

# Bölüm 8

## DOĞUM ÖNCESİ BAKIM

Ruveyde AYDIN<sup>1</sup>  
Songül AKTAŞ<sup>2</sup>

### İÇİNDEKİLER

- ◆ Doğum Öncesi Bakım
- ◆ Dünyada ve Türkiye’de Doğum Öncesi Bakımın Tarihi
- ◆ Doğum Öncesi Bakımın Sayısı Ve Zamanı
- ◆ Doğum Öncesi Bakımın İçeriği
- ◆ Gebenin Değerlendirilmesi ve Bakım
- ◆ Gebelikte Fiziksel Değerlendirme ve Bakım
- ◆ Gebelikte Psikososyal Değerlendirme ve Bakım
- ◆ Gebelikte Sık Görülen Yakınmalar ve Öneriler
- ◆ Doğuma Hazırlık Sınıfları



### ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Hedef 1	Doğum öncesi bakımı tanımlayabilme
Hedef 2	Doğum öncesi bakımın önemini kavrayabilme
Hedef 3	Doğum öncesi bakım rehberine göre gebelik izlemlerini açıklayabilme
Hedef 4	Gebelikte fiziksel muayene yapabilme
Hedef 5	Gebelikte görülen fizyolojik değişiklikler ile patolojik değişiklikleri ayırt edebilme
Hedef 6	Gebelikte görülen yakınmaları nedenleri ile birlikte açıklayabilme
Hedef 7	Gebelikte görülen yakınmalara göre bakım ve danışmanlık sağlayabilme
Hedef 8	Doğuma hazırlık sınıflarının önemini kavrayabilme
Hedef 9	Doğuma hazırlık sınıflarında kullanılan felsefeleri açıklayabilme
Hedef 10	Doğuma hazırlık sınıfına katılmanın gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin etkilerini açıklayabilme
Hedef 11	Doğuma hazırlık sınıflarında ebe ve hemşirenin rolünü açıklayabilme

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD., aydinruveyde@gmail.com

<sup>2</sup> Doç.Dr. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, songulbora52@gmail.com



## DOĞUM ÖNCESİ BAKIM

Doğum öncesi bakım (DÖB); gebenin ve fetüsün düzenli aralıklarla ülkenin ulusal doğum öncesi bakım rehberleri dahilinde muayene edildiği, gerekli eğitim ve danışmanlığın verildiği birinci basamak koruyucu sağlık hizmetidir. DÖB hizmetleri; bir kadının gebelik öncesi ve gebeliğinde var olan hastalıklarının tespit edilmesi, sağlığı geliştirici davranışları kazanması ve var olan ya da gelişebilecek risklerin öncesinden tespit edilerek önlemlerin alınması, sağlıklı ve pozitif gebelik deneyiminin gerçekleşmesi, sağlıklı yenidoğanın dünyaya gelmesi ve yaşama sağlıklı başlaması gibi olumlu katkılarıyla anne yenidoğan sağlığı açısından önem taşımaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2017 yılında yaklaşık 295.000 kadın gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar sonucu hayatını kaybetmiştir. Bu sayı “her gün yaklaşık 810 kadının” hayatını kaybettiği anlamına gelmektedir. Bu kadınların %94’ünü ise gelişmekte olan ya da az gelişmiş bölgelerdeki anneler oluşturmaktadır.

DÖB; risk tanımlaması, önleme, gebelik ile ilgili veya eşzamanlı hastalıkların yönetimi, sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme bileşenlerini içerir. Yapılan geniş kapsamlı çalışmalarda DÖB’in zamanında ve kanıta dayalı uygulamalar ile hayat kurtarabileceği belirtilmiştir. Bu nedenle DÖB gebeliğin teşhis edildiği en erken dönemde başlamalıdır. Birleşmiş Milletler Milenyum Kalkınma Hedeflerine göre; ülkelerin anne ölüm oranınının %75 azaltılması hedeflenmiştir. Dünyada bu hedefi gerçekleştirebilen 16 ülke arasında yer alan ülkemiz; DSÖ verilerine göre anne ölüm oranını %83.5 oranında azaltmayı başarmıştır.

Ülkelerin gebelik ve doğumla ilgili önenebilir mortalite ve morbidite oranlarını azaltmak için ülke sağlığını yükseltici poli-

tikalar geliştirilmesi ve tüm kadınların eşit ve istendik düzeyde DÖB alması gerekmektedir. Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuk Acil Yardım Fonu’nun (2015) raporuna göre Dünyada gebe kadınların %86’sı sağlık personelinen en az bir kez DÖB bakım alırken, kadınların yalnızca %62’sinin en az dört kez bakım aldığı belirtilmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2018 (TNSA) verilerine göre bir kez DÖB alan kadınların oranı %96 iken, dört veya daha fazla sayıda DÖB alan kadınların oranınının %90 olduğu görülmüştür. DÖB alma durumu kadının yaşı, kendi ve eşinin eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durumu, yaşadığı bölge, kültürel yapı ve çocuk sayısı gibi birçok faktör etkilenmektedir.

## DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE DOĞUM ÖNCESİ BAKIMIN TARİHİ

Dünyada ve ülkemizde DÖB 1900’lü yıllara dayanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde bir hastanenin hemşireleri, hastaneye kayıtlı gebelere ev ziyaretleri yapmış ve bu ziyaretlerin maternal ve fetal sağlık üzerine olumlu etkileri olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum DÖB’ in ortaya çıkmasına öncülük etmiştir.

DSÖ 1985’te bütün dünyada 500,000 anne ölümünün meydana geldiğini ve bunun %99’unun gelişmekte olan ülkelerde olduğunu belirtmektedir. Bu sayılar “her dakikada bir kadının öldüğünü” ortaya koymaktadır. DSÖ öncülüğünde 1987 yılında Nairobi’de anne ve yenidoğan ölümlerini azaltmak için bir konferans düzenlenmiştir ve burada “Güvenli Annelik” programı başlatılmıştır. Bu konferansta maternal ve neonatal ölümlerin büyük çoğunluğunun gelişmekte olan ülkelerde olduğuna dikkat çekilmiş, toplantıda DÖB’in önemine vurgu yapılmıştır. Konfe-



ransta DÖB'in yaygınlaştırılması, eğitilmiş ebe ve hemşire sayısının artırılması ve 2000 yılına kadar maternal mortalite oranlarının %50 azaltılması, maternal ölümlerin azaltılması için kırsal kesimlerde DÖB hizmetlerine erişimi artırmak için eğitilmiş sağlık personeli ve sağlık merkezi sayısının artırılması hedeflenmiştir. Ardından 1994'te Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) Eylem Programında, 1997'de Sri Lanka'da gerçekleşen Güvenli Annelik İstisare Toplantısında ve 1999'da New York'ta oluşan ICPD değerlendirme toplantısında; DÖB'in yaygınlaştırılması, sağlık profesyoneli sayısının artırılması, tüm kadınların eşit sağlık hizmeti erişim hakkına sahip olması ve güvenli annelik uygulamalarının önemine vurgu yapılarak maternal morbitide ve mortalitenin azaltılması hedeflenmiştir.

Türkiye'de DÖB'in tarihine baktığımızda; Osmanlıda gebelik, doğum ve doğum sürecine ilişkin bakım usta çırak ilişkisi içinde çalışan geleneksel ebelerin görevi olduğu görülmektedir. Anne hastalık ve ölümleri azaltmak için ebelerin eğitilmesine önem verildi. Ülkemizde 1843 yılında Tıbbiye Mektebi'nde ebelik kursları ve sonrasında 1909 yılında Ebe Mektebi açılmıştır. 1926 yılında Doğum ve Çocuk Bakımevleri kurulmuş, 1937 yılında doğumevleri bünyesinde köy ebe okulları açılmış ve 1952 yılında Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezleri kurulmuştur. 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında sağlık ocaklarında tüm kadınlara ücretsiz DÖB'in verilmesi hedeflenmiştir. Sağlıkta dönüşüm politikası kapsamında 2010 yılında aile hekimliği uygulaması programına geçilmiştir. Aile hekimliklerinde kadın sağlığının yükseltilmesi, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, gebeliklerin erken tespiti, DÖB alım oranlarının artırılması için yılda iki kez

15-49 yaş arası kadınların izlemi yapılmaktadır. Bunlara ek olarak aile hekimliklerinde DÖB kapsamında gebe takipleri yapılmakta ve gebe bilgilendirme sınıflarında gebelere eğitim ve danışmanlık verilmektedir.

## DOĞUM ÖNCESİ BAKIMIN SAYISI VE ZAMANI

DÖB'in sayısı ve zamanı hakkında tam bir kanıt olmamakla birlikte ülkelerin ulusal DÖB rehberlerine göre değişiklik göstermektedir. Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (ACOG) herhangi bir sağlık problemi tespit edilmeyen bireylerin 28. haftaya kadar dört haftada bir, 29-35. haftaları arasında iki-üç haftada bir, 36. haftadan sonra haftada bir olmak üzere toplam 12-14 kez gebe takibinin yapılmasını önermektedir. DSÖ (2012) gebeliğin ilk 12. haftada belirlenmesini, risk varlığının tespitinin ve yönetiminin planlanmasını önermektedir. DSÖ 2016 yılında DÖB önerileri hakkında bir rehber yayınlamıştır. Bu rehberde gebelik sağlıklı ise en az sekiz izlemi içermesini önermektedir. Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığının 2018 yılında yayınladığı DÖB rehberi temel alınmaktadır. DSÖ'nün 2012 ve 2016 yılı ve Türkiye Sağlık Bakanlığının 2018 yılı DÖB izlem sıklığı Tablo 1'de verilmiştir.

## DOĞUM ÖNCESİ BAKIMIN İÇERİĞİ

DÖB'in içeriği ülkelerin ulusal rehberlerinde farklılık gösterebilir. Bu farklılığın nedeni ülkenin gelişmişlik düzeyi, sağlık politikaları ve bulunduğu bölgedeki endemik hastalıkların varlığından kaynaklanmaktadır. Temel alınan rehber ne olursa olsun DÖB; bir kadının hayatının dönem noktası olan gebelik sürecinde gebe ile birlikte ailesi ve yaşadığı çevre ile iletişim kurmasını, psiko-sosyal açıdan değerlendirilmesini,

dirmeyi ve gebeliğini pozitif deneyimlemesini amaçlamaktadır. DSÖ (2016) gebeliğin pozitif deneyimlenebilmesi için DÖB'in zorunluluğuna vurgu yapmaktadır. DSÖ (2016) pozitif gebelik deneyimini şöyle tanımlamaktadır:

- ◆ Fiziksel ve sosyokültürel normallliği korumak,
- ◆ Anne ve bebek için sağlıklı bir gebelik sürdürmek (risklerin, hastalıkların ve ölümün önlenmesi ve tedavi edilmesi)
- ◆ Pozitif anneliğe ulaşmak (annenin özsaygısı, yeterliliği ve özerkliği dahil).

DSÖ (2016) pozitif gebelik deneyimi için DÖB alımının yaygınlaştırılması ve içeriğine yönelik önerilerde bulunmuştur. Bu öneriler; beslenmeye yönelik müdahaleler, maternal ve fetal değerlendirme, önleyici tedbirler, yaygın fizyolojik semptomlara yönelik müdahaleler ve DÖB'a katılımı artırmak ve kalitesini iyileştirmek için sağlık sistemi müdahaleleri olmak üzere beş kategori altında Tablo 2'de özetlenmiştir.

Türkiye'de DÖB'da Sağlık Bakanlığının 2018 yılında yayınladığı DÖB rehberi kullanılmaktadır. Bu rehber DSÖ ve diğer uluslararası sağlık kuruluşlarının belirlediği standartlar temel alınarak oluşturulmuştur. DÖB rehberine göre gebeliğin tespitinin ve gebe risk değerlendirilmesinin gebeliğin ilk 14. haftasında yapılması önerilmektedir. Risk

durumu tespit edilmeyen gebelerin en az dört DÖB alması önerilmektedir. Dört izlemin içeriği aşağıda özetlenmiştir:

#### **Birinci izlem (0-14. Haftada)**

- ◆ Gebeliğin tespiti yapılır. Gebeliğin tespiti 14. haftadan sonra yapıldı ise ilk görüşme ilk izlem sayılır.
- ◆ Kadının kişisel bilgileri alınır (yaş, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durumu vb.).
- ◆ Kronik ve sistemik hastalıklar, psikiyatrik hastalıklar, geçirilmiş operasyonlar, madde kullanımı, alerji öyküsü ve aile öyküsünü içeren tıbbi öykü alınır.
- ◆ Gebelik, doğum ve düşük sayısı, geçmiş gebelik, doğum ve doğum sonu deneyiminde yaşanan problemler, daha önceki canlı doğumlara ait bilgiler (yaş, cinsiyet, kilo, anne sütü alma durumu vb.) ve tetanoz toksoid immunizasyon uygulamasını içeren kapsamlı bir obstetrik öykü alınır.
- ◆ Mevcut gebeliğe ilişkin yakınmaları, kullandığı ilaçlar ve gebelik tehlike işaretlerine ait yakınmalar (vajinal kanama, görme bozukluğu, HT, baş ağrısı, ödem, karın ağrısı vb.) sorgulanır.
- ◆ Fizik muayenede gebenin beden kitle indeksi, kan basıncı-nabızı, ödem durumu, anemi ve cinsel yolla bulaşan hastalık bulgusu, gebelik haftası uyumu için fundus yüksekliği, fetal kalp sesleri ve hareketleri değerlendirilir.

**Tablo 1.** DSÖ ve Türkiye Sağlık Bakanlığı DÖB izlem sıklığı

Trimester	DSÖ (2012)	DSÖ (2016)	Sağlık Bakanlığı (2018)
trimester	1. izlem: ilk 12 hafta içinde	1. izlem: ilk 12 hafta içinde	1. izlem: 0-14 hafta içinde
trimester	2. izlem: 24-26. hafta	2. izlem: 20. hafta 3. izlem: 26. Hafta	2. izlem: 18-24 hafta
trimester	3. izlem: 32. hafta 4. izlem: 36-38. hafta	4. izlem: 30. hafta 5. izlem: 34. hafta 6. izlem: 36. hafta 7. izlem: 38. hafta 8. izlem:40. hafta	3. izlem: 28-32. hafta 4. izlem: 36-38. haftada 30-32 hafta



**Tablo 2.** DSÖ'nün pozitif gebelik deneyimi için DÖB'a yönelik önerileri

<b>A. Beslenmeye Yönelik Müdahaleler</b>		
	<b>Öneriler</b>	<b>Öneri tipi</b>
Beslenme müdahaleleri	Gebe kadınların sağlıklı kalmaları ve gebelik sırasında aşırı kilo alımını önlemeleri için gebelikte sağlıklı beslenme ve fiziksel olarak aktif kalma konusunda danışmanlık yapılması önerilir.	Önerilir
	Yetersiz beslenen popülasyonlarda, düşük doğum ağırlıklı yenidoğan riskini azaltmak için gebe kadınların günlük enerji ve protein alımını artırmaya yönelik beslenme eğitimi önerilir.	Duruma özel öneri
	Yetersiz beslenen popülasyonlarda, gebe kadınların ölü doğum ve gestasyonel yaşa göre küçük yenidoğan riskini azaltmak için dengeli enerji ve protein diyet takviyesi önerilir.	Duruma özel öneri
Demir ve folik asit takviyesi	Gebelikte maternal anemi, postpartum sepsis, düşük doğum ağırlığı ve erken doğumun önlenmesi için 30-60 mg demir ve 0.4 mg folik asit alımı önerilir.	Önerilir
	Kontraendikasyonları nedeniyle demir alımının problem olduğu ya da maternal anemi prevalansının %20 altında olduğu gebe kadınlarda haftada bir kez 120 mg elementer demir ve 2.8 mg folik asit kullanımı tavsiye edilir.	Duruma özel öneri
Kalsiyum takviyesi	Diyetle kalsiyum alımı düşük olan popülasyonlarda, preeklampsi riskini azaltmak için gebe kadınlara günlük kalsiyum takviyesi (1,5-2,0 g oral elemental kalsiyum) önerilir.	Duruma özel öneri
A vitamini takviyesi	A vitamini takviyesi, gece körlüğünü önlemek için sadece A vitamini eksikliğinin ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğu bölgelerde gebe kadınlara önerilir.	Duruma özel öneri
Çoklu mikro besin takviyeleri	Anne ve perinatal sonuçları iyileştirmek için gebe kadınlara çoklu mikro besin takviyesi önerilmez.	Önerilmez
B6 vitamini takviyeleri	Anne ve perinatal sonuçları iyileştirmek için gebe kadınlara B6 vitamini (piridoksin) takviyesi önerilmez.	Önerilmez
C vitamini alımı	Anne ve perinatal sonuçları iyileştirmek için gebe kadınlara E ve C vitamini takviyesi önerilmez.	Önerilmez
D vitamini alımı	Anne ve perinatal sonuçları iyileştirmek için gebe kadınlara D vitamini takviyesi önerilmez.	Önerilmez
Kafein alımını kısıtlama	Günlük kafein alımı yüksek olan (günde 300 mg'dan fazla) gebe kadınlar için, gebelik sırasında günlük kafein alımının azaltılması, gebelik kaybı ve düşük doğum ağırlıklı yenidoğan riskini azaltmak için önerilir.	Duruma özel öneri
<b>B. Maternal ve fetal değerlendirme</b>		
<b>B1. Maternal değerlendirme</b>		
Anemi	Tam kan sayımı testi, gebelikte anemi teşhisi için önerilen yöntemdir. Tam kan sayımı testinin mevcut olmadığı ortamlarda, gebelikte anemi teşhisi yöntemi olarak hemoglobin renk skalasının kullanılması yerine bir hemoglobinometre ile yerinde hemoglobin testi yapılması önerilir.	Duruma özel öneri
Asemptomatik bakteri	Orta akım idrar kültürü, gebelikte asemptomatik bakteriüri (ASB) teşhisi için önerilen yöntemdir. İdrar kültürünün mevcut olmadığı ortamlarda, gebelikte ASB teşhisi için yöntem olarak dipstick testlerinin kullanılması yerine yerinde orta akım idrar gram boyama önerilir.	Duruma özel öneri
Eş/partner şiddeti	DÖB'ı iyileştirmek için eş/partner şiddeti tespit edilmelidir ve gerekli destek sağlanmalıdır.	Duruma özel öneri

**Tablo 2.** DSÖ'nün pozitif gebelik deneyimi için DÖB'a yönelik önerileri (DEVAMI)

<b>B. Maternal ve fetal değerlendirme</b>		
<b>B1. Maternal değerlendirme</b>		
Gestasyonel diyabet	Gebelikte herhangi bir zamanda saptanan hiperglisemi, DSÖ kriterlerine göre gebelikte gestasyonel diyabetes mellitus (GDM) veya diyabetes mellitus olarak sınıflandırılmalıdır.	Önerilir
Tütün kullanımı	Sağlık profesyonelleri tüm gebe kadınlara gebelikte her DÖB ziyaretinde tütün kullanma ve maruz kalma durumunu sorgulamalıdır.	Önerilir
Madde kullanımı	Sağlık profesyonelleri tüm gebe kadınlara gebelikte her DÖB ziyaretinde alkol ve diğer madde kullanma ve maruz kalma durumunu sorgulamalıdır.	Önerilir
HIV ve sifiliz	HIV testi ve danışmanlığı, tüm DÖB merkezlerinde gebe kadınlara yönelik bakım paketinin rutin bir bileşeni olarak düşünülmelidir. HIV testini sifiliz, viral veya diğer temel testlerle entegre etme çabasının maternal ve fetal sağlığı güçlendirmek için DÖB'nin önemli bir bileşeni olarak düşünülmelidir.	Önerilir
Tüberküloz	Genel popülasyonda tüberküloz (TB) prevalansının 100/100.000 nüfus veya daha yüksek olduğu ortamlarda, antenatal bakımın bir parçası olarak gebe kadınlar için aktif TB için sistematik tarama düşünülmelidir.	Duruma özel öneri
<b>B2. Fetal değerlendirme</b>		
Günlük fetal hareket sayımı	Günlük 10 tane fetal hareket sayımının olması önerilir.	Duruma özel öneri
Fundus yüksekliğinin ölçümü	Fetal büyümenin değerlendirilmesi için abdominal palpasyon yerine simfizis-fundal yükseklik ölçümünün kullanılmasını önermez. Abdominal palpasyonun uygulanmasını önerir.	Önerilmez
Doğum öncesi kardiyotokografi	Rutin antenatal kardiyotokografi, gebe kadınların maternal ve perinatal sonuçları iyileştirmesi için önerilmez.	Önerilmez
Ultrason taraması	Gebe kadınların gebelik yaşını tahmin etmesi, fetal anomalilerin ve çoğul gebeliklerin tespitini yapması, postterm gebelik için doğum indüksiyonunu azaltması ve bir kadının gebelik deneyimini iyileştirmesi için gebeliğin 24 haftasından önce bir ultrason taraması önerilir.	Önerilir
Fetal kan damarlarının Doppler ultrasonu	Rutin Doppler, ultrason muayenesi, gebe kadınların maternal ve perinatal sonuçları iyileştirmesi için önerilmez.	Önerilmez
<b>C. Önleyici tedbirler</b>		
Aseptomatik bakteriüri için antibiyotik kullanımı	Aseptomatik bakteriüri olan tüm gebe kadınlara, kalıcı bakteriüriyi, erken doğum ve düşük doğum ağırlığını önlemek için yedi günlük bir antibiyotik rejimi önerilir.	Önerilir
Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarını önlemek için antibiyotik profilaksisi	Antibiyotik profilaksisi gebe kadınlarda tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarını önlemek için önerilebilmektedir.	Duruma özel öneri
Antenatal anti-D immüno globulin uygulaması	RhD alloimmünizasyonunu önlemek için 28 ve 34. gebelik haftalarında duyarlı olmayan Rh-negatif gebe kadınlara anti-D immüno globulin ile antenatal profilaksi önerilir.	Duruma özel öneri
Tetanoz toksoid aşısı	Tetanoza bağlı neonatal ölümleri önlemek için önceki gebeliğinde tetanoz aşısı olma durumuna bağlı olarak tüm gebe kadınlara tetanoz toksoid aşısı önerilir.	Önerilir



<b>D. Yaygın fizyolojik semptomlara yönelik müdahaleler</b>		
Mide bulantısı ve kusma	Bir kadının tercihlerine ve mevcut seçeneklere bağlı olarak, gebeliğinin erken döneminde mide bulantısının giderilmesi için zencefil, papatya, B6 vitamini ve/veya akupunktur önerilir.	Önerilir
Mide yanması	Gebelikte mide ekşimesini önlemek ve rahatlatmak için diyet ve yaşam tarzı tavsiyeleri önerilir. Yaşam tarzı değişikliği ile düzelmeyen sıkıntılı semptomları olan kadınlara antiasit preparatları önerilebilir.	Önerilir
Bacak krampı	Gebelikte bacak kramplarının giderilmesi için kadının durumuna göre magnezyum, kalsiyum veya ilaçsız tedavi seçenekleri kullanılabilir.	Önerilir
Bel ve pelvik ağrı	Gebelikte düzenli egzersiz, bel ve pelvik ağrı için önerilir. Kadının tercihlerine ve mevcut seçeneklere göre fizyoterapi, destek kemerleri ve akupunktur gibi kullanılacak bir dizi farklı tedavi seçeneği vardır.	Önerilir
Konstipasyon	Buğday gibi lifli gıdalar önerilir.	Önerilir
Varis ve ödem	Varis çorabı, bacak kaldırma gibi farmakolojik olmayan seçenekler, bir kadının tercihlerine ve mevcut seçeneklere bağlı olarak, gebelikte varis ve ödem tedavisi için kullanılabilir.	Önerilir
<b>E. DÖB'a katılımı artırmak ve kalitesini iyileştirmek için sağlık sistemi müdahaleleri</b>		
Kadının elindeki tıbbi dokümanları	Sürekliliği, bakım kalitesini ve gebelik deneyimini iyileştirmek için her gebe kadının gebelik sırasında kendi tıbbi belge/ dokümanlarını taşıması önerilir.	Önerilir
Ebelerin liderliğinde sürekli bakım	Bir ebe yada bir ebelik takımı/ grubu tarafından, gebeliğin başından itibaren doğum, doğum sonu dönemde sürekli ebelik bakım sağlamayı önerir.	Duruma özel öneri
Grup antenatal bakım	Profesyonel sağlık bakım vericiler tarafından, antenatal dönemde gebelerin bireysel tercihlerini gözönünde tutan ve alternatifler sunan doğum öncesi bakım sağlamayı önerir	Duruma özel öneri
İletişim ve desteği sağlamak ve geliştirmek için toplum temelli müdahaleler	Özellikle sağlık hizmetlerine erişimin düşük olduğu kırsal ortamlarda anne ve yenidoğan sağlığını iyileştirmek için kadın gruplarıyla toplum seferberliğinin uygulanması tavsiye edilmektedir. Katılımcı kadın grupları, bakıma erişimin önündeki engeller de dahil olmak üzere gebelik sırasında ihtiyaçlarını tartışmaları ve gebe kadınlara verilen desteği artırmaları için bir fırsat sunar. Sağlık hizmetlerine özellikle erişimin düşük olduğu kırsal ortamlarda, doğum öncesi bakım kullanımını ve doğum öncesi sağlık sonuçlarını iyileştirmek için ev ve toplum seferberliği, doğum öncesi ev ziyaretlerini içeren müdahale paketleri önerilir.	Duruma özel öneri
Kırsal ve uzak bölgelerde sağlık personelinin işe alınması ve bu işin devamlılığının sağlanması	Politika yapımcılar, kırsal ve uzak bölgelerde nitelikli sağlık çalışanlarını işe almak ve bu işin devamlılığını sağlamak için eğitimsel, düzenleyici, finansal, kişisel ve profesyonel destek müdahalelerini göz önünde bulundurmalıdır.	Duruma özel öneri
Doğum öncesi bakım iletişim programları	Perinatal mortaliteyi azaltmak ve kadınların bakım deneyimini olumlu kılmak için en az sekiz doğum öncesi bakım önerilir.	Duruma özel öneri

- ◆ Fiziki değerlendirme sonrası tıbbi öykü, obstetrik öykü ve mevcut gebeliğin değerlendirilmesini içeren “Gebe risk değerlendirme formu” uygulanmaktadır. Gebe bu formda bulunan kriterlerinden birine “evet” yanıtı verdiğinde kadın doğum uzmanına yönlendirilir.
- ◆ Laboratuvar testlerinde; bakteriüri ve proteinüri değerlendirilir, tam kan sayımı yapılır, Rh uyumsuzluğu durumu ve TSH düzeyi değerlendirilir.
- ◆ 11-14. haftalar arasında ikili tarama testi önerilir.
- ◆ Kadın gebeliğinin üç ayına kadar folik asit kullanımı hakkında bilgilendirilir. Anemi tespit edildiğinde demir başlanır. Anemi yoksa demir desteği 16. haftadan itibaren 40-60 mg ile başlanır ve 12 haftadan itibaren 1200 IU/9 damla D vitamini alımına başlanılır.
- ◆ Kadının tetanoz bağışıklaması sorgulanır. Bağışıklaması yoksa 12. haftadan sonra tetanoz bağışıklamasına başlanır.
- ◆ Son olarak kadın gebeliğe ilişkin yakınmalar hakkında bilgilendirilir, beslenme, egzersiz, aşılama, hijyen ve alışkanlıklar konusunda gerekli durumlarda danışmanlık verilir.

#### **İkinci izlem (18-24. Haftada)**

- ◆ Kişisel bilgiler, tıbbi ve obstetrik bilgiler gözden geçirilir.
- ◆ Mevcut gebelik öyküsünde gebelik yakınmaları (bulantı-kusma, mide yanması, sık idrar vb.) ve gebelik tehlike işaretleri (görme bozukluğu, HT, baş ağrısı, kanama vb.) sorgulanır.
- ◆ Demir ve D vitaminin kullanımı ve buna ilişkin yakınmaları sorgulanır.
- ◆ İlaç kullanım durumu ve alkol, sigara ve madde kullanımı sorgulanır ve kayıt altına alınır.
- ◆ Fizik muayenede kilo alımı, kan basıncı, nabız, fundus yüksekliği ve fetal kalp hızı değerlendirilir.

- ◆ Laboratuvar testlerinden idrar tahlili ve tam kan sayımı yapılır.
- ◆ 16-20. haftalar arasında üçlü tarama testi ve 20-22. haftalar arasında fetal anomali taraması önerilir.
- ◆ 24-28. haftalar arasında oral glikoz tolerans testi önerilir.
- ◆ Demir ve D vitamini desteğine devam edilir.
- ◆ Gerekli durumlar hakkında bilgilendirme ve danışmanlık yapılır.

#### **Üçüncü izlem (28-32. Haftada)**

- ◆ Kişisel bilgiler, tıbbi öykü ve obstetrik öykü gözden geçirilir.
- ◆ Mevcut gebeliğe ilişkin yakınmalar, tehlike belirtileri, alışkanlıklar ve ilaç kullanımı tekrar sorgulanır.
- ◆ Fizik muayenede kilo alımı, kan basıncı, nabız, fundus yüksekliği ve fetal kalp hızı tekrar değerlendirilir ve ödem kontrolü yapılır.
- ◆ Laboratuvar testlerinden idrar tahlili ve tam kan sayımı yapılır.
- ◆ Rh uyumsuzluğu durumunda Rho-Gam uygulanır.
- ◆ Gerekli durumlar hakkında bilgilendirme ve danışmanlık yapılır.

#### **Dördüncü izlem (36-38. Haftada)**

- ◆ Kişisel bilgiler, tıbbi öykü ve obstetrik öykü gözden geçirilir.
- ◆ Mevcut gebeliğe ilişkin yakınmalar, tehlike belirtileri, alışkanlıklar ve ilaç kullanımı tekrar sorgulanır.
- ◆ Üçüncü izlemdeki fizik muayene tekrar uygulanır ve özellikle ödem kontrolü önemlidir.
- ◆ Laboratuvar testlerinden idrar tahlili ve tam kan sayımı yapılır.
- ◆ Kadının doğumu nerede yapacağı ve kim tarafından yaptırılacağı konusunda bilgi alınır.
- ◆ Anne sütü ve emzirmenin önemi ve postpartum dönem hakkında danışmanlık verilir.





## GEBENİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE BAKIM

Bu bölümde gebenin değerlendirilmesi ve bakımı; gebelikte fiziksel değerlendirme ve bakım ile gebelikte psikososyal değerlendirme ve bakım olmak üzere iki alt başlık altında incelenecektir.

### Gebelikte Fiziksel Değerlendirme ve Bakım

Gebelikte fiziksel değerlendirme ve bakım bölümünde gebenin tüm vücut sistemlerinde oluşabilecek sorunların tespit edilmesi, gerekli eğitim ve danışmanlığın önemi anlatılacaktır. Kadın sağlığı hemşiresi gebenin prenatal değerlendirmesini, DÖB rehberinde olduğu gibi tıbbi öykü, obstetrik öykü ve aile öyküsü olmak üzere ayrıntılı olarak değerlendirmelidir. Fizik muayenede; yaşam bulguları, genel vücut değerlendirmesi, abdominal muayene, pelvik muayene ve laboratuvar test kontrolleri yapılır.

**Yaşam bulguları:** Yaşam bulgularında gebenin kan basıncı, nabızı, solunumu ve ateşi değerlendirilir.

**Kan basıncı;** gebe oturur pozisyonda, dinlenmiş haldeyken ve kol kalp hizasında destekli pozisyondayken ölçülür. Kan basıncının 140/90 mm/Hg veya üzerinde olması gebeliğin hipertansif hastalıklarını düşündürür. Gebeliğin hipertansif hastalıkları gebeliğin 20. haftasından sonra görülür, sık değerlendirme gereklidir ve riskli gebelik polikliniğine sevk gereklidir.

**Nabız;** nabız sayısı normalde 60-100/dk'dır. Gebelikte nabız sayısının on atım fazla olması beklenen bir durumdur. Nabız durumundaki anormallikleri tespit etmek için apikal nabız bir dakika boyunca sayılmalıdır.

**Solunum;** solunum sayısı normalde 16-24/dk'dır. Gebelikte göğüs solunumu yapılı ve solunumun derinliğinde artış olur.

**Ateş;** gebelikte normal vücut ısısı 36.2-37.6 °C'dir. Vücut sıcaklığının daha yüksek olması enfeksiyonu düşündürür ve doktora rapor edilmelidir.

**Genel vücut değerlendirmesi:** Baş-boyun, memeler, abdomen ve ekstremitelerin genel vücut değerlendirmesini içerir.

**Baş-boyun değerlendirmesinde** boyundaki lenf nodlarındaki genişleme, şişme durumu ve tiroid bezinde büyüme palpasyonla kontrol edilir. Gebelikte ağız ve burun mukozasında östrojenin etkisi ile hipertrofi ve kızarıklık görülebilir. Ancak hipertrofiye bağlı burunda; tıkanıklık, burun kanması, dişlerde; kanama, ödem ve enfeksiyon durumunda bulgular doktora rapor edilmelidir.

**Memelerde;** gebelikte büyüme görülür. Ancak ölçü ve sınırları simetrik, meme ucu ve areola pigmentli, aksiller nodlar palpe edilemez. Memelerde şişlik, hassasiyet, kitle ve meme ucunda çatlak ve yara durumu gibi anormal bulgu olup olmadığı kontrol edilir.

**Abdomenin genel muayenesinde;** abdomenin büyüklüğü, büyümeye bağlı olarak oluşan çatlaklar (stria gravidarum) ve hormonların etkisi ile oluşan koyu renkli çizgi olan linea nigra değerlendirilir.

**Ektremiteler;** ödem açısından değerlendirilmelidir. Gebeliğin erken dönemlerin ödem olması preeklampsi ve eklampsi düşündürmelidir. Gebeliğin geç dönemindeki +1 düzey ödem normal kabul edilebilmektedir. Gebelikte östrojen düzeyinin artması ile derin ven trombozu (DVT) riski artmaktadır. Bu nedenle gebe DVT riski açısından değerlendirilmelidir. Fetüsün büyümesi ve venlere olan basıdan dolayı venöz konjesyonlar görü-

lebilir. Alt ekstremiteler varis yönünden değerlendirilmelidir.

**Pelvik muayene:** DÖB'da pelvik muayene; pelvis anomalilerini, pelvis tipi ve gebelikle birlikte pelvisteki değişimleri incelemek için yapılır. Pelvik muayenede dış genital organlar ve iç genital organlar birlikte değerlendirilir. Dış genital organlar; inspeksiyon ile akıntı, lezyon, hematoma, varis ve inflamasyon yönünden değerlendirilir. Riskli gruplarda ya da cinsel yolla bulaşan enfeksiyon belirtisi durumunda kültür alınır. İç genital organların değerlendirilmesi spekulum, inspeksiyon ve bimanuel muayenesi ile yapılır. İç genital organlardan serviksin kıvamı ve yapısı, uterusun büyüklüğü, pozisyonu ve kitle durumu değerlendirilir. Bimanuel muayenede aynı zamanda overlerin hassasiyeti ve kitle durumu incelenir. Overler küçüktür, palpe edilemezler ve hassas değildirler. Pelvis tipi ve pelvis ölçülerinin vajinal doğuma uygun olup olmadığı vajinal yol ile değerlendirilir. Bu değerlendirme özellikle primigravidalarda pelvisin iç ve dış ölçümleri belirlenerek kemik pelvisin vajinal doğum için uygunluğunu belirler. Pelvis ölçülerinden diyagonal konjugata, obstetrik konjugata ve iskiyal tuberositler değerlendirilir. Rektal muayenede ise rektum ve anüs lezyon, prolapsus ve hemoroid açısından değerlendirilir.

**Abdominal muayene:** Genel vücut değerlendirilmesinde abdomenin inspeksiyon ile skar, line nigra ve stria gravidarum açısından değerlendirilir. Abdomenin ayrıntılı palpasyonla muayenesinde, herni ve kitle olup olmadığı kontrol edilir. Aynı zamanda abdomenden palpasyonla leopod manevraları ile fundusun yüksekliği, fetüsün pozisyonu, fetüsün prezente olan kısmı ve angajman düzeyi tespit edilebilir. Ancak teknolojinin gelişmesi ile palpasyonla fetüsün değerlendirilmesinin alternatifini ultrason almıştır.

Ultrason uygulamasının mümkün olmadığı durumlarda leopod uygulaması kolay ve etkili bir yöntemdir.

Leopod manevraları gebeliğin 20. haftasından sonra uygulanmaktadır. Leopod uygulaması sırasında gebe sert bir yüzeye uzanmalı, abdomenini açmalıdır. Leopod uygulama sırasında mesanenin boş olması gerekmektedir. Leopod manevralarını uygulayacak hemşirenin elleri çok soğuk olmamalı ve tırnakları uzun olmamalıdır. Hemşirenin palpasyon sırasında el parmak hareketleri yumuşak olmalı ve eşit kuvvet uygulamalıdır. Uygulama sırasında annenin mahremiyetine özen gösterilmelidir. Leopod manevraları dört tip olup, aşağıda açıklanıp fotoğraflarla da gösterilmiştir.

**Birinci Leopod Manevrası:** Gebe düz bir zemine sırt üstü pozisyonda yatırılır ve bacaklarını hafifçe bükmesi istenir. Manevrayı uygulayacak kişi ile gebe yüz yüze dönük şekilde olmalıdır. Manevrayı uygulayan kişi iki elinin parmak uçlarını birleştirerek elin alt kenarları uterin fundus üzerine konular ve derine doğru baskı uygulayarak fundus yüksekliği belirlenir. Fundus yüksekliği tahmini gebelik haftasını belirlemeye yardımcı olur. Gebelik haftasına göre fundus yüksekliği şöyle belirlenir:

- ◆ Gebeliğin 20. haftasında fundus umblikusun iki parmak altındadır.
- ◆ Gebeliğin 24. haftasında fundus umblikus hizasındadır.
- ◆ Gebeliğin 28. haftasında fundus umblikusun iki parmak üstündedir.
- ◆ Gebeliğin 32. haftasında fundus umblikusun dört parmak üstündedir.
- ◆ Gebeliğin 36. haftasında fundus sternumdadır.
- ◆ Gebeliğin 40. haftasında fundus sternumun iki parmak altındadır.



**İkinci Leopold Manevrası:** Bu manevrada muayeneyi uygulayan kişinin yüzü, birinci leopold manevrasında olduğu gibi gebeye dönüktür. Manevrayı uygulayan, ellerinin iç yüzeyini abdomenin her iki yanına koyarak fetüsün kısımlarını araştırır. Sırtın bulunduğu taraf düzdür. Fetüsün diğer kısımlarını olduğu taraf ise girintili ve çıkıntılıdır. Bu manevra ile fetüsün sırt kısmı tespit edilerek fetal kalp sesleri dinlenir.

**Üçüncü Leopold Manevrası:** Muayene uygulayan kişi ikinci manevradaki gibi pozisyonunu değiştirmeden sağ elinin başparmağı bir tarafta, diğer parmakları diğer tarafta olmak üzere simfiz pubis üzerine yerleştirir. El bu pozisyondayken fetüsün gelen kısmını belirlemeye çalışır. Önde gelen kısım sert ve yuvarlak yapıda ise baş; yumuşak bir yapı ise makat geliş olduğu düşünülmelidir. Önden

gelen kısmın ne olduğu hissedilmiyorsa yan geliş olduğu düşünülmelidir.

**Dördüncü Leopold Manevrası:** Muayeneyi uygulayan kişi ilk üç manevradan farklı olarak gebenin başucuna geçer ve yüzü gebenin ayaklarına bakar pozisyonudadır. Muayeneyi uygulayan kişi, iki eli açık şekilde abdomenin yan taraflarından pelvis girimine yönelmiş şekilde hafifçe bastırılarak parmak uçları ile başın pelvis içindeki durumunu belirler. Diğer bir ifade ile başın pelvis girimine ne derece yerleştiğini tespit eder. Bu manevrada iki elin parmakları birbirine değişiyor ve baş sağa sola hareket ediyorsa baş pelvise henüz girmemiştir. Başka bir ifadeyle baş mobildir. İki elin parmakları birleşmiyor ancak gelen kısım hareketli ise baş fiksedir. Parmaklar birleşmiyor ve baş hareket etmiyorsa baş yerleşmiştir yani angaje durumdadır.



Birinci Manevra



İkinci Manevra



Üçüncü Manevra



Dördüncü Manevra



**Birinci Leopold Manevrası:** Fundus yüksekliği



**İkinci Leopold Manevrası:** Fetüs sırtı ve fetal kalp atımı (FKA)



**Üçüncü Leopold Manevrası:** Fetusun önde gelen kısmı



**Dördüncü Leopold Manevrası:** Fetal angajman durumu

**Kaynak:** Fotoğraf yazarlardan Aktaş S. tarafından Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi İyi Hekimlik Uygulamaları ve Tıbbi Simülasyon Merkezi'nde çekilmiştir (Simülasyon merkezi adres: <https://www.ktu.edu.tr/medsim>)

**Laboratuvar testleri:** Gebelere ilk DÖB izleminde kan ve idrar testi yapılır. Kan testinde; tam kan sayımı, kan grubu tayini (Rh faktörü ve ABO uyumsuzluğuna bakılır), sifiliz, rubella, hepatit, Tbc ve HIV testi yapılır. Tam kan sayımında ise hemoglobin, hematokrit, eritrosit, lökosit ve trombosit bakılır. Gebelikte hemoglobin değerinin 11 g/dl altında olması anemi belirtisidir. Anemi

durumunda gebeye beslenme eğitimi verilir ve demir preparatlarına başlanılır. Gebeliğin 24-28. haftaları arasından gestasyonel diyabeti tespit etmek için Oral Glikoz Tolerans Testi (OGTT) yapılır. OGTT riskli gebelik bölümünde anlatılmıştır. İkili ve üçlü tarama testleri yapılır ve risk tespit durumunda gebeye koryonik villüs örnekleme, amniyosentez gibi prenatal tanı yöntemleri uygulanır. İdrar



testinde; bakteriüri, proteinüri ve keton cisimciklerinin varlığı değerlendirilir. Bunlara ek olarak vajinal akıntı değerlendirilir ve smear testi uygulanır.

**Gebelikte beslenme ve kilo alımı:** Gebelik öncesi, gebelik ve laktasyon sürecinde beslenme hem anne hem de fetüs sağlığı için oldukça önemlidir. Gebelikte vücutta büyüme, dokularda yenilenme gibi anabolik olaylarda artış olması nedeniyle kadının tüm besin grupları ile beslenmesinde artış olur. Bu nedenle gebelikte kadın tüm besin gruplarını içeren yeterli ve dengeli beslenme yaşam biçimini benimsemesi maternal ve fetal sağlık için gereklidir. DÖB veren, kadınlarla yakın ilişki halinde bulunan ve kadınların yaşam tarzları hakkında kapsamlı bilgiye sahip olan hemşirelerin, beslenme konusunda danışmanlık vermeleri oldukça önemlidir. Protein anabolik olayların gerçekleşmesinde temel görev alan enzimlerin yapısını oluşturması ve vücutta depolanmaması nedeniyle gebelikte her gün 60-80 gr. alınması gerekmektedir. Vücuttaki enerji ihtiyacını karşılayan karbonhidratların gebelikte alım miktarının 200-300 kalori artırılması gerekmektedir. Folik asit; kemik iliğinde kan hücrelerinin yapımında, DNA ve RNA yapımında, karbonhidratların hücreler için gerekli olan enerjiye dönüştürülmesinde ve nörol tüp defektlerinin önlenmesinde elzemdir. Bu nedenle folik asit kullanımına gebelikten üç ay önce başlanılmalı ve gebeliğin üçüncü ayına kadar toplam altı ay ve her gün kullanılmalıdır. Günlük 0,4-0,6 mg folik asit alımı önerilir. Gebelikteki fizyolojik değişiklikler, demir eksikliği anemisine neden olabilmektedir. Gebeliğin 16. haftasından doğum sonu üç aya kadar günlük 40-60 mg elementer demir alımı önerilmektedir. Vitaminler ve mineraller, hücrenin büyüme ve gelişmesi ve metabolik olayların gerçekleşmesi için gerekmektedir. Gebelikte fetüsün

diş ve kemik minerilizasyonu için kalsiyum gereklidir. Kadın gebeliğinde gerekli kalsiyumu almadığında depolarında bulunan kalsiyumun kullanılmasına neden olur. Gebelikte kalsiyum yetersizliği diş problemlerinin yaşanmasına neden olur. Bu nedenle gebelikte günlük 1200 mg kalsiyum alımı önerilir. Tiroid hormonlarının önemli bir bileşeni olan iyot gebelikte günlük 175 mikro gram alınmalıdır. Gebelikte iyot eksikliğinde doğan çocuklarda mental sorunlar, konuşma güçlüğü, işitme kaybı ve spastik motor bozuklukları görülebilir. Bu nedenle gebelere, vitamin ve mineral yoğunluğu bilinen taze sebze ve meyve içerikli beslenmesi konusunda danışmanlık verilmesi önemlidir. Sağlıklı bir gebelik için su alımı da önemlidir. Gebenin günlük en az 10-12 bardak su içmesi gerekmektedir.

Gebelik öncesi kilonun yetersiz ya da aşırı olması gebelikte risklere neden olabilir. Bu nedenle gebelik planlanmasından önce kilo kontrolü yapılmalıdır. Gebelikte aşırı kilo alımı gestasyonel diyabet, preeklampsi, eklampsi, makrozomik bebek ve sezeryan doğuma neden olurken; yetersiz kilo alımı intrauterin gelişme geriliği, preterm eylem ve spontan abortus gibi olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Gebeliğinde aşırı kilolu ve kaşektik kadınlar diyetisyene yönlendirilmelidir.

Gebelikte trimesterlere göre kilo alımı gebelik öncesi normal kiloya sahip bir kadın için genel olarak ilk trimesterde 1-2 kilogram, iki ve üçüncü trimesterde haftalık yarım kilogram şeklindedir. ACOG (2015) gebelik öncesi normal kiloda olan kadınların gebelikte 11,5-17 kilogram kilo alabileceğini belirtmiştir. Gebelikte uygun kilo alım miktarı kadının gebelik öncesi Beden Kitle İndeksine (BKI) göre değişiklik gösterir. Aşağıda tablo 3'te Amerikan Tıp Enstitüsü göre gebelikte önerilen kilo artışı gösterilmektedir (Tablo 3).

**Tablo 3.** Amerikan Tıp Enstitüsü göre gebelikte önerilen kilo artışı

Gebelik öncesi BKİ	Gebelik boyunca önerilen total kilo alımı
Zayıf ( $18.5 \leq \text{kg/m}^2$ )	12.5-18 kg
Normal ( $18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$ )	11.5-16 kg
Şişman ( $25-29 \text{ kg/m}^2$ )	7-11.5 kg
Obez ( $>30 \text{ kg/m}^2$ )	5-9 kg

**Gebelikte giyim:** Gebelikte kıyafetler abdominal büyümeye uygun şekilde seçilmelidir. Gebeye dolaşımını engelleyici dar giysiler giymemesi, pamuklu ve ya yün kumaştan üretilmiş giysileri tercih etmesi konusunda bilgi verilmelidir. Gebelikte memelerde büyüme olur. Bu nedenle gebelikte tercih edilen sütyenlerin pamuklu, memeye uygun ve kalın askılı olması gerekmektedir. Gebelikte abdomenin öne doğru büyümesi ile vücut dengesinde değişim olur. Dengenin sağlanabilmesi için gebelere topuklu olmayan ayakkabılar tercih etmeleri önerilir.

**Gebelikte hijyen:** Gebelikte hormonların etkisi ile birlikte vücut salgılarında artış olur. Bu nedenle gebelerin günlük duş alması önemlidir. Gebelere duşu ılık su ile alması ve enfeksiyon riski açısından küvette almaması önerilir. Gebelikte düzenli duş alımı; vajinal mukoid akıntı ve terlemenin oluşturduğu rahatsızlık ve vücut ısının düzenlenmesi için önemlidir. Gebe vajinal bölgenin havalanması için sıkı ve sentetik iç çamaşırı giymemeli, pamuklu ve açık renk iç çamaşırı tercih etmelidir. Gebelere vajinal bölgeye deodorant sıkılmaları ve iç çamaşırlarını günlük değiştirmeleri konusunda bilgi verilmelidir.

**Gebelikte diş bakımı:** Gebelikte östrojen ve progesteron hormonundaki artışa bağlı olarak periodontal dokularda ve vaskülarizasyonda artış görülür. Gebelikte ödem, hiperp-

lazi, eritem ve artan kanama ile karakterize gingivitis ve periodontitis enfeksiyonu sıklıkla görülmektedir. Yapılan çalışmalarda gebelikte diş ve diş eti sorunları olan gebelerin preterm eylem, abortus, düşük doğum ağırlığı ve pre-eklampsi gibi istenmeyen durumları yaşadığı belirtilmektedir. Bu nedenle gebelikte ağız ve diş sağlığı oldukça önemlidir. DÖB rehberinde de belirtildiği gibi, DÖB hizmeti sunan sağlık profesyonellerin (hekim, hemşire, ebe) ilk izlemde gebenin dişlerinde ödem, kanama ve ağrı olup olmadığı, dişlerini hangi sıklıkla fırçaladığı ve nasıl fırçaladığı ve en son ne zaman diş hekimine muayene olduğu konusunda değerlendirme yapması gerekmektedir. Gebelere diş sağlığı için; dişlerini günde en az iki kez fırçalamaları, kalsiyumdan ve fosfordan zengin beslenmeleri konusunda bilgilendirme ve danışmanlık yapılmalıdır. Karbonhidrattan zengin beslendiklerinde dişlerini fırçalamanın mümkün olmadığı durumda dişlerini su ya da şekersiz sakız çiğneyerek temizlemeleri konusunda açıklamalarda bulunulmalıdır. Gebelere gereğinde diş fırçalama eğitimi verilmeli ve sorun tesbitinde diş hekimine yönlendirilmelidir.

**Gebelikte bağışıklama:** Bağışıklama anne ve yenidoğan sağlığı için oldukça önemli bir konudur. Ancak gebelik önlenabilir hastalıklara karşı bağışıklama programlarına başlamak için uygun bir zaman dilimi değildir. Canlı virüs aşılıları gebelikte ve gebelikten üç ay öncesine kadar uygulanmamaktadır. Bu nedenle gebeliğin planlanması ve prekonsepsiyonel bakım alınması hayati öneme sahiptir. Prekonsepsiyonel bakımda tıbbi öykü alınırken, kadınların çocukluk çağında geçirdiği hastalıklar ya da aşılamalar konusunda bilgi alınmalıdır. Kadın bu konu hakkında öykü veremediği durumda özellikle anne ve fetus sağlığı için önemli olan rubella, hepatit B ve varicella gibi hastalıklar hakkında bağışıklık



testi yapılmalıdır. Gebelikte rubella, varicella, kızamık, kabakulak, poliomyelit ve Influenza LAIV (zayıflatılmış canlı aşı) gibi canlı virüs aşuları kontraendikedir. Gebelikte gerekli durumlarda yapılabilecek inaktif aşular; Hepatit A, hepatit B, Influenza IIV, meningokok, pnömokok ve Td (tetanoz-difteri) ve TDAP (tetanoz-difteri-boğmaca)'dır. Ancak gebelik öncesi yapılması daha uygundur. Gebelikte hepatit A temasta bulunulmuşsa altı gün içinde aşılama yapılmalıdır. İnflüenza inaktif aşısının yüksek riskli durumlarda ve kış mevsimi başlamadan ekim-kasım aylarında yapılması önerilmektedir. Sağlık Bakanlığı aşı genelgesine göre tetanoz aşısı doğurganlık çağındaki kadınlara ve gebelere yapılmalıdır. Tablo 4'te görüldüğü üzere gebelerde tetanoz aşısının ilk dozu dördüncü ayda başlanılmakta ve doğum sonu dönemde devam etmektedir.

Hemşire kadınların prekonsepsiyonel dönemde bağışıklama testi yaptırması, bağışıklamanın olmadığı durumlarda aşılama ve aşılama sonrası gebelik planlanması konusunda danışmanlık yapmalıdır. DÖB'in ilk izleminde tetanoz bağışıklamasını sorgulamalı ve gebeliğin dördüncü ayında gebenin aşılmasını desteklemelidir.

**Gebelikte cinsellik:** Gebelik biyo-psiko-sosyal değişimlerin yoğun yaşandığı bir dönemdir. Cinsel yaşam gebenin bu değişimlerinden etkilenmektedir. Gebenin cinsel istek ve cinsel ilişki sıklığı, trimesterlere göre değişiklik göstermektedir. Gebeliğin bi-

rinci trimesterinde görülen bulantı, kusma, koku duyarlılığı, uyku bozukluğu gibi erken dönem yakınmalar libidoda (cinsel istek) azalmaya neden olabilmektedir. Ancak bazı gebe kadınlar gebelikten korunma ihtiyacı hissetmediği için bu dönemde yaşadığı cinsel ilişkiden daha fazla haz duyabilmektedir. Gebeliğin ikinci trimesterinde bazı yakınmalarının azalması ile kadın gebeliğe uyum sağlar ve pelvik bölgeye olan kan akımı arttığı için cinsel istekte ve hazda artış görülebilmektedir. Gebeliğin üçüncü trimesterinde ise abdomenin büyümesi, solunum sıkıntıları, yorgunluk, uyku problemleri, beden imajında değişim, memelerden süt salınımı, pelvik bölgedeki ağrı ve uterustaki kasılmalar cinsel istekte azalmaya neden olmaktadır. Bu dönemde doğumun yaklaşması, cinsel pozisyonların değişimi, bebeğin zarar göreceği ve enfeksiyon korkusu gibi nedenlerde çiftlerde cinsel istekte azalma olabilmektedir.

Gebenin eşi ve kültürel özellikleri de cinsel yaşamı etkileyebilmektedir. Bazı gebelerin eşleri, eşinin gebe olmasına bağlı çekiciliğinin azaldığını düşünerek cinsel istekte azalma yaşayabilmektedir. Bazı kültür ve toplumlar da; cinselliğin yalnızca döllenme için olduğu inancı, gebe kadınla cinsel birlikteliğin ahlaki yönden uygun olmadığı ve gebelikte cinsel birliktelik olduğunda bebekle cinsel birliktelik yaşandığı gibi yanlış inanç ve düşünceler gebelikte cinselliğin yaşanmamasına neden olabilmektedir. Bu nedenle hemşireye gebe-

**Tablo 4.** Gebelerde tetanoz aşı uygulaması

Doz sayısı	Uygulama zamanı	Koruma süresi
Td1	Gebeliğin dördüncü ayında-ilk karşılaşmada	Yok
Td2	Td'den en az dört hafta sonra	1-3 yıl
Td3	Td 2'den en az altı ay sonra	5 yıl
Td4	Td 3'den en az bir yıl sonra ya da sonraki gebelikte	10 yıl
Td5	Td d'den en az 1 yıl sonra ya da sonraki gebelikte	Doğurganlık çağında



likte cinsel danışmanlık konusunda önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşire çiftlere trimesterlere göre cinsel yaşamdaki değişimler konusunda bilgilendirme yapmalıdır. Hemşire güvenli bir ortam sağlayarak çiftlerin cinsel yaşam konusundaki endişelerini paylaşımlarına olanak sağlamalı, yanlış bilgi ve inanışlar konusunda bilgilendirmelidir. Ayrıca çiftlere gebelikteki cinsel pozisyonlar hakkında broşürlerle eğitim vermelidir. Hemşire gebelikte sağlıklı ve güvenli cinsel yaşamın, evlilik uyum ve doyumuna ve pozitif gebelik deneyimine katkı sağlayabileceğini göz önünde bulundurarak, doğum öncesi eğitimlerde bu konuya ayrı bir önem vermelidir.

**Gebelikte egzersiz:** Egzersiz bireyin fiziksel ve zihinsel olarak kendini iyi hissetmesini sağlamaktadır. Düzenli egzersiz yapmak kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, bazı kanser tipleri, osteoporoz ve depresyona karşı koruyucudur. Gebelik, kadının yaşamında fizyolojik ve psikolojik değişimlere neden olarak sedanter ve düşük fiziksel aktiviyeti içeren yaşam biçimini benimsemesine neden olabilmektedir. Gebelikte böyle bir yaşam biçiminin benimsenmesi maternal ve fetal obezite gelişimi, gestasyonel diyabet, preeklampsi, eklampsi ve kardiyovasküler hastalık için risk oluşturmaktadır. Bu nedenle kadın sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonelleri gebeleri egzersiz yapmaları konusunda desteklemelidir. Gebelikte düzenli egzersiz yapılması annenin kas tonüsünü sürdürmesi, kilo kontrolünü sağlaması ve benlik imajında memnuniyetini, duygularını kontrol etmesini, bağırsak fonksiyonlarının düzenlenmesini, üriner inkontinansın önlenmesini ve günlük yaşam enerjisinin artmasını sağlamaktadır. Bunlara ek olarak, gebelikte egzersiz kas elastikiyetini ve gücünü artırarak doğum ağrısı ve geriliminin azalmasına ve doğum sonu kısa sürede normale dönmesine katkı sağlamaktadır. Ay-

rıca gebelikte egzersizin fetüste; fetal büyüme ve nöro-davranışsal gelişim gibi birçok yararı bulunmaktadır.

Yürüyüş yapmak gebeler için uygun bir egzersizdir. Bunun yanında yüzme, jimnastik egzersizleri ve su egzersizleri gebelikte kilo kontrolünü sağlayan kolaylıkla yapılabilen egzersizlerdir. ACOG'da (2015) gebelikte herhangi bir obstetrik ve tıbbi istenmeyen durum yoksa günlük 20-30 dk egzersiz yapılmasını desteklemektedir. Gebelikte egzersiz yaparken dikkat edilmesi gereken bazı hususlar şöyledir:

- ◆ Egzersiz programının ilk beş dakikasını ısınma egzersizleri, yirmi dakikasını uyarıcı hareketler ve son beş dakikasını soğuma hareketleri içermelidir.
- ◆ Gebelikte egzersiz hafif-orta derecede ve haftada 3-4 kez düzenli olarak yapılmalıdır.
- ◆ Egzersiz yapılacak günlerde dehidratasyonu önlemek için yeterli sıvı alınmalıdır.
- ◆ Egzersiz sırasında kalp hızı dakikada 140'ın üstünde olmamalıdır.
- ◆ Egzersiz mesane dolu yapılmamalı ve egzersiz sırasında nefes tutulmamalıdır.
- ◆ Nefes darlığı, ağrı, taşikardi ve baş dönmesi gibi belirtiler olduğunda egzersiz sonlandırılmalıdır. Ayrıca gebelikte düşük tehdidi, preterm eylem riski ve kardiyovasküler sorunu olan gebelere egzersiz önerilmeyeceği göz önünde bulundurulmalıdır.

**Gebelikte ilaç kullanımı:** Gebelik döneminde bazı ilaçların kullanımı gerekebilmektedir. Ancak gebe kullandığı ilacı doğum ve kadın hastalıkları uzmanının önerisi doğrultusunda kullanılmalıdır. Çünkü birçok ilaç özellikle ilk trimester olan embriyonik dönemde teratojenik etki nedeniyle fetal anomalilere neden olabilmektedir. Bu nedenle gebe kalmayı planlayan ve gebelikte ilaç kullanımını zorunlu olan kadınlarda, yarar-zarar ilişkisi göz önünde bulundurularak hekim





önderliğinde bireyselleştirilmiş karar alınmalıdır. Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration –FDA); gebelikte ilaç kullanımının risklerini ortaya koymak için insan ve hayvan deneyleri sonucunda A-B-C-D-X'ten oluşan beşli bir teratojenik risk kategorilendirmesi yapmıştır. Bu kategoriler aşağıda açıklanmıştır:

**Kategori A:** Gebelikte kullanılacak en güvenilir ve öncesinde bir risk tespit edilmemiş ilaçlardır (folik asit, tiroid ilaçları vb.).

**Kategori B:** Bu kategoride ilaçlar gerekli olduğu durumlarda kullanılmalıdır. İlacın teratojenik etkisi gebelerle yapılan yeterli çalışma olmadığı için kesinleştirilememiştir (aspartam, famodin vb.).

**Kategori C:** Bu kategorideki ilaçların hayvanlar üzerine teratojenik etkisi ortaya konulmuş ancak gebeler üzerine yetersiz çalışma bulunmaktadır. Bu nedenle bu kategorideki ilacın kullanılmasında gebe ve fetus açısından yarar-zarar ilişkisinin gözetilerek karar verilmesi gerekmektedir (digoksin, adrenalin vb.).

**Kategori D:** İlacın fetus üzerine zararı kanıtlanmıştır (kemoterapik ilaçlar, lityum vb.). İlaç gebe için hayati öneme sahip ise gebe/aileye fetus üzerine riskleri anlatılarak kullanımına başlanmalıdır.

**Kategori X:** Fetüse kesinlikle zararlıdır ve hiçbir şartta kullanılamaz (DES, oral kontraseptifler vb.). DÖB veren hemşire gebeleri gebelikte reçetesiz ilaç kullanımının zararları hakkında bilgilendirmelidir.

**Gebelikte seyahat:** Gebelikte herhangi bir komplikasyon olmadığı takdirde seyahat edilebilir. Gebelikte seyahat etmek için ikinci trimester en uygun zamandır. Otomobille seyahat yorucu olabilir ve gebenin pek çok rahatsızlığını şiddetlendirebilir. Uzun mesafeli seyahatlerde uçakla seyahat tercih edilmelidir. Bunun mümkün olmadığı otomo-

bille yapılan seyahatlerde iki saatte bir ara verilerek on dakika yürüyüş yapılmalıdır. Bu sayede gebenin alt ekstremitelerinde dolaşımın artması sağlanarak kas ağrısı, gerginliği ve ödem oluşumunu azaltır. Otomobille seyahatlerde gebe arka koltuğa oturmalıdır ve emniyet kemeri mutlaka bağlamalıdır. Emniyet kemerinin kucağa gelen bölümü abdomenin alt kısmına yerleştirilmelidir. ACOG (2002) gebelikte 36. haftaya kadar güvenli uçak seyahati yapılabileceğini önermektedir. Uçak seyahatlerinde hava yolu şirketleri gebelerden sağlık profesyonellerinden alınan izin belgesi isteyebilmektedirler. Gebelerin seyahate çıkmadan önce hava yolu şirketi ile iletişime geçerek durumunu bilgilendirmesi ve gerekli belgeler hakkında bilgi alması önemlidir. Uçuş süresi uzun olduğu durumlarda uçak içinde gerekli önlemler alınarak birkaç dakikalık yürüyüş yapılmalı ya da alt ekstremiteler hareket ettirilmelidir. Uçuş sırasında ven trombozunu önlemek için varis çorabı giyilmelidir.

## Gebelikte Psikososyal Değerlendirme ve Bakım

Psikososyal konular, biyomedikal olmayan fiziksel ve mental sağlığı etkileyen faktörlerdir. Psikososyal sağlığı bozabilecek risk faktörlerini belirlemek; gebenin öz-bakımını yönetimi, prenatal sağlık hizmetlerine katılımı ve fetusun gelişimi için oldukça önemlidir. Psikososyal risk tanınması tüm gebeler için eğitim seviyesi, sosyal durum ve etnik durum ayrımı yapılmaksın yapılmalıdır.

Gebe kadın yaşamındaki psikososyal riskleri konuşmakta rahat olmasa bile eğitilmiş sağlık profesyonelleri empatik iletişim becerileri ile iletişimi başlatmalı ve riskleri belirlemelidir. DSÖ (2016) doğum öncesi bakım rehberinde gebe kadınlara biyomedikal, davranışsal ve sosyokültürel konular hakkında



etkili iletişim ve sosyal, kültürel, duygusal ve psikolojik destek dâhil etkili desteğin saygılı bir şekilde sağlanmasının önemine vurgu yapmıştır. Gebelik döneminde kadınların karşı karşıya kaldıkları psikososyal sorunları kapsamlı olarak ele almak, kadın sağlığını ve doğum sonuçlarını iyileştirmeye yönelik önemli bir adımdır. Doğum öncesi bakımın ve tedavinin kalitesini artırmak için psikososyal taramalar düzenli olarak yapılmalı ve kadınların doğum öncesi kayıtlarına kaydedilmelidir. Doğum öncesi psikososyal taramada bir sorunun tespit edilmesi doğum sonu postpartum psikososyal sorunların belirlenmesinde ve izleminde oldukça önemlidir.

Gebelikte psikososyal tarama; gebeliğin istenme durumu, tütün kullanımı, madde kullanımı, depresyon ve eş/partner şiddeti konularını içermelidir. Tarama tamamlandığında endişe duyulan alanları belirlemek, kadınla ilgili önemli sorunları doğrulamak, bilgi sağlamak ve önerilerde bulunmak için her türlü çaba gösterilmelidir. Sağlık hizmeti sunucuları, gerektiğinde ek danışmanlık ve yardım için kadınları yönlendirilebilecekleri bireyler ve kurumlar hakkında bilgi sahibi olmalıdır.

**Gebeliğin istenme durumu:** Üreme sağlığı hizmetlerinin ve doğum öncesi bakımın, prekonsepsiyonel dönemde başlatılması istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde önemli rol oynamaktadır. DÖB'da bir kadının gebeliğini devam ettirmek istemediğini belirtmesi, gebeye özel bir danışmanlık gerektirebilir. Ülkelere göre istenmeyen gebeliklerin kürtajla sonlandırılması bazı ülkelerde yasal olmamakla birlikte yasal olan ülkelerde gestasyonel yaş aralığı bulunmaktadır. Örneğin; Türkiye'de 1983 yılında yürürlüğe giren 2827 No'lu Nüfus Planlaması Yasası kapsamında da 10. haftaya kadar olan gebeliklerin isteğe

bağlı olarak kürtajla sonlandırılmasına izin verilmektedir. Arjantin'de 14, Amerika'da 15, Avustralya'da 22. haftaya kadar kürtaj yasal olarak gerçekleştirilebilmektedir.

DSÖ verilerine göre, dünyada yalnızca 52 ülkede herhangi bir gerekçe aranmaksızın kürtaj yasal bir hak sayılmaktadır. Bu ülkelerin üçü Latin Amerika'da bulunan Uruguay, Küba ve Guyana'dır. Diğer ülkelerde ise kürtaj ya tamamen yasak ya da ancak yaşam riski, bedensel sağlık veya ruh sağlığı, sosyo-ekonomik faktörler ve fetüste bir anomali gibi belli koşulların varlığında yapılabilmektedir. DSÖ'ye göre, dünyada yapılan kürtaj operasyonlarının neredeyse yarısı (%45) güvenli olmayan koşullarda sağlıksız yöntemlerle gerçekleştirilmektedir. Her yıl on binlerce kadın, güvenli olmayan kürtaj nedeniyle yaşamını kaybetmekte ya da önemli bir sağlık problemi ile karşı karşıya kalmaktadır. Kürtaj, gerekli becerilere sahip sağlık profesyonelleri tarafından, gebelik süresine uygun yöntemler kullanılarak yapıldığında güvenlidir. Kürtaj sonucu gerçekleşen anne ölümleri; cinsel sağlık eğitimi, etkili doğum kontrol yöntemlerinin kullanılması, güvenli ve yasal kürtajın sağlanması ve komplikasyonların zamanında tedavisi ile önlenmektedir. Ayrıca istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde acil kontrasepsiyon yöntemi konusunda kadınların bilgilendirilmesi önem taşımaktadır. İstenmeyen gebelikler; prenatal depresyon, postpartum depresyon, düşük doğum öz yeterliliği, travmatik doğum deneyimi, plasental bozukluklar ve intrauterin gelişme geriliği gibi birçok sorunlara neden olabilmektedir. Bu nedenle üreme sağlığı hizmetlerinden tüm kadınlar eşit yararlanmalı ve aile planlaması yöntemleri herkese ulaşılabilir ve ücretsiz olmalıdır.



**Sigara ve tütün kullanımı:** Sigara içme, tütün çiğneme, elektronik sigara tipleri dahil tütün kullanımı ve sigara dumanına maruz kalma DÖB'in bir parçası olmalıdır. Sigara kullanımı tüm bireylerde olduğu gibi gebelik planlayan kadınlarda bırakması için desteklenmelidir. Yapılan geniş kapsamlı çalışmalar; annenin sigara içmesi ile perinatal mortalite ve morbidite arasından yakın bir ilişki olduğu saptanmıştır. Sigara içen anneleri intrauterin gelişme geriliği, plasenta previa, ablasyo plesanta, erken membran rüptürü, perinatal mortalite, ektopik gebelik ve ani bebek ölümü sendromu gibi birçok olumsuz durumla karşı karşıya kalabilmektedir. Gebelik sırasında sigara içen annelerden doğan çocukların astım, infantil kolik ve çocukluk obezitesi riski oldukça yüksektir. Gebelikte tütün dumanına maruz kalma, düşük doğum ağırlıklı bir bebeğe sahip olma riskini %20'ye kadar artırmaktadır. Bu nedenle prekonspiyonel bakım ve DÖB hizmetlerinde kadınların sigara kullanımı ve sigara maruziyet durumu değerlendirilmelidir. Kadınlara tütün kullanımının üreme sağlığı üzerindeki etkileri hakkında danışmanlık verilmeli ve kadınlar halk sağlığı müdürlüğü sigara bırakma hizmetleri yönlendirilmelidirler.

**Madde ve alkol kullanımı:** Kokain, esrar, diazepam, opioidler (morfin, eroin, kodein, meperidin, metadon ve oksikodon dahil), diğer reçeteli ilaçlar ve yaklaşık 150'den fazla maddenin kullanımı kimyasal bağımlılığa yol açmaktadır. Ülkelere göre değişmekle birlikte; gebe kadınların %1-40'ının gebelik sırasında bu maddelerden birini kullandığı ve yaklaşık 10 yenidoğan bebekten 1'inin gebelik sırasında bir veya daha fazla duyu durum değiştirici ilaca maruz kaldığı tahmin edilmektedir. Bağımlılık yapan maddelerin etkisi ilacın alınıp yolu, dozu ve yapısına göre değişmektedir.

Madde kullanımının tespit edilmesi, üreme sağlığı hizmetlerinin bir parçası olmalı ve ilk DÖB ziyaretinde bu durum taranmalıdır. Madde kullanımı için rutin tarama; yaş, cinsiyet, ırk, etnik köken veya sosyoekonomik durum ne olursa olsun tüm insanlara eşit olarak uygulanmalıdır. Hem gebelik öncesi hem de gebeliğin erken döneminde tüm kadınlara; reçeteli opioidler ve tıbbi olmayan nedenlerle kullanılan diğer ilaçlar dâhil olmak üzere alkol ve uyuşturucu kullanımı hakkında rutin olarak soru sorulmalıdır. Sağlık profesyonelleri gebe kadınlara madde kullanımına ilişkin soruların tüm kadınlara sorulduğu hakkında bilgi vermeli, madde kullanımı hakkında konuşurken ilgili ve yargılayıcı olmayan bir yaklaşımı sürdürmeli ve kapsamlı bir açıklama için gebeyle yalnız konuşmalıdır. Sağlık profesyonelleri; madde kullanım bozukluğunun açıklanmasıyla ilgili yasaların izin verdiği ölçüde hasta özerkliğini, gizliliğini ve gebe-hekim-hemşire ilişkisinin bütünlüğünü korumalıdır. Bazı durumlarda bireyler madde kullanımını gizlemektedir. Üreme çağındaki kadınların potansiyel olarak bağımlılık yapan ve ruh halini değiştiren ilaçları kullanması alışılmadık bir durum değildir.

Gebeliğinde bağımlılık yapan madde kullanan kadınların bebekleri doğduğunda yoksunluk sendromu yaşayabilmektedir. Bu neden kadının doğum yapacağı hastanede kadın doğum uzmanına ek olarak mutlaka bir pediatri uzmanı ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi olması gerekmektedir. Bunlara ek olarak doğum sonu anne yoksunluk sendromuna girdiği durumda emzirmeye ara verilmesi gerekebilmektedir. Bu durumda anneye ve aileye bebeğin beslenmesi konusunda eğitim vermek önemlidir. Annenin bağımlılık tedavisi ve terapi olarak madde kullanımını bırakması ve emzirmenin desteklenmesi ol-



dukça önemlidir. Annenin madde kullanımı sonucunda yenidoğanın istenmeyen durumları yaşamaması, emzirmenin ve anne-yenidoğan bağlantısının kesintiye uğramaması ve doğum sonu annenin annelik fonksiyonunu yerine getirebilmesi için madde kullanımının gebeliğin planlanmasından önce tespit edilip ve tedavi edilmesi büyük önem taşımaktadır.

Madde kullanımı gebelik öncesi tespit edilemediyse; DÖB'in ilk ziyaretinde tespit edilmeli, gebe tedavi ve danışmanlık için bilgilendirilmelidir. Ülkelerin madde kullanımının fetüs ve yenidoğanın maruz kalma kanıtına ilişkin gereksinimlerinde farklılık göstermektedir. Yasal olarak zorunlu test ve raporlama, sağlık profesyonelleri ile kadın arasındaki terapötik ilişkiyi olumsuz etkileyebilmektedir. Ancak madde kullanımının tespit edilmesi durumunda anne ile motivasyonel görüşmeler yaparak bırakması konusunda desteklenmeli ve eğitimler verilmelidir. Bir kadın tütün, alkol, kokain, opioidler, amfetaminler veya diğer duygudurum değiştirici ilaçları kullandığını kabul ediyor veya bu kadının kimyasal bağımlılığı olduğundan şüphe ediliyorsa, bu gebeye ilaçların gebe ve fetüs üzerine etkileri konusunda bilgilendirme yapılmalı ve uygun tedavi için sevki sağlanmalıdır.

Alkol bağımlılık yapma potansiyeli olan bir madde olup, gebelikte teratojenik etkiye sahiptir. Gebelik sırasında alkol tüketiminin bilinen güvenli bir miktarı, sıklığı, türü veya zamanlaması yoktur. Gebeliğinde alkol alan kadınların doğum sonu 3-12 saat içinde yenidoğanda; hiperaktivite, ağlama, sinirlilik, zayıf emme, titreme, nöbetler, uyku düzeninde bozulma, hiperfaji ve terleme görülür. Kronik alkol tüketimi olan kadınların bebeklerinde fetal alkol sendromu görülmektedir. Fetal alkol sendromu üç durumla karakterizedir: 1)

büyüme geriliği, 2) yüz anormallikleri ve 3) merkezi sinir sistemi disfonksiyonu. Gebelik sırasında düşük doz alkol tüketimi bile fetüs/yenidoğanın psikomotor gelişimi olumsuz etkiler, bilişsel kusurlara, duygusal ve davranışsal sorunlara neden olabilmektedir. Kadınlara gebelik sırasında alkol tüketiminden kaçınmaları tavsiye edilmelidir. Kadınlar, doğum öncesi alkol tüketiminin zihinsel engellilik dahil olmak üzere doğum kusurlarının önlenilebilir bir nedeni olduğu konusunda bilgilendirilmelidir.

**Depresyon:** Depresyon üreme çağındaki kadınlarda yaygın olarak görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri tarafından yürütülen geniş kapsamlı bir çalışmada gebelik öncesi yılda ve gebelik sonrası yılda her yedi kadından biri depresyon tedavisi gördüğü belirtilmiştir. Depresyonda olan kadınların bebekleri gecikmiş psikolojik, bilişsel, nörolojik ve motor gelişim ve davranış bozuklukları göstermektedirler. DÖB'de kadınların depresyon ve anksiyete yönünden taranması kadın, fetüs/yenidoğan ve aile sağlığı için oldukça önemlidir. Depresyonun tespit edilmesi için kullanımı kolay ve kısa süren Beck Depresyon Ölçeği gibi ölçekler bulunmaktadır. DÖB hizmeti veren sağlık profesyonelleri özellikle ebe ve hemşireler bu ölçüm araçlarını kullanmalı ve tanı kriterini karşılayan gebeleri danışmanlık ve tedavi için psikolog ve psikiyatri uzmanına yönlendirmeli ve takibini yapmalıdır.

**Eş/partner şiddeti:** Eş ya da partner şiddeti; genellikle bir erkeğin kadına karşı uyguladığı fiziksel saldırganlık, cinsel zorlama, psikolojik istismar ve kontrol edici davranışlar dahil olmak üzere fiziksel, cinsel veya psikolojik zarara neden olan davranışları kapsamaktadır. DSÖ (2016) eş/partner şiddetinin dünya genelinde %30 olduğunu belirtmiştir.



DSÖ eş/partner şiddetinin gebelik döneminde de yüksek olduğunu ve bu oranın Japonya'da %1-28, Peru'da %4-12 arasında, Avusturalya ve Danimarka'da %4-9 arasında değiştiğini ve Afrika'da %20'lere kadar yükseldiğini belirtmiştir. Türkiye'de ise bu oran ulusal verilere göre %8,3 olarak bildirilmektedir

Gebelerin eş şiddetine maruz kalma durumları; yaş, eğitim düzeyi, ekonomik özgürlüğü, kültürel yapısı, çocuk sahibi olma durumu gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Eş/partner şiddeti mental sağlık problemleri, riskli sağlık davranışları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler ya da gebeliğin uygun olmayan şartlarda sonlandırılması, erken doğum ve intrauterin gelişme geriliği gibi birçok olumsuz durumla sonuçlanabilmektedir.

Gebelik sırasında şiddete maruz kalma; doğum öncesi bakım almada gecikme, düşük, ölü doğum, erken doğum, intrauterin gelişme geriliği ve fetal yaralanma gibi olumsuz durumlarla sonuçlanabilmektedir. DÖB'da kadının şiddete maruz kalma durumunun belirlenmesi önemlidir. Ancak kadınlar bu durumu gizlemeye çalışmaktadırlar. Bu nedenle bu konuda konuşmayı başlatmak için ilk olarak gebeliğin ve bir bebeğe sahip olma durumunun ilişkide stresi artırarak eşler arasında tartışmaya neden olabileceğini ve bu durumu eşlerin aralarında nasıl çözümledikleri konusunda soru sorarak görüşme başlatılabilir. Kadınlar ilk görüşmede bunu söylemekten kaçınırsalar da bir sonraki ziyarette sağlık profesyonelinin yargılayıcı olmayan, samimi ve içten iletişimi ile şiddet maruziyetini ifade edebilecektir. Şiddete uğrayan gebe, şiddet durumunda yapacakları ve sosyal hizmetlere başvurusu konusunda eğitim ve danışmanlık verilmelidir.

## GEBELİKTE GÖRÜLEN YAKINMALAR

Gebelikte görülen yakınmaların çoğu, gebeliğin meydana getirdiği fizyolojik ve anatomik değişiklikler sonucu görülmektedir. Gebelikte; östrojen, progesteron, HCG hormon düzeyinde yükselme, büyüyen uterusun mesaneye, mideye, lumbo-sakral bölgeye basısı, venöz dolaşımın bozulması, duygusal ve metabolik değişiklikler başlıca gebelik yakınma nedenlerindedir. Gebelik yakınmaları gebenin;

- ◆ Günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkiler.
- ◆ Yaşam kalitesini bozar.
- ◆ Gebeliğe uyumunu azaltır.
- ◆ Baş etme gücünü azaltır
- ◆ Fiziksel ve psikosozal sağlığını olumsuz etkiler.

Her gebenin bireysel özelliklerine ve gebelik trimesterine göre, bu yakınmaların görülme sıklığı ve şiddeti değişebilmektedir. Gebeliğin erken ve geç dönemine göre yakınmalar farklılık gösterebilmektedir. Erken dönem yakınmalar gebeliğin birinci trimesterini, geç dönem yakınmalar ise gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterini kapsamaktadır. Bulantı, kusma, sık idrara çıkma, konstipasyon, mide yanması, yorgunluk, uykusuzluk, solunum güçlüğü, sırt ve bacak ağrısı, ödem vb. en sık görülen yakınmalardandır. Bu yakınmalar aşağıda açıklanmıştır. Antenatal dönemde yakınmaların hemşireler tarafından değerlendirilmesi ve gebelere bu konuda eğitim ve danışmanlık yapılması gerekmektedir. Doğum öncesi eğitimlerde ebe ve hemşireler tarafından gebelerin sağlık okuryazarlığı becerileri yükselttilerek, gebenin kendi yakınmalarını doğru yorumlayabilmesi ve buna göre sağlık arama davranışına yönelmesi sağlanmalıdır. Yakınmaları ile başedebilen gebenin; yaşam kalitesi art-

makta ve psikosozal sağlığı yükselmektedir. Bu nedenle bu yakınmaların erken dönemde tesbit edilmesi çok önemlidir. Yakınmaların erken dönemde tespit edilmesi, erken dönemde hemşirelik bakım ve danışmanlık hizmetinde yararlanmaya fırsat tanımaktadır. Antenatal bakımın kalitesinin artması, anne ve fetus-yenidoğan sağlığının korunup yükselmesine katkı sağlar.

## Gebeliğin Erken Döneminde Görülen Yakınmalar

### Bulantı ve Kusma

Gebelikte bulantı ve kusma, yaklaşık her beş gebeden dördünün yaşadığı, genellikle gebeliğin birinci trimesterinde kendiliğinden ortadan kalktığı yakındır. Hafif şekilde seyreden bulantı ve kusmalar gebenin yaşam konforunu ciddi düzeyde etkilemez iken, ağır düzeyde seyrettiğinde gebe ve fetus sağlığını, gebenin aile, sosyal yaşantısı ve evlilik uyumunu olumsuz etkileyebilmektedir. Bulantı kusmanın etiyojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte hormonal, anatomik, immünojenik ve psikolojik değişikliklere bağlı olabileceği ileri sürülmektedir. Gebelikte HCG düzeyinde yükselme, sindirim sistemi hareketlerinin yavaşlaması, beslenme bozukluğu, helicobakteri pylori enfeksiyonu, genetik faktörler, yorgunluk, gebeliği isteme durumu gibi çoklu faktörlerin bulantı ve kusmaya neden olabileceği belirtilmektedir.

Bulantı ve kusma yakınmasının tedavisi, etiyojisi tam olarak ortaya konamadığından semptomatiktir. Yakınmaların giderilmesinde öncelikle davranış ve beslenme değişiklikleriyle çözüm aranmalıdır.

**Bulantı ve kusma yakınmasını gidermeye /azaltmaya öneriler:**

- ◆ Rahatsız edici kokulardan kaçınmak

- ◆ Sabahları ayağa kalkmadan önce küçük bir dilim ekmek ya da tuzlu kraker yemek
- ◆ Az az ve sık sık yemesi ve öğünlerini 5-6 öğüne bölerek tüketmek
- ◆ Kusma duygusunu uyarabileceği için yemekten hemen sonra dişleri fırçalamamak
- ◆ Açık havada yürüyüş yapmak
- ◆ Ortamı sık sık havalandırılmak
- ◆ Gebeye psikolojik destek sağlamak
- ◆ Et, balık, tavuk, yeşil yapraklı sebzeler, ceviz, yer fıstığı, tahıllı besin gruplarından tüketmek
- ◆ Karbonhidrattan zengin, az yağlı yiyecekler tüketmesi, kola, gazoz gibi asitli içeceklerden uzak durmak
- ◆ Çay ve kahve tüketimini azaltmak
- ◆ Hipotansif durum nedeniyle ortaya çıkabilecek bulantıyı önlemek için yataktan yavaş kalkmak ve gün içerisinde ani pozisyon değişikliklerinden kaçınmak

Eğer hasta yeterli sıvı alamıyor ve beslenemiyorsa bulantı kusmanın kontrolünde doktor önerisiyle antiemetikler, Vitamin B6 gibi farmakolojik yöntemlere başvurulur. Tedavide her daim başarılı sonuç alınmasa da yakınmalar azaltılabilmektedir.

Eğer bulantı ve kusma 1. trimester sonrasında da devam ederse (14.haftaya kadar) "**Hiperemesiz Gravidarum**" olarak adlandırılır. Hastaların %1-2'sin de çok daha ağır bir klinik tablo olan hiperemesis gravidarum karşımıza çıkar. Hiperemesis gravidarumun klinik bulguları tipik olarak gebeliğin 4 ile 8. haftaları arasında başlayıp, genellikle 20. gebelik haftasından önce sonlanmaktaysa da nadiren bulguların gebelik boyunca devam ettiği inatçı vakalarla da bulunmaktadır. Hiperemesis gravidarum için kesin tanı ölçütleri tanımlanmamış olsa da hastalarda asitbaz bozukluğu, elektrolit dengesizliği, dehidratasyon, ketonüri ve %5'ten fazla kilo kaybı görülür. Hiperemesiz gravidarum (HG) olgu-



ların %2'sinde semptomlar şiddetini artırarak hastaneye yatışı zorunlu kılmaktadır. Dehidratasyon, ketonüri, elektrolit ve metabolik bozukluklar, kilo kaybı gibi gebede ciddi sorunlara neden olabilen HG; psikosomatik bir hastalık olarak kabul edilmektedir.

### Yorgunluk

Gebeliğin birinci ve üçüncü trimesterinde yorgunluk sık görülmektedir. Birinci trimesterdeki yorgunluğun nedeni; gebelikte oluşan fiziksel, duygusal ve metabolik değişikliklerdir. Son trimesterde ise uyku düzensizliği, gebelikle birlikte genişleyen ve ağırlaşan vücudun yarattığı fiziksel rahatsızlıklar nedeniyle yorgunluk görülebilmektedir. Geceleri sık tuvalete çıkmak, yorgunluk şikâyetlerinin artmasına neden olmaktadır. İlaveten özellikle kalabalık ve sıcak ortamlarda bulunma ve ani pozisyon değişimi yorgunluk hissini artırmaktadır. Gebede yorgunluk beslenme bozukluklarına, tromboembolik komplikasyonlara zemin hazırlamaktadır.

#### *Yorgunluğu azaltmaya yönelik öneriler:*

- ◆ Günde en az 8 saat uyumak
- ◆ Günlük dinlenme ve uyku zamanlarını ayarlamak
- ◆ Kimi zaman ayakları uzatarak dinlenmek
- ◆ Sıcak ve kalabalık ortamlardan uzak durmak
- ◆ Sorumlulukları aile üyeleri ile paylaşmak
- ◆ Günlük aktivitelerini artırma (yürüyüş vb.)

### Burun Tıkanıklığı ve Burun Kanaması

Gebelikte artan östrojen hormonu; burun mukozasını hiperemik ve ödemli yaparak burun tıkanıklığı ve kanamasına eğilimli kılmaktadır. Burun tıkanıklığı aynı zamanda gebede solunum sıkıntısının oluşmasına ve uyku kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır.

#### *Burun tıkanıklığını azaltmaya/ önlemeye yönelik öneriler:*

- ◆ Burun tıkanıklığına bağlı uyku bozukluğunu önlemek için gebenin bol sıvı almasını ve yatak odasını iyi nemlendirmesini önermek
- ◆ Buruna serum fizyolojik damlatılarak burun tıkanıklığını rahatlatmak
- ◆ Burun kanaması geliştiğinde gebenin başını öne doğru tutması ve burun kemiğinin üst kısmındaki yumuşak bölgeye 5-10 dakika bası uygulamak
- ◆ Burun kanamasında, soğuk hava buharı, madden tuzlu burun damlaları kullanmak
- ◆ Dekonjestan ve burun spreyinin burun tıkanıklarını artırma riskinden dolayı bu ilaçların kullanımından uzak durmak

### Diş ve diş eti sorunları

Gebelikte artan östrojen hormonu diş etlerinde ödem oluşmasına, diş etinin çekilmesine ve diş eti kanamalarına neden olabilmektedir. C vitamininden fakir beslenme, diş ve diş eti sorunlarına eğilimi artırmaktadır.

#### *Diş ve diş eti sorunlarına yönelik öneriler:*

- ◆ Ağız hijyeni sağlamak ve sürdürmek
- ◆ Dişleri yumuşak uçlu diş fırçasıyla günde 3 kez fırçalamak
- ◆ Diş temizliği için diş ipi kullanmak
- ◆ C vitamininden zengin beslenmek
- ◆ Diş eti kanamaları devam ederse, gebenin diş hekimine gitmesi yönünde danışmanlık yapmak

### Solunum Sıkıntısı / Nefes Darlığı

Solunum sıkıntısı genellikle gebeliğin son trimesterinde ortaya çıkmaktadır. Nedeni; büyüyen uterusun diyafram kasını yukarıya itmesi sonucu akciğer yükünün artması ve vital kapasitenin azalmasıdır. Gebeliğin ilk trimesterinde solunum sıkıntısı görülürse, gebe kalp hastalığı yönünden araştırılmalıdır.



Fetusun pelvise yerleşmesine bağlı, gebenin fundusunun aşağıya doğru inmesiyle birlikte gebede solunum yönünden rahatlama olur. Özellikle ilk kez gebe kalan kadınlarda, fetüsün pelvise angajmanı doğuma birkaç hafta kala olduğundan bu gebeler son haftalarda ciddi rahatlama almaktadır. İki ve daha fazla sayıda gebeliklerde ise doğum oluncaya kadar bu gebeler solunum yönünden rahatlamazlar.

#### ***Solunum sıkıntısını azaltmaya / gidermeye yönelik öneriler:***

- ◆ Sırt üstü pozisyonundan kaçınmak
- ◆ Aşırı efor gerektiren durumlardan kaçınmak
- ◆ Sık sık dinlenmek
- ◆ Yatarken başını yastıkla destekleyerek yükseltmek
- ◆ Solunum ve gevşeme egzersizleri yapmak
- ◆ Burun tıkanıklığını gidermek (serum fizyolojik gibi)
- ◆ Nemi ve oksijenlenmesi iyi olan bir odada olmak

#### **Sırt ve Bel Ağrısı**

Gebelikte sırt ve bel ağrısı yaygın görülen yakınmalardan biridir. Başlıca nedenleri; kilo alımının artması ve buna bağlı postür değişiklikleri, büyüyen uterusun lumbo-sakral vertebraya ait eğilimi artırması, serum relaksin düzeyinin ve progesteron hormonunun artmasına bağlı sırt ve bel eklemlerinde gevşeme vb. faktörler sayılabilmektedir. Bu kadınların üçte birinde yaşanan sırt ve bel ağrısı günlük yaşam aktivitelerini, işe gitmeyi ve uyku düzenini olumsuz etkileyebilmektedir.

#### ***Sırt ve bel ağrısını azaltmaya yönelik öneriler:***

- ◆ Sırtın ve belin dik olmasını sağlamak
- ◆ Düz olmayan alçak topuklu ve ortopedik ayakkabıları giymek

- ◆ Otururken bel bölgesini bir yastıkla desteklemek
- ◆ Duş termofor gibi sıcak uygulama yapmak
- ◆ Pelvik taban egzersizleri kullanmak
- ◆ Ağır eşyaları kaldırmaktan kaçınmak
- ◆ Yerden bir şey alırken dizlerden çömelerek almak
- ◆ Sırtta ve bele masaj yapmak
- ◆ Yataktan kalkarken önce yan dönme ve tabandan destek alarak kalkmak

#### **Memelerde Hassasiyet**

Memelerde hassasiyet, ilk sübjektif gebelik belirtilerinden biridir. Gebelikte artan östrojen ve progesteron hormonu, memelerde ağrı ve karıncalanmanın artmasına neden olmaktadır. Doğuma yakın dönemde meme ucundan ilk süt adını verdiğimiz kolostrom gelebilmektedir. Bu duruma yönelik gebe doğum öncesi izlemler esnasında bilgilendirilmelidir.

#### ***Memelerde hassasiyeti azaltmaya yönelik öneriler:***

- ◆ Memeyi iyi destekleyen, omuz askısı geniş, pamuklu ve terletmeyen sütyen kullanmak
- ◆ Rahat, bol giysiler giymek
- ◆ Memelerde çok fazla ağrı olduğu durumda soğuk uygulama yapmak
- ◆ Memelerden kolostrom gelmiş ise, kolostromu temiz ılık su ile temizlemek ve meme uçlarına ped yerleştirmek
- ◆ Memeye konulan pedleri sık aralıklarla değiştirmek ve memeyi kuru tutmak
- ◆ Gerektiğinde meme uçlarına yumuşatıcı pomadlar sürmek
- ◆ Her gün duş almak

#### **Aşerme**

Gebelikte belirli besinleri yemeye istek duyma anlamına gelmektedir. Genellikle şekerli ve sodyumdan yüksek besinlere ihtiyaç du-





yulmaktadır. Aşermenin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, gebelik hormonlarının artışının yiyeceklere karşı isteği artırdığı belirtilmektedir.

### Pika

Gıda olarak değer taşımayan ve sağlıksız olan maddelerin yutulmasıdır. Genellikle mineral, demir eksikliği ve kültürel alışkanlıklardan kaynaklanabilmektedir. Toprak en sık yenilen maddeler arasındadır. Besleyici değeri olmayan besinlerin yenmesi nedeniyle pika gebelerde yetersiz beslenmeye yol açabilmektedir. Bu gebelere beslenme eğitimi yapılmalıdır.

### İştahta Azalma / Artma

İştahta azalma, gebeliğin ilk dönemlerinde daha sık görülmektedir. Bunun sebebi hormonal değişikliklerin en fazla bu aylarda olmasıdır. Eğer gebenin bulantı ve kusması fazla ise gebeliğin devamında iştahta azalmanın devam edebileceği akıld tutulmalıdır. Gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterde iştahta artma görülebilmektedir.

### Pityalizm (Tükrük Salgısında Artma)

Gebelikte nadir rastlanan bir durumdur. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte östrojen seviyesinin artmış olmasına bağlı ağızda asidite artışından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Gebelerin istemsiz olarak bulantı hissini bastırmak için istemsiz yutkunmaları da pityalizme yol açabilmektedir.

#### *Pityalizm yakınmasını azaltmaya /gidermeye yönelik öneriler:*

- ◆ Kuru ekmekek ve kraker yemek
- ◆ Sakız çiğnemek
- ◆ Ağız hijyenine dikkat etmek

Vajinal akıntıda artma (Lokore)

Vajinal akıntıda artma, gebeliğin başından sonuna değin yaygın görülen yakınmalardan

biridir. Gebelikte artan östrojen hormonuna bağlı vajen asiditesinin artması ve vajende oluşan değişiklikler vajinal akıntıda artmaya neden olmaktadır.

#### *Vajinal akıntıda artışa yönelik öneriler:*

- ◆ Perine hijyenine dikkat etmek
- ◆ Pamuklu içi çamaşır kullanmak
- ◆ İç çamaşırını sık aralıklarla değiştirmek
- ◆ Perine temizliğini önden arkaya doğru yapmak
- ◆ Perineal bölgeyi kuru tutmak
- ◆ Vajinal duş yapmamak
- ◆ Vajinal tampondan kaçınmak
- ◆ Akıntı rahatsız edecek miktarda ise, bir miktar sirke karıştırılmış su ile oturma banyosu yapmak
- ◆ Vajinal akıntının rengi kahverengi, sarımtırak/yeşilimsi ve süt kesigi gibi ve kaşıntıda mevcut ise gebe mutlaka hekime başvurmak

### Gebeliğin Geç Döneminde Görülen Yakınmalar

Gebeliğin geç dönemindeki yakınmalar, ikinci ve üçüncü gebelik trimesterinde ortaya çıkmaktadır. Bu yakınmalar ve yakınmaları azaltma önerileri aşağıda açıklanmıştır.

#### Mide Yanması

Genellikle gebeliğin son aylarında ortaya çıkan yakındır. Gebelikte progesteron hormonunun mide peristaltizmini yavaşlatıcı etkisi, midedeki pilör kapağının gevşemesine bağlı midedeki asitin yemek borusuna kaçarak yanma hissi oluşturması, büyüyen uterusun mideyi yukarı itmesi, beslenme sorunları, anksiyete, stres, depresyon gibi ruhsal sorunlar vb. mide yanmasına sebebiyet vermektedir. Mide yanmasında yemek borusunda oluşan tahrişe bağlı gebenin ağızında kötü tat hissi oluşabilmektedir.



### ***Mide yanmasını azaltma/ gidermeye yönelik öneriler:***

- ◆ Az az ve sık sık yemek yeme(Günde en az 3 ana, 3 ara öğün)
- ◆ Yağlı yiyeceklerden, kızartmalardan, aşırı baharatlı yiyeceklerden kaçınma
- ◆ Gaz yapıcı ve asit artırıcı besinlerden uzak durma
- ◆ Yemeklerden sonraki 1 saatte yarı oturur pozisyonda dinlenme ve dinlenme esnasında sırtı yastık ile destekleme
- ◆ Yatmadan hemen önce yemek yemeden ve bir şeyler içmekten kaçınma
- ◆ Yemeklerden sonra ağız içini alkali su ile çalkalama
- ◆ Uyurken başı yüksek tutma
- ◆ Rahat elbiseler giyme

### **Konstipasyon (Kabızlık)**

Gebelikte konstipasyon, en sık görülen gebelik yakınmalarından biridir. Konstipasyon yakınması yaşayan gebelerin büyük çoğunluğunda gastrointestinal sisteme ait patoloji bulunmamaktadır. Gebelikte kabızlığa; artan progesteron hormonunun bağırsak peristaltizmini yavaşlatması, yetersiz sıvı alımı, egzersize yönelik aktivite azlığı, demir preparatı kullanımı vb. durumlar neden olabilmektedir.

### ***Konstipasyonu azaltmak / gidermek için öneriler:***

- ◆ Beslenmesinde sebze, meyve, kurubaklagiller gibi lifli gıdaları tüketmeye özen göstermek
- ◆ Laksatif etkileri nedeniyle incir, kuru erik suyu gibi besinleri tüketmek
- ◆ Gaz yapıcı yiyeceklerden uzak durmak
- ◆ Sabah aç karna ılık su içmek
- ◆ Günde 8-10 bardak su içmek
- ◆ Yürüyüş ve egzersiz yapmak
- ◆ Defakasyon hissini geciktirmemek

Yukarıda belirtilen önerilere rağmen konstipasyon devam ediyorsa hekim önerisi-

ne göre dışkı yumuşatıcı laksatifler kullanılabilir.

### **Bacakta Kas Krampları**

Genellikle gebeliğin son aylarında görülen bir yakındır. En sık gece görülmekle birlikte, günün her saatinde görülebilmektedir. Gebelikte bacakta kas kramplarının başlıca nedenleri; gebelik ayı ilerledikçe büyüyen uterusun pelvis sinir ve damarlar üzerine baskısının artması, diyetle yetersiz kalsiyum alınması, kanda fosfor düzeyinin yükselmesi, kalsiyum düzeyinin azalması gibi kalsiyum ve fosfor oranında dengesizlik, ayağın uzun süre aynı pozisyonda kalması, yorgunluk vb. durumlarıdır.

### ***Bacakta kas kramplarını azaltmak/gidermek için öneriler:***

- ◆ Kramp oluştuğunda gebenin rahatlaması için ilk olarak ilgili kasın gerilmesini sağlamak
- ◆ Kasılan kasa masaj yapmak
- ◆ Diyetle kalsiyumun (süt, yoğurt, peynir) alımının artırılması, fosfor yönünden fakir diyet alımını sağlamak
- ◆ Aşırı süt tüketimi var ise günde 2-3 bardak ile sınırlandırmak
- ◆ Ayakkabı seçimine özen göstermek (yüksek topuklu olmayan, topuğu geniş olan ayakkabıları tercih etmek gibi)
- ◆ Dolaşımı düzenlemek için ayakların uzatılmasını ve 30 cm yüksetilmesini sağlamak
- ◆ Dar ve sıkı giysiler giyilmesini önlemek
- ◆ Gereğinde hekim önerisine bağlı forfor içermeyen kalsiyum karbonat, magnezyum preparatları kullanmak

### **Karpal Tünel Sendromu**

“Karpal tünel sendromu” olarak bilinen ellerde rahatsızlık yakınması, sıklıkla gebeliğin üçüncü trimesterında görülmektedir. Bu sorun Ee bileğinde bulunan median sinirin baskıya maruz kalması sonucu oluşur. Elin



küçük parmağı dışında kalan dört parmağında uyuşma, bilek ve kolda ağrı, parmaklarda yanma hissi, başparmakta güç kaybı, uykudan el ve bilek ağrısı ile uyanma gibi rahatsızlıklar görülmektedir.

***Karpal Tünel Sendromu ve ellerde diğer rahatsızlık varlığında gebeye verilebilecek öneriler:***

- ◆ El egzersizi yapmak,
- ◆ Hekim önerisi doğrultusunda elin bandajla desteklenmesi sağlamak,
- ◆ Bilgisayar kullanımında bilek destekli Mouse kullanmak,
- ◆ Şiddetli ağrı varlığında soğuk uygulama yapmak

**Ödem**

Ödem genellikle gebeliğin son trimesterında ortaya çıkan yakındır. Fizyolojik ve patolojik olarak ortaya çıkabilmektedir. Fizyolojik ödemin başlıca nedeni uzun süre oturma ya da ayakta kalmaya bağlı alt ekstremitelere giden kanın azalması ve gebelik hormonlarına bağlı kapiller damarlarda sıvı geçirgenliğinin artmasıdır. İlâveten aşırı kilo alımı, çoğul gebelik, uzun süreli konstipasyon yaşama durumları da ödeme neden olabilmektedir. Fizyolojik olarak görülen ödem çoğunlukla alt ekstremitelerde ve dinlenmekle geçmektedir. Dinlenmekle geçmeyen ödem tıbbi bir sorunun olduğunu gösterir ve patolojik kabul edilir. Patolojik ödemi olan gebeler kan basıncı, idrarda protein varlığı yönünden araştırılarak preeklamsi, eklamsi riski açısından değerlendirilmelidir.

***Ödemi azaltmak ve gidermek için öneriler:***

- ◆ Gün içinde yeterince dinlenmek
- ◆ Uzun süre ayakta kalmamak
- ◆ Uzun süre aynı pozisyonda durmaktan kaçınmak
- ◆ Günlük ayak egzersizleri yapmak ( ayak bileğini yukarı ve aşağı yönde bükme, sağa ve sola çevirmek gibi )

- ◆ Sıkı, lastikli ve dar kıyafetler giyinmekten kaçınmak
- ◆ Oturur ya da dinlenir iken bacakları yükseltmek
- ◆ Diyetle tuz miktarını azaltmak
- ◆ Ortopedik ayakkabı seçmek

Gebelikte diüretik ilaç ve bitkilerin kullanımının, gebe ve fetus sağlığı üzerinde olumsuz etki yapabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Alt ekstremitelerde dinlenmekle geçmeyen ödem varlığında, ödemin yüzde ve elde de görünmesi durumunda, ödeme eşlik eden baş ağrısı, mide bulantısı gibi yakınmalar var olduğunda gebe acilen hekime başvurulmalıdır.

**Sık İdrara Çıkma ve İdrar Kaçırma**

Sık idrara çıkma ve idrar kaçırma yakınması, gebelik boyunca yaygın görülmektedir. Dinç'in (2018) 750 gebe ile yaptığı çalışmada inkontinans riskini; gebelikteki kabızlığın 3.1 kat, idrar yolu enfeksiyonunun 3.8 artırdığı ortaya koyulmuştur. Sık idrara çıkma daha çok gebeliğin birinci ve üçüncü trimesterinde görülürken, idrar kaçırma ise gebeliğin ikinci trimesterinde sık görülmektedir. Büyüyen fetusun mesaneye bası yapması, anne dolaşımına fetal dolaşımın eklenmesi, progesteron hormonunun mesane ve üreterde yaptığı gevşeme, hem sık idrara çıkmaya hem de idrar kaçırmaya neden olmaktadır. Gebeliğin 12. Haftasından itibaren uterusun pelvik alanın dışına çıkarak karın boşluğuna doğru ilerlemesiyle mesaneye baskı azalır, sık idrara çıkma sorunu azalabilmektedir.

***Sık idrara çıkma ve idrar kaçırmayı azaltma /gidermek için öneriler:***

- ◆ Gebenin sıvı alımını kısıtlamamak
- ◆ Mesaneyi her iki saatte bir boşaltmak
- ◆ Kafein alımını azaltmak
- ◆ Günde 1500-2000 cc sıvı almak

- ◆ Sık idrara çıkma nedeniyle gebenin uyku kalitesi bozuluyorsa, yatmadan evvel sıvı alımını azaltmak
- ◆ Perine kaslarını güçlendirmek ve idrar kaçırmayı önlemek için gebeye Kegel egzersizi davranışı kazandırmak

Sık idrara çıkmanın ve idrar kaçırmının, asendan yolla ile üriner sistemi enfeksiyonlarına yol açabileceği akılda tutularak gebenin taranması ve tanı konulan olguların tedavi edilmesi gebe ve fetus sağlığı açısından önemlidir. Ayrıca diabeti olan gebelerin sık idrara çıkabileceği akılda tutulmalıdır. Gebe kadınların bakımıyla ilgilenen sağlık personelinin; üriner inkontinans ve risk faktörler, korunma ve önleme konusundaki farkındalığını artıran daha fazla sayıda eğitim programlarının planlanması önemlidir.

### Variköz Venler (Varisler)

Gebelikte yaygın görülen sorunlardandır. Gebelik ayının ilerlemesine bağlı uterusun büyümesi ve alt ekstremitelerde venöz dolaşımın bozulması, venöz dolaşımın bozulmasına bağlı göllenen kanın venin damar çepesine baskı yapması, progesteron hormonunun damarlar üzerindeki gevşetici etkisi variköz venlere neden olmaktadır. Çoğul gebelik, uzun süre ayakta durmayı gerektiren işlerde çalışmak, gebelikte aşırı kilo alımı, anne yaşının ileri olması, aktivite azlığı, genetik gibi faktörler gebelikte varis görülme sıklığını artırmaktadır. Variköz venler, diz arkasında, alt bacakta, vulva ve vajinada görülebilmektedir. Alt bacak ve diz arkası gibi yüzeysel alanda oluşan variköz venler; çizgi şeklinde, kırmızı renkte gözükmektedir. Gebeliğin erken döneminde gerekli tedbirler alınarak varis oluşumunun önlenmesi önemlidir.

#### ***Varis gelişimini önlemede ve varis varlığında gebeye öneriler:***

- ◆ Uzun süreli ayakta durmaktan ve oturma pozisyonunda kalmaktan kaçınmak

- ◆ Vena cava inferior üzerine basıyı azaltmak için ayakları 15-30 cm yükselterek dinlenmek
- ◆ Venöz basıncı artıracığından bacak bacak üstüne atarak oturmaktan kaçınmak
- ◆ Sıkı ve lastikli çorap giymekten kaçınmak
- ◆ Yüksek topuklu ayakkabılar kullanmamak
- ◆ Varis çorapı giymek
- ◆ Vulva varisi var ise iç çamaşırının içine hijyenik ped koyularak desteklemek
- ◆ Yürüyüş ve egzersiz yapmak

### Hemoroid (Basur)

Hemoroid, anüs ve rektumun alt ucundaki venlerin genişlemesidir. İnternal ve eksternal olarak iki şekilde görülebilmektedir. Gebelikte hemoroidin başlıca nedenleri; gebeliğin ilerlemesiyle birlikte büyüyen fetusun venler üzerinde oluşturduğu basıncın artması, venöz dolaşımın engellenmesi, bağırsakların yer değiştirmesi, konstipasyon, günlük az sıvı ve lifli gıda tüketme, uzun süre oturma (sedenter yaşam), sigara içme ve geçmişte hemoroid şikayetin varlığıdır. Gebelikte oluşan hemoroidler doğum sonrası kaybolabilmektedir.

#### ***Hemoroid önleme / yakınmaları azaltma için öneriler:***

- ◆ Konstipasyondan kaçınmak
- ◆ Sebze, meyve ve posalı gıdaları tüketmek
- ◆ Günlük aynı saatlerde dışkılama alışkanlığı kazanmak
- ◆ Günlük 8-10 bardak sıvı almak
- ◆ Uzun süre ayakta durmaktan ve oturmaktan kaçınmak
- ◆ Günde 15-20 dakika yan yatar pozisyonda veya secde pozisyonda dinlenmek
- ◆ Dolaşımı düzenlemek için düzenli egzersiz yapmak
- ◆ Rahatlığı sağlamak için oturma banyosu ve soğuk uygulama yapmak
- ◆ Doktor istemine göre anestezik ajan ve pomad kullanmak



## Uyumada Güçlük

Gebeliğin son aylarında görülen sık idrara çıkma, solunum sıkıntısı, fetüsün anne karnındaki hareketlerinin artması, sırt ve bel ağrısı, bacak krampları, huzursuz bacak sendromunun varlığı, piskososyal nedenler gibi çoklu faktörler psikolojik kökenli nedenlerdir. Uyuyamama, hemen uyanma gibi uyku bozuklukları gebeliğin geç döneminde yaygın görülür. Ertmann ve ark (2020) çalışmasında gebelik haftası 5-16. Haftaları arasında olanlarda %14-47 oranında uyku problemlerinin görüldüğü ortaya konulmuştur.

### *Uyumada güçlüğü azaltmak/ gidermek için öneriler:*

- ◆ Uyku öncesi ılık duş alma
- ◆ Uyku için sessiz, loş ortam sağlama
- ◆ Gevşeme ve nefes egzersizleri yapmak
- ◆ Yatmadan önce hoşlanacağı bir aktivitede bulunmasını sağlamak (Müzik dinlemek ve kitap okumak gibi)
- ◆ Dinlenme ve uyuma esnasında sims pozisyonu tercih etmek
- ◆ Yatmadan önce yemek yeme ve sıvı alımını azaltmak

## Braxton Hicks Kontraksiyonları

Gebelikte uterusu oluşturan kontraksiyonlara Braxton Hicks Kontraksiyonları adı verilir. Genellikle gebeliğin son trimesterinde uterus zaman zaman kontrakte (kasılma) olup gevşeyebilmektedir. Braxton hicks adı verilen bu kontraksiyonlar düzensizdir ve servikal değişikliklere (dilatasyon ve efasman gibi) neden olmaz. Bazı gebeler bu kontraksiyonlar sırasında menstrual ağrıya benzer bir ağrı hissedebilmekte iken bazı gebeler bu kontraksiyonu dahi hissetmemektedir. Bu

kontraksiyonlar doğum eyleminin başlama belirtisi değildir. Braxton hicks kontraksiyonları için gebeye; kontraksiyonlar esnasında sol yana yatmasını ve kontraksiyonların gelme sıklığını kayıt etmesini, kontraksiyonlar düzenli hale gelmiş ise doğumun habercisi olabileceği yönünde bir sağlık kuruluşuna gitmesi önerilir.

## DOĞUMA HAZIRLIK SINIFLARI

Doğuma hazırlık sınıfları; anne, yenidoğan ve aile sağlığının korunması ve gelişmesinde mihenk taşıdır. Bu sınıflarda, doğum öncesi eğitimler verilmektedir. Doğum öncesi eğitim; aynı amaç için bir araya gelmiş gebe/çiftlere, bir lider eşliğinde verilen eğitimidir. Bu eğitimlerin kapsamı; prekonsepsiyonel, gebelik, doğum ve lohusalık dönemini içermektedir.

Sezaryen ile doğum oranlarının azaltılması, doğum memnuniyetinin ve obstetrik sonuçlarının iyileştirilmesi amacıyla doğuma hazırlık sınıflarında verilen eğitimlere önem her geçen gün artmakta ve ülkemizde de giderek yaygınlaşmaktadır. Aşağıda doğuma hazırlık sınıflarının genel amaçları belirtilmiştir.

### *Doğuma hazırlık sınıfının amaçları:*

- ◆ Prekonsepsiyonel, gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgi sağlamak
- ◆ Olumlu sağlık tutum ve davranışı kazandırmak
- ◆ Sağlık bilincini yükseltme
- ◆ Karar verme becerisini geliştirmek
- ◆ Doğum öncesi bakımın konusunda farkındalık sağlamak
- ◆ Gebelikte oluşan fiziksel, sosyal ve ruhsal durum ile baş etmeyi öğretmek
- ◆ Çiftlerin doğuma yönelik korku ve kaygılarını arındırmak, kaygılarını azaltmak



- ◆ Gebenin bedenine yönelik farkındalığını sağlamak
- ◆ Doğum eylemine hazırlanmanın önemini fark etmek
- ◆ Pozitif doğum deneyimi yaşatmak
- ◆ Doğumda ağrı ile baş etmesini sağlayan rahatlatıcı yöntemleri bilmek ve bu yöntemleri uygulama becerisini geliştirmek
- ◆ Nefes egzersizlerini öğretmek ve bu egzersizleri kullanabilmeleri konusunda desteklemek
- ◆ Gevşeme egzersizlerini öğretmek ve bu egzersizleri kullanabilmeleri konusunda desteklemek
- ◆ Gebenin emzirme öz yeterliliğini ve başarısını artırmak
- ◆ Yenidoğan bebek bakımına hazırlamak
- ◆ Çiftlerin ebeveynlik rolüne geçişi kolaylaştırmak
- ◆ Eş ve aile ilişkilerini güçlendirmek

### Doğuma Hazırlık Sınıflarının Tarihçesi

Dünyada ilk olarak 1909 yılında Amerika'da doğum öncesi eğitimin önemini vurgulamak amacıyla "Doğum öncesi eğitim ve bakım örgütü" kuruldu. Bu örgütten dört yıl sonra (1913) ilk doğuma hazırlık sınıfı açıldı.

Ülkemizde Doğuma Hazırlık Eğitimleri 1980'li yıllarda başlamıştır. İlk olarak 1980 yılında Prof. Dr. Oktay Kadayıfçı'nın önderliğinde Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde ve ABD İncirlik Hava Üssü hastanesinde gebe ve eşlerine Lamaze yöntemiyle doğuma hazırlık eğitimi verilmeye başlanmıştır. Daha sonra 1988 yılında hemşire Ayşe Öner İstanbul International Hospital'da doğum öncesi sınıf yürütmeye başlamış, 1991 yılında ise İstanbul'da ilk doğuma hazırlık merkezi "Hamile Eğitim Merkezi" adıyla faaliyetine başlamıştır. Akabinde 1998 yılında Prof. Dr. Hülya Okumuş ve ekibinin "Doğum Öncesi Eğitim ve Doğuma Hazırlık Sınıflarının Etkisinin

İncelenmesi" başlıklı projesiyle Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunun "Doğuma Hazırlık Sınıfı" açılmıştır. Doğum öncesi eğitimler 2000'li yıllarda yaygınlaşmaya başlamıştır. 2009 yılından itibaren Türk Ebeler Derneği tarafından da doğuma hazırlık eğitici eğitimi kursları verilmeye başlanmıştır.

Ülkemiz Sağlık Bakanlığı'nın sezaryen oranlarının azaltılması amacıyla, normal doğumu desteklemesi ve anne dostu hastane uygulamalarını yaygınlaştırması doğum öncesi eğitiminin önemini daha çok ortaya çıkarmıştır. Sağlık Bakanlığı, üreme sağlığı programlarında doğum öncesi eğitimlerin önemi üzerinde durmuş ve 2014 yılında "Gebe Bilgilendirme Sınıfları" genelgesi yayınlanmıştır. Bu genelge ile gebelerin; doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası döneme yönelik bilgi edinmeleri ve doğuma yönelik bilinç ve farkındalık düzeylerinin artırılması amaçlanmış ve her ilde doğuma hazırlık sınıflarının açılması istenmiştir. 2018 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından "gebe okulu genelgesi" tekrar düzenlenmiştir. Bu düzenlemede sağlık kurumlarının nasıl eğitim vereceği, eğitim koşulları, gebe okulu ve doğuma hazırlık eğitimlerinin asgari koşulları, eğitimde bulunması gereken asgari malzemeler ve eğitimcilerin standartları belirlenmiştir. Aynı zamanda bu genelgede sağlık birimi 1. basamak sağlık kuruluşlarında ise (Aile Sağlığı Merkezi) "**Gebe okulu**", 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşları, üniversite ve özel hastane ise "**Gebe bilgilendirme sınıfı**", tıp merkezleri ya da serbest çalışma yetkisi bulunan kişilerin açtıkları yer ise "**Doğuma Hazırlık ve Danışmanlık Merkezi**" şeklinde adlandırılmıştır.

Son yıllarda, ülkemizde büyük şehirler başta olmak üzere birçok ilde kamu ve özel hastanelerde "doğum öncesi eğitim sınıfları,



gebe okulu” sayısında ciddi artış sağlanmıştır. Halen ülkemizin birçok üniversitesinde bu eğitimler verilmeye devam etmektedir.

### Doğuma Hazırlık Sınıflarında Kullanılan Felsefe/Metodlar

Doğuma hazırlık sınıflarında kullanılan başlıca felsefe/metodlar; Dick Read, Lamaze, Kitzinger (Psiko-seksüel Metod), Bradley (Eşin Koçluğu), Hypnobirthing (Mongan Metodu), Michel Odent, Farkındalığa Dayalı Doğum ve Ebevenylik eğitimidir. Her bir modelin teorik felsefeleri, amacı, hedefi, eğitmen nitelikleri, ders saati, uzunluğu ve öğrenci sayısı değişiklik göstermektedir. Aşağıda bu felsefe ve metodlara ilişkin bilgi verilmiştir.

#### Dick Read

1920’li yıllarda İngiliz kadın doğum uzmanı Dick Read, bugün doğuma hazırlık felsefesinin temellerini oluşturan “korku-gerginlik-acı” döngüsünü tanımlamıştır. Bu yaklaşım, doğuma hazırlık sınıflarında gebelere yeterli bilgi sağlayarak, zihinsel ve fiziksel gevşeme egzersizleri öğretilerek “korku-gerginlik-acı” döngüsünün kırılacağı ve gebenin daha az doğum acısı hissedeceği

#### Lamaze Felsefesi

1951 yılında Fransız Obstetrisyen Fernand Lamaze, kendi adını verdiği Lamaze metodunu geliştirmiştir. Lamaze doğumdaki ağrının şartlanılmış bir tepki olduğuna dikkat çekmiş, Lamaze metodunu Pavlov’un şartlı refleks teorisine dayandırmıştır. Doktor lamaze Rusya’da doğum yapan kadınları gözlemiş doğum öncesi eğitim alan kadınların; doğum acısı esnasında kendini kasmak yerine, gevşemeye ve nefes almaya odaklandığını, doğum sırasında daha az analjezik madde kullandıklarını, doğumlarının daha kısa, memnuniyet verici olduğunu belirtmiştir. Lamaze yöntemini ilk olarak Rus psikologlar

uygulamış olup adına “psikoprofilaksi” vermişlerdir. Psikoprofilaksi, bilincin kontrol edilmesi anlamına gelmektedir

Lamaze yöntemi gebeyi duygusal ve fiziksel olarak bilinçli bir şekilde doğuma hazırlayan yöntemdir. Bu yöntem; doğumdaki ağrının kontrolüne odaklanmakta, doğum ağrısının şartlanmış bir refleks olduğu, beynin bedeni kontrol edebileceğini ve düşünce yoluyla doğum acısı ile baş edebileceği üzerinde odaklanmaktadır. Amerika’da Uluslararası Lamaze Organizasyonu (Lamaze International)’nun kurulmasıyla birlikte Lamaze’nin sadece bir yöntem değil sağlıklı doğum uygulamalarını içeren bir felsefe olduğu benimsenmiştir. Kadınları normal doğuma teşvik etme, destekleme gibi misyonuyla doğuma hazırlık eğitimcilerine ve gebe kadınlara hizmet etmektedir. Lamaze felsefesine göre doğuma götüren 6 uygulama vardır. Bu uygulamalar:

- ◆ Doğum kendiliğinden başlamalıdır
- ◆ Annelere doğum boyunca hareket özgürlüğü tanınmalıdır
- ◆ Doğum süresince rutin müdahalelerden kaçınılmalı,
- ◆ Doğum boyunca duygusal ve fiziksel destek sağlanmalıdır
- ◆ Doğumdan sonra anne ve bebek bir arada olmalı, emzirme için sınırsız imkan tanınmalıdır
- ◆ Doğumda doğal ve aktif ıknma teknikleri uygulanmalıdır.

Lamaze felsefesi Anne dostu hastane yaklaşımının da standartını oluşturmaktadır. Lamaze temelli doğuma hazırlık sınıfları daha çok gebeliğin son trimesterindeki gebelerden oluşmaktadır. Günümüzdeki doğuma hazırlık sınıflarının çoğu Lamaze felsefesi esaslıdır. Gebeliğin son trimesterindeki gebeleri ve 6-8 haftalık eğitimleri içerir. Tahmini doğum tarihinden 15-20 gün önce bu eğitim bitirilir.

### **Kitzinger Felsefesi (Psiko-Seksüel Metod)**

Antropolog ve doğum eğitimcisi olan Sheila Kitzinger doğum öncesi eğitim sınıflarında psikoseksüel yaklaşım getirmiştir. Psikoseksüel yaklaşıma göre doğum öznel, seksüel ve sosyal bir olgudur. Kadının gebelik, doğum ve doğum sonu döneminin bir stres kaynağı olduğunu, bu süreçlerde duygularını dışa vurabilmesinin önemine vurgu yapılır. Kitzinger Felsefesi, kadının doğumda doğal davranmasını, gevşeme teknikleri ve solunum egzersizleri ile doğum sürecini yönetebileceğini savunur.

### **Bradley Felsefesi (Eşin Koçluğu)**

Robert A Bradley, doğuma hazırlık sürecine eşlerin birlikte hazırlanması gerektiğini savunan bir yaklaşımdır. Travayda ve doğumda erkeğin eşinin yanında olmasını savunmaktadır. Bradley 1970 yılların sonuna doğru “doğum koçluğu” kavramını ortaya atmıştır. Doğum eyleminin sadece kadına ait bir deneyim olmadığını, kadın ve eşi arasında paylaşılan bir deneyim olduğunu benimser. Bu yöntem çiftlerin doğuma gereksiz müdahalelerden kaçınarak doğal yollarla doğuma hazırlamayı hedefler. Doğuma hazırlık sınıflarında eşin doğum yapacak karısına nasıl yardım edeceği, ihtiyaçlarını nasıl karşılayacağı öğretilir.

Bradley felsefesine dayalı oluşturulan doğuma hazırlık sınıflarının gebeliğin erken döneminde oluşturulması önerilir. Bu felsefe doğum normal ve sağlıklı ilerliyorsa ilaç ve tıbbi müdahalelerden kaçınılması gerektiğini savunmaktadır. Tıbbi gereklilik dışında yapılan müdahalelerin anne ve fetus için risk oluşturabileceğini savunmaktadır. Doğumda sessizliğin, fiziksel rahatlığın, gevşemenin, nefes egzersizlerinin, karanlık /loş ortamın, sakinliğin sağlanmasının önemine vurgu yapar. Özellikle doğum sürecini yönetmede

nefes alma tekniklerinin ve kas gevşetme egzersizlerinin, doğum çevresinin düzenlenmesini, doğumda destekleyici bakımın önemine vurgu yapmaktadır.

Bu yöntemde doğuma hazırlık eğitiminin süresi 10-12 hafta olmalı ve bu eğitime eşin katılması zorunludur. Çünkü eş, doğumda koç rolü alacaktır. Bu metodun eşler arasındaki ilişkinin güçlenmesine, evlilik/partner uyumunun artmasına katkı sağlayabileceği vurgulanmaktadır.

### **Hypnobirthing (Mongan Metodu)**

HypnoBirthing yöntemi Dick Read’ın Korkusuz Doğum (1942) adlı kitabından esinlenerek 1990’lı yıllarda Marie T. Mongan tarafından geliştirilmiştir. Bir doğum tekniği ve felsefesidir. Dick Read’ın korku-gerginlik-acı üçgeninden temel alan bu yöntem, kadını fiziksel ve psikolojik olarak doğuma hazırlamayı esas almaktadır. Mongan 1987 yılında hypnobirthing sertifikasını aldıktan sonra, bu yöntemin ilk uygulamasını kızı Maura ile yapmıştır. Maura hypnobirthing yöntemini kullanarak kendi bedenine ve bebeğine odaklanarak, ağrısız bir doğum deneyimi gerçekleştirebilir. Bu deneyimi üzerine Mongan Amerika’da Hipnobirthing Enstitüsünü kurmuştur.

Hypnobirthing felsefesi; “her kadın kendisi ve bebeği için doğumun en iyi şekilde gerçekleşmesini sağlayacak içgüdü ve enerjiye sahiptir” önermesini esas almaktadır. Kadın bedeninin doğumu nasıl yapacağını bildiği ve kadının iç güdülerini kullanarak doğumda rol alması gerektiği felsefesine dayanır. Gebelerin doğum yapma potansiyelini ortaya çıkarabilmek için derin gevşeme ve hipnozun önemine odaklanır. Gebenin pozitif düşünce ve pozitif doğum diliyle (yargılamayan, olumlu cümleler kullanan vb.) doğumuna, bedenine odaklanmasını ve kontrolünü sağlaması hedeflenir.





Hypnobirthing metodunda, gebe kadınlara kendi kendilerine hipnoz yönteminin (oto telkin ile) öğretilmesiyle zihinde doğuma yönelik korkuların serbest bırakılması sağlanır ve bu yol ile kadının doğumu yönetme becerisinin geliştirilmesi ve doğumu pozitif deneyimlemesi amaçlanmaktadır. Hypnobirthing toplam 12 saatlik eğitimi içermektedir. Günümüzde bu metodun kullanımı gittikçe yaygınlaşmaktadır. Altuntuğ ve ark.'nın derleme çalışmasında hypnobirthing ile Mevlana felsefesinin “odaklanma, farkındalık sağlama” özellikleri ile bu iki yaklaşımın sentez edilebileceği vurgulamaktadır.

### Leboyer Metodu

Doğum odasındaki kuvvetli ışıklardan, doğum ortamındaki gürültüden, bebeğin solu- numaya başlaması için poposuna vurulmasının bebek üzerindeki olumsuz etkilerine değinir. Bu metod yenidoğan bebeğin ağrı ve travmasının azaltılmasını savunmaktadır.

### Michel Odent Metodu

Fransız hekim Odent genel cerrah olmasına karşın, daha sonra yaşamına bir obstetrisyen olarak devam etmiştir. Doğumda ebeleri ve doğuran kadınları izlemiş, kadınların doğumda beklentilerini, en çok neye ihtiyaç duyduklarını belirlemeye odaklanmıştır. Bu gözlemleri doğrultusunda doğumun özel bir deneyim olduğu ve doğumun en iyi fiziksel alt yapıya sahip ortamlarda yaşanması gerektiğini savunmuş ve “Doğal Oda” adını verdiği bir doğum odası oluşturmuştur. Bu oda geniş bir yataktan, yatak üzerinden büyük yastıklardan ve odanın içinde rahatça gezinilebilecek geniş bir mekandan oluşmaktadır. Doğum odalarının yüksek teknolojiden uzak, mahremiyete özenli, loş, sessiz, “ev tipi” şeklinde olmasına özen göstermiştir. Odent doğumda forseps, vakum gibi tıbbi müdahaleleri en aza indirmiştir.

Odent doğumdan sonraki ilk dakikaların çok önemli olduğunu, anne ile bebeğin temasının en erken sürede başlatılmasının bağlanma üzerinden çok etkili olduğunu vurgulamaktadır. Bebeklerin sevgi ortamında doğmasının, yenidoğan bebeğin bağlanması üzerinde etkili olduğunu vurgulamaktadır. Daha sonra Fransa’da bir hastanede doğum havuzu olan doğum merkezi kurmuş ve bu merkezde ilk suda doğumu gerçekleştirmiştir.

Odente göre sağlık personeli müdahaleci değil, izleyici olmalıdır. Kadınlar doğumun büyü- içinde doğumlarını deneyimlemeli, böylece doğum yapmanın gücünün kadından kadına, tüm bebeklere, kuşaklara aktarmalıdır. Odent; kadınların yapılandırılmış doğuma hazırlık eğitimi almasını savunmamış, kadınların içgüdüsel olarak doğumu nasıl gerçekleştireceğini bildiğini vurgulamıştır.

### Farkındalığa Dayalı Doğum ve Ebevenlik Metodu

Ebe Nancy Bardacke, “Farkındalık Odaklı Stres Azaltma” programı eğitimini sunan Kabat-Zinn ile katıldıkları meditasyon toplantısında gebeliğin stresi, doğum korkusu, ebevenlik stresi gibi gebelerin stresle baş edebilme becerilerini geliştirmesi gerektiğinin önemini vurgulamıştır. Bardacke öncelikle kendi meditasyon eğitimini becerilerini artırdı. Ardından doğuma hazırlık sınıflarında uygulanabilecek Farkındalığa Dayalı Doğum ve Ebevenlik programını oluşturdu. Bu programda gebelerde gözlem yeteneği geliştirme, stres yönetimi, gebelikteki değişiklikler konusunda farkındalık sağlama amaçlanmaktadır. Kurs programı; katılımcı sayısında sınırlılığın olmadığı, haftalık 3 saat olmak üzere toplam 9 haftalık toplantının olduğu ve eğitimin postpartum ziyareti kapsadığı, gebe ve eşinin yoga ve meditasyon yapmasını ve



farkındalık uygulamalarını günlük yaşamda kullanmasını benimsemektedir. Literatürde farkındalığa dayalı doğum ve ebeveynlik eğitimlerinin, gebelikte ve doğum sonu dönemde görülen stres, anksiyete ve depresyonu azalttığı belirtilmektedir.

### Doğuma Hazırlık Sınıflarında Kas ve Gevşeme Egzersizleri

Doğuma hazırlık sınıflarında zihni sakinleştirmek, bedeni gevşetmek amaçlı riski olmayan gebelere yönelik kas ve gevşeme egzersizleri yapılmalıdır. Bu egzersizlerin teorik eğitimle beraber yapılması önerilmektedir.

Kas egzersizlerine ısınma hareketleri ile başlanmalıdır. Isınma hareketlerini takiben pelvik taban egzersizleri ve germe egzersizleri ile devam edilmelidir. Kas egzersizleri hafif veya orta şiddette olmalıdır. Tıbbi ve doğuma yönelik komplikasyonu olmayan gebelerde orta şiddette olmalıdır. Orta şiddette olan bir egzersiz ortalama 30 dk, haftada 4 kez olmalıdır. Egzersiz esnasında rahatsızlık hissedilen gebenin egzersizi sonlandırılmalıdır.

Gevşeme egzersizleri zihni sakinleştirmek, bedeni gevşetmek için yapılmaktadır. Zihinsel odaklanma, gevşeme egzersizin temelidir. Nefes egzersizleri, hayal kurma vb. imgeleme gevşeme egzersizlerinde kullanılan başlıca tekniklerdendir. Bu egzersizler 20 ila 40 dakika olmalıdır.

### Doğuma Hazırlık Eğitimine Babaların Katılımı

Doğum öncesi hazırlık eğitimine babaların katılımı; babaların gebelik, doğum ve lohusalık döneminde yaşayacağı deneyimlere hazırlar, gebelerin yaşadıkları / yaşayacakları konusunda farkındalık sağlar ve eşine karşı destekleyici rollerini geliştirmesine imkan tanır. Doğum öncesi eğitimlerde sadece gebe-

nin gereksinimlerine değil, babanın gereksinimlerine de odaklanılmalıdır. Babanın başlıca gereksinimleri ebeveynliğe geçiş süreci, depresyonun azaltılması / önlenmesi, babayı yalnız bırakmama ve eşi ile birlikte gebelik sürecine katılımını sağlama, doğum korkusunu azaltma, destekleyici rollerinin geliştirilmesi (eş ilişkisi, bebek bakımı gibi) gerekmektedir.

Babaların doğumuna katılımı kültürel, uygulanan sağlık politikası, hastane politikası gibi nedenlere göre kültürden kültüre, toplumdan topluma değişiklik göstermektedir. Öte yandan antenatal eğitimlerin kadın gebelere çoğunlukla kadın ebelerin hizmet vermesinin doğal sonucu olarak eğitim ortamının kadın ağırlıklı olması da babaların antenatal eğitimi almalarının önünde bariyer olabileceği akılda tutulmalıdır

Maycock ve ark. randomize kontrolü çalışmasında, antenatal dönemde babalara verilen postpartum emzirme eğitiminin bu babaların eşlerinin emzirmeyi daha uzun sürede sürdürdükleri saptanmıştır. Benzer şekilde literatürde babaların aile planlaması, bebek bakımı gibi konularda eşine verdiği desteğinin obstetrik sonuçları iyileştirdiği vurgulanmaktadır. Bu nedenle doğuma hazırlık eğitimlerine babanın dahil edilmesi sağlanarak; annenin sosyal desteğinin artırılması, babalık ve ebeveyn olma rolüne geçişin kolaylaşmasına imkan verilecektir.

### Doğuma Hazırlık Sınıflarının Çeşitleri ve İçeriği

Doğuma hazırlık sınıfları prekonsepsiyonel, erken prenatal, geç prenatal, emzirme, sezaryen, ebeveynlik gibi çok çeşitli sınıflardan oluşmaktadır. Her doğuma hazırlık sınıfının amaç ve ilkelerinin ve eğitim felsefesinin farklı olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır



Aşağıda doğuma hazırlık sınıflarının içeriğine yönelik bazı örnekler verilmiştir.

### Prekonsepsiyonel Eğitim Sınıflarının İçeriği

Bu sınıflar gebe kalmayı planlayan çiftlerin sınıflarıdır. Bu sınıflardaki eğitim içeriği şöyledir:

- ◆ Gebeliğe sağlıklı başlamak
- ◆ Gebeliğin anlamı, gebeliğe ilişkin duygular
- ◆ Gebelik öncesi yapılması gereken testler
- ◆ Gebelik öncesi beslenme ve egzersiz
- ◆ Gebeliğin oluşum fizyolojisi
- ◆ Doğum öncesi hazırlık sınıfları hakkında bilgilendirme

### Erken Prenatal Eğitim Sınıflarının İçeriği (Gebeliğin İlk Trimesteri)

Bu sınıflar gebeliğin birinci ve ikinci trimesterde çiftlerin gebeliğe uyumunu artırmak, fiziksel ve ruhsal sağlığını korumak ve geliştirmek amaçlı yapılmaktadır. Bu sınıfların eğitim içeriği şöyledir:

- ◆ Gebelik oluşumu
- ◆ Embriyonel dönem
- ◆ Gebelik semptomları
- ◆ Fetal gelişim
- ◆ Gebelikte cinsellik
- ◆ Beslenme, egzersiz
- ◆ Gebelikte görülen yakınmalar ve rahatlama teknikleri
- ◆ Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler
- ◆ Gebelikte meydana gelen psikolojik değişiklikler
- ◆ Gebelik izlemleri
- ◆ Gebelikte tehlike belirtileri
- ◆ Gebelikte sosyal destek kaynaklarının kullanımını
- ◆ Gebenin sağlık bilincinin yükseltilmesi ( hijyen, beslenme vb.)
- ◆ Ebeveynlerin gereksinimleri

### Geç Prenatal Eğitim Sınıflarının İçeriği (Gebeliğin İkinci ve Üçüncü Trimesteri)

Doğal doğum odaklı olan bu sınıflarda amaç, gebe / çiftlerin doğuma ve doğum sonrası sürecine uyumunu kolaylaştırmaktır. Bu sınıflara genellikle gebeliğin 20. Haftasından sonra başvurulması önerilmektedir. Eğitimciler, benzer gebelik haftasında olan gebe / çiftleri bir araya getirerek, eğitim gurubu oluşturmaktadır.

Geç prenatal doğuma hazırlık sınıflarının içeriği aşağıda belirtilmiştir.

- ◆ Doğumun fizyolojisi
- ◆ Doğumun başlama belirtileri
- ◆ Doğum süreci
- ◆ Doğum ağrısız azaltmada / gidermede kullanılan yöntemler
- ◆ Doğumda kanıt temelli uygulamalar
- ◆ Tehlike belirtileri
- ◆ Doğum ortamı
- ◆ Doğum sırasında oluşabilecek girişimler (epizyotomi, vakum vb)
- ◆ Doğum sonrası fizyolojik ve psikolojik değişiklikler
- ◆ Sezaryen
- ◆ Doğum sonu evde bakım
- ◆ Yenidoğan bakımı
- ◆ Doğum sonu izlem
- ◆ Doğum sonu aile planlaması
- ◆ Emzirme

Bu sınıflar dışında doğuma hazırlık sınıfı kapsamında sezaryen, postpartum, emzirme, ebeveyn olma gibi sınıflar da mevcuttur.

### Doğum Hazırlık Eğitimi Tekniği

Doğuma hazırlık sınıfı eğitimlerinde, genellikle klasik anlatım yönteminin, soru cevap ve gösteri tekniğinin uygulandığı görülmektedir. Son dönemlerde COVID-19 pandemisi nedeniyle doğuma hazırlık eğitimlerinin “online” olarak gerçekleştiği görülmektedir.



Ayrıca eğitimin kalıcılığının artırılmasında “hibrit” simülasyon eğitim tekniğinin kullanılabilmesi vurgulanmaktadır.

Doğum öncesi eğitimler, bireysel ya da grup şeklinde yapılabilmektedir. Bireysel eğitim, bireysel gereksinimleri belirleme ve gebeliğe adaptasyonu sağlamada önem taşımaktadır. Grup eğitimi benzer özellikte, 10 ila 20 gebe arasında verilen eğitimdir. Grup eğitimi gebeler arasında deneyimlerin paylaşımına imkan verebilmektedir.

### Doğuma Hazırlık Sınıflarının Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Döneme Etkisi

Doğuma hazırlık sınıflarının etkisini değerlendiren; bu sınıflarda eğitimi veren eğitici/eğiticilerin özellikleri, eğitim felsefesi, eğitimin içeriği, süresi, eğitimde kullanılan yöntemler, grup sayısı gibi birçok faktör göz önünde bulundurulmalıdır. Literatürde doğum öncesi eğitimlerin, doğum deneyimi ve sürecine etkisini inceleyen kanıt düzeyi yüksek çalışmalara ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır. Aşağıda doğuma hazırlık sınıflarının genel olarak gebelik, doğum ve doğum sonu etkilerine değinilmiştir.

### Doğuma Hazırlık Sınıflarının Gebelik Üzerine Etkisi

Doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerin, katılmayanlara göre gebelikte:

- ◆ Sağlığa zarar veren sigara içme, alkol kullanma gibi olumsuz davranışları daha azdır.
- ◆ Egzersiz yapma, dengeli beslenme, gebelik kontrollerine düzenli gitme gibi olumlu sağlık davranışları daha fazladır.
- ◆ Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme başarısı daha yüksektir.
- ◆ Doğum korkusu, anksiyete, depresyon gibi ruhsal sorunları daha azdır.

- ◆ Gebelikte gelişen sorunlarla baş etme becerisi ve adaptasyonu daha fazladır.
- ◆ Prenatal bağlanma daha iyi düzeydedir.
- ◆ Preterm ve düşük doğum ağırlıklı bebek gibi gebelik komplikasyonları daha az orandadır.
- ◆ Doğum öz yeterliliği daha yüksektir.
- ◆ Gebe-eş ilişkisi, evlilik uyumu daha olumludur.
- ◆ Baba adayının gebeliğe ilişkin bilgi ve bilinç düzeyi daha olumlu olup, eşine daha destekleyici yaklaşmaktadır.

### Doğuma Hazırlık Sınıflarının Doğum Üzerine Etkisi

Doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerin, katılmayanlara göre doğumda:

- ◆ Kendine güven hissi, kontrol duygusu, doğuma hazır oluşu ve doğuma uyum süreci daha iyi düzeyde olabilmektedir.
- ◆ Ebe, doğum hekimi ve hemşire ile iletişimi daha olumludur.
- ◆ Vajinal doğum tercihleri daha fazla olabilmektedir.
- ◆ Doğum anında daha az korku, daha az anksiyete ve stres yaşamaktadır.
- ◆ Doğum eylemi sırasında daha az ağrı hissedebilmektedir.
- ◆ Doğum eyleminde ağrı ile baş etme becerileri daha yüksektir.
- ◆ Alternatif doğum pozisyonu kullanma daha sık oranda olabilmektedir.
- ◆ Doğumda analjezi ve anestezi ve tıbbi müdahale gereksinimi daha azalabilmektedir.
- ◆ Doğum süresi daha kısa olabilmektedir.
- ◆ Doğumdan hemen sonra bebeği ile ten tene temas, ilk emzirmeye erken başlama konusunda talep etme ve uygulama istekliliği daha fazladır.
- ◆ Doğumu olumlu algılama ve doğum memnuniyeti daha yüksek düzeydedir.



## Doğuma Hazırlık Sınıflarının Doğum Sonu Döneme Etkisi

Doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerin, katılmayanlara göre doğum sonu dönemde:

- ◆ İlk emzirmeye başlama ve emzirmenin sürdürülmesi davranışı daha olumludur.
- ◆ Hastaneden daha erken taburcu olabilmektedir.
- ◆ Annelik ve ebeveynlik rolüne adaptasyon daha kolaydır.
- ◆ Postpartum stres, depresyon gibi ruhsal sorunlar daha az görülmektedir.
- ◆ Meme ucu ve perineye ait komplikasyonlar daha az görülmektedir.
- ◆ Eş desteği artmıştır.

## Doğuma Hazırlık Sınıflarında Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşirenin Rolü

Hemşirenin doğuma hazırlık eğitimlerinin planlanması, sunulması ve yürütülmesinde; bakım verici, eğitici, araştırmacı, yönetici, savunucu, rahatlatıcı, danışmanlık gibi rolleri bulunmaktadır. Doğuma hazırlık eğitiminin amacına ulaşabilmesi için; eğitimlerin konuya hâkim, deneyimli, iletişim ve eğitim becerileri tarafından yetkin hemşire ve ebe tarafından verilmesi gerekmektedir. Ülke sağlık politikaları gereğince bilgi ve beceri yönünden özellik gerektiren bu alanda hizmet verebilecek ebe ve hemşire yetiştirmelidir.

### *Hemşirenin doğum öncesi eğitimlere yönelik sorumlulukları;*

- ◆ Grup yönetimi, yetişkin eğitimi, doğuma hazırlık felsefeleri vb. konularında bilgi ve becerisi olmalıdır.
- ◆ Doğuma hazırlık eğitimlerinde öğrenmeyi kolaylaştırabilecek farklı öğretim tekniklerini bilmeli ve bunları uygulayabilmelidir.
- ◆ Çiftlerin interaktif katılımını sağlamalıdır.

- ◆ Katılımcıların kültürel değer ve inançlarını göz önünde bulundurarak eğitim stratejileri belirleyebilmelidir.
- ◆ Güncel bilgileri takip etmeli, bilimsel toplantılara katılmalı ve eğitim verdiği sınıfın verilerini oluşturup, bu gebeleri süreçsel takip edebilmelidir.
- ◆ Doğuma hazırlık sınıflarının etkisi konusunda kanıt temelli çalışmalar yapması, doğum öncesi eğitim ve danışmanlık hizmetinin niteliğinin artırılmasında önem taşıyacağı göz önünde bulundurulmalıdır.

## AKLIMIZDA BULUNSUN

- ◆ Sağlık Bakanlığı gebelik boyunca en az dört doğum öncesi bakımı önermektedir.
- ◆ Doğum öncesi bakım fiziksel ve psikososyal değerlendirmeyi içermelidir.
- ◆ Folik asit kullanımına gebelikten üç ay önce başlanılmalı ve gebeliğin üçüncü ayına kadar kullanılmalıdır.
- ◆ Demir kullanımına gebeliğin dördüncü ayında başlanılmalı ve doğum sonu üç aya kadar kullanılmalıdır.
- ◆ Tetanoz bağışıklaması gebeliğin dördüncü ayında başlanılmalıdır.
- ◆ Leopod manevraları gebeliğin 20. haftasından sonra uygulanır.
- ◆ Gebeliğin 24-28. haftaları arasında gestasyonel diyabeti tespit etmek için oral glikoz tolerans testi (OGTT) yapılmalıdır.
- ◆ Gebelikte bulantı kusma, vajinal akıntıda artma, pika vb. rahatsızlıklar gebeliğin erken dönemindeki yakınmalardır.
- ◆ Gebelikte ödem, varis, hemoroid, solunum güçlüğü, mide yanması vb. rahatsızlıklar gebeliğin erken dönemindeki yakınmalardır.
- ◆ Doğuma hazırlık sınıflarında eğitimler, Lamaze felsefesi, Bradley metodu (eşin koçluğu), Hipnobirthing (Mungan) vb. felsefeye dayalı verilmektedir.

## SORULARI

1. **Doğum öncesi bakıma (DÖB) ilişkin aşağıda verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?**
  - a. DÖB maternal ve fetal sağlığın korunmasını sağlar
  - b. DÖB gebelikte risk durumunun belirlenmesini sağlar
  - c. DÖB sağlık profesyonelinin kadın ve ailesi ile iletişim halinde olmasını sağlar
  - d. DÖB tarama testlerinin zamanından önce yapılmasını sağlar
  - e. DÖB fetüsün büyüme ve gelişmesinin takip edilmesini sağlar
  
2. **Sağlık Bakanlığının DÖB rehberine göre gebelik izlemleri ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?**
  - a. 1. izlem 0-14. haftaları arasında yapılmalıdır
  - b. 1. izlem 12. haftadan önce yapılmalıdır
  - c. 2. izlem 15-30. haftaları arasında yapılmalıdır
  - d. 3. izlem 28-32. haftaları arasında yapılmalıdır
  - e. 4. izlem 36-38. haftaları arasında yapılmalıdır
  
3. **Leopod manevraları ile ilgili verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?**
  - a. Leopod manevraları fetüsün pozisyonunu tespit etmek için uygulanır
  - b. Leopod manevrası 1 ile kesin gebelik haftası belirlenir
  - c. Leopod manevrası 2 fetüsün kalp seslerini dinlemek için kullanılır
  - d. Leopod manevrası 3 ile fetüsün önden gelen kısmı belirlenir
  - e. Leopod manevrası 4 ile fetüsün prezantasyonu belirlenir
  
4. **Gebelikte folik asit kullanımı ile ilgili verilen bilgilerden hangisi doğrudur?**
  - a. Gebeliğin altıncı ayından sonra kullanılmalıdır
  - b. DNA ve RNA yapımında gereklidir
  - c. Karbonhidratların enerjiye dönüşmesinde kullanılır
  - d. Gebelikte kullanımı fetal nöral tüp defeklerin önlenmesini sağlar
  - e. Gebelikten üç ay önce başlanılmalı ve gebeliğin üçüncü ayına kadar kullanılmalıdır.
  
5. **Gebelikte ilgili verilen bilgilerden hangisi yanlıştır?**
  - a. Gebelikte tüm besin türlerini içeren beslenme tipi benimsenmelidir
  - b. Gebelikte cinsel birliktelikten kaçınılmalıdır
  - c. Gebelikte her gün duş alınmalıdır
  - d. Gebelikte kuvvette duş alınmamalıdır
  - e. Gebelikte pamuklu ve açık renk iç çamaşırları kullanılmalıdır



- 6. Aşağıdaki aşılarından hangisi gebelere uygulanabilir?**
- Kızamık
  - Kızamıkçık
  - Suçiçeği
  - BCG
  - Tetanoz
- 7. Gebelikte egzersiz yapma ile ilgili verilen bilgilerden hangisi doğrudur?**
- Gebelikte her gün düzenli egzersiz yapılmalıdır
  - Egzersiz sırasında sıvı tüketilmemelidir
  - Egzersiz sırasında kalp hızı 140'ın altında olmalıdır
  - Egzersiz sırasında ara ara nefes tutulmalıdır
  - Egzersiz sırasında mesane dolu olmalıdır
- 8. Aşağıdakilerden hangisi gebelikte psiko-sosyal değerlendirme kriterleri arasında değildir?**
- Gebeliğin istenme durumu
  - Madde kullanımı
  - Gebelikte bağışıklama
  - Şiddete mazuriyet
  - Depresyon
- 9. Aşağıdakilerden hangisi gebeliğin geç döneminde görülen yakınmalardan biri değildir?**
- Bacaklarda ödem
  - Varis
  - Solunum güçlüğü
  - Mide yanması
  - Bulantı-Kusma
- 10. Aşağıda doğuma hazırlık sınıflarının eğitiminde benimsenen felsefelerden/ metodlardan biri değildir?**
- Lamaze felsefesi
  - Hipnobirthing
  - Bradley
  - Dick Read
  - Kapı Kontrol Teorisi



	1	2	3	4	5	6	7	8
Cevaplar:	D	C	B	A	B	E	C	C
	9	10						
	E	E						

## KAYNAKLAR

1. Abame, D. E., Abera, M., Tesfay, A., Yohannes, Y., Ermias, D., Markos, T., & Goba, G. (2019). Relationship between unintended pregnancy and antenatal care use during pregnancy in Hadiya Zone, Southern Ethiopia. *Journal of Reproduction & Infertility*, 20(1), 42
2. Afshar, Y., Wang, E. T., Mei, J., Esakoff, T. F., Pisarska, M. D., & Gregory, K. D. (2017). Childbirth education class and birth plans are associated with a vaginal delivery. *Birth*, 44(1), 29-34.
3. Akca, A., Esmer, A. C., Ozyurek, E. S., Aydin, A., Korkmaz, N., Gorgen, H., & Akbayir, O. (2017). The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 295(5), 1127-1133.
4. Akpınar, F. Z., & Apay, S. E. Gebelikte Yaşanan Distres ile Gebelikteki Yakınmalar ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 17(4), 550-561.
5. Aktaş S. 2018; Gebeliğin Erken Dönemindeki Obstetrik Riskler, Fetal Anomaliler ve Fetal Sağlığın Değerlendirilmesi (Ebelere Yönelik). 1. Basım. Modern Tıp Kitabevi, Ankara.
6. Aktaş S., Güler H. Gebelik Boyunca Sigara İçiminin Perinatal Dönemde Anne ve Bebek Sağlığı Üzerine Etkisi. *STED*, 2010, 19(3): 100-107.
7. Aktaş, S. (2018). Multigravida's' perceptions of traumatic childbirth: Its relation to some factors, the effect of previous type of birth and experience. *Medicine Science*, 7(1), 203-209.
8. Altıparmak, S., & Coşkun, A. M. (2016). Effect of prenatal training on information and satisfaction level of a pregnant woman Doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisi. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 2610-2624.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2015). Obesity in pregnancy. *ACOG Practice bulletin No:156. Obstet Gynecol*, 126, e112-e126. <https://insights.ovid.com/crossref?an=00006250-201512000-00055>. Erişim tarihi: 18.06.2021.
10. Arslan-Özkan H. 2019. Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları. 1. Baskı. Akademisyen kitap evi, Ankara.
11. Arslantaş, H., Çoban, A., Dereboy, F., Ezgi, S. A. R. I., Şahbaz, M., & Kurnaz, D. (2020). Son trimester gebelerde doğum korkusunu etkileyen faktörler ve doğum korkusunun postpartum depresyon ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Cukurova Medical Journal*, 45(1), 239-250.
12. Avcı, G.S, Yiğit, F. Doğum öncesi bakım ve fetal sağlığın değerlendirilmesi. In: Arslan-Özkan H eds. Hemşirelik ve ebelik için kadın sağlığı ve hastalıkları. 1. baskı. Akademisyen kitap evi; 2019. 171-253.
13. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020; 8:e1152-e1161.
14. Beji Kızılakaya N. 2021, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. 3. Baskı. Nobel tıp kitap evi, İstanbul
15. Buran, G., Olgaç, Z., & Karaçam, Z. Doğuma Hazırlık Sınıflarının Kadınların Doğum Şekli, Korkusu ve Deneyimine Etkisi: Sistemik Derleme. *Life Sciences*, 15(4), 41-54.
16. Büyükkurt, S., Demir, S. C., Özgünen, F. T., Evrücke, İ. C., Kadayıfçı, O., & Güzel, A. B. (2008). Gebelikte bulantı-kusma yakınması olan hastanın değerlendirilmesi ve tedavi seçenekleri. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 18(2), 106-116.
17. Byrne, J., Hauck, Y., Fisher, C., Bayes, S., & Schutze, R. (2014). Effectiveness of a mindfulness-based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(2), 192–197. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12075>
18. Coşar, F., & Demirci, N. (2012). The effect of education of pregnant women in childbirth education classes based on the philosophy of lamaze on perception and orientation of birth process. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 18-30.
19. Çağlar M, Şahin NH. Derleme/review prenatal periodontal hastalıklarda güncel yaklaşımlar ve hemşirelik bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020; 23: 311-318.
20. Çankaya, S., & Şimşek, B. (2021). Effects of antenatal education on fear of birth, depression, anxiety, childbirth self-efficacy, and mode of delivery in primipa-





- rous pregnant women: A prospective randomized controlled study. *Clinical Nursing Research*, 30(6), 818-829.
21. Çetinkaya E, Sevil Ü. Perinatoloji ve Bakım. In Sevil Ü, Ertem G. editör. 1. Basım. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri. 2016. 1-20.
  22. Derya, Y. A., Özşahin, Z., Tuba, U. Ç. A. R., Erdemoğlu, Ç., & Ünver, H. (2018). Gebelikteki Yakınmaların Yaşam Kalitesine Etkisi ile Psikososyal Sağlık Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(3), 171-177.
  23. Dinc, A. (2018). Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and associated risk factors. *LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms*, 10(3), 303-307.
  24. Dinç H, Yazıcı S, Yılmaz T, Günaydın S. (2014). Gebe Eğitimi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1(1), 68-76.
  25. Döner, Ş. İ., Baş, Z. T., Duran, B., Mevhibe, E. R., & Karakoç, H. (2021). Türkiye’de babalık rol kazanımı: Babaların tutum ve davranışları. *Journal of Current Nursing Research*, 1(2), 59-67.
  26. Dönmez, A., Mehtap, E. R., & Karaçam, Z. (2018). Gebe Okuluna Başvuran Gebelerin Yaşadığı Gebeliğe Bağlı Fiziksel Sağlık Sorunlarının İncelenmesi. *Life Sciences*, 13(1), 1-10.
  27. Elmas, S., Saruhan, A., & Yeygel, Ç. (2017). Doğum öncesi eğitim modelleri eşliğinde doğal doğum. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(4), 299-303.
  28. Erkal-Aksoy, Dereli-Yılmaz S. Egzersiz ve prekonsepsiyonel bakım, danışmanlık. In: Demirel G, Sayiner FD eds. Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık. 1. Basım. Ankara: Akademisyen kitapevi; 2020. 79-86.
  29. Ertmann, R. K., Nicolaisdottir, D. R., Kragstrup, J., Siersma, V., & Lutterodt, M. C. (2020). Sleep complaints in early pregnancy. A cross-sectional study among women attending prenatal care in general practice. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 1-9.
  30. Esencan, T. Y., Karabulut, Ö., Yıldırım, A. D., Abbasoğlu, D. E., Külek, H., Şimşek, Ç., ... & Kılıççı, Ç. (2018). Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 26(1), 31-43.
  31. Ganatra B, Gerdts C, Rossier C, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*. 2017;(10):15-32.
  32. Ghaffari f, Ghaznein Tp. The reflexology of sole on; tiredness intensity in pregnant women. *Caspian Journal of Internal Medicine*. 2010;1(2):58-62
  33. Gölcür, M., Sarı, O., Aydoğan, Ü., Akpak, Y. K., & Keskin, U. (2017). Gebelerde kronik yorgunluk sendromu belirti ve bulgularının sıklığının araştırılması. *Ankara Medical Journal*, 17(3), 160-173.
  34. Gür, E. Y., & Pasinlioğlu, T. Gebelikteki Yakınmalar Ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği: Türkçe Formunun Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2), 482-497.
  35. Gürsoy, E. (2019). Gebelerde antenatal bakım alma durumu ile depresyon ilişkisinin değerlendirilmesi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Trabzon. (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Turan SET).
  36. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2019.
  37. Hatamleh, R., Abujilban, S., & Abuhammad, S. (2019). The effects of a childbirth preparation course on birth outcomes among nulliparous Jordanian women. *Midwifery*, 72, 23-29.
  38. Hong, K., Hwang, H., Han, H., Chae, J., Choi, J., Jeong, Y., ... & Lee, K. J. (2021). Perspectives on antenatal education associated with pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Women and Birth*, 34(3), 219-230
  39. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018\\_ana\\_Rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf). Erişim tarihi: 18.05.2020.
  40. Haakstad, L. A., Torset, B., & Bø, K. (2016). What is the effect of regular group exercise on maternal psychological outcomes and common pregnancy complaints? An assessor blinded RCT. *Midwifery*, 32, 81-86.
  41. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Kathleen M Rasmussen and Ann L Yaktine, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009. ISBN-13: 978-0-309-13113-1, (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32813>). Erişim tarihi: 18.06.2021.
  42. Kaçar, N., & Özcan, H. Gebelikte Uyku Problemleri ile Baş Etme ve Ebelik Rolü. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 18(2), 847-853.
  43. Karabulut, Ö., Potur, D. C., Merih, Y. D., Mutlu, S. C., & Demirci, N. (2016). Does antenatal education reduce fear of childbirth? *International Nursing Review*, 63(1), 60–67. <https://doi.org/10.1111/inr.12223>
  44. Karaçam, Z., & Özçelik, G. Gebelikte sık karşılaşılan yakınmalar, fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık sorunları, risk faktörleri ve yaşam kalitesi ile ilişkileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(3), 1-18.
  45. Kartal, Y. A., & Karaman, T. (2018). Effect of birth preparation training on prenatal attachment and depression. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49(1), 85-91.
  46. Khaikin, R., Marcus, Y., Kelishek, S., & Balik, C. (2016). The effect of childbirth preparation courses on anxiety and self-efficacy in coping with childbirth. *Clinical Nursing Studies*, 4(3), 39.
  47. Kızılkaya-Beji N, Dişsiz M. Gebelik ve hemşirelik yaklaşımı. Kızılkaya-Beji N editör. Kadın sağlığı ve hastalıkları. 3. baskı. Nobel tıp kitap evi, 2021.
  48. Kilpatrick SJ, Papile LA, Macones GA. Guidelines for perinatal care. <https://ebooks.aappublications.org/content/guidelines-for-perinatal-care-8th-edition>. American Academy of Pediatrics, 2014.



48. Koruk F. Hemşire ve ebeler için perinatal bakım.. Gebe Sağlığının Değerlendirilmesi ve Doğum Öncesi Bakım Editör: Erenel AŞ, Vural G. Ss:159-182. İstanbul Tıp Kitapevleri, 1. Baskı, İstanbul
49. Koushede, V., Brixval, C. S., Thygesen, L. C., Axelsen, S. F., Winkel, P., Lindschou, J., ... & Due, P. (2017). Antenatal small-class education versus auditorium-based lectures to promote positive transitioning to parenthood—A randomised trial. *Plos one*, 12(5), e0176819.
50. Köybaşı, E. Ş., & ÜY, O. (2017). Gebelik sürecinin uyku kalitesine etkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 59, 1-5.
51. Mete, S., (2015). Gebe eğitim Sınıfı. Şirin, A. Ve Kavlak, O. (Ed.) Kadın sağlığı içinde (ss:143-145). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi. Geliştirilmiş 2. Baskı.
52. Mete, S., Çiçek, Ö., Aluş Tokat, M., Çamlıbel, M., & Uludağ, E. (2017). Doğuma Hazırlık Sınıflarının Doğum Korkusu, Doğum Tercihi ve Doğuma Hazır Oluşluğa Etkisi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2017;9(3):201-6
53. Murat Öztürk D, Sayiner FD. Aşılama durumu ve prekonsepsiyonel bakım, danışmanlık. In: Demirel G, Sayiner FD eds. Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık. 1. Basım. Ankara: Akademisyen kitapevi; 2020. 141-148
54. Özçoban, FA., & Karaman, EÖ (2019). Androjenik Yaklaşım ile Verilen Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum ve Doğum Sonrası Sürece Etkisinin Değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(4), 215-221.
55. Özhüner, Y, & Çelik N (2019). Gebelerde uyku kalitesi ve yaşam kalitesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 25-33.
56. Pınar, Ş. E., Arslan, Ş., Polat, K., Çiftçi, D., Cesur, B., & Dağlar, G. (2014). Gebelerde uyku kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3), 171-177.
57. Rajabi Naeni, M., & Simbar, M. (2018). Effect of child birth preparation classes on empowering iranian pregnant women: A systematic review. *J Educ Community Health*, 5(1), 61-71.
58. Rocha, J. S., Arima, L. Y., Werneck, R. I., Moyses, S. J., & Baldani, M. H. (2018). Determinants of dental care attendance during pregnancy: a systematic review. *Caries research*, 52(1-2), 139-152.
59. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. 2014. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogum-onubakim.pdf>. Erişim Tarihi: 25.05.2021
60. Samiye, M. E. T. E., Ertuğrul, M., & Uludağ, E. (2015). Bir doğuma hazırlık eğitim programı “doğumda farkındalık. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2), 131-141.
61. Sarah J. Kilpatrick, MD, Lu-Ann Papile, MD, George A. Macones. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2017). Guidelines for perinatal care. 8 ed. <https://ebooks.aappublications.org/content/guidelines-for-perinatal-care-8th>. Erişim tarihi: 18.06.2021.
62. Serçekuş, P. Ve Yenal, K., (2015). Doğuma Hazırlık Sınıflarının Türkiye'deki Gelişimi. *Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 1(1):33-35.
63. Serçekuş, P., & Başkale, H. (2016). Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*, 34, 166–172. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.016>
64. Serçekuş, P., & Mete, S. (2010). Turkish women's perceptions of antenatal education. *International Nursing Review*, 57, 395– 401. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00799.x>
65. Serçekuş, P., & Okumuş, H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*, 25(2), 155–162. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.02.005>
66. Sipahi, M. Effects of childbirth preparation education on the preference of mode of delivery in pregnant nulliparous women. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 13(1), 61-67
67. Sönmez, A., & Derya, Y. A. (2018). Effects of sleep hygiene training given to pregnant women with restless leg syndrome on their sleep quality. *Sleep and Breathing*, 22(2), 527-535.
68. Sunal, N., & Demiryay, A. (2009). Gebe Kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmalar. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 99-110.
69. Şahan, Ö., & Emel, E. G. E.(2020). Erken Gebelik Döneminde Yaşanan Bulantı Kusmanın Sıklığı ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 3(1), 7-11.
70. Şayık, D., Semahat, A. R. I., Yeliz, K. A. Y. A., & Emine, K. A. Y. A. (2019). Gebe Eğitiminin Anne ve Babanın Anksiyete, Depresyon Düzeylerine Etkisi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 41(1), 23-30.
71. Şen, Ş., Dibek, D., & Şatır, D. G. Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıklarda Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Kullanımı. *J Tradit Complem Med*. 2020;3(3):389-98.
72. Taşkın L. 2016; Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. IX baskı. Dünya tıp kitapevi, Ankara.
73. Terzioğlu F. Doğum öncesi bakım. Taşkın L editör. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. IX baskı. Dünya tıp kitapevi, 2016.
74. Topçu, G. B., Ateş, N. A., & Küğcümən, G. (2019). Gebelikte Bulantı Ve Kusma Yönetimi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(2), 29-33.
75. Topkara FN, Özerdoğan N. Gebelikte eş şiddeti; maternal, fetal ve neonatal sağlık üzerindeki etkileri. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*. 2020; 5:150-6.
76. Tuna, G. N., Karataş, A., Bilge, Ç., & Çelik, D. Gebe Eğitim Sınıfının Doğum ve Doğum Sonrası Sürece Etkisi: Olgu Sunumu. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 85-90.
77. Turan Z, Toker E. Kilo durumu ve prekonsepsiyonel bakım, danışmanlık. In: Demirel G, Sayiner FD eds. Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık 1. Basım. Ankara: Akademisyen kitapevi; 2020. 79-86.



78. Turgut, N., Güldür, A., Çakmakçı, H., Şerbetçi, G., yıldırım, F., Yumru, A. E., ... & güllova, S. S. (2017). Gebe okulunda eğitim alan gebelerin bilgi düzeyleri üzerine bir araştırma. *Journal of Academic Research in Nursing*, 3(1), 1-8.
79. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Evlilik öncesi Muayene ve Danışmanlık Rehberi. 2013. Erişim tarihi: 19.05.2021. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Evlilikoncesi%20DanismanlikRehberi>.
80. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Anne Ölümleri Merkez İnceleme Komisyon Toplantı Raporu. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kadinureme-haberler/anne-olumleri-merkez-i-ncelme-komisyon-toplantisi.html>. Erişim tarihi: 05.10.2021
81. Uçar, T., & Golbasi, Z. (2019). Effect of an educational program based on cognitive behavioral techniques on fear of childbirth and the birth process. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(2), 146-155.
82. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Antenatal Care Coverage: At Least Four Visits, Global Data-Bases. 2015. <http://data.unicef.org/maternal-health/antenatal-care.html>. Erişim Tarihi: 25.05.2020.
83. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Antenatal Care Coverage: At Least Four Visits, Global Data-Bases. 2015. <http://data.unicef.org/maternal-health/antenatal-care.html>. Erişim Tarihi: 25.05.2020.
84. World Health Organization (WHO). Intimate partner violence. <https://apps.who.int/violence-info/intimate-partner-violence>. Erişim tarihi: 10.09.2021.
85. World Health Organization (WHO). Understanding And Addressing Violence Against Women/ Intimate Partner violence. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO\\_RHR\\_12.36\\_eng.pdf;sequence](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf;sequence). Erişim tarihi: 10.09.2021.
86. World Health Organization (WHO). Antenatal Care For A Positive Pregnancy Experience. 2016. [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health). Erişim tarihi: 14.05.2021.
87. World Health Organization (WHO). Maternal Health. [https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1). Erişim tarihi: 17.11.2021.
88. World Health Organization (WHO). Preventing Unsafe Abortion, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>. Erişim tarihi: 25.08.2021.
89. Yalnız-Dilcen H, Karaca-Saydam B, Sayiner FD. Madde bağımlılığı ve prekonsepsiyonel bakım, danışmanlık. In: Demirel G, Sayiner FD eds. Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık. 1. Basım. Ankara: Akademisyen kitapevi; 2020. 157-172.
90. Yazıcı S, Çitil ET. Doğum Öncesi Bakım. Editör: Karanisoğlu H., Yazıcı S., Yılmaz T. Doğum Öncesi Dönem ve Bakım. Nobel Tıp Kitabevleri, 2017. s.147-179.
91. Yazıcı Topçu, T., & Aktaş, S. (2021). An Investigation of the Relationship between Health Literacy Levels of Pregnant Women and Their Perceptions of Traumatic Childbirth. *Social Work in Public Health*, 1-13.
92. Yıldırım AD, Oskay Ü. Dünyada ve Türkiye'de optimal perinatal bakıma yönelik programlar. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2020; 36: 45-52.
93. Yıkar, S. K., & Nazik, E. (2019). Effects of prenatal education on complaints during pregnancy and on quality of life. *Patient education and counseling*, 102(1), 119-125.
94. Yurtsal, Z., & Eroğlu, V. Gebelerin Dünya Sağlık Örgütü'nün Pozitif Gebelik Deneyimi İçin Tavsiye Ettiği Rutin Doğum Öncesi Bakımı Alma Durumlarının Değerlendirilmesi. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 29(3), 197-206.