöntemlerden kadın ve erkek kondomunun bir özellikleri daha vardır: sadece istenmeyen gebeliklerden korumakla kalmaz, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan da korurlar.

Erkek kondomunun bir diğer özelliği de gebeliği önleyici yöntem sorumluluğunun paylaşılmasında, erkek tarafından kullanılacak sınırlı çeşitteki yöntemlerden birisi olmasıdır.

Bariyer yöntemler:

- Kadın kondomu,
- Erkek kondomu,
- Diyafram,
- Servikal başlık,
- Spermisit.

Kondom

Lateks maddesinden (erkek için olan) ve poliüretandan üretilen (kadın için olan) ve erkek ya da kadın cinsel organına takmaya uygun, içerisinde genellikle spermisit (sperm hücrelerini öldürücü) maddeler bulunan, gebelikten ve CYBE 'den korunma araçlarıdır. Ejakülasyon

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve gebelikten korunmada kondom kullanımı önemli bir yer tutmaktadır. Ülkemizde kılıf, kaput olarak adlandırılan ama dünyadaki ortak adlandırılmasıyla prezervatif ya da kondom olarak bilinmektedir.



Erkek kondomu silindir şeklindedir ve

Kondomun Etkililiği:

Erkek Kondomunun Olumlu Yönleri

- Gebeliği önleyici yöntemlere erkeklerin katılımını sağlar.
- Güvenlidir
- Ucuzdur ve kolay bulunur. Hemen her yerde, büyük marketlerde ve eczanelerde kolaylıkla bulunur.
- AIDS ve diğer CYBE'lere karşı korunma sağlar.

- Erken boşalmanın önlenmesine yardımcı olabilir.
- Reçete veya tıbbi izlem gerektirmez.

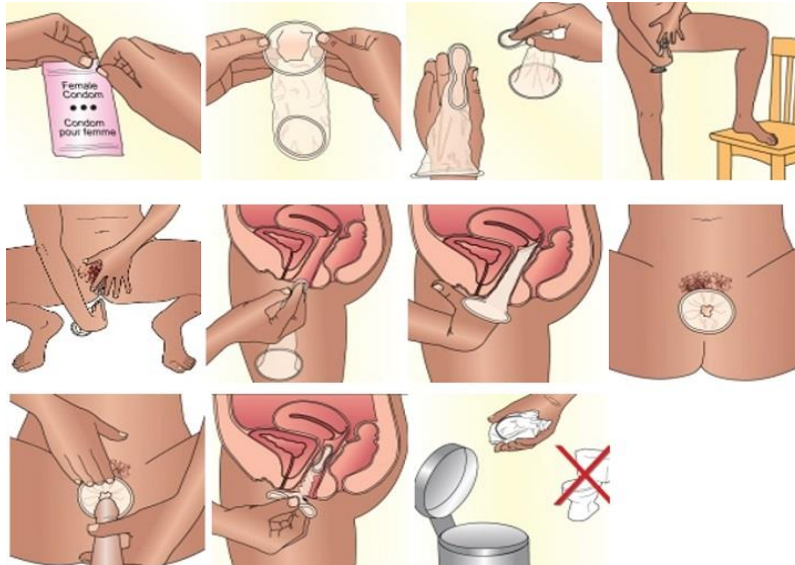
Erkek Kondomunun Olumsuz Yönleri

- Cinsel ilişkiye bağımlıdır,
- Yeterli miktarda kondom bulundurulması önceden planlanmalıdır.
- Bazı çiftlerde (özellikle erkekte) duyarlılığı azaltabilir.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratabilir.
- Bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirir.
- Kullanımdan sonra yok edilmesi sorun olabilir.
- Lateks materyal yırtılabilir ya da sıyrılabilir.
- Özellikle, boşalmadan sonra geri çekilirken özel bir dikkat gösterilmesi ve meninin dışarı dökülmesinin önlenmesi gerekir.
- Her cinsel ilişkide yeni bir tane kullanmak gereklidir. Bu da ek maliyet getirmektedir.
- Lateks allerjisi olan kişiler hariç (sadece lateks kondomlar için) her erkek ve eşi, rahat ve güvenli şekilde kondom kullanabilir. Kontrendikasyonu yoktur.

Kadın Kondomu

Bir kontraseptif seçenek olan kadın kondomu, özellikle cinsel eşleri kondom kullanmayan kadınlara CYBE'lerden korunma ve fertilitatesini kendisinin kontrol etmesi şansını vermektedir. İlk kez 1992 yılında Avrupa'da piyasaya sürülen kadın kondomu günümüzde çeşitli markalarla (Femidom, Reality, Women's Choice) bulunmaktadır.

Kadın kondomları **poliüretan** bir kılıf ile **iç ve dış** olarak iki değişik boyda **halkadan** oluşur. Halkalardan küçük olanı kılıfın kapalı ucunda bulunur ve vajina içine, serviksi örtecek şekilde yerleştirilir. Açık ve tek büyük halka ise vulvada kalır. Erkek kondomu gibi genital teması ve semenin vajinaya dökülmesini önler. Vajina içini ve serviks ağzını örterek spermilerin uterus içine gitmesini önler. Kadın kondomu **17 cm.** uzunluğunda, yumuşak ve ince bir **poliüretan** tabakasından yapılmış, vajinanın içini tümüyle kaplayan, tek tarafı kapalı silindir bir kılıftır. Poliüretanın özelliği nedeniyle vajinanın içine yerleştirildiğinde kısa zamanda vajina



Şekil 7. Kadın kondomunun takılması ve çıkarılması

duvarlarına sıkı bir şekilde tutunur ve vücut ısısı ile uyum sağlar. Kılıfın açık olan ucunun etrafını saran ve bir tane de kapalı olan ucun içinde serbest olarak bulunan bükülebilir iki halkası vardır. Kapalı olan kısımdaki halka serviksi (uterus ağzını) sararken, açık uçtaki halka kadının dış genital sisteminde kalır. Böylece dış genital kısmın en ucundan tüm vajinanın iç yüzeyini kaplayarak

yukarı doğru uzanan kondom, serviksi de tümüyle kaplayarak, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan ve gebelikten korumayı sağlar. Özellikle dış genital kısmın da "örtülmüş" olması HPV'ye karşı korunmada kadın için önemli bir olumlu yön olarak görülebilir.

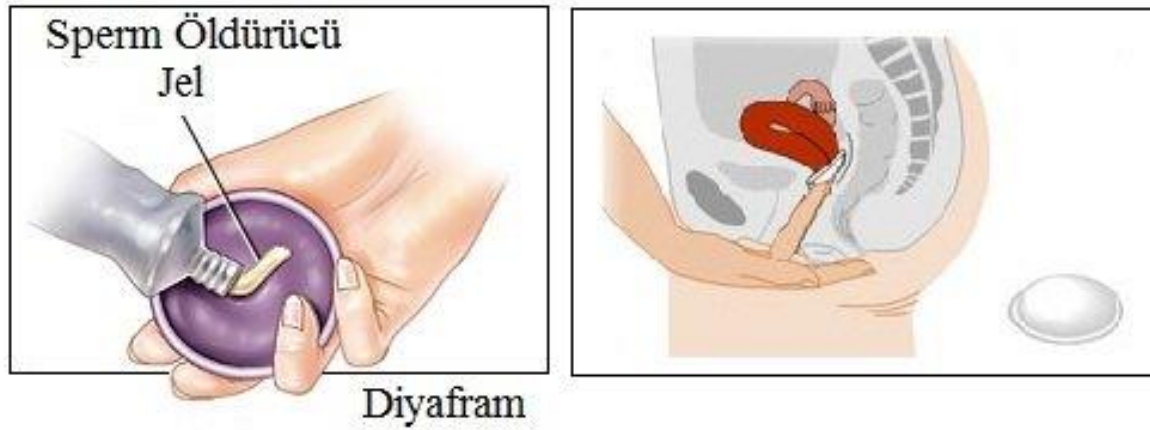
Kadın Kondomu Kullanmanın Olumlu Yönleri:

- İstenmeyen gebeliklerden korur
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda korunma sağlar

Kadın Kondomu Kullanmanın Olumsuz Yönleri:

- Kadın takmakta zorlanabilir.
- Bu kondomu kullanmak için kadının kendi anatomisini iyi bilmesi gerekir.
- Doğru bir yerleştirme deneyim gerektirir,
- Fiyatı erkek prezervatifine göre nispeten daha pahalıdır.

Diyafram



Serviksi mekanik olarak kapatan kubbe biçiminde ince, kauçuktan yapılmış kontraseptif yöntemdir. Coitustan önce kubbe kısmına spermisit konularak uygulanır. Vajinaya doğru olarak yerleştirilen diyafram simfizis pubisin arkası ile vajen arka forniksi arasında durur. Böylece ön vajen duvarı ve serviksi kapatır. Kontrasepsiyona üç yolla engel olduklarına inanılmaktadır.

i) Sperme karşı fiziksel bir bariyer oluştururlar

ii) Servikal mukusun vaginal asiditeyi nötralize etmesini engelleyerek spermlerin vajende barınmasını önlerler

iii) Spermisit kremlerin ve jellerin doğru kullanılabilmesini sağlarlar.(18)

Bu yöntemin popülaritesi giderek azalmıştır. Bunda en büyük etki diyaframın neden olduğu şikayetleri yapmayan, KOK'lerin ve RİA'nın bulunmasıdır. Diyafram güvenli bir yöntem olmasına karşın, nadiren yan etkileri de görülebilmektedir. Hastalar vagendeki kirlilikten, spermisite bağlı kokudan, irritasyondan ve diyaframın doğru yerleştirilmediğinde verdiği rahatsızlık hissinden yakınmaktadırlar. Diyafram kullananlarda idrar yolu enfeksiyonları da KOK kullananlara göre iki kat artmıştır.

Servikal Başlık (Cap)

Cap, bir zamanlar Avrupa'da diyafram kadar popülerdi, fakat şimdi çok az kullanılan bir yöntemdir. Diyaframa oranla daha sert, yüksek kubbeli ve daha küçüktür. Serviks üzerine

Koitudan 10 -15 dk önce vajinaya uygulanıp sperm hareketlerini önleyen ve spermelerin ölümlünü sağlayan kimyasal ajanlardır. Aerosol, krem, jel, macun, suppozitivar, köpük, tablet, film ve sünger gibi türleri vardır. Temel etkili madde; Nonoxynol-9, Octoxynol-9 ve Menfegol' dür. Spermisidler, etkili olabilmeleri için bazı kurallara uyarak kullanılmalıdır. Spermisid, sevikse olabildiğince yakın yerleştirilmelidir. Serviks ve üst vajene dağılması için, koitten önce, önerilen süre kadar beklenilmelidir. Her koit için bir miktar daha spermisid uygulanmalıdır Koitten, en az 6 saat sonrasına kadar duş alınmamalıdır.



Cerrahi Kontrasepsiyon

175

pahalı, güç ve %100 değildir. Bu nedenle yöntem tanıtılırken ve önerilirken ayrıntılı bilgi verilmelidir. Çocuk isteği, kararsızlığı olan çiftlerde kesinlikle uygulanmamalıdır.

Etki Mekanizması

Gebeliği oluşturacak üreme hücrelerinin (ovum ve sperm) üreme kanalında yapılan cerrahi sonucunda birleşmemeleri ile kontraseptif etki meydana gelir.

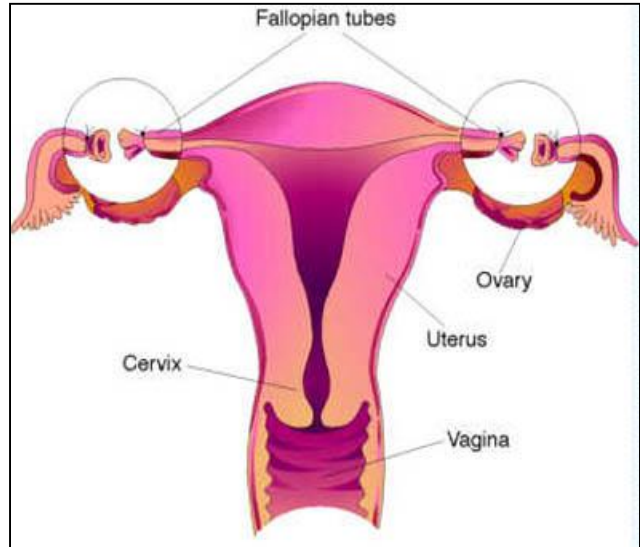
Etkinliği

Tüp ligasyonu %99.6, vazektomi %99.8 etkilidir.

Tüp Ligasyonu

Tüplere ulaşmada üç yaklaşım vardır:

- Vaginal (Kolposkopik, koipotomik (Kroner))
- Transservikal (Histeroskopik)
- Abdominal; günümüzde en çok abdominal yol seçilmektedir. Abdominal yaklaşımda tüplere ulaşmada kullanılan teknikler:
 - Laparoskopik (klip, koter)
 - Mini laparotomik (Pomeroy, Irving, Parkland, klip, silikon band)
 - Laparotomik



Olumlu yönleri

- Çok etkili ve güvenlidir
- Maliyeti bir kereye mahsustur
- Cinsel ilişki zamanından bağımsızdır
- Uygulama sonrası etkinlik hemen başlar.

Tüp Ligasyonunun Olumsuz Yönleri

- Geri dönüşü zordur.
- Uzun süren ve pahalı operasyon gerektirir.
- **Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korumaz.**
- Düşük bir oranda da olsa gebelik görülebilir ve bunun da dış gebelik olma olasılığı da vardır.
- Operasyonu izleyen birkaç gün süresince kesi yerinde ve alt batında ağrı olabilir.
- Cerrahi komplikasyonlar olabilir

Tüp Ligasyonunun Yan Etkileri/Komplikasyonları:

Sağlık açısından güvenli bir uygulamadır. Yan etki ve sağlık sorunlarının görüldüğü olgu sayısı çok azdır; ciddi sağlık sorunları olguların %2'den azında görülür.

Minilaparotomiden sonra görülebilecek komplikasyonlar, herhangi bir abdominal cerrahi işlemle aynıdır.

- Kanama
- Uterus perforasyonu, mesane veya bağırsak yaralanmaları

- Enfeksiyon

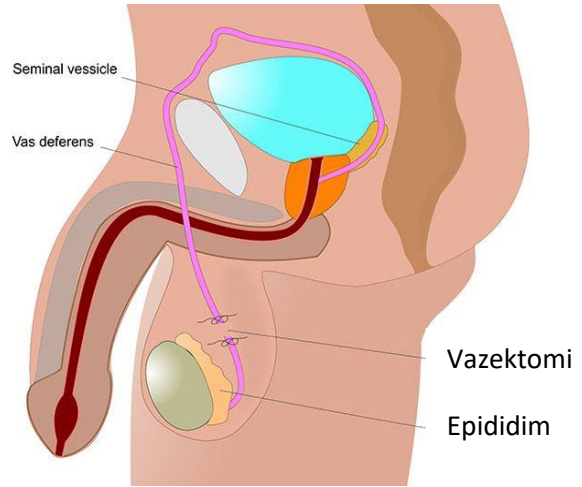
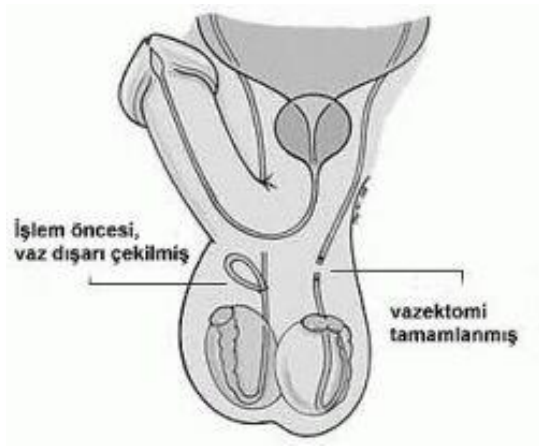
Tüp Ligasyonunda İzlem:

İşlemden sonraki **7 gün** içinde (en geç 14 gün içinde) yapılır. İşlemin yapıldığı yerde ve hekim tarafından muayene edilir. Operasyon yeri gözden geçirilir, enfeksiyon bulgularına bakılır.

Vazektomi

Geri dönüşsüz, kalıcı bir cerrahi sterilizasyon yöntemidir. Kendisinin ve eşinin başka çocuk istemediğinden emin olan, eşinin sağlık nedeniyle kesinlikle gebe kalmaması gereken, kalıcı bir yöntemle korunmak isteyen erkekler için uygun bir yöntemdir.

Erkeklerde vaz deferensin bağlanıp kesilmesi sonucu spermilerin meniye geçişini engelleyerek etkili olur.



Olumlu yönleri

- Kolay, basit ve kısa sürede uygulanır,
- Cinsel ilişkiye etkisi yoktur.

Vazektominin Olumsuz Yönleri

- Geri dönüşü zordur ve pahalıdır.
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korumaz.
- Gebeliği önleme etkisi 20 boşalma sonrası veya 2 ay sonra başlar. Bu süre içinde **ek bir yöntem** gerektirir.
- Düşük bir oranda da olsa gebelik görülebilir.
- Operasyon sırasında ve izleyen birkaç gün süresince skrotumda ağrı, kanama, şişlik olabilir.

Vazektominin Beklenen Olası Sağlık Sorunları:

Sağlık açısından güvenli bir uygulamadır. Yan etki ve sağlık sorunlarının görüldüğü olgu sayısı çok azdır. Uygulamadan sonraki birkaç gün içinde;

- Ateş,
- Yara yerinden kanama,
- Ağrı,
- Şişlik (hematom) olabilir.

Vazektomi Sonrası İzlem:

İşlemden sonraki **7 gün** içinde (en geç 14 gün içinde) yapılır. İşlemin yapıldığı yerde ve vazektomi yapan hekim tarafından muayene edilir. Skrotum bölgesine bakılır. Girişimden **2 ay sonra**, meni analizi yapılarak azospermi kanıtlanır.

Doğal Gebeliği Önleyici Yöntemler

Dünya Sağlık Örgütü, doğal gebeliği önleyici yöntemleri, menstrüel siklusun fertil ve infertil dönemlerinde, doğal belirtileri gözleyerek gebeliğin planlanması ya da gebelik istenmiyorsa, fertil dönem boyunca cinsel ilişkiden kaçınma yoluyla gebeliğin önlenmesine yarayan yöntemler olarak tanımlamıştır. Doğal gebeliği önleyici yöntemler, çiftlerin doğurganlık bilinci ile, gebeliği önlemeyi ya da oluşturmaya sağlayan bazı kuralların birlikte uygulanmasıdır.

Doğal gebeliği önleyici yöntemler (periyodik korunma yöntemleri):

Servikal mukus ya da ovülasyon (Billings) yöntemi,
Bazal vücut ısısı yöntemi,
Servikal palpasyon yöntemi,
Semptotermal yöntem (üçünün bileşimi olan),
Takvim yöntemi
Laktasyonel amenore metodu

Etki Mekanizması

Doğal gebeliği önleyici yöntemlerin etkili olması için, çiftler, cinsel davranışlarında düzenlemeler yaparlar: Kadın fertilité belirtilerini her gün izleyip, standart bir forma kaydeder. Eşler birbirlerinin doğurganlık hakkındaki görüşlerini, kadının fertil günlerini bilir ve gebelik istenmiyorsa, fertil günlerde cinsel ilişkiden kaçınırlar.

Bu yöntemi uygularken **spermin** kadının genital yolunda **48-72 saat canlı** kalabildiği ve **ovumun** ömrünün **24-48 saat** olduğu akılda tutulmalıdır.

Fertilitenin en fazla olduğu dönem, ovülasyondan 5 gün önce başlar ve ovülasyondan 2 gün sonra sona erer. Bu süre içinde gebe kalma olasılığı giderek artar ve ovülasyon günü ile ondan önceki iki günde en üst düzeydedir. Ovülasyon günündeki oynamalar nedeniyle cinsel ilişkiden kaçınılması gereken süre uzun tutulmalıdır ya da bu sürede bariyer yöntemler de uygulanmalıdır.

Etkililik

Doğal gebeliği önleyici yöntemlerin etkililiği seçilen yönteme ve kullanıcının özelliklerine göre değişir. İsteyerek ve doğru uygulandığında;

- Takvim yönteminin etkililiği %91
- Sempto-termal yöntemin etkililiği %98
- Servikal mukus ya da ovülasyon (Billings) yönteminin etkililiği %97' e kadar çıkabildiği belirlenmiştir.

Genel olarak periyodik yöntemlerin etkililiği dikkatli kullanılmadığında **%80'e** kadar azalabilir.

Yapılan araştırmalarda doğal gebeliği önleyici yöntemler konusunda şu sonuçlara varılmıştır: Doğal gebeliği önleyici yöntemler doğru ve dikkatli kullanıldığında oldukça başarılıdır; ancak en ufak bir ihmal ya da hatada kolaylıkla gebe kalınabilir. Stresli dönemlerde yöntemin inceliklerine yeterince dikkat edilemeyeceğinden, gebe kalma riski çok yüksektir. Eşler

kurallara uyma konusunda aynı derecede titizlik göstermiyorsa gebe kalma riski yüksektir. Bir kere risk almış bir çiftin tekrar risk alma eğilimi olacaktır.

Günümüzde fertilite durumunu (ovülasyon dönemini) saptamada bir takım kimyasal ve hormonal testlerden de yararlanılmaktadır. Yapılan bilimsel çalışmalarda, idrarda LH piki tayini ve tükürük ya da servikal mukusta fern kristalizasyonu testinin (eğreltiotu görünümü) ovülasyon gününü belirlemede etkili olduğu kanıtlanmıştır.

Araştırmalar, kültürel ve sosyoekonomik özellikleri ile eğitim düzeyleri farklı olan kadınların, doğal gebeliği önleyici yöntemi başarıyla uygulayabildiklerini göstermiştir.

Başvuranların doğal gebeliği önleyici yöntemler uygunluğunun değerlendirilmesi için yapılması gereken özel bir muayene ya da inceleme yoktur. Ancak iyi bir sağlık hizmeti sunabilmek için pelvik muayene, kan basıncı ölçümü, meme muayenesinin yapılmasının yararı vardır. Doğal gebeliği önleyici yöntemler etkili olması için eşlerin işbirliğinin gerektiği mutlaka vurgulanmalıdır.

Doğal Gebeliği Önleyici Yöntemler Kimler İçin Uygundur?

- Fertilite belirtilerini tanıyıp kaydetme bilinci ve yeteneği olan kadınlar,
- Bazal vücut ısısı yönteminde, vücut ısısının herhangi bir hastalık, ilaç, stres, hareket, sıcak içecek içilmesi gibi nedenlerden etkilenmesi sonucu fertil/intertil dönemlerin saptanmasında hatalar olabilir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğu yoktur.
- Fertil dönemde cinsel ilişkide bulunulmamasını ya da ek yöntem kullanımını gerektirir. Bazı çiftler menstrüel siklusun 8. ve 16. günleri arasında cinsel ilişkide bulunamamaktan dolayı ruhsal stres yaşarlar.
- Kullanım eğitimi üç ay sürer. Özellikle ilk birkaç siklus boyunca fertilite belirtilerinin her gün kaydedilmesi gerekir. Bu süre içinde kullanıcıyla sık sık görüşülmesi gerekir.
- Eğitim ve danışmanlık becerileri olan, doğurganlık bilinci kavramlarını ve uygulamalarını çok iyi bilen eğitimcilerce öğretilmelidir.
- Düzenli bir cinsel yaşamı olmayan çiftler için uygun değildir.
- Yöntemin etkililiğinden emin olmamak gerilim yaratır.

Doğal Gebeliği Önleyici Yöntemler İçin Yönteme Özel Danışmanlık

Danışmanlık, doğal gebeliği önleyici yöntemler ile ilgilenen kişilerin bu yöntemi kullanıp kullanmamaya karar vermeleri ve yöntemi doğru kullanmaları için çok önemlidir. Başvuran, bir doğal gebeliği önleyici yöntemleri kullanmaya ilgi duyuyorsa, sağlık personeli, kişinin bu yöntemle ilgili deneyimlerini sormalı ve bu konudaki bilgilerini değerlendirmelidir. Doğal gebeliği önleyici yöntemler konusunda verilen danışmanlığa eşlerin birlikte katılması şarttır.

Doğal Gebeliği Önleyici Yöntemlerinin Olumlu Yönleri:

- Hiçbir sağlık riski yoktur.
- Sistemik yan etkisi yoktur.
- Ucuzdur. Kontraseptif malzeme gerektirmez.
- Kadının doğurgan çağı boyunca, düzenli ya da düzensiz sikluslarda, emzirirken, premenopozal dönemde, diğer yöntemlerin kullanımından sonra bile her durumda kullanılabilir.

- Bir kere öğrenildi mi, yaşam boyu kullanılabilir.
- Çiftlerin doğurganlık bilinci kazanmalarını sağlar.
- Erkeğin de gebeliği önleyici yöntemlerin sorumluluğu paylaşmasını, katkısını, işbirliğini ve iletişimini sağlar.
- Cinsel ilişki sıklığının belirlenmesinde kadının görüşüne yer verir.
- Kadının üreme organlarındaki sorunları erken fark etmesine yardımcı olur.
- Kişinin kendini tanımasına ve üreme fonksiyonları konusunda bilgilенmesine katkısı olur.
- Dini ve ahlaki değerlerden etkilenmez.
- İnfertil çiftlerde ovülasyonu saptamak (gebeliği önlemek veya oluşturmak) için de kullanılabilir.

Doğal Gebeliği Önleyici Yöntemlerin Olumsuz Yönleri:

- Her iki eşin de benimsemesi ve işbirliği şarttır. Etkinliği, çiftin istekli olmasına, kurallara kesin olarak uyma isteğine bağlıdır.
- Vajinal enfeksiyonlar olduğunda, ovülatuvar mukusun ayırt edilmesi zordur.
- Emzirme döneminde fertilite işaretlerinin anlaşılması güç olabilir.

Kullanım Kuralları:

Gebeliği önlemek amacıyla kullanıldığında, çiftin eğitim programı tamamlanmadan ve eğitmen çiftin yöntemi yeterince öğrendiğinden emin olmadan önce, yöntem kullanımına başlanmamalıdır. Bu sürede çift başka bir yöntemle korunmalıdır.

Fertilite Belirtilerine Dayanan Yöntemler

Bir kadın gebe kalıp kalmayacağını, fertilitiyi gösteren üç doğal vücut belirtisini gözleyerek anlayabilir. Bunlar servikal mukustaki, bazal vücut ısısındaki ve serviksteki değişikliklerdir.

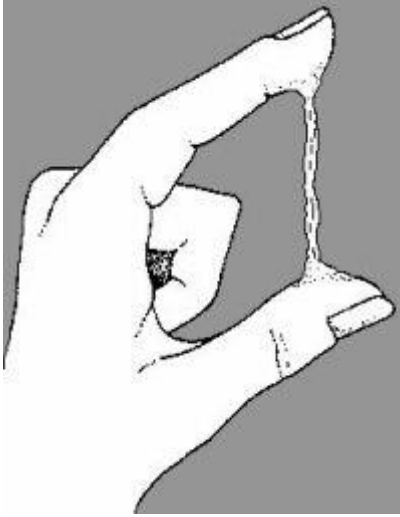
1. **Servikal Mukus Yöntemi** (Billings Ovülasyon Metodu): Servikal mukustaki değişiklikler izlenerek fertil günlerin başlangıcı ve sonu belirlenebilir.
2. **Bazal Vücut Isısı Yöntemi**: Bazal vücut ısısındaki değişiklikler izlenerek, ovülasyonun olduğu ve fertil günlerin bittiği anlaşılabılır.
3. **Servikal Palpasyon Yöntemi**: Servikal değişiklikler, kadına fertil günlerin başlangıcı ve bitiş konusunda ek bilgi sağlayabilir.

Servikal Mukus Yöntemi (Billings- Ovülasyon Yöntemi)

Bu yöntemin temeli, kadının siklusu süresince vajinal salgısında oluşan değişikliklerin farkında olmaktır.

Servikal mukus yöntemini kullanmak için kadın, **vajinal salgısını her gün kontrol eder ve her akşam kayıtlar eder:**

- Adet kanaması bittikten sonraki birkaç günde mukus gözlenmez.
- Sonra yapışkan, koyu kıvamlı, pürütlü çok az mukus salgılanmaya başlar.
- Ovulasyon yaklaşırken mukus artar, incelir ve rengi berraklaşır, elastik ve kaygan olur, vajinada ıslaklığa neden olur.
- Ovulasyondan sonra mukus azalır, tekrar yapışkan ve pürütlü olur, vajina kuru hissedilir.



Vajinada ıslaklığın hissedildiği ilk günden başlayarak, kaygan, ince ve bol mukusun bitiminden sonraki üç güne kadar cinsel ilişkiden kaçınılır veya ek yöntem kullanılır. Servikal mukusu izleyerek fertil ve infertil günlerin belirlendiği yöntem, 1960'lı yıllarda Billings'ler tarafından geliştirilmiştir. Bu nedenle bu yönteme ovülasyon metodu ve servikal mukus metodunun yanı sıra, Billings Ovülasyon Yöntemi (BOM) da denilmektedir.

Bazal Vücut Isısı Yöntemi

Ovülasyondan sonra korpus luteumdan salgılanan progesteron hormonu, termojeniktir (ısı artırıcı), vücut ısısını **0,2°C-0,5°C** arasında yükseltir ve bir sonraki menstrüasyona

kadar (yaklaşık **11-17 gün**) yüksek ısıda tutar. Bu yükselişe **termal kayma** denir.

Ovülasyon dönemi, vücut ısısı izlenerek saptanabilir. Ovülasyon, muhtemelen ilk ısı yükselişinden önceki gün gerçekleşir.

Bazal vücut ısısı, hassas bir termometreyle,

- Menstrüel siklus boyunca
- **Her sabah yataktan kalkmadan önce**
- **Ortalama aynı saatlerde**
- **Tercihen oral yoldan** ölçülür
- Tarih belirtilerek bir çizelgeye kaydedilir
- Isı kayıtlarına bakarak ve hastalık ya da başka bir nedenle artmış olanları göz önüne almaksızın, **menstrüel siklusun ilk 10 gününde ölçülen "normal" ısıların en yüksek belirlenir.**
- Bu 10 ısıнын **en yüksek olanının 0,1°C üstünden bir çizgi çekilir.** Bu çizgiye "ısı çizgisi" denir.

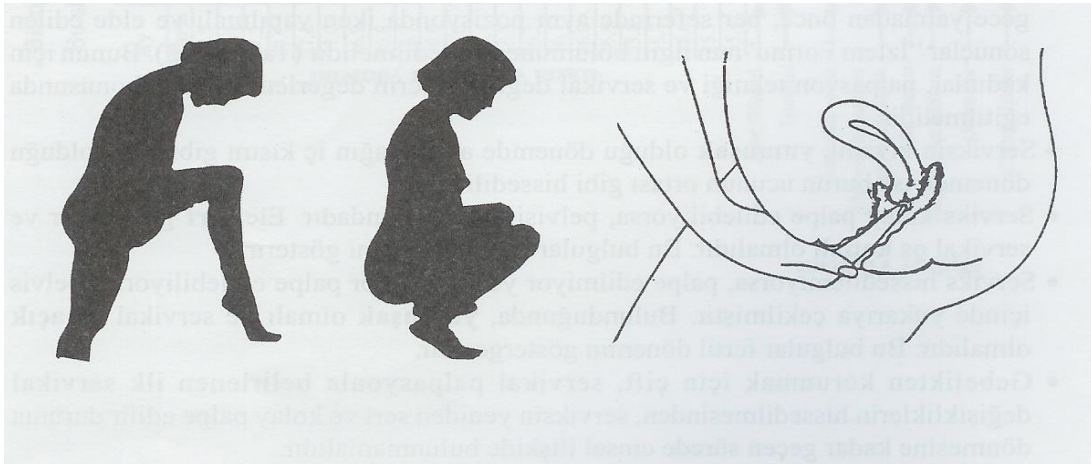
İnfertil dönem, ısı çizgisi üzerinde art arda gelen üçüncü yüksek ısının kaydedilişinin akşamı başlar. Cinsel ilişkiye girmeden önce, yüksek ısının saptandığı üç günün ("termal değişim dönemi") geçmesi beklenir. Üç günlük ölçüm boyunca, üç ısıdan birinin ısı çizgisine veya bunun altına düşmesi, ovülasyonun daha olmadığına bir göstergesi olabilir. Bu nedenle, cinsel ilişkiye girmeden önce, ısı çizgisinin üstünde **3 ısı** kaydedene kadar beklenmelidir. **İnfertil dönem** başladıktan sonra, kadının ısı ölçmeye devam etmesine gerek yoktur. Bir sonraki menstrüel siklus başlayana kadar ölçme ve kayıt tutmaya ara verebilir.

Bazal vücut ısısı, hastalık, stres, düzensiz uyku, antibiyotik kullanımı, ölçüm hatası ve benzeri birçok durumdan etkilenebileceğinden, fertil-infertil dönemleri belirlemede yetersiz kalabilir. Bu nedenle danışmanlıkta, bazal vücut ısısı yönteminin tek başına kullanılmaması, servikal mukus ve/veya servikal palpasyon yöntemleri ile birlikte kullanılmasının daha güvenilir olduğu belirtilmelidir.

Servikal Palpasyon Yöntemi

Bu yöntem kadının, çömelmiş ya da ayaktaiken kendi kendine palpasyonla serviks kıvamındaki değişiklikleri tanımlayıp yorumlaması esasına dayanır.

- Servikal palpasyon, menstrüasyon dönemi dışında siklus boyunca her gün, mümkünse gece yatmadan önce, her seferinde aynı pozisyonda iken yapılmalı ve elde edilen sonuçlar kayde
- Muayeneden önce tırnakları kısa ve temiz, eller temiz olmalıdır.
- İşaret ve orta parmaklar hazneye sokup ilerletilir, parmakların ucunda serviks hissedilir.
- **Serviksin kıvamı; yumuşak olduğu dönemde alt dudağın iç kısmı gibi sert olduğu dönemde burun ucunun ortası gibi hissedilir.**
- **Kadın, ilk değişiklikleri belirlediği andan serviksi kolayca hissettiği, serviksin sert ve osun kapalı olduğu zamana kadar fertil sayılır.** Çift, çocuk sahibi olmak istemiyorsa, fertil günlerde cinsel ilişkide bulunmamalıdır.
- Bu yöntemin semptotermal yöntemin en güvenilir parametresi olduğu belirtilmektedir.



Takvim Yöntemi

Takvim yöntemi, menstrüel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için 6 aylık bir gözlem süresi sonunda matematiksel formüllere dayanan doğal bir yöntemdir. Yöntem, fertil günlerde çiftin cinsel ilişkiden kaçınması ve güvenli günlerden yararlanması esasına dayanır.

Etkililik

Takvim yöntemi birkaç nedenden dolayı çok güvenilir değildir. Çoğu kadın cinsel perhiz süresinin hesaplanması için gerekli olan önceki altı menstrüel siklus süresiyle ilgili bilgiden yoksundur. Stres ve hastalık gibi, kadının siklus süresini büyük ölçüde etkileyebilecek faktörler, yapılan hesapların duyarlılığını azaltır.

Kullanım kuralları

Fertil dönemin hesaplanması için daha önceki altı menstrüel siklus süresinin bilinmesi gerekir. Yöntemin dayandığı temeller şunlardır:

- Düzenli menstrüel siklus;
- Ovülasyonun genellikle bir sonraki menstrüel periyoddan önceki 14. günde olduğu,
- Ancak 11. ve 17. günler arasında da olabileceği varsayımı;
- Normalde yumurtanın ovülasyondan sonraki 14-24 saat arasında döllenebileceği varsayımı;

- Spermin, kadının vajinal kanalı ve/veya uterusunda ancak 24-72 saat canlı kalabileceği varsayımı.

Bir örnekle açıklamak gerekirse, 30 günde bir düzenli adet gören bir kadının ovülasyonu, beklediği adetten 11-17 gün öncedir; yani gördüğü adetin başlangıcından ($30 - 17 = 13$; $30 - 11 = 19$) 13-19 gün sonradır. Buna göre adetin başladığı gün birinci gün sayılırsa, adetin başlangıcından sonraki $13 - 3 = 10$. gün ile $19 + 1 = 20$. gün arası, döllenme için en riskli dönemi oluşturmaktadır. Bu dönemde cinsel ilişkiden kaçınılmalıdır. Takvim Yöntemi, kadınların sikluslarında fertil günde olup olmadıklarını gün gün takip edebilmelerini sağlayan renklerle kodlanmış bir dizi boncuk olan “CycleBeads™” kolye ile birlikte kullanılır.

Takvim Yöntemini kimler kullanabilir?

- 26 ila 32 gün uzunluğunda siklusu olan kadınlar
- Her siklusun 8-19’uncu günlerinde korunmasız cinsel ilişkiden kaçınabilen eşler
- Cinsel yönden bulaşan enfeksiyonlara maruz kalmayan çiftler.

Emzirme ve Gebeliğin Önlenmesi

Laktasyonal amenore yöntemi, annenin emzirme döneminde emzirmeyle ilgili bazı koşullara uyarak laktasyon amenozesini bir gebeliği önleyici yöntem olarak kullanmasıdır.

Etki Mekanizması

Doğumdan sonra östrojen, progesteron ve plasental laktojen hormonlarının düşmesiyle laktasyon başlar. Memede başlayan süt yapımı prolaktin ve emme refleksiyle artar. İnsanda laktasyon, ovülatuar siklus üzerine etki ederek, kadının ovülasyonu ve adet görmesini baskılayarak gebelikten korunmayı sağlar.



Tam emzirme koşuluna göre emzirildiğinde, emzirmenin %99.5 oranında etkili, doğru kullanılmadığında %98 etkili bir kontraseptif yöntem olduğu kabul edilmektedir.

Tam Emzirme Koşulları:

- Bebeğin altı aydan küçük olması,
- Annenin adet görmemesi,
- Bebeğin gündüz ve gece her istedikçe, sık aralıklarla (6-10 kez) ve en az dört dakika emzirilmesi,

Bebek doğumdan sonra hemen emzirilmelidir. Yeterli süt gelmesi böyle sağlanır. Bebek her iki memeden en az 4 dakika, günde 6-10 kez ve gece en az 1 kez olmak üzere emzirilmelidir. Gündüz aralıkları 4, gece aralıkları 6 saatten uzun olmamalıdır. Bazı bebekler 6-10 kez emmeyebilir ve gece uyanmadan uyuyabilir. Bu durumda bebeğin yeterli miktarda emdiğinden emin olunmalıdır; ancak yine de, kontraseptif yöntem olarak LAM’ın güvenilirliği azalır.

Bebek normal gelişim gösteriyorsa ek gıdaya gereksinim yoktur. Bir kez de olsa emzirme yerine bebeği doyuracak kadar ek gıda ya da içecek verildiğinde bebek daha az emmeye başlar ve LAM eskisi kadar güvenli bir yöntem olmaktan çıkar.

- Vajinasını incelemekten hoşlanmayan kadınlar,
- Fertil günlerde cinsel ilişkiden kaçınmayı zor bulan çiftler
- Cinsel konularda iletişim kuramayan veya kurmayan çiftler
- Birden fazla cinsel eşi olan kadınlar.

Diğer Gebeliği Önleyici Yöntemleri Yöntemleri

Geri çekme

Halk arasında bu yönteme çekilme, dikkatli olma, dışarı boşalma, erkeğin korunması gibi pek çok isim verilmiştir. Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını, ejakülatın gelmesinden önce vajinadan çıkararak menisini vajina dışına boşaltmasına dayanan bir yöntemdir. Doğru uygulandığında gebelik oranı %9-15 dolayındadır. Ancak topluma dayalı araştırmalarda bu oranın %25 ya da daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde %24,4 oranıyla kontraseptif yöntemler arasında birinci sırada yer alan bu yöntem, bazı çiftler tarafından başarılı bir biçimde uzun yıllar kullanılabilmektedir. Bu yöntemde başarı, kişisel etmenlere bağlıdır ve erkeğin doğurganlığı planlamadaki sorumluluğunu yansıtır. Başarıyla uygulandığında bile eşlerde bazı psikolojik ve fizyolojik sorunların gelişebileceği söylenmektedir. Ancak yine de bu bilgiyi doğrulayan herhangi bir kaynağa rastlanmamıştır.

Geri çekme CYBH'ler ve HIV'a karşı koruyucu değildir. Vajinaya sperm girişi olmadığı için teorik olarak gebelikten korunma sağlasa bile, HIV ya da diğer CYBH'ler preejakülatuvar sıvı ya da vajinal sekresyonlar yoluyla bulaşabilir.

Vajinal yıkama

Pek çok kadın, vajina duvarı ve kanalındaki spermleri yıkayıp atma düşüncesiyle cinsel ilişkiden hemen sonra vajinayı suyla yıkamanın gebeliği önlediğine inanır. Bunun hiçbir kontraseptif etkisi yoktur, çünkü spermler birkaç saniye içinde servikal mukusa geçebilir.

Kaynaklar

- 1) T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Kontraseptif Yöntemler, cilt 1, Ankara 2005.
- 2) T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Kontraseptif Yöntemler, cilt 2, Ankara 2005.
- 3) T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Aile Planlaması Danışmanlığı, Katılımcı Kitabı, Ankara 2009.
- 4) İtil İ M. Oral Kontrasepsiyon Klavuzu. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Yayını. Cortex iletişim hizmetleri a.ş. İstanbul, 2012

GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEM DANIŞMANLIĞI

Sağlık Bakanlığı Üreme Sağlığı Modülleri-Aile Planlaması Modülü

Amaç: Nitelikli gebeliği önleyici yöntem hizmeti sunabilmek için gebeliği önleyici yöntem danışmanlığı konusunda bilgi kazanmak.

Kazanımlar:

Bu oturumun sonunda katılımcılar aşağıda belirtilen kazanımları elde ederler;

1. Gebeliği önleyici yöntem danışmanlığını tanımlar.
2. Gebeliği önleyici yöntem danışmanlığının önemini açıklar.
3. Gebeliği önleyici yöntem danışmanlığının ilkelerini sayar.
4. İyi bir gebeliği önleyici yöntem danışmanının özelliklerini açıklar.
5. İyi bir danışmanlık ortamı oluşturur.
6. Gebeliği önleyici yöntem danışmanlığının çeşitlerini sayar.
7. Gebeliği önleyici yöntem danışmanlığının basamaklarını (KAYNAK) sayar.

Her kadın, her ay bir kere, yılda 12 kere, doğurganlık çağı boyunca (evli veya aktif cinsel yaşamı olan) bu duyguları, endişe ve korkuları yaşar. Düzenli cinsel yaşamı varsa etkili yöntem kullanıyor bile olsa, her kadın adetini dört gözle bekler, gecikince de mahvolmuş hisseder kendisini.

Kadınlar için istediklerinde gebe kalmak ne kadar mutluluk verici bir olaydır. Ama ne yazık ki bu mutluluğu birkaç kez yaşar kadınlar. Oysa doğurgan çağları boyunca her ay, cinsel ilişkileri varsa, sıkıntı ile adet olmayı beklerler. Bu nedenle “etkili bir gebeliği önleyici yöntem kullanma danışmanlığı” kadınlara sadece sağlık sunmak demek değil, “sonsuz mutluluk sunmak”la eşdeğerdir.

Danışmanlık, herhangi bir konuda, kişiye güvenilir, bilgili ve konu hakkında ustalaşmış kişiler tarafından bilgi verilmesi ve kişinin bilinçlendirilerek kendi düşüncesini oluşturabilmesine YÖNLENDİRİCİ OLMADAN- yardım edilmesidir.

Danışmanlık, karşılıklı konuşarak, bir kişinin diğerine yardımcı olmasıdır. Başvuranın karar vermesine veya bir sorununu çözmesine yardımcı olunduğunda, danışmanlık işlevi yerine getirilmiştir.

Danışmanlık, yüzyüze konuşma sırasında, bir kişinin diğerine belli bir konuda karara varmasını kolaylaştırmak için, çözüm seçenekleri sunarak yardımcı olmasıdır.

Danışmanlık, bireyin kendi düşünce, seçim ve kararını oluşturmasına yardımcı olacak şekilde, belli bir konuda uzmanlaşmış kişilerce, aydınlatılmasıdır. İnsanlar en iyi kendi kararlarını uygularlar. Bu yüzden iyi bir danışman, başvuran kişinin yerine karar almaktan kaçınır. Onun yerine, başvuran kişinin kendi kararlarını vermesine yardımcı olur. Başvuranların bazıları gebeliği önleyici yöntemlerden birini seçmek isterken, bir diğeri cinsel yolla bulaşan hastalıklardan nasıl korunacağına karar vermek isteyebilir. Genç başvuranlar ise aktif cinselliklerini geciktirmek isteyebilir.

Farklı gereksinimleri, sorunları olan başvurular, etkili bir danışmanlık hizmeti ile daha doğru kararlar alabilirler.

Danışmanlık ikna etmek için bir araç değildir; kişiye yöntemlerle ilgili seçenekler sunarak, kendisine en uygun olan yöntemi seçmesine yardım etmektir.

Başvuran kişi, danışman ile bilgi ve duygularını paylaştığında, daha doğru karar verir.

Gebeliği Önleyici Yöntem Danışmanlığının Amacı

1. Başvuranların gebeliği önleyici yöntem yöntemlerinin yararlarını ve risklerini görmelerine,
2. Kendi ihtiyaç ve duygularını göz önüne almalarına,
3. Üreme ve gebeliği önleyici yöntem yöntemleri konusunda bilinçli ve gönüllü karar vermelerine yardımcı olur.
4. Gebeliği önleyici yöntemlerinin doğru uygulanmasına yardımcı olur.
5. Bilgilenmeyi sağlar ve başvuranın bu bilgileri kendi ihtiyaçları ve koşullarına göre kullanmasına yardımcı olur.

Özgür ve Bilinçli Seçim

Özgür ve bilinçli seçim, kadın ve erkeklerin doğurganlıklarıyla ilgili özgür ve bilinçli kararlar almaları anlamına gelir. Bu kavramı anlamak için kelimelerin üzerinde tek tek durmak yararlı olacaktır:

Özgür seçim: herhangi bir baskı altında kalmadan yapılır. Bu kavramı ifade etmek için gönüllü kelimesi de kullanılabilir.

Bilinçli seçim yapılabilmesi için, mevcut gebeliği önleyici yöntem seçeneklerinin neler olduğu, riskleri ve yararları konusunda tam bir bilgi sahibi olunmalıdır.

Seçim, başvuranın gebeliği önleyici yöntem kullanıp kullanmamayı ve farklı yöntem seçenekleri arasından istediği yöntemi seçmesidir.

“Danışmanlığın hedeflerinden birisi, bilinçli ve özgür seçimin sağlanmasıdır.”

Başvuranın Özgür ve Bilinçli Seçim Yapmasında Danışmanın Rolü:

- Karar vermeye yardımcı olması açısından yöntemlerin olumlu ve olumsuz yönlerini anlatarak,
- Tarafsız ve doğru bilgi vererek,
- Başvuranın kendi durumunu ve gereksinimini ortaya koyup gebeliği önleyici yöntem hakkında kendi kararını vermesini sağlayarak,
- Başvurana kullanmak istediği yöntemi elde etmesine yardımcı olarak başvuranın özgür ve bilinçli bir seçim yapmasını sağlar.

İyi Bir Danışmanın Kişisel Özellikleri

1. İnsanlarla birlikte çalışma ve onlara yardım etme isteği olmalı,
2. Yaptığı işin önemine inanmalı,
3. İnsanlara ve onların kendileri adına karar verme hakkına saygılı olmalı,
4. Cinsellik konusunda rahat olmalı,
5. Duygularını kolaylıkla ifade edebilmeli,
6. Kendi değerlerinin ve sınırlarının farkında olmalı,

- Gebeliği önleyici yöntem yöntemleri hakkında bilgi verilmesini sağlar.
- Genel Danışmanlıkta;
- Başvurana kadın ve erkek üreme sisteminin anatomisi, fizyolojisi hakkında kısaca bilgi verilir.
- Tüm kontraseptif yöntemler hakkında tek tek bilgi verilir (görsel malzemeler kullanılarak), yöntemlerin olumlu-olumsuz yönleri, yan etkileri anlatılır.
- Genel danışmanlıkta, başvuran kendisine uygun bir kontraseptif yöntemi SEÇER.
- Genel danışmanlık “bireysel” ya da “grup danışmanlığı” şeklinde sunulabilir.

2. Yönteme Özel Danışmanlık

Başvuran kişinin kullanmaya karar verdiği yöntemle ilgili olarak yapılan danışmanlıktır. Belli bir kontraseptif yöntemin uygulanmasından hemen önce ve hemen sonra yapılan danışmanlıktır.

Kullanıcılar sağlık personeli ile sık sık bağlantı kurarlarsa, yöntemi kullanmaktan vazgeçmeleri olasılığı azalır. Beklenen önemsiz yan etkiler, kişilere açık bir şekilde anlatılırsa yöntem bırakılması önlenir.

Sık izlem güveni artırır, düzenli izlem, kişinin fark edemediği sorunların (örn. iplikleri görünmeyen RİA, rahim enfeksiyonları, erken gebelik bulguları, vb.) izlemde farkedilmesini sağlar. Bu esnada, başvuran;

- İlgi duyduğu korunma yöntemleri hakkında sorular sormak, deneyimini tartışmak,
- İlgi duyduğu ve sağlık kurumunda bulunan korunma yöntemleri konusunda daha ayrıntılı bilgi almak,
- Uygun bir yöntem seçimi için yardım almak,
- Yöntemin güvenli, etkili ve tatminkâr biçimde kullanılması konusunda ayrıntılı bilgi almak için fırsat bulur.

Yönteme Özel Danışmanlıkta Danışman;

Kişiye, hangi yöntemle ilgilendiğini ve bu konuda ne bildiğini sorar. Bu da, sağlık personeline, yanlış bilgileri ve söylentileri düzeltme, doğru bilgileri aktarma olanağı verir. Seçilen yöntemin etki mekanizmasını, etkisini, olumlu ve olumsuz yanlarını kişiye anlatır, varsa sorularını yanıtlar. Kayıt formunun ilk bölümündeki demografik bilgiler ve başvuran kişinin öyküsü genellikle bu aşamada alınır. Kişinin ilgilendiği yöntemin uygunluğu konusunda, onun gereksinimlerini ve öyküsünü göz önüne alarak tavsiyede bulunur. Bu süreç, bir kontraseptif yöntemin önseçimi ile sonuçlanır. Başvuranın daha ayrıntılı değerlendirilmesi gerekip gerekmediği konusunda karar verir. Bu noktada, sağlık personeli gerekli fizik muayeneyi ve laboratuvar incelemelerini yaparak, seçilen kontraseptif yöntemin uygunluğunu saptar. Kişinin kayıtları tamamlanır. Kişinin bir kontraseptif yöntemi seçmesinden ve değerlendirilmesinden sonra yöntem konusunda daha ayrıntılı bilgi verilir. Bu aşamada, sağlık personeli:

1. Yöntemin tanımını, etki mekanizmasını, etkililiğini, olumlu/olumsuz yönlerini, kullanım kurallarını ve olası yan etkilerini yalın ve anlaşılır bir dille anlatır.
2. Kişinin anladığından emin olmak için, kullanım kurallarını ve uyarıları tekrarlamasını ister.

3. Kullanıcıya izlem gününü bildirir. Gerekli malzemeler ve bulunacağı yerler, yan etkiler konusunda uyarılar, sorunların erken tanımlanması, yöntem değiştirme, RİA'ların ve implantların çıkarılması gibi konular üzerinde durulabilir.
4. Yönteme özel danışmanlıkta kişiye yöntem hakkında ayrıntılı bilgi içeren, tıbbi müdahale gerektiren durumları tanıtan bir broşür verilmelidir.

3. İzlem Danışmanlığı

- İzlem ziyaretlerinin amaçları şunlardır:
- Kullanıcının gebeliği önleyici yöntem uygulama kararını güçlendirmek,
- Kullanıcının yöntemden memnun olup olmadığını, yöntemi kullanmaya devam edip etmediğini öğrenmek,
- Kullanıcının yöntemi doğru uygulayıp uygulamadığını kontrol etmek ve gerekirse, kullanım kurallarını yinelemek,
- Gerekli malzemeyi sağlamak,
- Kullanıcının sorularını yanıtlamak,
- Yöntem konusunda güven vermek ve olası küçük yan etkileri tedavi etmek
- Kullanıcının genel sağlık durumunda ve yaşam koşullarında, yöntemi değiştirmesini veya uygulamayı bırakmasını gerektiren bir değişiklik olup olmadığını saptamak.

İlk izlem ziyaretinin zamanı, kullanılan kontraseptif yönteme bağlıdır. **Başlıca kontraseptif yöntemler için genelde aşağıdaki izlem zamanları önerilir:**

- Oral kontraseptifler 2-4 hafta sonra
- RİA'lar 1 ay sonra
- Enjekte edilen kontraseptifler, implantlar 1 veya 3 ay (tipine bağlı) sonra
- 1 hafta sonra

Daha sonraki izlemler, kısmen kontraseptif yönteme ve verilen malzeme miktarına (örn. kaç kutu hap veya kondom verildiğine) bağlıdır. Her kadın, yılda en az bir kez genel muayeneden geçmelidir. Bütün kadınlara, yılda en az bir kez pelvik muayene yapılması önerilir; RİA kullananlara mutlaka yapılmalıdır. İzlem ziyaretleri sırasında yapılan danışmanlık, ilk danışmanlıktakinden farklıdır. Sağlık personeli özellikle, sevk edilmesi gereken önemli sorunlarla, kolayca giderilebilecek küçük sorunları ayırt edebilmelidir.

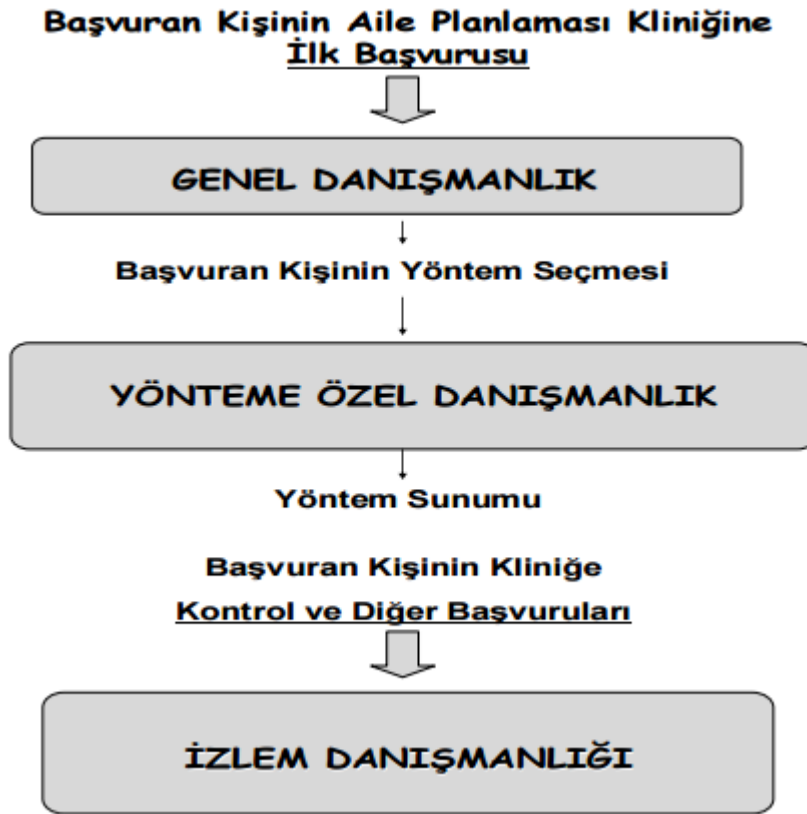
Malzeme almak için sağlık kurumuna gelen kişilere izlem danışmanlığı verilmelidir.

- İzlemlerde başvuranın sağlığının kötü olduğuna işaret eden uyarı işaretleri varsa, tedavi verin, gerekirse sevk edin,
- Başvuranlar genellikle normal kabul edilen yan etkilerden şikayetçi olurlar. Tıbbi açıdan bir önemi olmamasına rağmen, bu yan etkiler, bazı başvuranlar için rahatsızlık verici olabilir. Başvuranın endişelerinin gözardı edilmemesi önemlidir. Onu dikkatlice dinleyin ve destek olun.
- Başvuran, yöntemin beklenen yan etkilerini kesinlikle tolere edemiyorsa, yöntem değiştirmesini önerebilirsiniz.
- İzlem ziyaretlerinde, yan etki ve komplikasyonlardan şikayetçi olmayan kadınlar da bazen yöntemi değiştirmek istediklerini söyleyebilir. Bu durumu normal karşılayınız.

“Danışmanın görevi, belli bir yöntemi önermek değil, başvuranın memnuniyetini sağlamaktır.”

Çocuk sahibi olmak için yöntem bırakmak isteyen başvuranlara antenatal bakım hakkında bilgi verilmelidir. İzlem ziyaretleri, hizmetin sürekliliğinin ve başarısının sağlanmasında çok önemlidir. Bu nedenle izleme gelen başvuranlara “sağlık kurumuna tekrar gelmelerinden memnun” olmalarını sağlayınız.

Gebeliği Önleyici Yöntem Kliniklerinde İzlenecek Danışmanlık Planı:



İyi Bir Gebeliği Önleyici Yöntem Danışmanlığının 6 ilkesi:

1. Başvuranlara iyi davranma: Danışman her zaman nazik ve saygılı olmalıdır. Bu, başvuranda güven duygusu ve duyarlı konularda bile açıkça konuşabilme rahatlığı uyandırır. Danışman açık bir dille konuşur; soruları sabırla ve tam olarak yanıtlar. Başvuran, konuşulanların o odada kalacağından emindir; mahremiyeti önemsenir.

2. Güçlü bir etkileşim-iletişim kurma: Başvuran herkes farklıdır. Danışman dinler, öğrenir ve başvurana yanıt verir. Başvuranın ihtiyaçlarını, kaygılarını ve durumunu anlamak için onu konuşmaya ve soru sormaya teşvik eder.

3. Başvuranın gereksinimine uygun bilgi verme: Danışman başvurayı dinlerken onun için en önemli bilginin ne olduğunu anlamaya çalışır. Verdiği bilgilerle başvuranın gereksinimleri arasındaki ortak paydayı bulur ve vereceği bilgiyi onun koşullarına uyarlar. Bilginin kişiye göre anlatılması, başvuranın gereksinimi ve bilgisi arasındaki aralığı kapatan bir köprü görevi yapar.

4. Gereğinden fazla bilgi vermekten kaçınma: Başvuranlar, karar vermeden önce bilgiye gereksinim duyarlar. Kimse, öğrendiği tüm bilginin tamamını kullanamaz. Gereğinden fazla bilgi vermek, önemli olan bilginin hatırlanmasını engeller. Başvuranın ihtiyacı olan, öğrenmek

3. BASİT olmalı, Kısa cümlelerle, başvuranın anlayacağı, tıbbi olmayan dil kullanılarak anlatılmalı,
4. TEKRARlanmalı, Önemli bilgiler tekrar tekrar vurgulanmalı, Kişinin bunları tekrarlaması istenmeli.

Gebeliği Önleyici Yöntem Danışmanlık Adımları “KAYNAK”:

KAYNAK danışmanlık adımlarını hatırlamanın çok iyi bir yoludur. Bu eğitim boyunca, temel prensip olarak KAYNAK kullanılacaktır.

1. Karşılayarak selamlayınız:

- Başvurayı nazikçe karşılama,
- Kendini tanıtip, nasıl yardımcı olabileceğini sorma,
- Konuşmayı mahrem bir ortamda, kimsenin duyamayacağı bir ortamda yapma,
- Mahremiyet konusunda güven verme,

2. Alaka göstererek sorular sorma:

- İlk defa başvuran kişiye, yaşını, medeni durumunu, gebelik sayısı, doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı gibi soruları içeren doğurganlık öyküsünü, doğurganlık hedeflerini, planlarını sorma,
- Geçmişte ve halen kullandığı gebeliği önleyici yöntemleri ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan (CYBE) korunma yöntemini sorma,
- Gebeliği önleyici yöntem konusundaki gereksinimlerini, isteklerini, şüphelerini, sorularını veya sorunlarını anlatmaya teşvik etme,

3. Yöntemler konusunda bilgi verme:

- İstenmeyen gebelikleri önleyici yöntemler konusunda bildiklerini sorup yanlışları düzeltme,
- Tüm yöntemlerin yararları ve yan etkileri hakkında bilgi verme,
- Hangi yöntemin nereden ve nasıl temin edilebileceğini anlatma.

4. Ne tür yöntem seçeceğine yardımcı olma:

- Başvuranın gereksinimleri ve tercihlerine uyacak bir gebeliği önleyici yöntemle karar vermesine yardımcı olma,
- Yöntemin güvenilirliği ile ilgili bilgi verme,
- Kararı kesinleştirme,

5. Açıklayıcı bilgiler verme:

- Başvuranın karar verdiği yöntemi mümkünse hemen sunma, uygulama, değilse ne zaman ve nereden alınabileceğini açıklama,
- Yöntemin nasıl kullanılacağını açıklama,
- Yöntemin yan etkilerini açıklama, gerekli broşürleri verme,
- İsteddiği her zaman veya sorunu olduğunda rahatça gelebileceğini açıklama,
- Acilen başvurulması gereken durumları hatırlatma,
- Kontrol için ne zaman geleceğini hatırlatma,

6. Kontrole çağırma:

- Kontrole geldiğinde yöntemi kullanıp kullanmadığını, kullanıyorsa yöntemle ilgili her hangi bir sorunu olup olmadığını sorma,
- Hafif yan etkilerle ilgili önerilerde bulunma,
- Ciddi yan etki (varsa) veya sorunları tedavi için sevk etme,
- Başvuran, kullandığı yöntemi değiştirmek ya da bırakmak istiyorsa yeni yöntem için yardımcı olma.

Özetle;

- “Karşılıyarak selamlayınız,
- Alaka göstererek sorular sorunuz,
- Yöntemlerle ilgili bilgi veriniz.
- Nasıl bir yöntem seçeceğine yardımcı olunuz.
- Açıklayıcı bilgilerle yöntemin kullanılmasını öğretiniz,
- Kontrol ziyaretine gelmesini söyleyiniz”den oluşan KAYNAK’ın tüm basamaklarını gördük.
- Başvuranın ihtiyaçlarına göre bu basamakların sırası ve içerikleri değişebilir!
- Bireysel değerlendirme önemlidir;
- Bütün basamakların uygulanması sadece ilk ziyaretlerde gerekli olabilir.
- İlk ziyareti izleyen ziyaretler, genellikle daha kısa olur ve başvuranın ihtiyaçlarına göre şekillenir.
- Bazı durumlarda, başvuran gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgili olduğundan veya bazı tercihleri olduğu için, danışmanlık daha kısa sürebilir.

İyi Bir Danışmanlık Ortamı:

a. Olumlu ortam: Güvenlik, mahremiyet, gizlilik, saygınlık, rahatlık sunan” pozitif” bir görüşme ortamının temin edilmesi, görüşmenin kesintiye uğramadan sürdürülmesini sağlayacak koşulların hazırlanması (sık sık telefonun çalması, kapının açılıp kapanması v.b)

b. Fiziksel koşullar: Danışmanlık ısıtma, aydınlatma koşulları uygun, hizmet ile ilgili malzeme, rehber, broşür, poster, afiş ile donatılmış, başvuranın ve danışmanın oturacağı yer ve bir masanın bulunduğu temiz bir ortamda verilmelidir. Bu danışmanlığın verileceği ayrı bir oda olacağı gibi koşullara bağlı olarak sağlık kurumundaki her hangi bir odanın bir bölümü olabilir. Koşullar uygun ve yeni bir danışmanlık odası planlanıyorsa, kültüre uygun, başvuranlarca kabul edilebilecek bir dekorasyon yapılmalı,

Araya bariyer koymaksızın, başvuran ile danışmanın aynı seviyede göz teması kurabilecekleri, 90° açı ile veya yüz yüze, birbirinin mahrem alanına girmeden (30-50 cm) oturabilecekleri bir oturma düzeni olmalıdır.

GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEM DANIŞMANLIĞI ÖĞRENİM REHBERİ

- 1- Geliştirilmesi gerekir :** Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması
- 2- Yeterli :** Basamağın sırasında ve doğru olarak uygulanması, eksikliklerin olması ya da eğiticinin desteğinin gerekmesi
- 3- Ustalaşmış :** Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması
- G/Y(Gözlem yapılmadı) :Basamağın eğitici tarafından gözlenmemiş olması

KATILIMCININ ADI-SOYADI -----

KURS TARİHİ -----

I. KARŞILAYARAK SELAMLAMA

K 1 Başvurayı (varsa eşini de) karşılama:

- Gerekli mahremiyeti sağlama
- Yakınlık gösterme
- Kendini tanıtmak
- Başvuranın (varsa eşinin) adını öğrenme

2 Başvurayı rahatlatma:

- Oturacak yer gösterme
- İletişim için gerekli uzaklığı ayarlama
- İletişim sırasında başvurulanla yüzyüze olma
- İlgi gösterme, varsa başka sorunları ile de ilgilenme
- Dostça davranma
- Nazik davranma
- Sohbet eder gibi danışmanlık yapma

3 Duygularını anlamaya çalışma:

- Kendini başvuranın yerine koyma,
- Başvuranın ses tonuna, kullandığı kelimelere, yüz ifadesine, hareketlerine dikkat etme (endişeli, sıkıntılı, rahat, memnun v.b.)

4 Sıcaklık ve Yakınlık Gösterme (olumlu beden dilini kullanma):

- Göz teması kurma
- Tebessüm etme
- Şaka yapma
- Sıcak ses tonu kullanma
- Hafifçe öne eğilme
- Kolları ve ayakları “açık” olarak rahat bir pozisyonda oturma

II. ALAKA GÖSTEREREK SORULAR SORMA

A 5 Etkin Dinleme:

- Başvuranın “ne” söylediğini dinleme
- “Nasıl” söylediğine dikkat etme
- Başvuranın söylediğini tekrar etme

Başvuranın söylediğini tekrar etme Başvuranı dinlerken, başvuranın yüzüne bakma Rahatsız edici hareketlerden kaçınma Soru sormaya teşvik etme Her aşamada soru sorabileceğini belirtme Anlaşılmadığında, aynı soruyu farklı şekillerde sorarak anlamasını sağlama Danışmanlık ve bilgi verme esnasında sadece başvuran ile ilgilenme, başka işle meşgul olmama					
6 Doğurganlık öyküsünü sorma: Yaş Evlilik durumu (bekar mı?) Gebelik sayısı Doğum sayısı Yaşayan çocuk sayısı, yaşları, cinsiyetleri (çocuksuz mu?) En küçük çocuğun yaşı, cinsiyeti, sağlık durumu Gelecek doğurganlık hedefleri					
7. Gebeliği önleyici yöntem kullanma öyküsünü sorma: Geçmişte kullandığı/kullanmakta olduğu AP yöntemleri Kullanmakta olduğu yöntem(ler)i Kullanmakta olduğu yöntemi değiştirme nedenleri Kalıcı olmayan yöntemler hakkındaki bilgilerini öğrenme					
8 Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan koruyucu yöntem kullanma öyküsünü sorma: Nazikçe, incitmeden CYBE açısından risk durumunu değerlendirme					
9 Gebeliği önleyici yöntem konusundaki beklentilerini sorma: Gereklerini sorma İsteklerini sorma Şüphelerini sorma Sorularını alma Sorunlarını anlatmaya teşvik etme					
III. YÖNTEMLER KONUSUNDA BİLGİ VERME					
10 İstenmeyen gebelikleri önleyici yöntemler (AP) hakkında bilgi verme: Bildiği yöntemleri sorup, yanlışları düzeltme Bildiği yöntemden başlama Tüm yöntemlerin yararları hakkında bilgi verme Tüm yöntemlerin yan etkileri hakkında bilgi verme Herbir yöntemin nereden temin edilebileceğini anlatma Herbir yöntemin nasıl temin edilebileceğini anlatma					
11 Acele etmeden, dikkatli bir şekilde, BASİT açıklamalar yapma					
12 Tıbbi terimler içermeyen, başvuranın anlayacağı kelimeler kullanma					

13 KISA cümleler kullanma,						
14 Anlayıp anlamadığını kontrol etme,						
15 Anlamadığında tekrar açıklama,						
16 Görsel-İşitsel yöntemleri kullanma: Yöntemleri gösterme Resimli Rehber v.b. kullanma Posterleri gösterme Broşürleri gösterme ve açıklama						
IV. NE TÜR YÖNTEM SEÇECEĞİNE YARDIMCI OLMA						
17 Başvuranın gereksinimleri ve tercihlerine uyacak bir AP yöntemine karar vermesine yardımcı olma						
18 Yöntemin güvenilirliği ile ilgili bilgi verme						
19 Kararı kesinleştirme						
20 Başvurayı düşüncelerini tartışması ve sorular sorması için destekleme						
21 Başvuran, başka bir konuyu tartışmak isterse, o konu ile de ilgilenme						
22 Başvuranın gereksinimlerini, endişelerini, korkularını anlama ve gidermeye çalışma						
23 Başvuranın gereksinimleri doğrultusunda karar vermesine yardımcı olma: Bir AP yöntemine karar verecekse, yöntem seçmesine yardımcı olma Seçilen yöntem hemen sunulabiliyorsa, seçilen yönteme özel danışmanlık basamaklarına geçme Seçilen yöntem hemen sunulamıyorsa, uygun bir merkeze yönlendirme Bir sorusu veya sorunu olduğunda sağlık kuruluşlarına başvurmaya teşvik etme						
24 Gebeliği önleyici yöntemleri poliklinik defterine kaydetme						
25 Kadını “15-49 yaş grubu” izlem kartına kaydetme						
26 Kadını “Kişisel Sağlık Fişi”ne kaydetme						

KAYNAKLAR:

- 1- Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı No: 3-B Aile Planlaması Danışmanlığı, T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, 2009 ISBN 975-590-136-1
- 2- Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Cilt 1, Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000.
- 3- Aile Planlaması Danışmanlığı Eğitim Programı, eğitici kitabı, Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, AVSC, Ankara, 1998.
- 4- Kişilerarası İletişim ve BEİ Materyali Kullanım Becerilerinin Geliştirilmesi Eğitimi, eğitici el kitabı, Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, JHU/PCS, Ankara, 1998.
- 5- Aile Planlaması Klinik Uygulama Kurs Rehberi, Sağlık Bakanlığı, AÇSAP Gen. Müd., JHPIEGO, Ankara, 2002.
- 6- Population Reports: KAYNAK, Danışmanlık Rehberi, Cilt XXVI, sayı 4, Aralık 1998.
- 7- Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul, 1997.
- 8- Comprehensive Counseling for Reproductive Health-Trainer Manual, Engender Health,

