



**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
VETERİNERLİK BİYOKİMYASI ANA BİLİM DALI**

**EBELERİN GEBELİK ÖNCESİ, GEBELİK, DOĞUM VE
DOĞUM SONRASI DÖNEME ETKİ EDEN HORMONLAR
HAKKINDA BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYİNİN
BELİRLENMESİ (KASTAMONU İLİ)**

Yüksek Lisans Tezi

FATMA CANAYAK

Danışman

Prof. Dr. Sena ÇENESİZ

SAMSUN
2022

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
VETERİNERLİK BİYOKİMYASI ANA BİLİM DALI**



**EBELERİN GEBELİK ÖNCESİ, GEBELİK, DOĞUM VE
DOĞUM SONRASI DÖNEME ETKİ EDEN HORMONLAR
HAKKINDA BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYİNİN
BELİRLENMESİ (KASTAMONU İLİ)**

Yüksek Lisans Tezi

Fatma CANAYAK

Danışman

Prof. Dr. Sena ÇENESİZ

SAMSUN
2022

TEZ KABUL VE ONAYI

Fatma CANAYAK tarafından, **Prof. Dr. Sena ÇENESİZ** danışmanlığında hazırlanan “**EBELERİN GEBELİK ÖNCESİ, GEBELİK, DOĞUM VE DOĞUM SONRASI DÖNEME ETKİ EDEN HORMONLAR HAKKINDA BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ (KASTAMONU BÖLGESİ)**” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 6.7.2022 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	İmza	Sonuç
Başkan	Prof. Dr. Dilek ÇELİKLER Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kimya Eğitimi Anabilim Dalı		<input type="checkbox"/>
			Kabul
			<input type="checkbox"/>
			Ret
Üye (Danışman)	Prof. Dr. Sena ÇENESİZ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Biyokimya Anabilim Dalı		<input type="checkbox"/>
			Kabul
			<input type="checkbox"/>
			Ret
Üye	Doç. Dr. Evrim SÖNMEZ Sinop Üniversitesi Fen Bilgisi Eğitimi Anabilim Dalı		<input type="checkbox"/>
			Kabul
			<input type="checkbox"/>
			Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

ONAY
... / ... / ...
Prof. Dr. Ali BOLAT
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım Yüksek Lisans tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

Etik Kurul Gerekli mi ?

Evet (Gerekli ise ekler kısmına ekleyiniz)

Hayır

İmza

25/07/2022

Fatma CANAYAK

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı : EBELERİN GEBELİK ÖNCESİ, GEBELİK, DOĞUM VE DOĞUM SONRASI DÖNEME ETKİ EDEN HORMONLAR HAKKINDA BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ (KASTAMONU BÖLGESİ)

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 06/06/2022 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 8

Tek kaynak oranı : % 2 çıkmıştır.

İmza

25/07/2022

Prof. Dr. Sena ÇENESİZ

ÖZET

EBELERİN GEBELİK ÖNCESİ, GEBELİK, DOĞUM VE DOĞUM SONRASI DÖNEME ETKİ EDEN HORMONLAR HAKKINDA BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ (KASTAMONU BÖLGESİ)

Fatma CANAYAK
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Veterinerlik Biyokimyası Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans, Haziran/2022
Danışman: Prof. Dr. Sena ÇENESİZ

Amaç: Ebelerin gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerine etki eden hormonlar hakkında bilgi ve farkındalık düzeylerinin belirlenmesidir.

Yöntem ve Metod: Araştırmaya Nisan 2021- Haziran 2021 tarihleri arasında Kastamonu ili ve ilçelerinde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde 59'u hemşire pozisyonunda çalışan 150 ebe araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışmada ebelerin gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlere etki eden hormonlar hakkında bilgi düzeyinin ölçülmesi amacıyla araştırmada nicel araştırma yöntemlerinden biri olan genel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmanın veri toplama aracı iki bölümden oluşmuştur. Birinci kısım çalışma grubunun demografik özellikleri, ikinci kısım 'Hormonlar Bilgi Testi' kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmamızda, çalışmaya katılan ebelerin yaş ortalaması $33,81 \pm 8,25$ olduğu, çalışmaya katılan ebelerin mesleki deneyim sürelerinin ortalamasının $12,17 \pm 8,89$ olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan ebelerin medeni durumlarına bakıldığında evli ebe oranı % 65,1, bekar ebe oranı ise % 34,9'dur. Çalışmaya katılan ebelerin eğitim durumuna bakıldığında, lise mezunu ebe oranı % 4, ön lisans mezunu ebe oranı % 24,7, lisans mezunu ebe oranı % 61,3, yüksek lisans-doktora mezunu ebe oranı ise % 10'dur. Çalışmaya katılan ebelerin, çalıştıkları klinikteki pozisyonlarına bakıldığında % 60,7'si ebe pozisyonunda çalıştırılırken, % 39,3'ü klinikte hemşire sayısının yetersizliğinden dolayı hemşire pozisyonunda çalıştırılmaktadır. Çalışılan polikliniklerin çoğunluk oranına göre şu şekilde ifade edilebilir; doğumhanede çalışan ebe oranı % 55,4, covid biriminde çalışan ebe oranı % 22,3, acil biriminde çalışan ebe oranı % 16,9 ve diğer birimlerde (Toplum Sağlığı Merkezi, enfeksiyon birimi, Genel Yoğun Bakım, Aile Sağlığı Merkezi, hemodiyaliz) çalışan ebe oranı ise, % 5,4'tür. Araştırmaya katılan ebelerin demografik özellikleri bu şekilde saptanmıştır. Ebelerin gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki hormonlar hakkında bilgi ve farkındalık düzeylerinin ölçülmesi amaçlanan bu çalışmada; ebelerin öğrenim durumları, çalıştıkları klinikler, medeni durumları, yaşları, mesleki deneyim süreleri ve çalıştıkları klinikteki pozisyonları ile gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki hormonlar hakkında bilgi ve farkındalık düzeylerinin karşılaştırılarak yapılan istatistiksel testler sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p<0,05$). Ancak ebelerin , gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki hormonlar hakkında bilgi düzeylerinin ortalaması % 17,3 gibi ciddi anlamda düşük bir ortalamadır.

Sonuç: Ebelerin, gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki hormonlar hakkında bilgi düzeyinin değerlendirildiği bu çalışmada, ebelerin yaş, öğrenim durumu, medeni durum, mesleki deneyim süresi, çalıştığı klinik ve çalıştığı klinikteki pozisyona göre; gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki hormon ve bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak ebelerin hormonlar hakkında bilgi düzeyinin oldukça yetersiz olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ebe, hormon, doğum.

ABSTRACT

EVALUATION OF MIDWIVES KNOWLEDGE AND AWARENESS LEVELS ABOUT HORMONES AFFECTING PRE-PREGNANCY, PREGNANCY, BIRTH AND POSTPARTUM AND POSTPARTUM PERIODS (KASTAMONU PROVINCE)

Fatma CANAYAK
Ondokuz Mayıs University
Institute of Graduate Studies
Department of Biochemistry (Veterinary)
Master, June/2022
Supervisor: Prof. Dr. Sena ÇENESİZ

Aim: It is to determine the level of knowledge and awareness of midwives about hormones affecting pre-pregnancy, pregnancy, birth and postpartum periods.

Metarial and method: Between April 2021 and June 2021, 150 midwives, 59 of whom worked as nurses in hospitals affiliated to the Ministry of Health in Kastamonu province and its districts, were included in the study. In the study, the general screening model, which is one of the quantitative research methods, was used in order to measure the knowledge level of midwives about hormones affecting pre-pregnancy, pregnancy, birth and postpartum periods. The data collection tool of the research consisted of two parts. The demographic characteristics of the study group were used in the first part, and the 'Hormones Knowledge Test' in the second part.

Result: In our study, it was determined that the average age of the midwives participating in the study was 33.81 ± 8.25 , and the average of the professional experience of the midwives participating in the study was 12.17 ± 8.89 . Considering the marital status of the midwives participating in the study, the rate of married midwives is % 65.1, and the rate of single midwives is % 34.9. Considering the education level of the midwives who participated in the study, the rate of midwives with high school graduates is %4, the rate of midwives with associate degrees is % 27.4, the rate of midwives with undergraduate degrees is % 61.3 and the rate of midwives with graduate-doctorate degrees is % 10. Considering the positions of the midwives participating in the study in the clinic they work, % 60.7 are employed in the midwife position, while % 39.3 are employed in the nurse position due to the insufficient number of nurses in the clinic. According to the majority of the polyclinics studied, it can be expressed as follows; The rate of midwives working in the delivery room is %55.4, the rate of midwives working in the covid unit is % 22.3, the rate of midwives working in the emergency unit is % 16.9, and the rate of midwives working in other units (Community Health Center, infection unit, General Intensive Care, Family Health Center, hemodialysis) the midwife rate is % 5.4. The demographic characteristics of the midwives participating in the study were determined in this way. In this study, which was aimed to measure the knowledge and awareness levels of midwives about hormones in the pre-pregnancy, pregnancy, birth and postpartum period; No significant correlation was found as a result of the statistical tests performed by comparing the education levels of the midwives, the clinics they work, marital status, age, professional experience period and their positions in the clinic they work, and their knowledge and awareness levels about hormones in the pre-pregnancy,

pregnancy, birth and postpartum period ($p < 0,05$). However, the average level of knowledge of midwives about hormones in the pre-pregnancy, pregnancy, birth and postpartum period is a seriously low average of % 17.3.

Conclusion: In this study, in which the level of knowledge of midwives about hormones in the pre-pregnancy, pregnancy, birth and postpartum period was evaluated, according to the age, education level, marital status, professional experience period, clinic and position in the clinic; There was no significant difference between hormone and knowledge levels in pre-pregnancy, pregnancy, birth and postpartum periods. However, it has been determined that the knowledge level of midwives about hormones is quite insufficient.

Keywords: Midwife, hormone, birth.

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Canım annem başta olmak üzere dünya üzerinde güzelliğiyle, zekasıyla, yeteneğiyle, fikirleriyle, tavrıyla, aşklarıyla ve hatalarıyla var olan tüm mükemmel kadınlara...

Yüksek lisans öğrenim hayatım boyunca bana bilgisi ve deneyimi ile yol gösteren, her daim yardımını esirgemeyen değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Sena ÇENESİZ'e, tezimin yürütülmesindeki katkılarından dolayı Sayın Prof. Dr. Dilek ÇELİKLER'e, bu süre zarfında emeği geçen, sabır ve hoşgörülerini için tüm değerli meslektaşlarıma, her daim manevi olarak desteklerini hissettiğim aileme ve açtığı yolda, gösterdiği hedefe yürüdüğüm Türkiye Cumhuriyeti kurucusu Sayın Mustafa Kemal ATATÜRK'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Fatma CANAYAK

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	ii
TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	1
1.3. Araştırma Soruları.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Prekonsepsiyonel Dönem.....	2
2.1.1. Cinsellik.....	3
2.1.2. Cinsel İşlev.....	5
2.1.3. Kadın Cinsel Yanıt Döngüsü.....	5
2.1.3.1. Cinsel İstek Fazı.....	6
2.1.3.2. Uyarılma Fazı.....	7
2.1.3.3. Orgazm Fazı.....	7
2.1.3.4. Çözülme Fazı.....	7
2.1.4. Kadın Cinsel Anatomisi.....	8
2.1.5. Kadın Cinsel Döngüsüne Etki Eden Hormon ve Mekanizmaları.....	9
2.1.5.1. Ovaryum Döngüsü.....	10
2.1.5.2. Uterus Döngüsü.....	12
2.2. Antenatal Dönem.....	14
2.3. Natal Dönem (Doğum).....	17
2.3.1. Doğum Eyleminin Gerçekleşmesini Sağlayan Güçler.....	18
2.3.2. Doğum Eyleminin Evreleri.....	18
2.3.2.1. Doğum Eyleminin Birinci Evresi (Dilatasyon Evresi).....	19
2.3.2.2. Doğum Eyleminin İkinci Evresi (Ekspülsiyon Evresi).....	19
2.3.2.3. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresi (Plesantal Evre).....	20
2.3.2.4. Doğum Eyleminin Dördüncü Evresi (Kanama Kontrol Evresi).....	20
2.3.3. Doğum Eyleminde Rol Oynayan Hormonlar ve Etkileri.....	20
2.3.3.1. Östrojen ve Progesteron.....	21
2.3.3.2. Oksitosin.....	21
2.3.3.3. Beta-Endorfin.....	22
2.3.3.4. Prolaktin.....	23
2.3.3.5. Relaksin.....	23
2.3.3.6. Prostaglandin.....	23
2.3.3.7. Melatonin.....	24
2.3.4. Doğum Sürecine Korku ve Stresin Hormonal Etkisi.....	24
2.3.5. Renin - Anjiyotensin - Aldesteron Sistemi.....	24
2.4. Postpartum Dönem.....	24
2.4.1. Laktasyon Fizyolojisi.....	25
2.4.1.2. Meme Dokusunun Laktasyona Hazırlanması.....	26
2.4.2. Süt Oluşumu ve Atılımını Sağlayan Hormonlar.....	27

2.4.3. Anne-Bebek Bağlanması (Maternal Bağlanma).....	27
2.4.3.1. Maternal Bağlanmanın Evreleri.....	29
2.4.3.1.1. Hazırlık Evresi.....	29
2.4.3.1.2. Sahiplenme Evresi.....	29
2.4.3.1.3. Bağlanma Evresi.....	29
2.4.3.2. Erken Ten Tene Temas.....	29
2.4.3.3. Kanguru Bakımı / Ten Tene Temas.....	29
2.4.4. Emzirme.....	29
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	31
3.1. Araştırmanın Çalışma Grubu.....	31
3.2. Araştırmanın Modeli.....	35
3.3. Veri Toplama Araçları.....	35
3.3.1. Hormonlar Bilgi Testi.....	35
3.4. Araştırma Süreci.....	35
3.5. Araştırmanın Etik Yönü.....	36
3.6. Verilerin Analizi.....	36
4. BULGULAR.....	37
5. TARTIŞMA.....	45
6. SONUÇ.....	51
KAYNAKÇA.....	42
EKLER.....	60
ÖZGEÇMİŞ.....	62

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SP-A	: Surfaktan protein-A
LTH	: Luteotropik Hormon (Prolaktin)
FSH	: Folikül Stimüle Eden Hormon
LH	: Luteinleştirici Hormon
Hcg	: Human Koryonik Gonadotrop
GnRH	: Gonadotropin Salgılatıcı Hormon
ACTH	: Adenokortikotropik Hormon
HPL	: Human Plesantal Laktojen
SOP	: Hipotalamusta Supraoptik Çekirdek
PVN	: Hipotalamusta Paraventriküler Çekirdek
PGE	: Prostoglandin PGE Şekli
PGF	: Prostoglandin PGF Şekli
RAAS	: Renin-Anjyotensin Aldosteron Sistemi
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)
Sd	: Serbestlik derecesi
f	: Frekans
%	: Yüzde
p	: Test İstatistiği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Kadınlarda Cinsel Fizyoloji	6
Şekil 2.2. Hipotalamus-hipotez-ovarum aksı	11
Şekil 2.3. Foliküler teka ve granüloza hücrelerinin etkileşimi	12
Şekil 2.4. Ovaryum döngüsünün evreleri ve hormonları ile uterus döngüsünün evreleri ve hormonları	14

TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1. Çalışma grubu olan bazı demografik özelliklerinin frekans ve yüzde değerleri.....	31
Tablo 3.2. Ebelerin yaşlarının ve mesleki deneyimlerinin ortalama oranları	31
Tablo 3.3. Testin öğrenim durumuna göre normallik dağılım değerleri	32
Tablo 3.4. Testin pozisyona göre normallik dağılım değerleri.....	33
Tablo 3.5. Testin medeni durumuna göre normallik dağılım değerleri.....	34
Tablo 3.6. Testin nicel parametrelere ait genel normallik dağılım değerleri.....	34
Tablo 4.1. Gebelik öncesi döneme ait hormon sorularının cevaplarının frekans ve yüzde dağılımları	37
Tablo 4.2. Gebelik dönemine ait hormon sorularının cevaplarının frekans ve yüzde dağılımları .	37
Tablo 4.3. Doğum dönemine ait hormon sorularının cevaplarının frekans ve yüzde dağılımları...	39
Tablo 4.4. Doğum sonrası döneme ait hormon sorularının cevaplarının frekans ve yüzde dağılımları	40
Tablo 4.5. Gebelik ve doğum dönemine ait hormonlar hakkında toplam bilgi düzeyine dair tanımlayıcı istatistik değerleri	41
Tablo 4.6. Yaş değerlerine göre gebelik ve doğum hormonları hakkındaki toplam bilgi düzeyleri arasındaki ilişkinin dağılımları.....	41
Tablo 4.7. Çalışılan klinikteki pozisyona, öğrenim durumuna, çalışılan kliniğe göre ve medeni duruma göre gebelik ve doğum dönemindeki hormonlar hakkında toplam bilgi düzeyi değerleri.....	47

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

‘Rahat bir doğum, hormonların orkestra gibi iyi yönetilerek çok hassas şekilde dahil ve dengede olmasıdır’(Buckley, 2004).

Gebelik ve doğum gibi kadın yaşantısında önemli dönüm noktalarına sahip mekanizmaların, odak noktalarında hormonlar ve hormonal denge mevcuttur. Yalnızca doğum merkezli olmayan ve insan kimyasında kendine yer bulan hormonlar hayatımızda duyu ve düşüncelerimizin davranışlarımıza aktarımında etkilidir (Rathfish, 2012).

Kadın bedeni, doğum sürecinde hormon üretmek için dizayn edilmiş ve bu hormonların katkılarıyla kadın gebelikten anneliğe doğru yapılan yolculukta doğum noktasına varmaktadır. Doğumun doğasında ilerlemesi için katkıda bulunan başlıca hormonlar, östrojen , progesteron, oksitosin, beta-endorfin, adrenalin, noradrenalin ve prolaktin olarak sıralanabilir. Uterus kontraksiyonlarını bu hormonlardan ziyade bebekte mevcut olan SP-A proteinin başlattığı varsayılmaktadır (Rathfish, 2012).

Anne ve bebeğin doğum öncesinde, doğumda ve doğum sonraki yaşantılarında da, en sağlıklı ve en güçlü bir şekilde hayatlarını idame ettirmeleri, tüm bu süreçlere etki eden hormonların dahil ve dengede tutulmasıyla mümkündür (Rathfish, 2012).

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı; ebelerin gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerine etki eden hormonlar hakkında bilgi ve farkındalık düzeylerinin belirlenmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

1-Ebelerin yaş faktörleri ile ebelerin gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerine etki eden hormonlar hakkında bilgi ve farkındalık düzeyleri arasında ilişki var mı?

2-Ebelerin öğrenim durumu ile ebelerin gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası ve doğum sonrası dönemlerine etki eden hormonlar hakkında bilgi ve farkındalık düzeyleri arasında ilişki var mı?

3-Ebelerin medeni durumu ile ebelerin gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerine etki eden hormonlar hakkında bilgi ve farkındalık düzeyleri arasında ilişki var mı?

4-Ebelerin mesleki deneyimi ile ebelerin gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerine etki eden hormonlar hakkında bilgi ve farkındalık düzeyleri arasında ilişki var mı?

5-Ebelerin çalıştığı klinik ile ebelerin gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerine etki eden hormonlar hakkında bilgi ve farkındalık düzeyleri arasında ilişki var mı?

6-Ebelerin çalıştığı klinikteki pozisyonu ile ebelerin gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerine etki eden hormonlar hakkında bilgi ve farkındalık düzeyleri arasında ilişki var mı?

1. GENEL BİLGİLER

2.1. Prekonsepsiyonel Dönem

Prekonsepsiyonel dönem ve bakım; bireylerin gebeliğe hazırlanmasını, sağlıklı gebelik sürecinin sürdürülmesi ve sonuçlanmasıyla birlikte yeni nesil bireylerin oluşmasına katkı sağlamayı hedefleyen birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri olarak bilinmektedir (Arslan ve Özkan, 2005; Gökdemir ve Eryılmaz, 2017).

2.1.1. Cinsellik

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre cinsellik fiziksel, sosyal, psikolojik ve entelektüel gibi birçok boyutları olan kimliği, kişilerin birbiri ile olan iletişimi ve sevgiyi çoğaltan faktörlerin bir araya gelmesiyle oluşur (DSÖ, 2016). Aynı zamanda cinsellik, endokrin, nörolojik ve vasküler sistemler ile etkileşim içerisinde olan kompleks bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Özcan ve Beji, 2018).

Kadınların cinsel yapıları incelemeye alındığında buna yönelik davranışların östrojen ve serotonin hormonları aracılığı ile aksiyonlarla ilişkili biçimde hipotalamustaki posterior ventromedial çekirdek tarafından yönetildiği görülmektedir. Bu şekilde hipotalamus, over aksı ve hipofiz kadında cinsellik ile cinsel davranışları yönetmektedir (Eşel, 2006; Duman, 2019). Yani hipotalamusun salgıladığı gonadotrop releasing hormon (GnRH) hipofizin gonadotrop hormon (GH) salınımlarına tetikleyici etkide bulunmaktadır. GH olarak adlandırılan ve hipofiz ön lobundan salgılanan hormonlar;

- Luteotropik hormon (LTH),
- Luteinleştirici hormon (LH),
- Folikül stimüle edici hormon (FSH)'dur (Taşkın, 2020; Duman, 2019).

LTH: Kadınlarda memelerde süt yapımında rol oynamaktadır. Laktasyonda normal seviyeden daha fazla düzeyde LTH salgılanması halinde FSH baskılanarak overlerde folikül gelişimini durdurmakta ovulasyon ve menstrüel siklus (adet döngüsü) görülmemesine neden olmaktadır (Taşkın, 2020; Rollins, et al., 2014). Farklı kaynaklarda LTH'ın laktojenik hormon veya prolaktin olarak da adlandırıldığı bilinmektedir (Taşkın, 2020).

FSH: Erkeklerde spermatogenezin oluşumunda rol oynayan FSH, kadınlarda puberte ile birlikte overlerde primer folikülleri etkilemekte, gelişim ve olgunlaşmayı sağladığı düşünülmektedir. Her ay siklus süreçlerinde, ovariumlardaki primer

foliküllerin birçoğu FSH etkisiyle büyümekte ve sadece biri ovulasyon yapabilmektedir. Diğer foliküller ise gelişim süreçlerinin farklı dönemlerinde doğal formunu kaybetmiştir (Şahin, 2015; Taşkın, 2020). FSH salınımı sürekli olmamakla birlikte, gelişen folikülün salgıladığı östrojen düzeyine bağlıdır (Taşkın, 2020).

LH: FSH eşliğinde ovulasyon yanı sıra korpus luteum şekillenmesinde rol oynamaktadır. Ovulasyonun gerçekleşme süreci öncesinde LH'nın artmasıyla birlikte ovulasyon gerçekleşmektedir. Ovulasyon sonrasında LH, korpus luteum şekillenmesi ile progesteron hormonu salgılanmasını kontrol edebilmektedir. FSH kadar fazla salgılanmayan LH, progesteron salgılanmasına bağlıdır. Her iki hormon FSH ve östrojende olduğu gibi karşılıklı olarak geri bildirim içerisinde birbirlerini kontrol etmektedirler (Taşkın, 2020; Rollins, et al., 2014). Erkeklerde interstisyel hücrelerden testesteron yapım sürecini kontrol eden LH, erkeklerde bu nedenle interstisyel sell stimulating hormon (ICSH) olarak adlandırılmaktadır (Taşkın, 2020).

FSH ve LH seviyesinin normal düzeyden farklı olması kadın ve erkeklerde üreme problemlerine (başarılı döllemeyi engelleme, non-obstrüktif azoospermi vb.) sebep olduğu bilinmektedir (ACOG, 2019; Aslan ve Atan, 2016; Christma, et al., 2014). Overlere etkide bulunan cinsiyet hormonları olarakta da bilinen LH ve FSH, endometrial ve ovarial siklusta meydana gelmesini sağlamakla birlikte FSH ve LH etkisiyle overler; östrojen ve progesteron hormonlarını salgılamaktadır (Duman, 2019; Güvel, 2013; Evlice, vd., 2002).

Kadınlarda, seks hormonları olarak bilinen progesteron, östrojen ve testesteron çeşitli faaliyetlerde etkin rol oynamaktadır (Yelboğa ve Korgalı, 2015). Çeşitli yapılarla birlikte santral sinir sistemine etkilerde bulunduğu bilinen progesteron ve östrojen; kadınlarda meme dokusunun büyümesi, vücutta kıllanma, belde oyuntu, cinsel istek, cinsel uyarılma, kayganlık ve vazokonjesyon (dolaylı olarak), vajinal nitrik oksit sentaz (NOS) düzenlenmesinde görev almaktadır (Yeni, 2016; Başaran, 2008; Evlice, vd., 2002). Direkt olarak androjen gibi davranabilen östrojen, cinsellik ve üremede çeşitli role sahiptir (Davis ve Jacobsen, 2015). Bununla birlikte kadınlarda uzun yıllar salgılanmakta olan progesteron ve östrojen; menopoz dönemi ile durur (Utkan, 2018; Kaplan, 2006).

Cinsel işlevlerde bir diğer görev de testesteron tarafından yürütüldüğü bilinmektedir. Testesteron, kritik ve bir o kadarda önemli hormondur. Kadınlarda

cinsel uyarımın oluşmasında ve sürekliliğinden sorumlu olan testesteron, erkeklerin yanı sıra kadınlarda da (adrenaller, overler, dehidroepiandrosteron ve androstenedion) salgılanmaktadır (Taşkın, 2020; Garrett ve Lawton, 2019).

2.1.2. Cinsel İşlev

Cinsel işlevler, bireylerin diğer bireylerle etkileşim, uygun kan akımı, genital bütünlük, çeşitli kaslarda aktivasyon ile lokal sekresyonların stimüle edilmesi olmak üzere çeşitli fizyolojik etkenlerin etkileşimi ile gerçekleştiği bilinmektedir (Yelboğa ve Korğalı, 2015). Cinselliğin ilk evresinde dopamin, pozitif yönde (arttırıcı) etkidedir. Cinsel istek, dürtü ve fantezi ile motivasyonun oluşması dopaminin etkisi ile gerçekleşmektedir. (Yelboğa ve Korğalı, 2015; Petherick, 2017; Croft, 2017).

Histamin, hipotalamus ventromedial çekirdeğine yaptığı etki ile cinsel davranışın şekillenmesinde katkı sağlamaktadır. Periferik açıdan histamin, tam ya da kısmi ereksiyonda etkilidir (Calabro, et al., 2019). Histamin, yaralanmaya yanıt olarak alerjik ve enflamatuar reaksiyonlarda hücreler tarafından salınan, düz kas kasılmasına ve kılcal damarların genişlemesine sebep olan bir bileşendir (Olsson, et al., 2005).

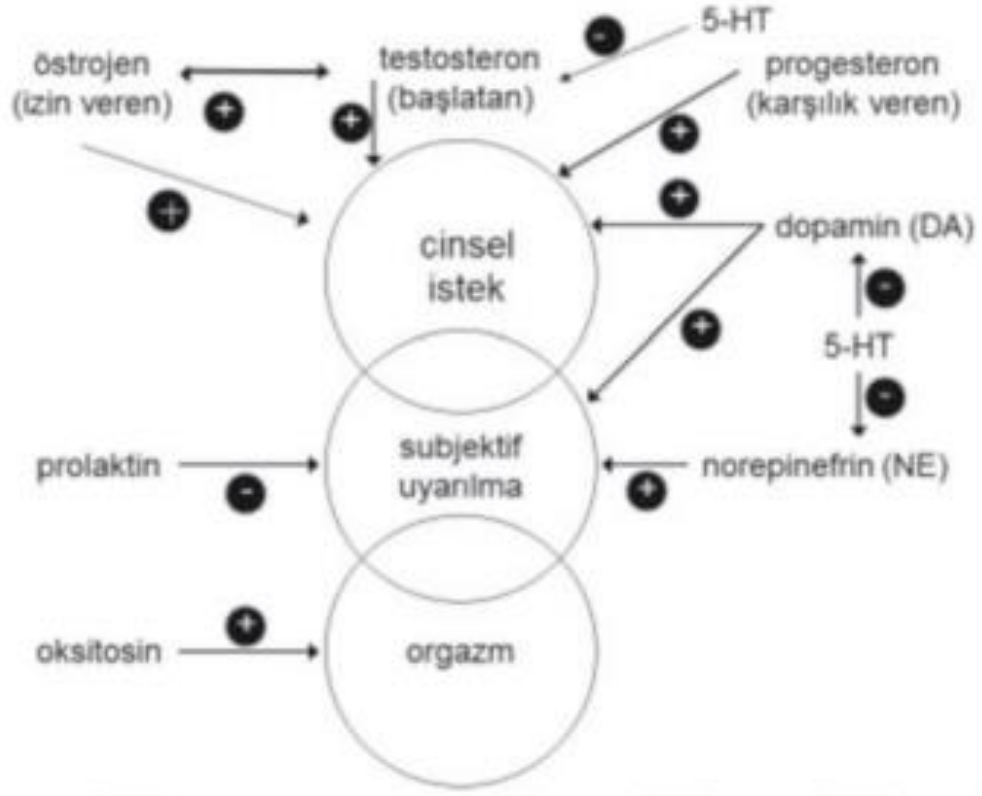
Serotonin, cinsel arzuların engellenmesinde katkıda bulunmaktadır. Cinsel arzuların azalmasında negatif yönlü olumsuz bir etki ettiği düşünülmektedir.(Kılıç ve Konuk, 2012; Croft, 2017; Olivier, et al., 2019). Genital bölgede yer alan vasküler dokuların düz kaslarında relaksasyon yapan serotonin ile birlikte nitrik oksit, genital bölgeye kan akımının artması ve lubrikasyonun kolaylaşmasını sağlamaktadır. Bunun yanı sıra genital bölge ve spinal noradrenerjik liflerin noradrenerjik sempatik innervasyonu ile orgazmı kolaylaştırmaktadır. Aynı zamanda serotonerjik lifler ile genel olarak serotoninin orgazm fazında inhibe olması beklenmektedir. (Yörük, 2013; Uphouse, 2014).

Kadınlardaki cinsel fizyolojinin başlamasında etkili bu hormonlar sonrasında cinsel yanıt döngüsü ortaya çıkmaktadır (Taşkın, 2020).

2.1.3. Kadın Cinsel Yanıt Döngüsü

Cinsellik, insanın varoluşundan itibaren devam etmektedir. Birtakım bilim insanının yaptığı araştırmalarda, kadın ve erkeklerde cinsel yanıt döngüsünün detaylı biçimde ortaya konulmasını katkı sağlamışlardır (Namlı, vd., 2016; Luria, et al., 2004).

Günümüzde ise kadınlarda cinsel döngüde, ürolojik hastalıklar için Amerikan Vakfı (American Foundation for Urologic Disease- AFUD) tarafından yapılan tanımlamada fazlar yeniden adlandırılarak cinsel istek, uyarılma, orgazm ve çözülme fazı olarak kategorize edilmektedir (Çetin ve Aslan, 2015).



Şekil 2.1 Kadınlarda Cinsel Fizyoloji (Yeni, 2016)

Kadınlarda, Şekil-1’de gösterilen hormonların aktive olmasıyla cinsel yanıt döngüsü meydana gelir. (Taşkın, 2020)

2.1.3.1. Cinsel İstek Fazı

Fiziksel ve zihinsel olmak üzere farklı uyaranların rol oynadığı bu süreç cinsel açıdan uyarılma ve heyecanlanma evresi olarak bilinmektedir (Duman, 2019).

Başka bir deyişle kadının cinsel deneyim ve fantezileri psikolojik uyarı kaynağı olan, cinsel isteğin serotonine aktarılması ve dopaminin aktivite olmasını sağlamaktadır. Bu süreç uyarıcı etkinin türüne göre farklılık göstermekle birlikte birkaç dakika ile birkaç saat sürebilmektedir (Çetin ve Aslan, 2015). Cinsel istek evresi, cinsel yanıt döngüsünde çözülme evresi ile (son evre) birlikte en uzun süre devam eden evredir (Duman, 2019).

2.1.3.2. Uyarılma Fazı

Cinsel uyarılma evresi, fizyolojik değişimin somut biçimde görüldüğü dönem olarak bilinir. Parasempatik aktivitenin hüküm sürdüğü bu evrede psikolojik veya fiziksel uyarılma ile başlamakta ve dakikalar-saatler içerisinde sonlanabilmektedir (Çetin ve Aslan, 2015).

İstek evresinde artan heyecanlanma sonrasında devam eden uyarılma evresinde cinsel gerilim ve haz duyguları artmakta ve bireyin orgazma ulaşabileceği noktaya kadar devam edebilmektedir. Yeterli seviyede uyaran etkenin olmadığı durumlarda birey tam anlamıyla orgazmik rahatlayamayacağı gibi bu evrede görülen gerilme yerine çözülme evresi ortaya çıkmaktadır (İncesu, 2004; Garibova, 2015).

2.1.3.3. Orgazm Fazı

Cinsel yanıt döngüsünün hem en kısa hem en fazla cinsel hazın oluştuğu evreye orgazm evresi denir. Bölgesel seksüel uyarılar şiddetli bir seviyeye gelip beyine ulaştığında, orgazma sebep olan ‘kadın klimaksı’ denilen refleksler meydana gelir. Oluşan ritmik kasılmalar, ilk zamanlarda sıklıkla meydana gelirken, zamanla azalmaktadır. Bu kasılmalar, orgazm oluşumunda uterus ve fallop tüplerinin hızlı bir şekilde harekete geçmesini sağlarken, şiddet seviyesine göre cinsel haz bireye göre değişkenlik gösterir. Oluşan orgazm sırasında, spermin taşınmasını hızlandıran oksitosin, uterusun kasılmalarını arttırmaktadır (Bilgin ve Kömürcü, 2016; Greenberg, et al., 2017; Guyton ve Hall, 2017).

2.1.3.4. Çözülme Fazı

Cinsel ilişki sonunda, tüm vücutta oluşan belirtilerin azaldığı ya da gözlenmediği evreye çözülme fazı denir (Bilgin ve Kömürcü, 2016). Ortalama 12.5 dakika süren bu evre cinsiyete ve cinsel uyarının sürekliliğine göre farklılık gösterip tekrar normal durumuna geri dönmektedir. Erkeklerde cinsel uyarın süre, yaş ve kişi gibi faktörler etkiliyken, kadınlar ise cinsel uyarın devam ettiği sürece tekrar tekrar orgazm olabilmektedir (Aslan, 2013).

2.1.4. Kadın Cinsel Anatomisi

Kadın cinsel anatomisi eksternal ve internal genital organlar olarak ikiye ayrılmaktadır (Levin, et al., 2016; Güvel, 2013).

Bu bölümler;

- Eksternal genital yapı: mons pubis, labia (majör ve minor), klitoris, vestibüler bulbus, meatüs, hymen,
- İnternal genital yapı: uterus, vajina, overler ve tuba uterinadan oluşmaktadır (Güvel, 2013).

Genel yapısı incelendiğinde vulva adı verilen eksternal genital yapı çeşitli organlardan oluşmaktadır. Bu organlardan vestibüler bulbus, cilt altında (labia minor) vajinal orifisin kenar kısımlarında bulunan ve yaklaşık 3 cm uzunluktaki bir çift yapıdır. Ancak yaşlı ve genç kadınlarda yapılan araştırmalarda erektil doku boyutlarının da anlamlı derecede farklı olduğu gözlenmiştir (Güvel, 2013).

Klitoris, simfizinin alt-orta kısmında yer alan ve 2-3 cm boyutlarında erektil olan organdır. Klitoris incelemeye alındığında iki ayağı, gövde ve baş kısmı olduğu, gövdenin iki ayak ile pubise bağlıdır. Sinir bakımından duyu sinirlerinin oldukça fazla olduğu gözlenmektedir (Çetin, 2012).

Eksternal yapıda aynı zamanda labia majör olarak adlandırılan büyük dudaklar ve labia minör olarak adlandırılan küçük dudaklar bulunmaktadır. Genital yapılarla ilgili cinsel uyarılmanın olmadığı durumlarda kişiden kişiye değişiklik göstermekle birlikte ilk olarak labia majör gözlenmektedir. Labia majör bulunduğu konumu itibariyle en dış kısımda olup; labia minör, klitoris, vajina ve üretra açıklığına koruyucu durumdadır. Labia minör, vajinal girişin etrafını çevreleyen, yoğun damarlanmanın olduğu klitorisin alt kısmında yer almaktadır. Labia minör, cinsel uyarılma ile birlikte renk değiştirmekte ve kabarmaktadır (CETAD, 2007a).

Mons pubis, simfizinin üzerinde, subkutan adipoz doku oluşumu olup yuvarlak biçimli çıkıntı kısmına denir. Pelvis kemiğini koruyan mons pubisin dış yüzeyinde özellikle puberte döneminde pubik kıllar yer almaktadır (Rollins, et al., 2014).

Meatüs (üretral açıklık), klitorisin alt kısmında (yaklaşık 1-2,5 cm) bulunan ve üretranın açıldığı kısımdır (Şahin, 2015). Himen (kızlık zarı) ise, vajinal açıklık önünde yer alan, mukoz membran olup elastik yapı olmakla birlikte üzerinde deliklerin varlığı ve şekli bireylere göre farklılık gösterip ilk cinsel ilişkide bütün yapısı bozulmaktadır. Anüler tipte olan himenlerde ise açıklık yuvarlak halka biçimde olduğundan cinsel ilişkide bütün yapısı bozulmayabilmektedir (Şahin, 2015).

İnternal genital yapı içerisinde yer alan uterus (rahim): Cinsel uyarının algılanmasıyla servikal glandlar aracılığı ile salgılanan uterin mukus ile vajenin kayganlaşmasını sağlayabilmektedir. Menstrüasyon, gebelik ve doğum gibi birçok işlevlerden sorumlu olan uterus, ortalama 5 cm genişliğinde ve 7,5 cm boyunda olup vajinanın üst, rektumun ön ve mesanenin arka kısmında yer almaktadır (Gossman, et al., 2019; CETAD, 2007b; Taylor ve Gomel, 2008).

Vajina: Orta hatta yer alan silindirik biçimli organ olup uterusun dış genital yapılar ile bağlantısını sağlayan organdır. Aynı hormonların işlevde olduğu doğum anında ya da cinsel birleşimde kolay bir şekilde dilate olup genişlemektedir (Güvel, 2013).

Overler: Tuba uterinanın uç kısımlarına yakın ve uterusun her iki yanında yerleşim göstermekte olup, overler ölçü ve şekil bakımından 1 cm kalınlıkta, 2 cm genişlik ve 4 cm uzunlukta iri badem görünüşündedir. Korteks (dış) ve medulla (iç) olmak üzere iki tabakadan oluşmakta olan overler; östrojen ve progesteron hormonları ile düşük seviyede androjen salgıları üretiminde, ovumun (dış üreme hücresi) geliştirilerek ovulasyonu (yumurta hücresinin olgunlaşma sonrasında overlerden atılımı) gerçekleştirebilmektedir (Şahin, 2015; Rollins, et al., 2014).

Tuba Uterina: Uterusun üst kısmında bulunan iki köşeden overlere uzanan, 0,7 cm çap , ortalama 10 cm uzunlukta ve ince tüp biçimli oluşumlardır. Üç katmandan oluşan tuba uterina da bulunan katmanlar, mukoza, kas ve seroza tabakalarıdır. Tubalarda en önemli görev ise ovulasyon sonrasında overlerden atılan ovum ile aşılana ovumun uterusu ulaşmak üzere taşınmasıdır (Şahin, 2015).

2.1.5. Kadın Cinsel Döngüsüne Etki Eden Hormon ve Mekanizmaları

Hipotalamusta, hipofizde ve ovaryumlarda üretilen hormonlar tarafından kadın cinsel döngüsü düzenlenir. Gonadotropin-serbestleştirici hormon (GnRH) hipotalamustan salgılanır. GnRH serbestlenmesine yanıt olan ön hipofizden folikül-uyarıcı hormon olan FSH ve luteinleştirici hormon olan LH salgılanmaktadır. En önemlisi östrojenler (östrodiol), yine en önemlilerinden biri progestinler (progesteron), aktivin ve inhibin ovaryumlardan FSH ve LH'ye yanıt olarak salgılanır. Sonuç itibariyle gametlerin (kadın üreme hücresi) üretimi ve gebeliğin oluşması için aksesuar organlar hazırlanmaktadır (Helvacıoğlu ve Bütün, 2021)

2.1.5.1. Ovaryum Döngüsü

Ovaryum döngüsünün sonucunda ovaryumlardan her ay tek bir oosit serbestlenmektedir (oogenez). Döngü süresi ortalama 28 gün olup 20-45 gün arası değişebilir. Ovaryum döngüsü iki evreden oluşmaktadır (Helvacıoğlu ve Bütün, 2021).

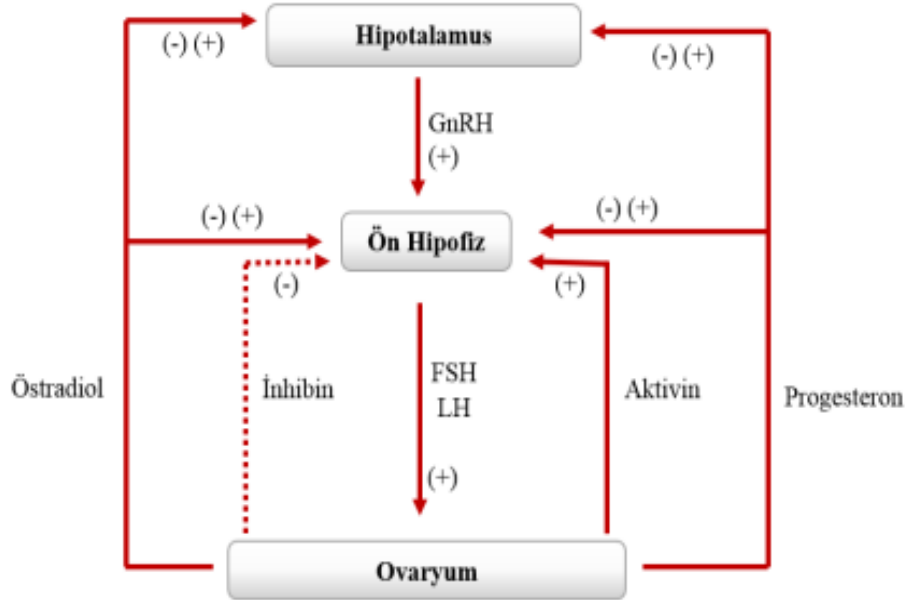
- foliküler evre,
- luteal evre (Helvacıoğlu ve Bütün, 2021).

Korpus luteum dejenere olduktan hemen sonra, foliküler evre başlar, yaklaşık 14 gün sürüp ovulasyon ile sona erer. Luteal evre ise ovulasyon ile başlayıp, yaklaşık 14 gün sürer ve korpus luteum dejenere olduğunda sona erer (Helvacıoğlu ve Bütün, 2021).

Foliküler Evre: Ovaryumun foliküler evresinde oositin olgunlaşması ve ovulasyon meydana gelir. Foliküler evrenin ortalama süresi 14 gündür. Bu süreçte FSH ve LH foliküllerin büyümesini uyararak dolaşımdaki östradiol seviyeleri giderek artar (Helvacıoğlu ve Bütün, 2021).

Ovulasyon: Ovulasyon ovaryumdan oositin salınmasıdır. Cinsel döngü süresi 28 gün olan bir kadında, ovulasyon 14. günde gerçekleşmektedir. LH ve FSH gelişen folikül hücrelerine ovulasyondan önce etki eder. Folikülün teka hücreleri LH reseptörlerine sahip olduğunda granüloza hücreleri hem LH hem de FSH reseptörlerine sahiptir. Folikül büyümesinin ilk (11. ve 12.) günlerinde, özellikle östrojenin ön hipofiz bezi üzerindeki negatif geribildirim etkisi nedeniyle FSH ve LH salgısı hafifçe azalarak FSH ve LH salgısındaki düşüş birden durur ve tersine döner. Nedeni ise foliküler fazın son günlerinde (12. ve 13.), baskın folikül tarafından östradiol salgılanması çok yüksek seviyelere ulaşmaktadır. Bu durum östradiolün hipotalamus ve ön hipofiz üzerindeki negatif geri bildirim yanıtını pozitif geri bildirim yanıtına dönüşmesini sağlar. Durumun getirdiği görüşe göre (olasılıkla) artan östradiol seviyeleri hipotalamustaki nöronal aktiviteyi düzenleyerek GnRH dalgalanmasına yol açıp, östradioldeki artış ön hipofizdeki gonadotrop hücreleri GnRH'ya daha duyarlı hale getirir. Bu sebeplerle ovulasyondan önceki 1- 2 gün boyunca LH salgısı büyük oranda artar. Ayrıca LH, foliküldeki hücreleri progesteron salgılayan hücrelere dönüştürür ve hızla progesteron salgılanmasına yol açarak ovulasyondan yaklaşık bir gün önce progesteron salgısı artmaya başlar. Progesteronun bu artan seviyeleri, hipotalamus-hipofiz aksı üzerinde östradiolün pozitif geri bildirim etkisini artırır. Bu katkı aşırı LH salgısını uyarıcı bir faktör olabilir. Aynı dönemde FSH salgısında da artış olmaktadır ancak bu artış LH'deki kadar belirgin değildir. Granüloza hücreleri

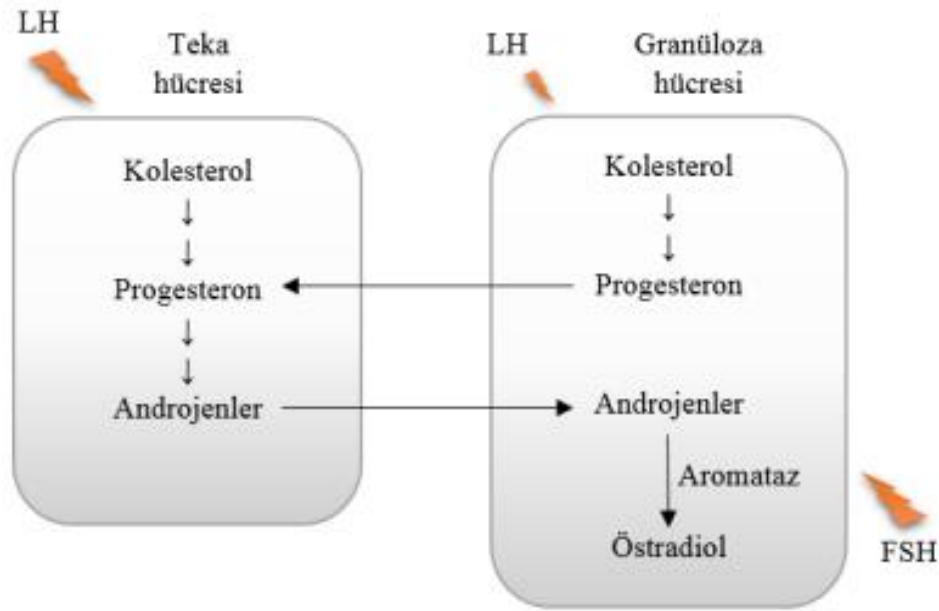
tarafından salgılanan aktivinler pozitif geri bildirim yoluyla FSH salgısına etki eder. Ovulasyondan önceki son birkaç günde FSH ve LH birlikte etki ederek folikülün hızla büyümesine etkilemektedir (Helvacıoğlu ve Bütün, 2021).



Şekil 2.2 Hipotalamus-hipofiz-ovaryum aksı (Helvacıoğlu ve Bütün, 2021)

Luteal Evre: Luteal evre ovulasyondan sonra başlayıp yaklaşık 14 gün sürer. LH artışı, ovulasyonu etkilediği gibi, folikül kalıntılarından korpus luteum adında endokrin bir yapının gelişmesine katkı sağlamaktadır. Folikülde kalan granüloza ve teka hücreleri luteinizasyon olarak adlandırılan bir süreçte luteal hücrelerine dönüşmektedir. Folikülün teka ve granüloza hücreleri, korpus luteumun teka-lutein ve granüloza-lutein hücrelerine farklılaşır. Korpus luteumun bu iki hücre tipinin içinde lipit biriktirerek, korpus luteum büyür ve sarımsı bir renk kazanır. Korpus luteum, bol miktarda progesteron ve östradiol üretir. Korpus luteumdaki östradiol üretimi büyük ölçüde tekalutein hücrelerine bağlıdır. Nedeni ise granüloza-lutein hücreleri, teka-lutein hücrelerinde üretilen androjenleri (androstenedion ve testosteron gibi) alarak östradiole dönüştürür. Korpus luteumdaki progesteron üretimi, asıl granüloza-lutein hücrelerinde gerçekleşir. Korpus luteumdan salgılanan östradiol ve progesteron, hipotalamus-hipofiz aksı üzerinde negatif geri bildirim uygulayarak FSH ve LH salgılarının azalmasına etki eder. Aynı zamanda luteal hücreler az miktarda inhibin salgılar. İnhibin de ön hipofiz bezinden özellikle FSH salgılanmasını inhibe ederek, folikülojenezi baskılar ve progesteron, lokal etki ile foliküler büyümeyi inhibe eder.

Gebelik oluşmazsa, korpus luteum ovulasyondan yaklaşık 7 ila 8 gün sonra geriler ve bu gerileme (veya luteoliz) için olası mekanizmalar, korpus luteuma trofik desteğin geri çekilmesi veya endometriyum kaynaklı faktörlerin inhibe edici etkisidir. Kanda düşük konsantrasyonlara inen FSH ve LH ile birlikte korpus luteum dejenere olmaya başlar. Östradiol, progesteron ve inhibin hormonlarının salgılanması hızlı bir şekilde azalarak ovulasyondan ortalama 10-11 gün sonra en düşük düzeyde gözlenir. Luteal evrenin sonunda östradiol, progesteron ve inhibin salgısının azalmasıyla hipotalamus-hipofiz aksı üzerindeki negatif geri bildirim ortadan kalkar. Tekrarlayan bir ovaryum döngüsünde bütün aşamalar aynı şekilde ön hipofizden gittikçe artan düzeylerde FSH ve LH salgıları, yeni foliküllerin büyümesini uyararak yeni bir ovaryum döngüsünü başlatır (Helvacıoğlu ve Bütün, 2021).



Şekil 2.3 Foliküler teka ve granüloza hücrelerinin etkileşimi (Helvacıoğlu ve Bütün, 2021)

2.1.5.2. Uterus Döngüsü

Ovaryumlardan salgılanan östradiol ve progesteronun etkisi ile uterusu meydana gelen değişiklikler uterus döngüsü olarak adlandırılır. Uterusun en iç tabakası olan endometriyumda gerçekleşir ve üç evrede incelenir (Helvacıoğlu ve Bütün, 2021).

- proliferasyon evresi,
- sekresyon evresi,

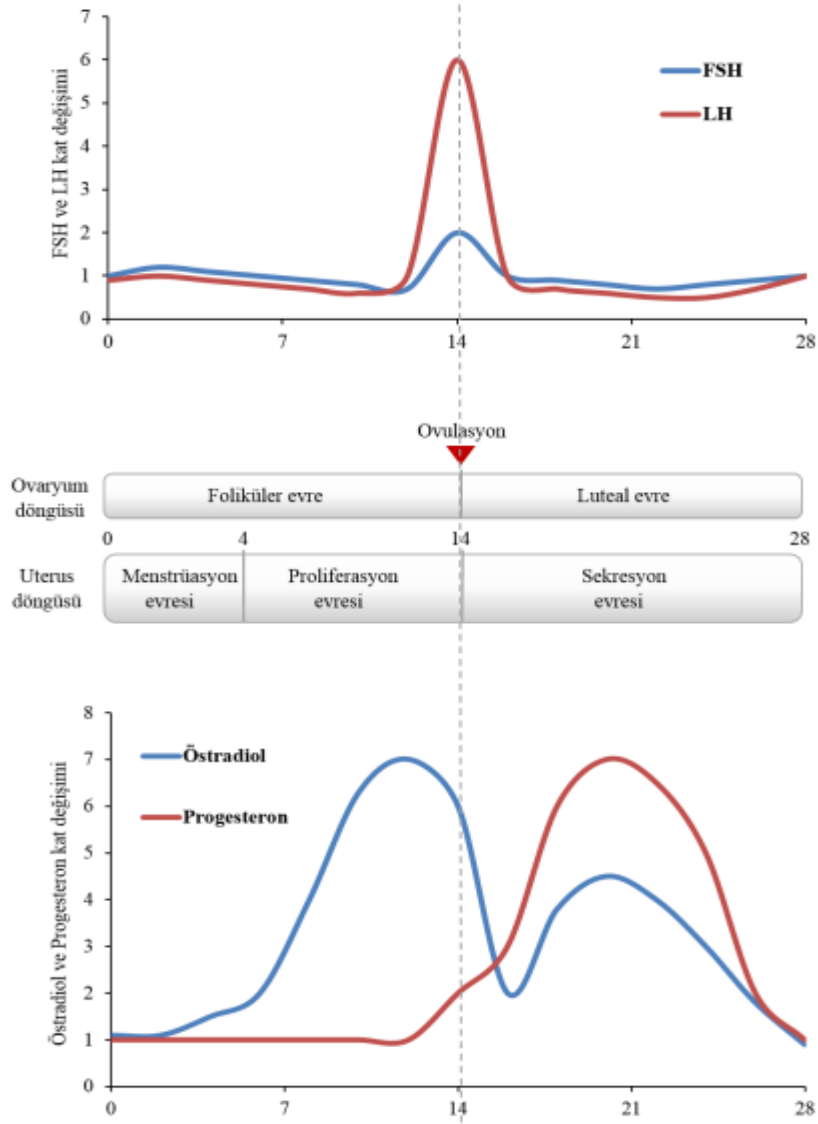
- menstrüasyon evresi (Helvacioğlu ve Bütün, 2021).

Uterus döngüsü ile ovaryum döngüsü birbirine paralel seyrederek ve süresi de ortalama 28 gündür (Helvacioğlu ve Bütün, 2021).

Proliferasyon Evresi: Foliküler evrede ovaryum döngüsünde artan östradiol, endometriyumun hızlı büyümesinde etkili olan bu süreç proliferatif olarak adlandırılır. Bu süreç yaklaşık 5 gün ile 14. gün arasında devam ederken endometriyal bezler gittikçe büyür. Endometriyumdaki östradiol reseptör seviyeleri proliferasyon evresinde yüksektir ve bu reseptörler üzerinden endometriyumun olgunlaşmasını ve büyümesini indükler. Endometriyumda östradiol çeşitli büyüme faktörlerinin sentezlenmesini de uyarır. Bununla birlikte östradiol, endometriyal dokuda progesteron reseptörünün sentezini de indükler. Luteal evrede endometriyum salgılanan yüksek progesteron seviyelerine hazırlanır. Endometriyum bezlerinden salgılanan mukus iplikli yapılar içerir ve sperm hareketini kolaylaştırmaktadır (Helvacioğlu ve Bütün, 2021).

Sekresyon Evresi: Ovulasyondan sonra korpus luteumdan büyük miktarda östradiol ve progesteron salgılanmasına sekresyon evresi denir ve 14 gün sürmektedir. Ovaryum döngüsünün luteal evresi ile uterus döngüsünün sekresyon evresi eş zamanlı meydana gelmektedir. Östradiol bir miktar daha endometriyal hücre sayısını artırırken progesteron ise endometriyal hücrelerdeki östradiol reseptör seviyelerini düşürür. Progesteronun bu anti-östrojenik etkisi nedeniyle endometriyal hücre çoğalması durdurmaktadır. Progesteron asıl görevi endometriyumda salgı bezlerini uyarır ve sekreter değişimlerine sebep olur. Sekresyon evresinde progesteronun etkisi ile kan damarlarının ve salgı bezlerinin kıvrımları artar. Endometriyumdaki bu sentez aktivitelerindeki artışlar, döllenmiş olan ovumun uygun koşullarda implantasyonunu gerçekleştirmek içindir ve döllenmiş ovumun bölünmesi için gerekli besin uterus salgıları ile sağlanır. Endometriyumu sindirirerek implante olan embriyo, burada depolanmış besinleri kullanır (Helvacioğlu ve Bütün, 2021).

Menstrüasyon Evresi: Gebelik oluşmazsa, östradiol ve progesteron seviyeleri döngünün sonunda azaldığı için endometriyumun üst üçte ikisi dökülür (deskamasyon) buna menstrüasyon evresi denir. Yaklaşık 4-7 gün sürer. Menstrüasyon evresinin başlangıcında kıvrımlı arterler kasılmaya başlar (vazospazm) (Helvacioğlu ve Bütün, 2021).



Şekil 2.4 Ovaryum döngü ile uterus döngüsünün evreleri ve hormonları (Helvacıoğlu ve Bütün, 2021)

2.2. Antenatal Dönem

Uterus içine yerleşen zigot gebeliğin başlangıcıdır. İç güdusel olarak erkek ve kadının cinsel birleşmesinden, kadın organı olan uterusu yerleşen zigotun doğuma kadar olan yolculuğuna, gebelik denir (Uludağ, 2009).

Üç tane ve ayrı, trimester adı verilen ve 40 haftalık bir zamana tekabül eden döneme gebelik denir (Arslan, 2010; Çiltaş, 2015). İlk trimester 0-13 haftayı kapsamaktadır. İkinci trimester, 14-27 haftalar arasında denk gelen süreçtir. Üçüncü ve son trimester 28 ve üzeri haftaya tekabül etmez (Arslan, 2010; Çiltaş, 2015).

Döllenmeden itibaren gebelik boyunca, gebenin vücudunda birtakım değişimler meydana gelmektedir. Değişimlerin amacı, gebenin ve bebeğin her anlamda sağlığının

korunması ve gebenin vücudunun doğuma hazırlanmasıdır (Fenkçi, 2004). Gebelikteki değişimler sonucunda trimesterlar arasında belirgin farklar mevcuttur. İlk trimesterde aşına olunan memelerde duyarlılık, sık sık miksiyon, bulantı-kusma, epistaksis, lökore ve halsizlik vb. rahatsızlıklar oluşmaktadır (Pernaud, 1995).

İkinci trimester ne kadar gebeliğin balayı olarak adlandırılırsa da bu trimesterde bel ağrısı, linea nigra, düşük kan basıncı, konstipe olma, midede yanma ve lökore gibi yakınmalar mevcuttur (Lowdermilk, 1997).

Plesantanın salgılamış olduğu hCG, HPL (Human Plesantal Laktojen)'ye ve progesteronun etkisiyle birtakım değişiklikler mevcuttur. Gebelik, vücutta ana sistemleri (immünolojik, kardiyovasküler, endokrin ve metabolik) değişimine sebep olan bir mekanizmadır. (Dertlioğlu, vd., 2011).

Plasenta, gebelik boyunca endokrin görevi görerek, fetüsün gelişmesini sağlar (Korkut, vd., 2004).

Plesantadan salınan hormonlar:

Östrojen: Sekizinci aya kadar korpus luteumdan salgılanır (Gümüşsoy ve Kavlak, 2016). Dokuzuncu haftadan sonra doğuma kadar plasentadan salgılanır. (Taşdelen, 2016; Kühl, 1991).

Progesteron: Gebeliğin devamı için plesantadan salgılanır (Taşdelen, 2016; Brody, et al., 1989). FSH ve LH baskılanarak ovarian foliküllerin gelişimini engelleyen hormon sadece progesteron değildir, progesteron ve östrojenin birlikte etki etmesidir. Varılan nokta, menstruasyon gerçekleşmez (Gümüşsoy ve Kavlak, 2016).

Human Koryonik Gonadotropin (hCG): Karbonhidrat intoleransında rol oynamasında etkili, korpus luteumdan salgılanan progesteronu harekete geçirip, pregnolon ve progesteronun varoluşunu hızlandırmaktadır (Taşdelen, 2017; Karam, 1992). Hormon üretiminin devam edebilmesi için korpus luteumun gerilemesini 10. haftaya kadar ki bir zaman diliminde önlemektedir (Gümüşsoy ve Kavlak, 2016).

Human Plasental Laktojen (HPL): Üretim görevini plesantadaki sinsityotrofoblast hücreleri üstlenmektedir (Gümüşsoy ve Kavlak, 2016).

Intrauterin evre (Balkan, 2005; Demirağ, 2009);

- embriyonel evre,
- fetal evre olarak ikiye ayrılmaktadır (Balkan, 2005; Demirağ, 2009).

Embriyonel evre: Ovumdaki fertilizasyondan sonra organların temelini atıldığı ilk 8 haftalık evredir (Balkan, 2005; Demirağ, 2009).

3. hafta embriyonun doku ve organlarının tümünün geliştiği preimplantasyon evresidir (Moore ve Persaud, 2002; Çetindağ, 2013). 4. hafta 3.haftayda içine alarak 7. haftayı da kapsayan organogenez evresidir (Bıçakçı, 2009). Ayrıca 4. haftada kan dolaşımı, nöral tüpün ön kısmından beyin, arka kısmından spinal kord oluşmaya başlar (Taşkın, 2014). 5. haftada böbrekler oluşmaya başlar (Taşkın, 2014). Embriyonel dönemin son haftası olan 8. haftaya gelindiğinde beyin gelişip, tüm vücuttan büyüktür (Taşkın, 2014). 8. haftada iskelet dokusu meydana gelmiştir. Aynı zamanda dil, dudak, damak ve diş yapısı oluşmaktadır (Taşdelen, 2017; Şirin ve Kavlak, 2002).

Fetal evre: 9-12. haftalarda başlayıp doğuma kadar devam eden, tüm vücudun gelişip, büyümesiyle hükümlü evreye fetal evre denir (Desdicioğlu ve Malas, 2006; Örs, vd., 1996).

3. Ay: 9. ve 12. haftalar arasını kapsayan, fetüsün idrar yapımı, boşaltımı, bağırsak ve dış genitalerin oluşmasından sorumlu dönemdir (Moore ve Persaud, 2002; Çetindağ, 2013).

4. Ay: 13. ve 16. haftalar arasını kapsayan, fetüsün daha insan görünümüne sahip olduğu gözlemlenmektedir (Acar, 2006; Sadler, 2011). Gebe artık fetüsün hareketlerinin hissetmektedir (Taşkın, 2014).

5. Ay: 17. ve 20. haftalar arasını kapsayan, fetüsün vücudunda; doğumdan sonra vücut ısısını korumaya yarayan ve anne karnındayken amniyotik sıvının hasar verme ihtimaline karşıda korumaya yarayan verniks caseosa bulunmaktadır. İlk bir yıl boyunca depolanacak demir, karaciğerde bu dönemde depolanmaya başlamaktadır (Taşkın, 2014).

6. Ay: 21. ve 24. haftalar arasını kapsayan bu dönem surfaktan üretimi başlar. Surfaktan üretimi, fetüsün akciğerlerindeki alveollerde üretilmektedir. Fetüsün derisi kapiller geçirgenlikten dolayı artık pembedir (Taşkın, 2014).

7. Ay: 25. ve 28. haftalar arasını kapsayan, 8. haftada başlayan beyin gelişimi bu dönemden itibaren artar. Akciğerlerde hava alışverişi oluşmaktadır. Yine bu dönemde, erken doğumlarda bebeğin dışarıda yaşatılabilecek kadar surfaktan artışı olmuştur. Bu ayda akciğerlerde oksijen-karbondioksit değişimi gerçekleşebilir (Taşkın, 2014).

8. Ay: 29. ve 33. haftalar arasını kapsayan, bu dönemde artık fetal büyüme yavaşlamaktadır (Moore ve Persaud, 2002; Çetindağ, 2013).

9. Ay: 33. ve 36. haftalar arasını kapsayan, bu dönemde kavrama refleksinin oluştuğu, gerilme, irkilme, hıçkırma, parmak emme hareketleri yapabilmektedir (Moore ve Persaud, 2002; Çetindağ, 2013). Yüzde kırışiklık ve vücutta lanuga tüyleri azalırken deri altı yağ dokusu artmaktadır (Taşkın, 2014).

10. Ay: 37. ve 40. haftalar arasını kapsayan, bu dönemde mekonyum gelişmiştir, bağırsaklarda ilk dışkı birikmeye başlar (Moore ve Persaud, 2002; Çetindağ, 2013). Fetüs büyüyüp olgunlaşmış ve bu ayda doğarsa yenidoğan olarak adlandırılacaktır (Taşkın, 2016).

2.3. Natal Dönem (Doğum)

Doğum eylemi; anne karnındaki fetüsün her anlamda gelişimini tamamlayarak, uterus kontraksiyonlarını harekete geçirip, plasenta ve membranlarının doğum kanalından dışarı atılmasıdır. Bu sürece yardımcı güçlerinde etkisi vardır. Bu süreç fetüsün ve plasantanın doğumundan sonraki 2-4 saat aralığını da kapsamaktadır (Kömürcü, 2013; Taşkın, 2016).

Normal doğum; bebeğin tek ve verteks pozisyonunda, term dediğimiz 38. ve 42. haftalar arasını kapsayan süreçte, spontan bir şekilde dünyaya gelmesi olayıdır. En temel amacımız, anne ve bebeğin bu süreci en sağlıklı şekilde atlmasıdır (Kömürcü, 2013).

Doğum eyleminin birinci evresi olan dilatasyon dönemi (travay) ve doğum sürecini beş faktör etkilemektedir. Bunlar; doğum kanalı, fetüs ve plasenta, doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan güçler, annenin pozisyonu ve annenin psikososyal durumudur (Kömürcü, 2013).

Gebelik sürecinin annenin iskelet yapısı üzerine etkisinin düşünülüp tüm bilgilerin ayrıntılarında üzerinde düşünülmesi gerektiğinin önemide savunulmaktadır (Taşkın, 2016).

Jinekoid pelvis; kadının normal doğum yapabilmesi yönünden en avantajlı pelvis tipidir (Taşkın, 2016).

Doğum eylemi sürecinin dengede devam edebilmesi için serviksin silinmesinin %100 incelop, dilatasyon dediğimiz açılmanın 8-10 cm aralığında olmalıdır (Taşkın, 2016).

2.3.1. Doğum Eyleminin Gerçekleşmesini Sağlayan Güçler

Anne tarafından kontrol edilemeyen plesanta ve membranların dışarı atılmasına, birincil güçler denir. Anne tarafından kontrol edilebilen güçlere, ikincil güçler denir. En doğal doğum eylemi için oluşan kontraksiyonlar ritmik olmalıdır. Bu kontraksiyonlar artış, zirve ve azalma olmak üzere üç fazdan oluşurlar (Taşkın, 2016).

Doğum eyleminde oluşan kontraksiyonların şiddeti ve süresi; belli bir aralıktta oluşurken, eylem devam ettikçe bu aralık artar. İlk zamanlar 15-20 saniye etki eden kontraksiyonlar, devam eden süreçte 60-90 saniye etki etmektedir (Taşkın, 2016)

İkincil güçler ise, fetüsün doğumunda oluşan incelve ve açılmadan sonra etkili olan karın kaslarıdır (Taşkın, 2016).

2.3.2. Doğum Eyleminin Evreleri

Doğum eylemi dört evreden oluşur (Kömürcü, 2013).

Dilatasyon Evresi: Gerçek doğum ağrıları ile başlayan, servikal incelve ev açılmanın tamamlanması ile sonlanan bir evredir. Latent, aktif ve geçiş faz olmak üzere üç evreden oluşur (Kömürcü, 2013).

Ekspülsiyon Evresi: Servikal incelve ve açılmanın tamamlanması ile başlayan, fetüsün doğumu ile sonlanan evreden oluşur (Kömürcü, 2013).

Plesantal Evre: Halas evesi olarakta bilinir. Fetüsün doğumu ile plasentanın doğumu kapsayan evredir (Kömürcü, 2013).

Kanama Kontrol Evresi: İyileşme evresi olarakta bilinen, plasentanın doğumundan sonraki 4 saati kapsayn bir dönemdir (Kömürcü, 2013).

2.3.2.1. Doğum Eyleminin Birinci Evresi (Dilatasyon Evresi)

Travay olarakta bilinen, başlangıcında düzenli uterus kontraksiyonları olup devamında seviksin incelve ve açılmanın olması ile tamamlanan en uzun evredir. Latent, aktif ve geçiş olmak üzere üç evreden oluşur (Rathfisch, 2012; Kömürcü, 2013; Taşkın, 2016).

Latent faz; gebe oluşan kontraksiyonları hissetmeye başlayıp, serviksin açılmasının 3 cm kadar olduğu fazdır. Nulliplarlarda bu süreç multiparlara göre daha uzun sürmektedir. Nulliplarlarda en az 8, en fazla 20 saat sürmesi beklenmektedir. Multiparlarda ise en az 5, en fazla 14 saat sürmesi beklenmektedir. Kontraksiyonlar 5 ila 30 dakikada, bir gelip 15 ila 20 sn sürmesi beklenir (Rathfish, 2012; Kömürcü, 2013; Taşkın, 2016).

Aktif faz; serviksin açıklığının 3cm ila 8 cm arasını kapsayan bir fazdır. Bu süreçte de nulliplarların süresi, multiparlaların süresinden az olması beklenir. Kontraksiyonların şiddeti, orta ve 30 ila 60 saniye arası olması beklenir (Rathfish, 2012; Kömürcü, 2013; Taşkın, 2016).

Geçiş Fazı; servikal açıklığın, 8 ila 10 cm aralıkta olması beklenir. Kontraksiyonların şiddeti 60 ila 90 saniye olmalıdır. Yine bu fazda da diğer fazlar gibi nulliplarların süresinin, mutltiplarların süresinden fazla olması beklenmektedir. Serviksin açıklığını 10 cm olduğunda, gebede ıkınma hissi başlar ve vajinada kanama gözlenebilir artık fetal membranlar açılmaya başlar. Doğum eyleminin sürecini anne ve bebeğe yapılan müdahaleleri, ilaçlar gibi etkileyen birçok mekanizma mevcuttur. Bu süreci yakından takip etmek, anne ve bebeğin bu süreci en sağlıklı biçimde atlaması için gerekli non-farmakoljik yöntemler ve psikolojik destek sağlanmalıdır. Doğum eyleminin birinci evresi olarak da bilinen travay evresi, diğer evrelerinden daha uzun sürmektedir (Rathfish, 2012; Kömürcü, 2013; Taşkın, 2016).

2.3.2.2. Doğum Eyleminin İkinci Evresi (Ekspülsiyon Evresi)

Ekspülsiyon evresi olarak ya da meyusiyet olarak da bilinen bu evre, serviksin açılması ve incilmesi ile başlayan ve fetüsün doğuma kadar olan süreyi kapsayan evredir. Gözlenen kontraksiyonlar, ortalama 1,5 ila 2 dakika arasında olup 60 ila 90 saniye sürmesi beklenmektedir. Gözlenmesi muhtemel belirtilerde kusma, kanama, titreme ve ıkınma hissi gibi belirtiler beklenmektedir (Rathfish, 2012; Kömürcü, 2013; Taşkın, 2016).

2.3.2.3. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresi (Plesantal Evre)

Plasental evre olarakta bilinen, fetüsün dünyaya gelmesi ile plasenta ve membranlarının dışarı atılmasını kapsayan evredir. Gözlenen kontraksiyonlar plesanta ve membranların dışarı fırlatılması için gerekli ve etkilidir. Plasentanın tamamen dışarı

atılması için en uygun süre 5 ila 30 dakikadır (Rathfish, 2012; Kömürcü, 2013; Taşkın, 2016).

Plasentanın ayrılma belirtileri; oluşan ani vajinal kanama, uterusun fundusunun umblikus hizasına yükselmesi, umblikal kordun boyunda uzama ve uterusun küre şeklinde olmasıdır (Rathfish, 2012; Kömürcü, 2013; Taşkın, 2016).

2.3.2.4. Doğum Eyleminin Dördüncü Evresi (Kanama Kontrol Evresi)

Kanama kontrol evresi olarak bilinen bu evre plasental evreden hemen sonraki ilk 2 ila 4 saat arasını kapsamaktadır. Adından anlaşılacağı üzere annenin kanama riski için titizlikle kanama takibi yapılmalı ve kanama azaltmaya da yardımcı olan akışında en doğal uygulama olan emzirme başlamalıdır (Rathfish, 2012; Kömürcü, 2013; Taşkın, 2016).

2.3.3. Doğum Eyleminde Rol Oynayan Hormonlar ve Etkileri

Gebelik ve doğum gibi kadın yaşantısında önemli dönüm noktalarına sahip mekanizmaların, odak noktalarında hormonlar ve hormonal denge mevcuttur. Yalnızca doğum merkezli olmayan ve insan kimyasında kendine yer bulan hormonlar hayatımızda duygu ve düşüncelerimizin davranışlarımıza aktarımında da etkilidir (Rathfish, 2012).

Kadın bedeni, doğum sürecinde hormon üretmek için dizayn edilmiş ve bu hormonların katkılarıyla kadın gebelikten anneliğe doğru yapılan yolculukta doğum noktasına varmaktadır. Doğumun doğasında ilerlemesi için katkıda bulunan başlıca hormonlar, östrojen , progesteron, oksitosin, beta-endorfin, adrenalin, noradrenalin ve prolaktin olarak sıralanabilir. Uterus kontraksiyonlarını bu hormonlardan ziyade bebekte mevcut olan SP-A proteinin başlattığı varsayılmaktadır (Rathfish, 2012).

Anne ve bebeğin doğum öncesinde, doğumda ve doğum sonraki yaşantılarında da en sağlıklı ve en güçlü bir şekilde hayatlarını idame ettirmeleri, tüm bu süreçlere etki eden hormonların dahil ve dengede tutulmasıyla mümkündür (Rathfish, 2012).

2.3.3.1. Östrojen ve Progesteron

Cinsiyet ya da kadınlık hormonları olarak bilinen, doğum öncesinde doğumu başlatmak için harekete geçen aynı zamanda diğer hormonlar üzerinde pozitif ya da negatif feed-back etkilere sahip hormonlardır. Östrojenin oksitosin reseptörleri

üzerine ve doğumda ağrı yönetimi üzerine pozitif etkileri bulunmaktadır (Rathfish, 2012).

2.3.3.2. Oksitosin

Sevgi hormonu adı verilen, etki mekanizması cinsel ilişki, orgazm, doğum ve emzirme dönemlerinde merkezde yer alan hormondur (Rathfish, 2012). Aynı zamanda peptit yapılı dokuz aminoasitten oluşan, hipotalamusta supraoptik (SOP) ve paraventriküler (PVN) çekirdekten salınan bir hormondur (Uzun ve Sulu, 2002).

Michel Odent “sevginin hangi yüzünü ele alırsak alalım, oksitosin için içindedir” diye ifade ettiği sevgi ile oksitosin arasındaki köprüyü özetlemiştir (Buckley, 2018; Koltukçuoğlu, 2013).

Uterotonik bir ajan olarak bilinen oksitosin; gebenin gebelik öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerinde sırasıyla önce salınmaya başlayıp, doğumda kontraksiyonları düzene sokan, giderek artan ve postpartum dönemde de salınmaya devam eden bir hormondur (Rathfish, 2012; Kömürçü, 2013; Taşkın, 2016).

Oksitosin bireyin kendini unutmamasına neden olduğu için birçok kadın doğum öncesi korkularını, doğum sonrası hatırlamadıklarını ifade etmektedir. Loş ve sakin aynı zamanda romantik diyebileceğimiz insanların, daha çekingen oldukları ortamlarda artmaya başlayan bir mekanizmaya sahiptir. Postpartum süreçteki bağlanmadada oldukça etkili bir hormondur (Rathfish, 2012; Kömürçü, 2013; Taşkın, 2016).

Oksitosin aynı zamanda doğum eylemini hızlandıran, annelik içgüdüsünün oluşmasını sağlayan, anne bebek bağlanmasında başrol oynayan ve süt atılımını hızlandıran hormon olarakta bilinmektedir (Rathfish, 2012; Kömürçü, 2013; Taşkın, 2016).

2.3.3.3. Beta-Endorfin

En doğal ve en bilinen tanımıyla doğal ağrı kesici olan opioid bir maddedir (Dabo et al, 2010).

Kadınların prenatal, doğum ve postpartum dönemlerinde beta endorfinler, stres yönetimlerini etki ederek, pozitif enerjiler yayarak, artış göstermektedirler (Koltukçuoğlu, 2013).

Beta-endorfin kadınların gebeliklerinin son döneminden doğuma kadar olan süreçte giderek artar ve en pik noktaya ulaşır. Gebeyi bu şekilde duygusal yönden destekler. Aynı zamanda gebelik, doğum ve postpartum süreçte fizyolojik olarak etkisini ortaya koyar (Rathfish, 2012; Buckley, 2015).

Beta-endorfin doğal bir ağrı kesici olduğu için uterus kontraksiyonları devam ederken pik noktada salgılanarak ağrıyı negatif feed-back etkisiyle azaltmaktadır. Annenin duyu durumunda pozitif etkisi olan beta-endorfin aynı zamanda tehlike arz eden genetik durumlarda anneyi koruma altına alarak immün sistemi baskılar (Rathfish, 2012).

Beta-endorfin doğum öncesinde ve doğum sırasında en yüksek düzeye ulaşırken doğumdan sonraki ilk 1 ila 3 saat aralığındaki süreçte azalmaktadır. Doğum sürecinde kadının tüm kontraksiyonlara rağmen daha dinamik olmasında etkilidir. Ayrıca postpartum süreçte annenin memelerine ve bebeğin akciğerlerine etki ederek prolaktin hormonunu aktive eder (Rathfish, 2012).

Plasenta, amnion ve koryon zarlarında, plasenta dokusunda ve uterusunda beta-endorfin salgılanır (Dabo et al, 2010; Rathfish, 2012; Buckley, 2015).

Doğumdan sonra bebeğe, plasentadan umbilikal kord ile geçen ve doğumda bulunan seviyeden daha maksimum seyreden beta-endorfin, anne-bebek bağında oldukça etkilidir. Bebek doğduktan sonra plasenta da bulunan beta-endorfin seviyesi anne kanındaki düzeyden daha yüksek seyretmektedir (Rathfish, 2010; Mete, 2013; Buckley, 2015).

Beta –endorfinler bebeğe emzirme sırasında anne sütü ile de geçmektedir. Bu yüzden emzirme kısmı sadece bebeğin beslenmesinden öte, hem anne hem bebek için motivasyon kaynağıdır (Buckley, 2015; Sakala et al. 2016).

Beta endorfinler, ten tene temas ve bağlanma durumlarının etkisi yanında, maternal uyumada hizmet etmektedir (Buckley, 2015).

2.3.3.4. Prolaktin

Gebelikte annenin meme gelişiminde katkı sağlarken, doğumda ise süt üretim kısmında görev almaktadır. Prolaktin, gebelik ve emzirme dönemlerinde hipofizden salgılanır (Buckley, 2018).

Anneye özgü olarak bilinen prolaktin emzirme konusunda baş tacı bir hormondur. Karakteristik olarak gece yükselir ama emzirmedeki performansta prolaktinin yükselmesinde etkilidir. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem için prolaktinin durumu sırasıyla önce yükselir sonra azalmaya başlar ve doğum sonunda seri bir şekilde 2 ila 3 saat aralığında yükselişe geçer (Rathfisch, 2012).

Anneyi dinamik tutan prolaktin, bebeğine karşı sorumlu bir ebeveyn profili çizer. Oksitosinde olduğu gibi ortamın daha loş ve sakin, kadının kendini rahat hissetiği bir yerde doğumun gerçekleşmesi, aktif doğum mertebesinde istenen düzeydir (Balaskas, 1992).

2.3.3.5. Relaksin

Relaksine eşlik eden östrojen ile kadının gebelik döneminde, pelvis eklemlerinde ve bağ dokularında yumuşama ve gevşeme gözlenmektedir (Arıkan Beyaz ve Özcan, 2005).

Relaksine diğer eşlik eden hormon ise progesterondur. Gevşemeden sorumlu tutuldukları için, tüm vücutta bulunan kas ve iskelet sistemindeki gevşeme hormon yapımındaki artış ile ilişkilidir (Kızılkaya, 2016; Kavlak ve Gümüüşoy, 2016; Taşkın, 2016).

2.3.3.6. Prostoglandin

Prostoglandin, düz kaslarda kontrakte edilmesine ve akciğer metabolizasyonunda etkili; gebelikte korion, amnion ve desidüadaki konsantrasyonları yüksek seyreden, PGE ve PGF şekilleri doğum eyleminde önemli rol alan, doymamış yağ asidi olan arakidonik asitten sentez edilen, bir hormondur (Taşkın, 2016).

2.3.3.7. Melatonin

Kadınının gebeliğinde artan melatonin seviyesi doğum gerçekleştikten sonra düşmektedir (Tamura, et al., 2008). Gebelik boyunca artan melatonin, doğum eyleminin uyarılmasında ve başlatılmasında rol almaktadır (Swarnamani, et al., 2020).

2.3.4. Doğum Sürecine Korku ve Stresin Hormonal Etkisi

Savunma sistemini harekete geçirmede etkili olan korku ile stres hormonları aktive olur. Doğum eylemide anksiyetisi yüksek bir aktivite olduğu için birde buna stres ve korku eklenince katekolaminler arttıp, ağrıyı şiddetli hale getirirler. Tüm bunların sonucunda, gerekli organlara gerekli miktarda kan akışı sağlanamaz, bu durumda uterus giden oksijen miktarı azalır. Bu şekilde ilerleyen mekanizma oksitosine negatif feed-back yaparken, adrenaline pozitif feed-back yapmaktadır. Sonuçta ritmi bozulan kontraksiyonlar ve uzayan doğum eylemi ortaya çıkar. Endorfin üzerinde de etkili olan ağrının durumu şöyledir; anksiyete ve korkunun endorfini negatif feed-back etkisi ile baskılaması dahilinde, doğal ağrı kesici olan endorfin görevini yapamaz ve kadın, doğum eyleminde ağrıyı daha çok hisseder (Serçekuş, 2011; Taşkın, 2016; Aktaş ve Pasinlioğlu, 2016; Mete, 2013). Korkunun artması ile uzayan doğum eylemleri, preterm ya da postterm doğumlar, maternal kan basıncında ve uterus arteriyel basıncında artma, apgar skorları (Apgar skoru: Yeni doğmuş bebeğin, doğum sonrası durumunu değerlendiren skor.) üzerinde olumsuz etkilere sebep olmaktadır (Sen, at el., 2015).

2.3.5. Renin - Anjiyotensin - Aldesteron Sistemi

Adrenal mineralokortikoid olarak bilinen aldosteron hormonu sodyum kaybının önlenmesinde etkilidir. Aynı zamanda sodyum tutulumunu sağlayarak potasyum atılımını uyarır (Gordon ve Love, 2017). RAAS (Renin-Anjiyotensin-Aldesteron Sistemi) sistemindeki bileşenler gebelikte, ciddi oranda bir artış görülür. Son trimester olan üçüncü trimesterde aldosteron hormonu, kendini ikiye katlar. Bunların sonucunda sodyum Emilimi artarak, sodyum kaybının önüne geçilir. RAAS sisteminin tüm bileşenlerinde belirgin bir artış görülür (Antony, at el., 2017). Yalnız progesteronun etkisi sebebiyle sodyum atılımı görülebilir (Magovan, at el., 2019).

2.4. Postpartum Dönem

Doğum sonrası dönem olarak nitelendirildiği gibi, fetüsün dünyaya gelişini, plasenta ve membranların dışarı atılımını ve kadında bulunan tüm sistemlerin gebelik öncesi döneme dönüş sürecini kapsayan dönem olarakta bilinmektedir (Taşkın, 2018). Bu dönemde kadın lohusa (halk arasında bilinen) ya da puerpera olarak adlandırılır. Süreçte oluşan değişimler oldukça hızlıdır (Karakaplan, 2007).

Doğum sonu dönem 3 ayrı kısımda incelenir;

Birinci dönem: Akut faz olarak adlandırılan doğum sonrası dönemin ilk 6 ila 12 saat aralığını kapsayan süreçtir. Oldukça hızlı bir değişim sürecinden geçen kadında oluşabilecek sorunlar; uterin atoni, uterin inversiyon, postpartum hemoroji, amsiyon sıvı embolisi, laserasyonlar, eklemsi vb. (Aydın, vd., 2016).

İkinci dönem (subakut postpartum dönem): subakut postpartum süreci olarak bilinen 2 ila 6 hafta aralığını kapsayan bir süreçtir. Bu dönemde kadında ortaya sistemik değişim problemleri (metabolik ve duygusal) ortaya çıkmaktadır. Sancılı geçmesine rağmen, birinci dönemdeki değişim hızlılığın aksine daha durağan bir değişim mevcuttur (Barkin, et al., 2014).

Üçüncü dönem: Doğum eylemi sonrası ve ilk 6 ayı da içine alan kadının anneliğe alışma sürecini de kapsayan bir süreçtir (Balkaya, 2002).

Doğum sonrası dönemde gerçekleşen değişimler üç ayrı kısma ayrılır. Bu değişimler involüsyon, rejenerasyon ve laktasyon olarak adlandırılır (Taşkın, 2018).

Kadındaki üreme organları gebelik, doğum gibi birçok süreci atlatıp eski haline dönebilmek için geçirdiği döneme involüsyon denir (Sevil ve Ertem, 2016).

2.4.1. Laktasyon Fizyolojisi

Kadının meme dokusundaki fizyolojik varvasyon ile anne- bebek bağlanma sürecini de kapsayan, doğalında bir aktivite olan emzirmeye de yer verilen döneme laktasyon denir (Aluş Tokat, 2009; Taşkın, 2009).

Laktasyon 4 kısımda meydana gelir (Kent, 2007).

Mamogenez: olgun kadın göğüs şekli oluşana kadar, çocukluk ve puberte dönemlerinde sırasıyla; önce genel büyüme sonraki puberte döneminde ise östrojen ve hipofiz hormonların etkisiyle alveol haline dönüşür. Meme kanalları her menstrual siklus döneminde büyümesi aktif hale gelir ve proliferer olur (Riordan, 2005). Tüm bu gelişimler meme dokusunun süt üretimi ve salgılanması için mevcuttur (Taşkın, 2012; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, 2015).

Laktogenezis; kadının gebelik yaşantısı boyunca gelişen, doğum eyleminden sonrada süt yapımı ve süt salgılanması için gelişen, meme dokusunun bu değişimlerini kapsayan süreçtir. Laktasyon üç dönemden oluşur (Aksoy, vd., 2002; Taşkın, 2009).

Laktogenezis 1: Gebeliğin ikinci trimesterında gün içinde ortalama 30 cc kolostrum yapıldığı ve geri emildiği, aynı zamanda kortizol ve insülin

hormonlarında mevcut olduğu dönemdir (Aluş Tokat, 2009; Gür, 2007; Taşkın, 2009; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Laktogenezis 2: Kadının doğumunun sonunda, plasentanın dışarı atılmasını kapsayan, bu olaylar etkisinde progesteronun hızlı şekilde yükselmesi ile süt üretimini de içine alan dönemdir. Bu dönemde gebelerde görülebilen Tip 1 ve Tip 2 diabeti gibi rahatsızlıklar ya da maternal obezite durumları yaşanabilir. Bu yaşanan rahatsızlıklar prolaktinin üretim hızını yavaşlatabilir ve süt üretimini olumsuz etkileyip, bebeğin beslenmesi geciktirebilir (Aluş Tokat, 2009; Gür, 2007; Taşkın, 2009). Süt miktarı tam olarak doğum eyleminden 3 gün sonra artmaktadır. Yenidoğan ise 7-123 cc süt miktarı kadar beslenebilmektedirler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Laktogenezis 3: Galaktopoiesis olarak bilinen, doğum eylemi sonra 10 . günden itibaren içine alan matür süt üretimin aktif olduğu dönemdir (Gür, 2007; Taşkın, 2009).

Galaktogenez: Kadının doğum sonundan sonraki 9. günü ve sonrasında içine alan süreçte süt salgıladığı döneme denir (Kent, 2007).

İnvolusyon: Doğum sonu 40 günlük süreci kapsayan, meme dokularında süt üretiminin giderek azalması ile laktasyonu durma derecesine getiren dönemdir (Riordan, 2005; Kent, 2007).

2.4.1.2. Meme Dokusunun Laktasyona Hazırlanması

Östrojen, progesteron, oksitosin, plasental laktojenik hormon (HPL), human koriyonik gonadotropin (hCG), hormonları kadının genetik hayatı boyunca plasentadan üretilen ve memelerin gelişmesine aktif eden hormonlardır. Gebelik döneminde östrojen ve progesteronu sürekli artması halinde memeler laktasyona hazır hale gelmektedir. Süt kanallarının gelişmesinden mesul olan hormon östrojendir. Lobüllerden mesul hormon progesterondur. Lobül, alveoller ve kanallardan mesul hormon prolaktindir (Aksoy, vd., 2002; Okumuş ve Mete, 2009; Taşkın, 2009; Widmaier, et al., 2010).

İkinci trimesterden itibaren, östrojenin etki mekanizması ile areola, meme başı dikleşme ve büyüme gerçekleşir, aynı zamanda Montgomery tüberkülleri daha da belirginleşmektedir. Progesteronun etki mekanizması ile alveollerde aşırı gelişme olur. Aynı zamanda plasental laktojenik hormon, kolostrum salınımını aktif hale getirir ve göğüste büyüme sağlar (Aksoy, 2002; Okumuş ve Mete, 2009; Taşkın, 2009; Widmaier, et al., 2010).

Üçüncü trimesterin sonunda artık göğüsteki kan akımı artmış, memeler hacim olarak büyümüş, meme kanallarının ve alveollerin açılması ile kısmi kolostrum dolmaktadır (Aksoy, vd., 2002; Aluş Tokat, 2009; Okumuş ve Mete, 2009; Taşkın, 2009; Widmaier, et al., 2010).

2.4.2. Süt Oluşumu ve Atılımını Sağlayan Hormonlar

Prolaktin, süt üretiminin aktifleşmesinde rol oynayan en mühim hormondur. Gebelik ilerledikçe prolaktin salgısında artış mevcuttur. Bu artışla meme dokusu büyüyüp, gelişmesine rağmen süt salgılanmamaktadır. Bu durumun nedeni ise; östrojen ve progesteronun yüksek konsantrasyonlar ile prolaktinin meme üzerindeki etkisi baskılanmaktadır. Östrojen, progesteron ile birlikte salgılandığında prolaktinin süt stimüle edici etkisi baskılanmaktadır. Yalnız östrojen olduğunda ise; meme büyüme farklılaşmasında prolaktin gibi işlev görür ve prolaktin sekresyonunu artırır. Doğum eyleminde plesantanın (östrojen ve progesteronun kaynağı) doğumu ile süt üretimi üzerinde etkisi olan östrojen ve progesteron düzeyleri azalır (Widmaier, et al., 2010).

Östrojen düzeyinde görülen azalma, gebeliğin son dönemlerinde yüksek seyreden prolaktin seviyesinden, bazal prolaktin seviyesine geçer. Bazal prolaktin seviyesi doğum sonrası kısmı kapsar ve anne emzirdikçe prolaktin düzeyi gebelik öncesi dönemdeki gibi seyreder. Bazal seviyede salgılanan prolaktinin yanında, bol miktarda prolaktinin salgılanmaya devam etmesi sık sık emzirmeyle mevcuttur. Memenin süt üretimi için uyarıcı sinyaller oluşur, emzirmeye devam ettikçe bu uyarılar devam eder ama emzirme bırakılırsa birkaç güne uyarılar kesilir (Widmaier, et al., 2010).

Gündüze göre gece daha fazla üretilen prolaktin hormonunun, süt yapımının arttırılması için bebeğin gece emzirilmesi hem çok önemli hem de huzur verici etkisi bulunmaktadır (Aluş Tokat, 2009; Okumuş ve Mete, 2009).

Süt yapımı ve süt inme refleksi; prolaktin ve oksitosin etkisiyle meydana gelen reflekslerdir. Prolaktin, süt yapımı refleksini oluşturur. Memedeki alveol ve kanalların boşalması, süt oluşumunun devamı için gereklidir. Meme ucunun emilerek uyarılması salgılanan oksitosin hormonu, süt inme refleksini oluşturur. Annenin bebeği düşünmesi, bebeğin ağlaması oksitosin refleksini uyarır ve artırır. Oksitosin

hormonun salgılanmasını azaltan etkenler ise; kaygı, stres, üzüntü ve korkudur (Kültürsay, vd., 2017).

Hipotalamusa, afferent nöral refleks yoluyla ulaşan uyarılar, bebeğin emmesi ile oluşur. Bu oluşan uyarılar etkisiyle prolaktin hormonu meme dokusundaki alveollerden süt oluşumunu sağlamaktadır. Buna 'süt yapımı refleksi' denir (Aluş Tokat, 2009; Okumuş ve Mete, 2009). Süt miktarı ve süt üretimi artması, memelerin her emzirmede tam olarak boşaltılmasına bağlıdır. Bebek her emzirmede önceden kanallardaki üretilmiş sütü kullanmaktadır ve bu sebeple prolaktin miktarının artması için bebek düzenli ve sık bir şekilde emzirilmelidir (Aluş Tokat, 2009).

Süt dışarı çıkartmak için gerekli hormon oksitosindir ve bu hormon olmadan süt oluşumu devam etsede süt memeden atılamaz. Yeterli miktarda boşaltılmayan süt üretimi giderek azalır ve kesilir. Meme boşaltımından da sorumlu hormonumuz oksitosin olup, anneyi psikolojik olarak etkilemekte ve meme ucunun kasılmadan sorumlu hücreleri aktif etmektedir. Alveollerin kasılma durumuyla ortaya çıkan mekanizmada süt göğüsün uç kısmına hareket eder ve buna 'süt inme refleksi' denir. Salgılanan oksitosin hormonunun üretim hızı, prolaktinden daha fazladır (Aluş Tokat, 2009; Okumuş ve Mete, 2009; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

2.4.3. Anne-Bebek Bağlanması (Maternal Bağlanma)

Yaşamın ilk günlerinde başlayan, duygusal yönü ile bilinen, bebek ile ona bakan kişi arasında güçlenen güven duygusunu oluşturup, geliştiren bağa bağlanma denmektedir (Soysal vd. 2005; Güleşen ve Yıldız, 2013). Söz konusu bağ bebeğin varlığının öğrenilmesiyle başlar. Doğuma kadar geçen sürede giderek artar ve doğumda en üst mertebededir. Doğum sonrası ve bebeğin ilk bir yaşına kadar olan süreye anne-bebek bağlanması denmektedir (Çoban ve Saruhan, 2005; Kennell, 1998).

2.4.3.1. Maternal Bağlanmanın Evreleri

2.4.3.1.1. Hazırlık Evresi

İnsan ilişkilerinin başlangıcı tanışma evresidir. Hazırlık evresi doğum sonu ilk 2 gündür. Ebeveynler her anlamda bebeklerini keşfetmeye çalışmaktadırlar (Kavlak ve Şirin, 2007).

2.4.3.1.2. Sahiplenme Evresi

Maternal bağlanmanın ilk evresi olan hazırlık evresinden hemen sonra başlayan ve altı haftayı kapsayan içine alan bir süreçtir. Ebeveynler toplumsal anlamdaki rollerine (anne-baba) alışmış ve bebekleriyle iletişim halinde olmaya başlamışlardır. Her anlamda onlara muhtaç olan bebeklerinin tüm ihtiyaçlarını (maddi-manevi) karşılamaya çalışmaktadırlar (Kavlak ve Şirin, 2007).

2.4.3.1.3. Bağlanma Evresi

Maternal bağlanmanın ikincisi evresi olan sahiplenme evresinden sonraki altı ve sekiz haftayı kapsayan evreye bağlanma evresi denir. Bu evrede artık bebek ait olduğu anne ve baba ile iletişimi yüksek bir bağlanma şekli oluşmuştur (Kavlak ve Şirin, 2007).

2.4.3.2. Erken Ten Tene Temas

Doğum eyleminde veya doğumdan sonra bebeğin prone (yüzüstü yatar) pozisyonda anne koynuna (göğsüne) verilme işlemine, erken ten tene temas denir. Dikkat edilmesi gereken bir nokta, işlem yapılırken bebeğin vücudu ve annenin göğsü çıplak olmalı. Diğer bir özelliği ise maternal oksitosini vagal uyararak anneyi sakinleştirir, meme ısını korur ve bağlanmayı güçlendirir (Güleşen ve Yıldız, 2013).

2.4.3.3. Kanguru Bakımı / Ten Tene Temas

Bağlanma sürecini etkileyen, bebeğin anneye ve yeni yaşantısında uyuma teşvik eden ve bu uyum köprüsünün, ten tene temas ile sağlandığı yöntem kanguru bakımı denir (Höbek Akarsu, vd., 2017).

2.4.4. Emzirme

Doğumdan hemen sonra ya da yarım saat içinde bebek emmeye ihtiyaç duyar. Emzirme ve emzirme niyeti, bağlanma sürecini olumlu etkileyen en önemli faktördür (Köse vd. 2013; Himani ve Kumar, 2011).

Anne sütü, bebeğin hem anne karnında hem de doğumdan sonraki hayatında sağlıklı ve güçlü bir şekilde hayatını devam ettirmesi için en vazgeçilmez besin kaynağıdır. Bu besin kaynağının akışındaki hareket ise emzirmektir (

UNICEF, 2015; APA, 2005; Gartner et al. 2005).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Çalışma Grubu

Araştırmaya Nisan 2021- Haziran 2021 tarihleri arasında Kastamonu ili ve ilçelerinde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde 59'u hemşire pozisyonunda çalışan 150 ebe araştırmaya dahil edilmiştir.

Çalışma grubunu oluşturan ebelerin, öğrenim durumu, çalıştığı klinikler ile medeni durumlarının frekans ve yüzde dağılımları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 3.1. Çalışma grubu olan bazı demografik özelliklerinin frekans ve yüzde değerleri

Öğrenim Durumu	Frekans	Yüzde (%)
Lise	6	4,0
Ön Lisans	37	24,7
Lisans	92	61,3
Yüksek Lisans-Doktora	15	10,0
Çalıştığınız Klinik		
Covid	33	22,3
Toplum Sağlığı Merkezi	2	1,4
Doğumhane	82	55,4
Enfeksiyon	1	0,7
Acil	25	16,9
Genel Yoğun Bakım	1	0,7
Aile Sağlığı Merkezi	3	2,0
Hemodiyaliz	1	0,7
Medeni Durumu		
Evli	97	65,1
Bekar	52	34,9

Tablo 3.2. Ebelerin yaşlarının ve mesleki deneyimlerinin ortalama oranları

	Ortalama \pm S. Sapma	Ortanca (Min.- Maks.)
Yaşınız	33,81 \pm 8,25	32 (22 - 51)
Mesleki Deneyim Süreniz	12,17 \pm 8,89	10 (1 - 37)

Araştırmamızda, çalışmaya katılan ebelerin yaş ortalaması $33,81 \pm 8,25$ olduğu, çalışmaya katılan ebelerin mesleki deneyim sürelerinin ortalamasının $12,17 \pm 8,89$ olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan ebelerin medeni durumlarına bakıldığında evli ebe oranı % 65,1, bekar ebe oranı ise % 34,9'dur. Çalışmaya katılan ebelerin eğitim durumuna bakıldığında, lise mezunu ebe oranı % 4, ön lisans mezunu ebe oranı % 24,7, lisans mezunu ebe oranı % 61,3, yüksek lisans-doktora mezunu ebe oranı ise %10'dur. Çalışmaya katılan ebelerin, çalıştıkları klinikteki pozisyonlarına bakıldığında % 60,7'si ebe pozisyonunda çalışırken, % 39,3'ü klinikte hemşire sayısının yetersizliğinden dolayı hemşire pozisyonunda çalıştırılmaktadır. Çalışılan

polikliniklerin çoğunluk oranına göre şu şekilde ifade edilebilir; doğumhanede çalışan ebe oranı % 55,4, covid biriminde çalışan ebe oranı % 22,3, acil biriminde çalışan ebe oranı % 16,9 ve diğer birimlerde (Toplum Sağlığı Merkezi, Enfeksiyon Birimi, Genel Yoğun Bakım, Acil Sağlığı Merkezi, Hemodiyaliz) çalışan ebe oranı ise, %5,4'tür.

Tablo 3.3 Testin öğrenim durumuna göre normallik dağılım değerleri

	Öğrenim Durumu	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
		Normallik Test ist.	Sd	p	Normallik Test ist.	Sd	p
Gebelik Öncesi	Lise	0,376	6	0,008	0,666	6	0,003
Hormon Bilgi Düzeyi	Ön Lisans	0,441	37	0,001	0,548	37	0,001
	Lisans	0,370	92	0,001	0,663	92	0,001
	Yüksek Lisans-	0,482	15	0,001	0,520	15	0,001
	Doktora						
Gebelik Dönemi	Lise	0,226	6	,200*	0,912	6	0,452
Hormon Bilgi Düzeyi	Ön Lisans	0,305	37	0,001	0,740	37	0,001
	Lisans	0,319	92	0,001	0,712	92	0,001
	Yüksek Lisans-	0,514	15	0,001	0,425	15	0,001
	Doktora						
Doğum Dönemi	Lise	0,293	6	0,117	0,822	6	0,091
Hormon Bilgi Düzeyi	Ön Lisans	0,366	37	0,001	0,804	37	0,001
	Lisans	0,235	92	0,001	0,859	92	0,001
	Yüksek Lisans-	0,208	15	0,079	0,861	15	0,025
	Doktora						
Doğum Sonrası Dönem	Lise	0,492	6	0,001	0,496	6	0,001
Hormon Bilgi Düzeyi	Ön Lisans	0,477	37	0,001	0,542	37	0,001
	Lisans	0,452	92	0,001	0,596	92	0,001
	Yüksek Lisans-	0,477	15	0,001	0,514	15	0,001
	Doktora						
Toplam	Lise	0,332	6	0,037	0,698	6	0,006
Hormon Bilgi Düzeyi	Ön Lisans	0,314	37	0,001	0,717	37	0,001
	Lisans	0,276	92	0,001	0,760	92	0,001
	Yüksek Lisans-	0,383	15	0,001	0,662	15	0,001
	Doktora						

Kolmogorov-Smirnova ve Shapiro-Wilk şeklinde iki parametrede incelenmiştir. Örneklem baz alındığında, ebelerin öğrenim durumlarına ait toplam hormon bilgi düzeyi testin normallik değerleri; ebelerin lise dönemine ait toplam hormon bilgi düzeyi Shapiro-Wilk' göre, 0,698'dir ($p=0,006$). Ebelerin ön lisans dönemine ait toplam hormon bilgi düzeyi Shapiro-Wilk'e göre, 0,717'dir ($p<0,001$). Ebelerin lisans dönemine ait toplam hormon bilgi düzeyi Kolmogorov-Smirnova'ya göre 0,276'dır ($p<0,001$). Ebelerin yüksek lisans-doktora dönemine ait toplam hormon bilgi düzeyi Shapiro-Wilk'e göre, 0,662'dir ($p<0,001$). Normal dağılıma uygun olabilmesi için bir parametrenin her bir öğrenim durumu içerisinde normal dağılım göstermesi gerekir. Eğer bir öğrenim durumda bile normal dağılmıyorsa normallik bozulmaktadır. Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri incelendiğinde nicel parametreler normal dağılım göstermemektedir.

Tablo 3.4. Testin pozisyona göre normallik dağılım değerleri

	Çalıştığınız Klinikteki Pozisyonunuz	Kolmogorov-Smirnova Normallik Test ist.	Kolmogorov-Smirnova	
			Sd	P
Gebelik Öncesi Hormon Bilgi Düzeyi	Hemşire	0,377	59	0,001
	Ebe	0,415	91	0,001
Gebelik Dönemi Hormon Bilgi Düzeyi	Hemşire	0,313	59	0,001
	Ebe	0,310	91	0,001
Doğum Dönemi Hormon Bilgi Düzeyi	Hemşire	0,263	59	0,001
	Ebe	0,272	91	0,001
Doğum Sonrası Dönem Hormon Bilgi Düzeyi	Hemşire	0,467	59	0,001
	Ebe	0,464	91	0,001
Toplam Hormon Bilgi Düzeyi	Hemşire	0,311	59	0,001
	Ebe	0,294	91	0,001

İncelenen parametrede Kolmogorov- Smirnova göre; ebelerin çalıştıkları pozisyona göre toplam hormon bilgi düzeyinin normallik test istatistikleri; ebe pozisyonunda çalışanların 0,294 iken, hemşire pozisyonunda çalışan 0,311 olduğu saptanmış ve anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p<0,001$).

Tablo 3.5. Testin medeni durumuna göre normallik dağılım değerleri

	Medeni Durumu	Kolmogorov-Smirnova		
		Normallik Test ist.	Sd	P
Gebelik Öncesi	Evli	0,403	97	0,001
Hormon Bilgi Düzeyi	Bekar	0,392	52	0,001
Gebelik Dönemi	Evli	0,318	97	0,001
Hormon Bilgi Düzeyi	Bekar	0,316	52	0,001
Doğum Dönemi	Evli	0,304	97	0,001
Hormon Bilgi Düzeyi	Bekar	0,200	52	0,001
Doğum Sonrası Dönem	Evli	0,484	97	0,001
Hormon Bilgi Düzeyi	Bekar	0,420	52	0,001
Toplam	Evli	0,306	97	0,001
Hormon Bilgi Düzeyi	Bekar	0,272	52	0,001

Sd: Serbestlik derecesi

İncelenen parametrede Kolmogorov-Smirnova'ya göre; ebelerin medeni durumlarının toplam hormon bilgi düzeylerinin normallik test istatistikleri, evli olanlarda 0,306 olurken, bekar olanlarda 0,272 olduğu saptanmış ve anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p < 0,001$).

Tablo 3.6. Testin nicel parametrelere ait genel normallik dağılım değerleri

	Kolmogorov-Smirnova		
	Normallik Test ist.	Sd	P
Yaş	0,151	150	0,001
Mesleki Deneyim Süresi	0,157	149	0,001
Gebelik Öncesi Hormon Bilgi Düzeyi	0,401	150	0,001
Gebelik Dönemi Hormon Bilgi Düzeyi	0,311	150	0,001
Doğum Dönemi Hormon Bilgi Düzeyi	0,267	150	0,001

Doğum Sonrası Dönem Hormon Bilgi Düzeyi	0,463	150	0,001
Toplam Bilgi Düzeyi	0,294	150	0,001

Sd: Serbestlik derecesi

İncelenen parametrede Kolmogorov- Smirnova'ya göre; ebelerin yaşlarına ait normallik test istatistiği; 0,151, ebelerin mesleki deneyim süresine ait 0,157 olup, nicel parametrelere ait genel toplam bilgi düzeyi normallik istatistiği; 0,294'tür ($p<0,001$).

3.2. Araştırmanın Modeli

Çalışmada ebelerin gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlere etki eden hormonlar hakkında bilgi düzeyinin ölçülmesi amacıyla araştırmada nicel araştırma yöntemlerinden biri olan tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tiptedir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın veri toplama aracı iki bölümden oluşmuştur. Birinci kısım çalışma grubunun demografik özellikleri, ikinci kısım 'Hormonlar Bilgi Testi' kullanılmıştır.

3.3.1. Hormonlar Bilgi Testi

Literatür taranarak oluşturulan bilgi testi; gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde salgılanan hormonlar olmak üzere 4 bölüm olup, gebelik öncesi 4, gebelik 6, doğum 9 ve doğum sonrası 6 olmak üzere 25 soruluk testten oluşmuştur.

3.4. Araştırma Süreci

Veriler 2021 yılında, çalışma grubuyla online ortamda Google form aracılığıyla iletişime geçilmiştir. Hormonlar Bilgi Testi online ortamda cevaplanmıştır.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada çalışma grubu seçiminde gönüllülük esas alınmıştır. Araştırma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izin alınmış olup etik kurul kararı EK 1'de sunulmuştur. Araştırma hakkında ebelere bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmaya kabul edenlerin sözlü onamı alınmıştır.

3.6. Verilerin Analizi

Araştırma grubuna 'Hormonlar Bilgi Testi' uygulanmıştır. Testte yer alan sorularda her doğru cevaba 1, yanlış ve boş cevaba 0 puan verilerek puanlama yapılmıştır. Testten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 100'dür. Testten elde edilen veriler SPSS paket programı ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile incelenmiştir. İkili gruplara göre normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında arimetik ortalama arasındaki farkın anlamlılığını test etmek için Mann Whitney U testi kullanıldı. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen veriler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman's Rho korelasyonu kullanıldı. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama \pm standart sapma ve ortanca (minimum – maksimum) şeklinde, kategorik değişkenler için frekans (yüzde) şeklinde sunulmuştur. Önem düzeyi $p < 0,05$ alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmamızda gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde etki eden hormonlar hakkında ebelerin bilgi ve farkındalık düzeyleri 'Hormonlar Bilgi Testi' ile ölçülmüş ve tablolatırılmıştır.

Tablo 4.1.'de gebelik öncesi döneme ait hormon sorularına verilen cevapların frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir. Gebelik öncesi döneme ait hormon soruları 1, 2, 8, 25 numaralı sorulardır.

Tablo 4.1.Gebelik öncesi döneme ait hormon sorularının cevaplarının frekans ve yüzde dağılımları

	Doğru		Yanlış	
	f	%	f	%
1- Kadında gonadotrop hormonlarının kontrolü altında , overlerden salgılanan hormonları işaretleyiniz ?	136	90,7	14	9,3
2- Endometrium üzerine etkili, menstrual siklusu kontrol eden, endometrial siklustada sekretuar ve proliferatif fazları kontrol eden hormonu işaretleyiniz ?	122	81,3	28	18,3
8- Östrojenin kanda yükselmesi, FSH'ın düşmesine neden olur mu ?	144	96,0	6	4,0
25- Aşağıda numaralandırılan seçeneklerden hangisi ya da hangileri östrojen hormonu hakkında doğru bilgi vermektedir işaretleyiniz ?	109	73,6	39	26,4

1. soruyu ebelerin; % 90,7'si doğru, % 9,3'ü yanlış yanıtlamıştır. 2. soruyu ebelerin % 81,3'ü doğru, % 18,3'ü yanlış yanıtlamıştır. 8. soruyu ebelerin % 96,0'ı doğru, % 4,0'ı yanlış yanıtlamıştır. 25. soruyu ebelerin % 73,6'sı doğru, % 26,4'ü yanlış yanıtlamıştır.

Tablo 4.2'de gebelik dönemine ait hormon sorularına verile cevapların frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir. Gebelik dönemine ait hormon soruları 4, 6, 11, 17, 19, 20 numaralı sorulardır.

Tablo 4.2 Gebelik dönemine ait hormon sorularının cevaplarının frekans ve yüzde dağılımları

	Doğru		Yanlış	
	f	%	f	%
4- Gebelikte, hiperpigmentasyon, derideki vasküler değişiklikler, tükrük glandlarındaki hiperaktivite, diş eti ve	124	82,7	26	17,3

nasal mukozadaki hiperemi ile ilişkili olan hormonu işaretleyiniz ?				
6- Düz kaslar üzerine gevşetici etkisi nedeniyle gebelikte barsaklarda motilite azalmasına, üreterlerde dilatasyona, mesane kapasitesinin artmasına ve periferik dilatasyona neden olan hormonu işaretleyiniz ?	126	84,0	24	16,0
11- Gebelik süresince hangi artan hormon veya hormonlar sayesinde uterus oksitosin hormonuna karşı duyarsız olmaya devam etmekte ve kontraksiyonlar oluşmamaktadır ?	94	63,5	54	36,5
17- Aşağıda numaralandırılan seçeneklerden hangisi ya da hangileri progesteron hormonu hakkında doğru bilgi vermektedir işaretleyiniz ?	9	6,1	139	93,6
19- En önemli görevi, korpus luteumun gerilemesini önleyerek, östrojen ve progesteron hormonlarının salgılanmasını stimule ederek gebeliğin devamını sağlamak olan hormonu işaretleyiniz ?	150	100,0		
20- İlk trimestirden, itibaren yükselen östrojen düzeyi ve progesteronun etkisiyle sodyum ve klorid atılımını artırıp, sodyum kaybını önleyerek dengeyi temin eden adrenal korteksten salgılan hormonu işaretleyiniz ?	120	80,5	29	19,5

4. soruyu ebelerin % 82,7'si doğru, % 17,3'ü yanlış yanıtlamıştır. 6. soruyu ebelerin % 84,0'ü doğru, % 16,0'ı yanlış yanıtlamıştır. 11. soruyu ebelerin %63,5'i doğru, % 36,5'i yanlış yanıtlamıştır. 17. soruyu ebelerin % 6,1'i doğru, % 93,6'sı yanlış yanıtlamıştır. 19. Soruyu ebelerin % 100,0'ü doğru yanıtlamıştır. 20. Soruyu ebelerin % 80,5'u doğru, % 19,5'i yanlış yanıtlamıştır.

Tablo 4.3'de doğum dönemine ait hormon sorularına verilen cevapların frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir. Doğum dönemine ait hormon soruları 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 22 numaralı sorulardır.

Tablo 4.3. Doğum dönemine ait hormon sorularının cevaplarının frekans ve yüzde dağılımları

	Doğru		Yanlış	
	f	%	f	%
7- Doymamış yağ asidi olan arakidonik asitten sentez edilen, gebelikte amnion, korion ve desidüadaki konsantrasyonları yüksek, PGE ve PGF şekilleri doğum eyleminde önemli rol oynayan, düz kaslarda kontraksiyona yol açan ve akciğerleri metabolize eden hormonu işaretleyiniz ?	119	79,3	31	20,7
9- Otonom sinir sisteminden sırasıyla parasempatik ve sempatik sinirden uyarılan hormonları işaretleyiniz ?	150	100,0		
10- Oksitosin üzerine kurulu parasempatik sinir sistemi; güven ve merak, büyüme ve gelişme, memnuniyet ve pozitif sosyal etkileşimler ve duygularla ilişkilendirilir. Bu bağlamda travayda olan gebeye verilen sentetik oksitosin aynı duygularla ilişkilendirilebilir mi ?	48	32,0	102	68,0
12- Travayda olan gebenin uterusunun oksitosine duyarlı hale gelip, kontraksiyonlara cevap verirken östrojen ve progesteronun birbiri ile ilişkisi nedir ?	138	96,0	11	7,4
13- Oksitosinin doğumun ikinci evresinin süresi üzerine etkisi var mıdır ?	16	10,7	134	89,3
14- Gebe üzerinde sırasıyla sükunet ve bağlantı etkisi olan hormon ile savaş ya da kaç etkisi olan hormonları işaretleyiniz ?	149	100,0		
15- Vücut kendisini baskı altında hissettiğinde hipofizinden salgılanan, vücutta karbonhidrat olmayan moleküllerinden glukoz yapımını aktive eden ve vücudun ekstra enerji elde etmesini ve baskının azalmasını sağlayan, özellikle doğum gibi enerji gerektiren bir durumda yedek enerji sağlayan hormonu işaretleyiniz ?	122	81,3	28	18,7
18- Doğum dalgaları ve doğum ile ilgili olan, vücudun doğal ağrı kesicileri olarak bilinen, aşık olduğunda ve cinsel açıdan uyarıldığında yüksek düzeyde seyreden, bazı kadınların travay ya da doğum esnasında orgazm yaşama sebebi olan hormonu işaretleyiniz ?	97	65,1	52	34,9

22- Korpus luteumdan ve plesantadan salgılanan uterin aktiviteyi inhibe edip, serviksin konnektiv dokusunu yumuşatan hormonu işaretleyiniz ?	138	72,5	41	27,5
--	-----	------	----	------

7. soruyu ebelerin % 79,3'ü doğru, % 20,7'si yanlış yanıtlamıştır. 9. soruyu ebelerin % 100'ü doğru yanıtlamıştır. 10. soruyu ebelerin % 32,0'si doğru, % 68,0'i yanlış yanıtlamıştır. 12. soruyu ebelerin % 96,4'ü doğru, % 7,4'ü yanlış yanıtlamıştır. 13. soruyu ebelerin % 10,7'si doğru, % 89,3'ü yanlış yanıtlamıştır. 14. soruyu ebelerin % 100,0'ü doğru yanıtlamıştır. 15. soruyu ebelerin % 81,3'ü doğru, % 18,7'si yanlış yanıtlamıştır. 18. soruyu ebelerin % 65,1'i doğru, % 34,9'u yanlış yanıtlamıştır. 22. soruyu ebelerin % 72,5'i doğru, % 27,5'u yanlış yanıtlamıştır.

Tablo 4.4'de doğum sonrası döneme ait hormon sorularına verilen cevapların frekans ve yüzde dağılımları verilmiştir. Doğum sonrası döneme ait sorular 3, 5, 16, 21, 23, 24 numaralı sorulardır.

Tablo 4.4. Doğum sonrası döneme ait hormon sorularının cevaplarının frekans ve yüzde dağılımları

	Doğru		Yanlış	
	f	%	f	%
3- Memeleri büyütüp, kanal proliferasyonunu sağlayan hormon adını işaretleyiniz ?	126	84,0	24	16,0
5- Hipofizin ön lobundan salgılanan, süt yapımını sağlayan prolaktin hormonunu baskımlarken kanda yüksek düzeyde olan hormonu işaretleyiniz ?	117	78,0	38	22,0
16- Aşağıda numaralandırılan seçeneklerden hangisi ya da hangileri prolaktin hormonu hakkında yanlış bilgi vermektedir işaretleyiniz ?	5	3,4	143	9,6
21- Hangi hormonun fazla salgılanmasıyla FSH baskılanarak, overlerdeki folikül gelişmesini durdurur. Bu nedenle laktasyonda ovulasyon ve menstrual siklus görülmez ?	116	77,9	33	22,1
23- Anelik içgüdüsünde rol oynayan hormonu işaretleyiniz ?	136	91,3	13	8,7
24- Doğum sonu emzirmeyle artan oksitosin etkisiyle uterusun karından palpe edildiğinde kontrakte olan uterusun durumu nedir ?	139	93,3	10	6,7

3. soruyu ebelerin % 84,0'ı doğru, % 16,0'ı yanlış yanıtlamıştır. 5. soruyu ebelerin % 78,0'ı doğru, % 22,0'ı yanlış yanıtlamıştır. 16. soruyu ebelerin % 3,4'ü doğru, % 96,6'sı yanlış yanıtlamıştır. 21. soruyu ebelerin % 77,9'u doğru, % 22,1'i yanlış yanıtlamıştır. 23. soruyu ebelerin % 91,3'ü doğru, % 8,7'si yanlış yanıtlamıştır. 24. soruyu ebelerin % 93,3'ü doğru, % 6,7'si yanlış yanıtlamaktadır.

Tablo 4.5 Gebelik ve doğum dönemine ait hormonlar hakkında toplam bilgi düzeyine dair tanımlayıcı istatistik değerleri

	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
Gebelik Öncesi Hormon Bilgi Düzeyi	4,35	1,18	5	1	6
Gebelik Dönemi Hormon Bilgi Düzeyi	4,69	1,88	6	0	6
Doğum Dönemi Hormon Bilgi Düzeyi	6,31	1,26	7	2	9
Doğum Sonrası Hormon Bilgi Düzeyi	2,73	0,66	3	0	4
Toplam Hormon Bilgi Düzeyi	17,13	4,30	19	5	21

Ebelerin; gebelik öncesi bilgi düzeyi ortalama değeri 4,35, gebelik döneminde bilgi düzeyi ortalama değeri 4,69, doğum döneminde bilgi düzeyi ortalama değeri 6,31, doğum sonrası dönemde bilgi düzeyi ortalama değeri 2,73 ve toplam bilgi düzeyinin bilgi düzeyi ortalama değeri ise 17,13 olarak elde edilir.

Tablo 4.6. Yaş değerlerine göre gebelik ve doğum hormonları hakkındaki toplam bilgi düzeyleri arasındaki ilişkinin dağılım değerleri

	Yaş		Deneyim Süresi	
	r	p	r	p
Gebelik Öncesi Hormon Bilgi Düzeyi	0,097	0,237	0,074	0,371
Gebelik Dönemi Hormon Bilgi Düzeyi	-0,019	0,814	-0,021	0,797
Doğum Dönemi Hormon Bilgi Düzeyi	0,099	0,226	0,078	0,345
Doğum Sonrası Dönem Hormon Bilgi Düzeyi	0,101	0,217	0,084	0,311
Toplam Hormon Bilgi Düzeyi	0,026	0,748	0,012	0,883

r: Spearman's Rho korelasyon katsayısı

Yaş değerleri ile gebelik öncesi dönemde ($p=0,237$), gebelik döneminde ($p=0,814$), doğum döneminde ($p=0,226$) ve doğum sonrası dönemde elde edilen bilgi

düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,217$). Yaş değerleri ile toplam bilgi skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,748$).

Mesleki deneyim süreleri ile gebelik öncesi dönemde ($p=0,371$), gebelik döneminde ($p=0,797$), doğum döneminde ($p=0,345$) ve doğum sonrası dönemdeki hormonlardan elde edilen bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,311$). Mesleki deneyim süreleri ile toplam bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,883$).

Tablo 4.7 Çalışılan klinikteki pozisyona, öğrenim durumuna, çalışılan kliniğe göre ve medeni duruma göre gebelik ve doğum dönemindeki hormonlar hakkında toplam bilgi düzeyi değerleri

	Gebelik Öncesi		Gebelik Dönemi		Doğum Dönemi		Doğum Sonrası		Toplam Bilgi Düzeyi	
Öğrenim Durumunuz										
Lise	4,33 ± 1,21	5 (2 - 5)	3,83 ± 1,94	4,5 (1 - 6)	6,33 ± 0,82	6,5 (5 - 7)	2,83 ± 0,41	3 (2 - 3)	16,5 ± 3,51	18,5 (12 - 19)
Ön Lisans	4,49 ± 1,07	5 (1 - 5)	4,65 ± 1,84	5 (0 - 6)	6,62 ± 1,09	7 (4 - 9)	2,76 ± 0,68	3 (1 - 4)	17,57 ± 4,06	19 (6 - 21)
Lisans	4,28 ± 1,24	5 (1 - 6)	4,67 ± 1,88	5 (0 - 6)	6,14 ± 1,30	6 (2 - 8)	2,73 ± 0,66	3 (0 - 4)	16,85 ± 4,44	19 (5 - 21)
Yüksek Lisans/Doktora	4,47 ± 1,13	5 (2 - 5)	5,27 ± 1,94	6 (0 - 6)	6,60 ± 1,45	7 (3 - 8)	2,67 ± 0,72	3 (1 - 3)	18,07 ± 4,48	20 (8 - 21)
Test İstatistiği	1,576		7,748		5,588		0,337		6,980	
p*	0,665		0,052		0,133		0,953		0,073	
Medeni Durumunuz										
Evli	4,46 ± 1,07	5 (1 - 6)	4,81 ± 1,67	5 (0 - 6)	6,37 ± 1,16	7 (2 - 9)	2,75 ± 0,65	3 (0 - 4)	17,43 ± 3,90	19 (5 - 21)
Bekar	4,13 ± 1,36	5 (1 - 5)	4,44 ± 2,23	6 (0 - 6)	6,17 ± 1,42	6 (3 - 8)	2,69 ± 0,70	3 (1 - 4)	16,5 ± 4,97	19 (5 - 21)
Test İstatistiği	2287,000		2523,500		2358,000		2383,500		2482,500	
p**	0,255		0,995		0,489		0,442		0,872	
Çalıştığınız Klinikteki Pozisyonunuz										
Hemşire	4,2 ± 1,28	5 (1 - 5)	4,66 ± 1,99	6 (0 - 6)	6,19 ± 1,18	7 (3 - 8)	2,71 ± 0,59	3 (1 - 3)	16,90 ± 4,40	19 (5 - 21)
Ebe	4,45 ± 1,11	5 (1 - 6)	4,71 ± 1,82	5 (0 - 6)	6,40 ± 1,31	7 (2 - 9)	2,75 ± 0,71	3 (0 - 4)	17,29 ± 4,26	19 (5 - 21)
Test İstatistiği	2944,000		2649,500		3000,500		2844,500		2921,000	
p**	0,224		0,884		0,198		0,389		0,353	

Ortalama ± S. Sapma; Ortanca (Min. - Maks.); *Kruskal Wallis H testi; **Mann Whitney U testi

NOT: Tablo 4.7’de öğrenim durumu, medeni durum, çalışılan klinik ve çalışılan klinikteki pozisyona göre gebelik öncesi, gebelik dönemi, doğum dönemi, doğum sonrası dönem ve toplam bilgi düzeylerinin karşılaştırmasında Kruskal Wallis H testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Öğrenim durumuna göre gebelik öncesi dönemde ($p=0,665$), gebelik döneminde ($p=0,052$), doğum öncesi dönemde ($p=0,133$) ve doğum sonrası dönemde elde edilen bilgi düzeyi ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,953$). Öğrenim durumuna göre toplam bilgi düzeyi ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,073$).

Medeni duruma göre gebelik öncesi dönemde ($p=0,255$), gebelik döneminde ($p=0,995$), doğum öncesi dönemde ($p=0,489$) ve doğum sonrası dönemde elde edilen bilgi düzeyi ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,442$). Medeni duruma göre toplam bilgi düzeyi ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,872$).

Çalışılan klinikteki pozisyona göre gebelik öncesi dönemde ($p=0,224$), gebelik döneminde ($p=0,884$), doğum öncesi dönemde ($p=0,198$), doğum sonrası dönemde elde edilen bilgi düzeyi ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,389$). Çalışılan klinikteki pozisyona göre toplam bilgi düzeyi ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,353$).

5.TARTIŞMA

Ebelerin, öğrenim durumunun, çalıştığı kliniklerin ve medeni durumlarının; gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemine etki eden hormonlar hakkında bilgi ve farkındalık düzeyleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yürütülen bu çalışmada elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Araştırmamızda, çalışmaya katılan ebelerin yaş ortalaması $33,81 \pm 8,25$ olduğu, çalışmaya katılan ebelerin mesleki deneyim sürelerinin ortalamasının $12,17 \pm 8,89$ olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan ebelerin medeni durumlarına bakıldığında evli ebe oranı % 65,1, bekar ebe oranı ise % 34,9'dur. Çalışmaya katılan ebelerin eğitim durumuna bakıldığında, lise mezunu ebe oranı %4, ön lisans mezunu ebe oranı % 24,7, lisans mezunu ebe oranı % 61,3, yüksek lisans-doktora mezunu ebe oranı ise % 10'dur. Çalışmaya katılan ebelerin, çalıştıkları klinikteki pozisyonlarına bakıldığında % 60,7'si ebe pozisyonunda çalıştırılırken, %39,3'ü klinikte hemşire sayısının yetersizliğinden dolayı hemşire pozisyonunda çalıştırılmaktadır. Çalışılan polikliniklerin çoğunluk oranına göre şu şekilde ifade edilebilir; doğumhanede çalışan ebe oranı % 55,4, covid biriminde çalışan ebe oranı % 22,3, acil biriminde çalışan ebe oranı % 16,9 ve diğer birimlerde (Toplum Sağlığı Merkezi, Enfeksiyon Birimi, Genel Yoğun Bakım, Aile Sağlığı Merkezi, Hemodiyaliz) çalışan ebe oranı ise, % 5,4'tür. Araştırmaya katılan ebelerin demografik özellikleri bu şekilde saptanmıştır.

Araştırmada, gebelik öncesi hormonları incelendiğinde; kadında gonadotrop hormonlarının kontrolü altında, overlerden salgılanan hormonlar sorulduğunda, ebelerin % 90,7'si doğru yanıtlamıştır. GnRH serbestlenmesine yanıt olan ön hipofizden folikül-uyarıcı hormon olan FSH ve luteinleştirici hormon olan LH salgılanmaktadır. En önemlisi östrojenler (östrodiol), yine en önemlilerinden biri progesterinler (progesteron), aktivin ve inhibin ovaryumlardan FSH ve LH'ye yanıt olarak salgılanır (Helvacıoğlu ve Bütün, 2021).

Endometrium üzerine etkili, menstrual siklusu kontrol eden, endometrial siklustada proliferatif fazları kontrol eden hormonlar sorulduğunda, ebelerin % 81,3 doğru yanıtlamıştır. Ovaryum döngüsünün luteal evresi ile uterus döngüsünün sekresyon evresi eş zamanlı meydana gelmektedir. Östradiol bir miktar daha endometriyal hücre sayısını arttırırken progesteron ise endometriyal hücrelerdeki östradiol reseptör seviyelerini düşürür (Helvacıoğlu ve Bütün, 2021).

Östrojenin kanda yükselmesi, FSH'nin düşmesine neden olur. FSH ve östrojen karşılıklı geri bildirim içerisinde birbirlerini kontrol altında tutarlar (Taşkın, 2020; Rollins, et al., 2014). Ebeler bu bilgiye % 96 doğru yanıtlamıştır. Östrojen kan kolesterolünü ayarlar. Östrojenin kalsiyum metabolizmasını etkileyerek kemik büyümesini hızlandırır. Servikal glandlar, östrojenin etkisi ile bol alkalen mai salgırlar (Taşkın, 2016). Ebelere östrojenin bu bilgileri sorulduğunda, % 73,6'sı doğru yanıtlamıştır. Progesteron, normal siklusta korpus luteumdan salgılanır. Progesteronun siklusun ikinci yarısında endometriumun sekretuar fazını düzenler. Aynı zamanda, basal vücut ısısını yükseltir ki, bu da ovulasyonun tesbitinde rol oynar (Taşkın, 2016). Seçenekli sorularda yer alan progesteron hakkında bilgiler ebelere sorulduğunda % 6,1'i doğru yanıtlamıştır. Ebeler östrojen bilgisi içeren soruya % 73,6'sı doğru yanıtlarken, Ebelerin östrojene göre progesteron hakkında bilgi düzeyleri oldukça yetersizdir.

Araştırmada, gebelik dönemi hormonları incelendiğinde; hCG (Human Koryonik Gonadotrop) hormonun en önemli görevi, korpus luteumun gerilemesini önleyerek, östrojen ve progesteron hormonlarının salgılanmasını stimule ederek gebeliğin devamını sağlamaktadır (Gümüşsoy ve Kavlak, 2016). Ebelere hCG hormonun en önemli görevi sorulduğunda, % 100'ü yanlış yanıtlamıştır. Ebeler, hCG hormonunu yeterince bilgi sahibi değildirlir. Gebelikte, hiperpigmentasyon, derideki vasküler değişiklikler, tükrük glandlarındaki hiperaktivite, dişeti ve nasal hiperemi ile ilişkili hormon östrojendir (Taşkın, 2016). Ebelere östrojen hormonunun bu özelliği sorulduğunda % 82,7'si doğru yanıtlamıştır. Gebelikte, düz kaslar üzerine gevşetici etkisi nedeniyle gebelikte barsaklarda motolite azalmasına, ureterlerde dilatasyona, mesane kapasitesinin artmasına ve periferal dilastasyona neden olan hormon progesterondur (Taşkın, 2016). Ebelere progesteron hormonun bu özelliği sorulduğunda % 84'ü doğru yanıtlamıştır. Gebelik süresince progesteronun artması sayesinde oksitosin hormonuna karşı duyarsız olmaya devam etmekte ve kontraksiyonlar oluşmamaktadır (Taşkın, 2016). Ebelere progesteronun bu özelliği sorulduğunda % 63,5 doğru yanıtlamıştır. Aynı zamanda progesteron gebelikte uterus kontraksiyonlarını baskılar ve memelerde östrojen ile beraber alveolar gelişmeyi sağlayarak laktasyona hazırlar (Taşkın, 2016). Seçenekli sorularda yer alan progesteronun bu özellikleri ebelere sorulduğunda % 6,1 doğru yanıtlamıştır. Bu durumda ebeler progesteronun oksitosin ile ilişkisine hakimken, sadece progesteron

sorusunda yetersiz kalmaktadır. İlk trimesterden itibaren yükselen östrojen düzeyi ve progesteronun etkisiyle sodyum ve klorid atılımını artırıp, sodyum kaybını önleyerek temin eden adrenal korteksten salgılanan hormon aldesterondur (Antony, at el., 2017). Yalnız progesteronun etkisi sebebiyle sodyum atılımı görülebilir (Magovan, at el., 2019). Aldesteronun bu özelliği ebelere sorulduğunda, % 80,5’u doğru yanıtlamıştır.

Araştırmada, doğum dönemi hormonları incelendiğinde; doymamış yağ asidi olan arakidonik asitten sentez edilen, gebelikte amnion, korion ve desisudadaki konsantrasyonları yüksek, PGE ve PGF şekilleri doğum eyleminde önemli rol oynayan, düz kaslarda kontraksiyona yol açan ve akciğerleri metabolize eden hormon prostoglandindir (Taşkın, 2016). Prostoglandin doğum eylemini tetikleyen bir mekanizmaya sahiptir (Turnbull, et al., 1981). Doğum eylemine sonuç rolünde değil, sebep rolündedir(Romero, et al., 1994). Çünkü doğum eylemindeki kontraksiyonlardan önce salgılanmaktadır (Romero, et al., 1996). Ebelere prostoglandin hormonu sorulduğunda % 79,3 doğru yanıtlamıştır. Doğumda, sükûnet ve bağlantı etkisi; otonom sinir sisteminde parasempatik sinirden uyarılan oksitosin rol oynarken, savaş ya da kaç etkisi; otonom sinir sisteminde sempatik sinirden uyarılan adrenal rol oynamaktadır (Taşkın,2016). Bu bilgiye tüm ebeler sahiptir. Oksitosin üzerine kurulu parasempatik sinir sistemi güven ve merak, büyüme ve gelişme, memnuniyet ve pozitif sosyal etkileşimler ve duygularla ilişkilendirilir (Rathfish, 2012; Kömürcü, 2013; Taşkın, 2016). Bu bağlamda ebelere, travayda olan gebeye verilen sentetik oksitosin aynı duygularla ilişkilendirilip ilişkilendirilemeyeceği sorulduğunda % 32’si doğru yanıtlamıştır. Bu konu hakkında literatürde araştırma devam etmektedir ancak geçerli bilgi mevcut değildir. Travayda olan gebenin kontraksiyonlara cevap veren oksitosinin duyarlı hale getiren östrojen artarken, progesteron azalır. Çünkü progesteron oksitosini duyarsız hale getirip, uterus kontraksiyonlarını baskılar (Taşkın,2016). Bu progesteron ile östrojen arasındaki ilişki ebelere sorulduğunda, % 92,6’sı doğru yanıtlamıştır. Oksitosin, güvenli ve etkili bir şekilde uterus kontraksiyonlarını başlatır ve yüksektir (Bishop, 1964). Uterus kontraksiyonları başladığında aynı zamanda stresli bir durumdur. Stres anında katekolaminler salgılanır. Doğumun başlangıcında düşük seviyede olan katekolaminler doğumun expulsiyon anında yükselir (Romano ve Lothian, 2007; Mongan, 2005; Odent, 2001) Doğumun ikinci evresinde stres hormonları fetusun daha kolay bir expulsiyon (dışarıya atılma eğilimi olan) için yükselmektedir (Odent, 2001). Ebelere oksitosinin doğumun ikinci evresinin süresine

etkisi olup olmadığı sorulduğunda, sadece % 10,7'si doğru yanıtı vermiştir. Oksitosinin doğumun ikinci evresinin süresine etkisi yoktur (Taşkın, 2016). Ebeler doğum anında oksitosinin bu işlevsel durumunda yeterli bilgiye sahip olamamaları aslında onların doğum yönetme becerilerini de olumsuz etkilemektedir. Ebeler oksitosin ile stres hormonları arasındaki ilişkiyi dahil dengede tutarak doğumun ikinci evresini hem iyi yönetir hem de bu evre de oluşabilecek komplikasyonları önleyerek sağlıklı bir doğum gerçekleşir. Anksiyetesi yüksek aktivite olan doğum eylemine, stres ve korku eşlik ederse katekolaminlerin salınımı yüksek seyrederek ve doğum ağrısı şiddetli hale gelir. Sonuç olarak; gerekli organlara yeterli kan gitmez ve uterusu giden oksijen miktarı azalır. Bu durum oksitosini azaltırken, adrenalini yükseltir ve ritmi bozulan kontraksiyonlar, ilerlemeyen ve uzayan doğum eylemleri ortaya çıkar. Oksitosinin etkisi olan kasılma sıklığı artıp, kanda oksitosin düzeyi artınca; vücut buna karşılık endorfin düzeyini yükseltir. Bağımlılık etkisi olan endorfin doğum eyleminde anne ile fetus üzerinde etkilidir (Sayiner ve Özerdoğan, 2009). Endorfin üzerinde de etkili olan ağrının durumu şöyledir; anksiyete ve korkunun endorfini negatif feed-back etkisi ile baskılaması dahilinde, doğal ağrı kesici olan endorfin görevini yapamaz ve kadın, doğum eyleminde ağrıyı daha çok hisseder (Serçekuş, 2011; Taşkın, 2016; Aktaş ve Pasinlioğlu, 2016; Mete, 2013). Doğum dalgaları ve doğum ile ilgili olan, vücudun doğal ağrı kesicileri olarak bilinen, âşık olduğunda ve cinsel açıdan uyarıldığında yüksek düzeyde seyreden, bazı kadınlarda travay ya da doğum esnasında oksitosin ile birlikte orgazm yaşama sebebi olan hormon beta-endorfinlerdir (Rathfish, 2012; Taşkın, 2016). Ebelere beta-endorfinin bu özellikleri sorulduğunda, % 65,1'i doğru yanıtlamıştır Beta-endorfin hormonunun diğer hormonlar üzerine etkileri ise; büyüme hormonu, prolaktin ve vazopressin sekresyonunu stimüle ederken, FSH ve oksitosin sekresyonunu ise inhibe etmektedir (Genazzani, et al., 1988; Sarkar ve Yen, 1984) Vücudunun baskı altında hissettiğinde hipofizden salgılanan, vücutta karbonhidrat olmayan moleküllerinden glukoz yapımını aktive eden ve vücudun ekstra enerji elde etmesini ve baskının azalmasını sağlayan, özellikle doğum gibi enerji gerektiren bir durumda enerji sağlayan hormon ACTH (adenkortikotropin hormon)'dur (Taşkın, 2016). ACTH'ın bu özellikleri ebeler sorulduğunda % 81,3'ü doğru yanıtlamıştır. Relaksine eşlik eden östrojen ile kadının gebelik döneminde, pelvis eklemlerinde ve bağ dokularında yumuşama ve gevşeme gözlenmektedir (Arıkan Beyaz ve Özcan, 2005). Ebelere relaksinin bu özelliği sorulduğunda, % 72,5'u doğru yanıtlamıştır.

Araştırmada, doğum sonrası dönem hormonları incelendiğinde; memeleri büyütüp, kanal proliferasyonundan sorumlu hormon sorulduğunda, ebelerin %84'ü doğru yanıtlamıştır. Süt kanallarının gelişmesinden mesul olan hormon östrojendir (Aksoy, vd., 2002; Okumuş ve Mete, 2009; Taşkın, 2009; Widmaier, et al., 2010). Gebelik ilerledikçe prolaktin salgısında artış mevcuttur. Artış sebebiyle, meme dokusu büyüyüp, gelişse bile süt salgılanmaktadır. Bu durumun nedeni ise; yüksek konsantrasyondaki östrojen ve progesteron ile prolaktinin meme üzerindeki etkisi baskılanmaktadır. Prolaktin, süt stimüle edici etkisi; östrojen ve progesteron ile birlikte salgılandığında baskılanmaktadır. Sadece östrojen salgılanırsa; prolaktin sekresyonunu artırır ve meme büyüme farklılaşmasında prolaktin gibi işlev görür. Doğum eyleminde; östrojen ve progesteron düzeylerinin azalması, plasantanın (östrojen ve progesteronun kaynağı) doğumu ile süt üretimi üzerinde etkisi olmasıdır (Widmaier, et al., 2010). Bazı araştırmalarda prolaktin ek süreli tam gebelikten sonra değerinde düşme gözlenmiştir (Tikk, et al., 2014; Tworoger ve Hankinson, 2008). Gebelik sürecinde prolaktin düzeyi stabildir. Aktif süt bezi dokusunun gelişimini sağlar. Prolaktin hormonunun etkisiyle analık iç güdüsü gelişmektedir (Kültürsay, vd., 2017). Ebelere analık iç güdüsünde rol oynayan hormon sorulduğunda % 91,3'ü doğru yanıtlamıştır. Prolaktin hormonunun fazla salgılanması sebebiyle FSH baskılanarak overlerdeki folikül gelişmesini durdurup, laktasyonda ovulasyon ve menstruasyon siklus gerçekleşmez (Taşkın, 2020; Rollins, et al., 2014). Ebelere prolaktinin bu yönü sorulduğunda, % 77,9'u doğru yanıtlamıştır. Emzirmeyle artan oksitosin etkisiyle uterusun karından palpe edildiğinde kontrakte olan uterusun durumu sert ve yumruk şeklindedir (Taşkın, 2018). Ebelere uterusun bu durumu sorulduğunda, % 93,3'ü doğru yanıtlamıştır.

Araştırmada, gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki hormonlar hakkında ebelerin bilgi düzeylerine bakıldığında; ebelerin toplam bilgi düzeylerinin ortalaması % 17,3'tür. En yüksek bilgi düzeyi ortalaması % 6,31 olup doğum dönemine ait olmasına rağmen, ebelerin % 89,3'ü oksitosinin doğumun ikinci evresinin süresine etkisi olmadığını bilmemektedir. Aynı zamanda, oksitosin üzerine kurulu parasempatik sinir sistemi güven ve merak, büyüme ve gelişme, memnuniyet ve pozitif sosyal etkileşimler ve duygularla ilişkilendirilir. Bu bağlamda travayda olan gebeye verilen sentetik oksitosin aynı duygularla ilişkilendirilmediğini, % 68 gibi ciddi bir oranda ebeler bilmemektedir. Aynı zamanda gebeye verilen sentetik oksitosin

ile vücuttan doğal salgılanan oksitosin arasında aynı duygularla ilişkilendirilmesi konusunda çalışmalar devam etmektedir. En düşük bilgi düzeyi ortalaması % 2,73 doğum sonrası döneme ait olup sırasıyla, % 4,35 bilgi düzeyi ortalamasıyla gebelik öncesi döneme, % 4,69 bilgi düzeyi ortalamasıyla gebelik dönemi gelmektedir. Hormonlar hakkında gebelik dönemi bilgi düzeyi ortalaması, gebelik öncesi ve doğum sonrası döneme ait bilgi düzeyi ortalamasından yüksektir. Buna rağmen, gebelik dönemine ait, hCG hormonunun en önemli görevi olan korpus luteumun gerilemesini önleyip, östrojen ve progesteron hormonlarının salgılanmasını stimüle ederek gebeliğin devamını sağladığını ebelerin hiçbiri doğru yanıt vermemiştir. Klinikte sıklıkla karşılaşılan, hCG hormonunun en önemli görevi hakkında ebeler bilgi sahibi değildir. Doğum öncesi dönemde, gebelikte ve doğumda oldukça etkili olan progesteron hormonu hakkında seçenekli verilen soruya ebelerin % 6,1'i doğru yanıtlamıştır. Ebeler progesteron hakkında da ciddi oranda yetersiz bilgiye sahiptir.

Ebelerin gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki hormonlar hakkında bilgi ve farkındalık düzeylerinin ölçülmesi amaçlanan bu çalışmada; ebelerin öğrenim durumları, çalıştıkları klinikler, medeni durumları, yaşları, mesleki deneyim süreleri ve çalıştıkları klinikteki pozisyonları ile gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki hormonlar hakkında bilgi ve farkındalık düzeylerinin karşılaştırılarak yapılan istatistiksel testler sonucunda anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p < 0,05$). Ancak ebelerin, gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki hormonlar hakkında bilgi düzeylerinin ortalaması % 17,3 gibi ciddi anlamda düşük bir ortalamadır. Ebelerin; gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki hormonlar hakkında bilgi ve farkındalık düzeylerinin büyük oranda yetersiz oldukları saptanmıştır

6.SONUÇ

Ebelerin, gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki hormonlar hakkında bilgi düzeyinin değerlendirildiği bu çalışmada, ebelerin yaş, öğrenim durumu, medeni durum, mesleki deneyim süresi, çalıştığı klinik ve çalıştığı klinikteki pozisyona göre; gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki hormon ve bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak ebelerin hormonlar hakkında bilgi düzeyinin oldukça yetersiz olduğu saptanmıştır. ‘Rahat bir doğum, hormonların orkestra gibi iyi yönetilerek çok hassas şekilde dahil ve dengede olmasıdır’(Buckley, 2004). Bu bilgi ışığında hormon konusunda yetersiz bir donanıma sahip olduğu için bir ebenin görev ve tanımında yer alan danışmanlık, doğum yaptırma işlevi gibi durumlarda hormonları dahil ve dengede tutamayacak ve özverili bir iş ortaya çıkmayacaktır. Özellikle travay takibi yapan ebelerin, oksitosin ve adrenalın hormonlarını dahil ve dengede tutuyor olması, doğum anında ve doğumdan sonra oksitosini salgılanmasının devam etmesinde gerekli bakımı verebilmesi için hormonlar hakkında bilgi ve farkındalık düzeylerinin yeterli olması zorunluluktur. Bu durumda ebelerin öncelikle eğitim hayatlarında derslerde doğum yönetimindeki hormonun önemi konusunda düzenlemeye gidilmesi önerilmektedir. Klinik hayatlarında başlayan ebelere de gerek gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme etki eden hormonların önemini anlatan hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Acar, M. (2006) İnsan Fetuslarında Nazal Ve Orbital Parametrelerin Ölçümleri (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- ACOG (2019). Infertility Workup for the Women's Health Specialist, ACOG Committee Opinion No. 781. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2019; 133. Erişim 22.01.2020, <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-andPublications/Committee-Opinions/Committee-on-Gynecologic-Practice/InfertilityWorkup-for-the-Womens-Health-Specialist>
- Aksoy, M., Söylemez, F., Tek, İ. (2002) Laktasyonun Endokrinolojisi. *Dirim*, TemmuzAğustos, 22-27.
- Aktaş, S. ve Pasinlioğlu, T. (2016). Ebenin Empatik İletişim Becerisinin Doğum Eylemine ve Doğum Sonrası Döneme Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19 (Özel sayı), 38-45.
- Aluş Tokat, M. (2009). Antenatal Dönemde Verilen Eğitimin Emzirme Öz-Yeterlilik Algısına ve Emzirme Başarısına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi
- Antony, KM., Racusin, DA., Aagaard, K., Dildy, GA. (2017). Maternal physiology. In: Gabbe SG, eds. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. 7th ed. Elsevier, 38-63.
- Arslan, B. (2010). Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler (tez). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Arslan, S, Okcu, G, Coşkun, AM, Temiz, F. (2019). Kadınların Gebeliği Algılama Durumu ve Bunu Etkileyen Faktörler, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 179-192.
- Arslan, H. ve Özkan, A. (2005). Prekonsepsiyonel Dönemdeki Kadınların Değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*; 36 (2): 65-71
- Arıkan Beyaz, E. ve Özcan, E. (2005). Gebelikte Görülen Kas-İskelet Sistemi Kaynaklı Ağrılar ve Tedavi Yaklaşımları, *Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 51(2), 65-68.
- Aslan, E. (2013). Hastalıklarda Cinsel Disfonksiyon. Durna Z. (Ed.). *İç Hastalıkları Hemşireliği*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık. S:645-665.
- Aslan, Y. ve Atan, A. (2016). Hormonal Hastalıklar ve Erkek Cinsel İşlev Bozuklukları. Ed. Sefa Resim ve Ateş Kadioğlu, *Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı*. Bölüm 16, Tüd/Türk Üroloji Akademisi Yayını No: 8, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 295-324
- Aydın, R., Barkin, J.L., Kukulcu, K. (2016). Attempts to strengthen maternal functioning in the postpartum period: A literature review. *Journal of Human Sciences*. 13(3), 5751-5759.
- Balaskas, J. (1992) *Active Birth-Revised Edition: The New Approach to Giving Birth Naturally*. Harvard, Common Press.
- Balkaya, A. (2002). Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(2), 42-9.
- Barkin, J.L., Bloch, J., Hawkins, K.C. & Thomas, S. (2014). Barriers to optimal social support in the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 43, 445-454.
- Başaran, M. (2008). *Kadın Hastalıkları ve Doğum*. Ankara: Alkım Basın Yayın.
- Buckley, S.(2004) Undisturbed birth nature's hormonal blueprint for safety, ease and ecstasy. *MIDIRS Midwifery Digest* 14 (2), 203-9.

- Balkan, S. (2005). İnsan Fetuslarında Kulak Kepeği Ve Bazı Yüz Parametrelerinin Ölçümü (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Bıçakçı, CB. (2009). Radyasyonun fetüs üzerine etkileri. *Türk Onkoloji Dergisi* ; 24(4): 185-190
- Bilgin, Z. Ve Kömürçü, N. (2016). Kadın cinselliği ve kanıt temelli yaklaşımlar. *Androloji Bülteni*, 18 (64), 48-55.
- Bishop, EH. (1964). Pelvic scoring for elective induction. *Obstet Gynecol*; 24:266- 8.
- Brody, A., Veland, K., Kase, N. (1989). *Endocrine disorders in pregnancy*. Appleton and Lange, 247-272.
- Buckley SJ. (2015). Executive Summary of hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care. *Journal of Perinatal Education*, 24:145-153.
- Buckley SJ. (2015). *Hormonal Physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies and maternity care*. Washington, D.C: Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women & Families. <http://www.nationalpartnership.org/research-library/maternal-health/hormonalphysiology-of-childbearing.pdf> 15 Eylül 2018.
- Calabro, R.C., Cacciola, A., Bruschetta, D., Milardi, D. Quattrini, F., Sciarrone, F., Rosa, G., Bramanti, P., & Anastasi, G. (2019). Neuroanatomy and function of human sexual behavior: A neglected or unknown issue?. *Brain and behavior*, 9 (12), e01389, <https://doi.org/10.1002/brb3.1389>.
- CETAD (2007a). *Cinsel Yaşam ve Sorunları*. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, Ankara.
- CETAD (2007b). *Gençlik ve Cinsellik, Bilgilendirme Dosyası -7*. Editörler: Selma Karabey ve Nurcan Müftüoğlu, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, Ankara.
- Çetin, S.A. ve Aslan, E. (2015). Kadın Cinsel Sağlığı ve Kadına Yönelik Cinsel Şiddet, Ed. Nezihe Kızılkaya Beji, Hemşire ve Ebelere Yönelik: Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Bölüm 6, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Çetindağ A. (2013). *Gebe Kadınlarda Trimesterlere Göre Serum Anjiyogenik ve Antianjiyogenik Faktör Düzeyleri (tez)*. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sivas; 2013.
- Christma, MS., Gudeman, SR., Nork, JJ. (2014). Azoospermik erkeklerde folikül stimüle edici hormon'un çalışma karakteristikleri. *Fertil Steril*, 101, 1261-1265, Çev. Burak Beşir Bulut ve Sefa Resim, Erkek Üreme Sağlığı.
- Çiltaş, NY. (2015). *Gebelikte Distresin Tanımlanması (tez)*. Erzincan: Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Croft, H.A. (2017). Understanding the Role of Serotonin in Female Hypoactive Sexual Desire Disorder and Treatment Options. *The Journal of Sexual Medicine*, 14, 1575-1584. Erişim 22.01.2020, <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.10.068>.
- Çoban, A. ve Saruhan A. (2005). Anne bebek etkileşiminde hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21:89-96.
- Dabo F, Nyberg F, Zhou Q, Sundström-Poromaa I, Akerud H. (2010). Plasma levels of βendorphin during pregnancy and use of labor analgesia. *Reproductive Sciences*, 17:742-747.
- Davis, S.R. ve Jacobsen, S.W. (2015). Testosterone in women—the clinical significance. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 3 (12), 980-992, [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(15\)00284-3](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(15)00284-3).

- Demirağ B. (2009). Çocuk sağlığı ve hastalıkları. 2. baskı. Ankara: Kandil Matbaası; 1985. s.5- 173. 52. Bıçakçı CB. Radyasyonun fetüs üzerine etkileri. Türk Onkoloji Dergisi; 24(4): 185- 190.
- Dertlioğlu, S., Çiçek, D., Uçak, H., Çelik, H., Halisdemir, N. (2011). Gebelikte Gözlenen Deri Değişiklikleri ve Gebelik Dermatozlarının İncelenmesi, Fırat Tıp Dergisi; 16 (4): 170-174.
- Desdicioğlu, K., Malas, MA. (2006). Fetal büyümeye etki eden maternal faktörler. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi; 13(2): 47-54.
- Duman, N.B. (2019). Cinselliğin Fizyolojisi, Bölüm 4., Ed. Nuriye B. Duman, Cinsel Sağlık. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 25-31.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ; World Health Organization; WHO). (2016). Sexual and Reproductive Health. Erişim: 18.02.2021, http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/.
- Eşel, E. (2006). İnsan Cinselliğinin Biyolojik ve Evrimsel Temelleri.Klinik Psiko Farmakoloji Bülteni, 16, 274-288.
- Evlice, Y.E., Tamam, L., & Karataş, G. (2002). Menopoz ve tedavi sürecinde ortaya çıkan ruhsal sorunlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3, 108-112.
- Fenkçi, İV. (2004). Maternal fizyoloji. In Çiçek MN, eds. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Öncü Basımevi, 161-169.
- Garibova, N. (2015).Türk Populasyonunda Postmenopozal Kadınlarda Kadın Cinsel Disfonksiyon Prevalansının Belirlenmesi Ve Kadın Cinsel Disfonksiyonu İle Depresyon İlişkisinin Araştırılması. Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Garrett, D. and Lawton, S. (2019). The effects of ageing on female genital and sexual health. British Journal of Nursing, 28 (18), 1192-1195. Erişim 08.01.2020, <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.18.1192>.
- Genazzani, AR., Petraglia, F., Fascinetti, F., Golinelli, S., Oltramari, P., Santoro, V., Volpe, A. (1988) . Evidence for a dopamine-regulated peripheral source of circulating beta-endorphin. J Clin Endocrinol Metabol, 66:279-283.
- Gordon, A. and Love, A. (2017). Nausea and vomiting in pregnancy [clinical Guideline]. Integrative Medicine. 4th ed. Elsevier Inc; 1-32.
- Gossman, W., Fagan, S.E., Stanley, J.N.S., & Peterson, D.C. (2019). Anatomy, Abdomen and Pelvis, Uterus, In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan. Erişim 28.01.2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470297/>.
- Gökdemir, F. ve Eryılmaz, G. Prekonsepsiyonel Sağlık Hizmetleri. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health.
- Greenberg, JS., Bruess, CE., Oswalt, SB. (2017). Human Sexuality. (6.bs.). Canada: Jones And Barlett Publishers. S:165-174.
- Guyton, A. and Hall, J. (2017). Tıbbi Fizyoloji. Çağlayan Yeğen B. (Ed.). İstanbul: Güneş Kitabevleri. S: 419-420.
- Gümüşsoy S. ve Kavlak O. (2016). Gebelikte fizyolojik değişiklikler. Sevil Ü, Ertem G (Editörler). Perinatoloji ve Bakım. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 101-126.
- Güleşen, A. ve Yıldız, D. (2013). Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 12, 177-182.
- Gür E. (2007). Anne Sütü İle Beslenme. Türk Pediatri Arşivi, 42(Özel Sayı):11-15.

- Güvel, S. (2013). Kadın ve erkek genital anatomisindeki benzerlikler. *Androloji Bülteni*, 15 (52), 57-61.
- Helvacıoğlu Ç. ve Bütün Z. (2021). *Kadın Hastalıkları ve Doğumda Güncel Konular*, Lyon; Livre De Lyon, 1:2-6.
- Himani, BK. and Kumar, P. (2011). Effect of initiation of breastfeeding within one hour of the delivery on" maternal-infant bonding. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 7:99-109.
- Höbek Akarsu, R., Tuncay, B., Yüzer Alsaç, S. (2017). Anne bebek bağlanmasında kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (4), 275-279.
- İncesu, C. (2004). Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, (Ek 3), 3-13.
- Kaplan, Y. (2006). Menopoz ve Epilepsi. *Epilepsi*, 12 (2-3), 85-92.
- Karakaplan, S. (2007). Doğum şeklinin annelerin doğum sonu konforuna ve yenidoğan üzerine etkileri. (yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi. İstanbul.
- Karam, JH. (1992). *Endocrinology and metabolism clinics of north america*, diabetes mellitus: perspectives on therapy, 21(2): 433-456.
- Kavlak, O. ve Gümoşsoy, S.(2016). *Perinatoloji ve Bakım* (1. Baskı). Ümran Sevil (Ed.), Gül Ertem (Ed). *Gebelikte Fizyolojik Değişiklikler* (s. 101-126). Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara.
- Kavlak, O. ve Şirin, A. (2007). Anne ve babaya ait bağlanma ve hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 23, 183-94.
- Kennell, J. (1998). Bonding recent observations that alter perinatal care. *Pediatrics in Review*, 19:4-12.
- Kent, J. (2007). How Breastfeeding Works. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52 (6): 564-570.
- Kılıç, Ö. ve Konuk, N. (2012). Kadınlarda ve Erkeklerde Cinsel İstekte Azalma, William L. Maurice, *Birinci Basamakta Cinsel Tıp*. çev. Sultan Doğan., Bölüm 9, Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, 132-157.
- Kızılkaya, B. N. (2016). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (Genişletilmiş 2. Baskı)* (s.286- 307). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Koltukçuoğlu, Z. (2013). *Sezaryen-Michael Odent*, 2. Basım. İstanbul, Kuraldışı Yayınları, 2013.
- Korkut, M., Çelik, S., Çağdır, A., Soysal, Z. (2004). Plasenta ve Adli Tıp Sorunları, *Adli Tıp Dergisi*, 18(2): 45-60.
- Kömürcü, N. (2013). *Doğum Ağrısı ve Yönetim*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2-11.
- Köse, D., Çınar, N., Altınkaynak, S. (2013). Yenidoğanın anne ve baba ile bağlanma süreci. *STED*, 22: 239-245.
- Kühl, C. (1991). Insulin secretion and insulin resistance in pregnancy and GDM. Implications for diagnosis and management. *Diabetes*, 40(2): 18-24.
- Kültürsay, N., Bilgen, H., Türkyılmaz, C. (2014). *Türk Neonatoloji Derneği. Sağlıklı Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi*.
http://www.neonatology.org.tr/wpcontent/uploads/2016/12/term_beslenme.pdf. Erişim tarihi: 21.Aralık.2017.
- Levin, R.J., Both, S., Georgiadis, J., Kukkonen, T., Park, K., & Yang, C.C. (2016). *The Physiology of Female Sexual Function and the Pathophysiology of Female Sexual*

- Dysfunction (Committee 13A). *J Sex Med.*13 (5), 733–759. Erişim 12.01.2020, <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.02.172>.
- Lowdermilk, DL. (1997). *Maternity and Women's Health Care*. Sixth Edition. Missouri: Mosby-Years Book.
- Luria, M., Celnikier, D.H., & Mock, M. (2004). Female Sexual Dysfunction: Classification, Epidemiology, Diagnosis and Treatment, *Harefuah*, 143 (11), 804-810. Erişim 17.08.2020, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15603269-female-sexualdysfunction-classification-epidemiology-diagnosis-andtreatment/?from_term=William+Masters+Virginia+Johnson+&from_pos=4&from_sche_ma=all.
- Magowan, A., Owen, P., Thomson, A. (2019) The physiology of pregnancy. In: Magowan BA, Owen P, Thomson A, eds. *clinical Obstetrics and Gynaecology*. 4th ed. Elseiver, 15-22.
- Mete, S. (2013). Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6 (2), 93-98.
- Mongan, M.F. (2005). *Hypnobirthing The Mongan Method*. Communications, Inc. Deerfield Beach, Florida.
- Namlı, Z., Karakuş, G., Tamam, L. & Demirkol, M.E. (2016). Bipolar Bozuklukta Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8 (4), 309-320.
- Odent, M. (2001). *The scientification of love*. revised ed. London.
- Okumuş, H., Mete, S., Yenal, K., Aluş Tokat, M., Serçekuş, PF. (2009). Anne Sütü ve Emzirme. İçinde: *Anne Babalar İçin Doğuma Hazırlık Sağlık Profesyonelleri İçin Rehber*. Okumuş H, Mete S. (Eds.), 1. Baskı İzmir, Deomed Medikal Yayıncılık, 137-15.
- Olivier, J. D.A., Franco, D. C. E., Waldinger, M. D. & Olivier, B. (2019). Chapter Seven - Serotonin and sexual behavior. Ed. (s): Mark D. Tricklebank and Eileen Daly, *The Serotonin System*, Academic Press, 117-132. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813323-1.00007-4>.
- Olsson, A., Lundqvist, M., Faxelid, E., ve Nissen, E. (2005). Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19 (4), 381-387. Erişim 24.01.2020, Oxford (2020), Histamine, Lexico Dictionary, <https://www.lexico.com/definition/histamine>.
- Örs, R. ve Dilmen, U. *Fetal fizyoloji*. Kişnişçi HA, Gökşin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürkan T ve ark. (Editörler) (1996). *Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi*. Ankara: Güneş Kitabevi, 205-213.
- Özcan, H. ve Beji, N.K. (2018). Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları: 2018 güncelleme, *Androloji Bülteni*, 20 (4), 133-137.
- Pernaud, L. (1995). *Bir Çocuk Bekliyorum*. Gülcan, T. Çev.ed. İstanbul: E yayınları.
- Petherick, A. (2017). Sex Matters. *Nature*, 550, 2-3 <https://doi.org/10.1038/550S2a>.
- Rathfisch, G. (2012). *Doğal Doğum Felsefesi*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, Nobel Matbaacılık, 20-50.
- Riordan, J. (2005). *Breastfeeding and Human Lactation*. London: Jones and Bartlett Publishers, 3:67-80.
- Rollins, N.C, Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K, Ross, M.H., & Pawlina, W. (2014). *Histoloji Konu Anlatımı ve Atlas*, Çev. Ed. Barış Baykal, 6. Baskı, Ankara: Palme Yayıncılık.

- Romano, A. M. and Lothian J.A. (2007). Promoting, protecting and supporting normal birth: A look at the evidence. *JOGNN*, 37 (1), 94-105.
- Romero, R., Gonzalez, R., Baumann, P., Behnke, E., Rittenhouse, L., Barberio, D., Cotton, DB., Mitchell, MD. (1994). Term'de spontan doğumda kadınlarda prostanooidlerin amniyotik sıvı konsantrasyonlarındaki topografik farklılıklar, *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*, 50 : 97-104.
- Romero, R., Munoz, H., Gomez, R., Parra, M., Polanco, M., Valverde, V., Hasbun, J., Garrido, J., Ghezzi, F., Mazor, M., Tolosa, JE., Mitchell, MD. (1996). Prostaglandin biyoyararlanımındaki artış, insan doğumunun başlangıcından önce gelir, *Prostaglandins Leukot Essent Yağ Asitleri*, 54 :187–191.
- Sadler, TW. (Çeviri: AC Başaklar). (2011). *Langman medikal embriyoloji*. Ankara: Palme Yayıncılık, 27-31.
- Sakala, C., Romano, AM., Buckley, SJ. (2016). Hormonal Physiology of childbearing, an essential framework for maternal-newborn nursing. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 45:264-275; quiz e)263-264.
- Sarkar, DK. and Yen, SCC. (1984). Prolactin (PRL) inhibits luteinizing hormone releasing hormone (LHRH) secretion into pituitary stalk blood: a possible role of beta-endorphin as a mediator. *Seventh International Congress of Endocrinology*. 1291, *Excerpta Medica*, Amsterdam-Holland.
- Sayiner, F. ve Özerdoğan, N. (2009). Doğal Doğum, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*,2009, Cilt:2, Sayı:3, s: 146.
- Sen, E., Alp-Dağ, N., Dağ, H., Senveli, S. (2015). The reasons for delivery: Related fear and associated factors in western Turkey. *Nursing Practice Today*, 2 (1), 25-33.
- Serçekuş, P. (2011). Doğum korkusuna müdahale: HypnoBirthing. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10 (2), 239-242.
- Sevil, Ü. ve Ertem, G. (2016). *Perinatoloji ve Bakım*. (1.Baskı). Ankara: Göktuğ Ofset Yayıncılık Matbaacılık. Sayfa 409.
- Swarnamani, K., Davies-Tuck, M.; Wallace, E.; Mol., BW; Mockler., J. (2020). Doğum indüksiyonunda bir adjuvan ajan olarak melatoninin çift kör, randomize, plasebo kontrollü bir denemesi (MILO): Bir çalışma protokolü. *BMJ Açık* . 10 , e032480.
- Şahin, N.H. (2015). *Üreme Organ Anatomisi/Fizyolojisi*, Ed. Nezihe Kızılkaya Beji, Hemşire ve Ebelere Yönelik: Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Bölüm 3, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Şirin, A. ve Kavlak, O. (2002). *Kadın sağlığı*. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık, 2002. s. 585.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türk Halk Sağlığı Kurumu, Çocuk Ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, Temel Yenidoğan Bakımı.
http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/cekus/docs/8%20temel_yenidogan_bakimi.pdf
Erişim tarihi: 25.Kasım.2018.
- Tamura, H., Nakamura, Y., Terron, Milletvekili; Flores, LJ; Manchester, LC; Tan, DX; Sugino, N.; Reiter, RJ.(2008). Melatonin ve insanda gebelik. *tekrar. Toksikol.* 25 , 291–303.
- Taşdelen, C. (2017). 1.ve 2. Trimesterde Progesteron Türevi İlaç Kullanımının Gestasyonel Diyabetes Mellitus Oluşumu Ve Gebelik Sonuçlarına Etkisinin Araştırılması (Tez). Kırıkkale: Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Taşkın, L. (2009). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 9. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 487-512.

- Taşkın, L. (2012). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 6: 487-512.
- Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (13. bs.). Ankara: Reaksiyon Matbaacılık. S: 218-225.
- Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş 13. Baskı. Ankara, Özyurt Matbaacılık, 325-363.
- Taşkın, L. (2018). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. (13. Baskı). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
- Taşkın, L. (2020). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Güncellenmiş XVI. Baskı, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Taşkın, L. (2014). Gebeliğin oluşumu ve fetüsün fizyolojisi. Taşkın L (Editör). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Genişletilmiş 12. baskı. Ankara: Akademi Tıp Kitabevi, 69
- Taylor, E. and Gomel, V. (2008). The uterus and fertility. *Fertility and Sterility*, 89 (1), 1- 16. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.09.069>.
- Temel Yenidoğan Bakımı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, 2015, Ankara.
- Tikk, K., Sookthai, D., Johnson, T., Rinaldi, S., Romieu, I., Tjonneland, A., Olsen, A., Overvad, K., Clavel-Chapelon, F., Baglietto, L. (2014). Dolaşımdaki prolaktin ve meme kanseri riski pre- ve EPIC kohortunda menopoz sonrası kadınlar. *Anne. Onkol.* 25 :1422–1428.
- Turnbull, AC., Lucas, A., Mitchell, MD. (1981). Perinatal Dönemde Prostaglandinler, *Rev Perinatal Med*, 4: 273-297.
- Tworoger, SS., Hankinson, SE. (2008). Prolaktin ve meme kanseri etiyolojisi: epidemiyolojik bir bakış açısı. *J. Meme Bezi Biol. Neoplazi.* 13 :41–53.
- UNICEF. Breastfeeding. 2015. www.unicef.org/nutrition/index_24824.html (accessed july 2019).
- Uludağ, S. (2009). Gebelik Nedir, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, 27-34.
- Uphouse, L. (2014). Pharmacology of serotonin and female sexual behavior. *Pharmacol Biochem Behav.* 121, 31–42. Erişim 22.01.2020, doi:10.1016/j.pbb.2013.11.008.
- Utkan, N.Z. (2018). Meme Kanseri, Editör: Mehmet Faik Özçelik, Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları, Bölüm 29, Ankara: Türk Cerrahi Derneği, 298-313
- Uzun, M. ve Sulu, N. (2002). Oksitosin ve Fizyolojik Etkileri, *Kafkas Univ. Vet. Fak. Derg.* 8(1): 91-97.
- Widmaier, EP., Raff, H., Strang, KT. (2010). *Vander's Human Physiology: The Mechanisms of Body Function.* İçinde: *Vander İnsan Fizyolojisi.* Demirgören S. (Çeviri Ed.). 10. Baskı, İzmir, İzmir Güven Kitabevi, 690-692.
- Yelboğa, Z. ve Korğalı, E.Ü. (2015). Psikofarmakoloji ve Cinsel İşlev. *Androloji Bülteni*, 17 (62), 189-193.
- Yeni, E. (2016). Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları. Ed. Sefa Resim ve Ateş Kadioğlu, *Erkek ve Kadın Cinsel Sağlığı.* Bölüm 19, Tüd/Türk Üroloji Akademisi Yayını No: 8, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 359- 384.
- Yörük, F. (2013). Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel Problemlerinin Çözümünde Plıssıt Modelin Etkinliği. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Doğum-Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları, Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi,
Aydın

EK-1

ETİK KURUL KARARI



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/17-154

15.03.2021

Sayın Prof.Dr.Sena ÇENESİZ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Ebelerin Gebelik Öncesi, Gebelik, Doğum Ve Doğum Sonu Dönemlerine Etki Eden Hormonlar Hakkındaki Bilgi Ve Farkındalık Düzeyinin Belirlenmesi (Kastamonu Bölgesi)** başlıklı OMÜ KAEK 2021/008 Karar nolu nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 14.01.2021 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra **başlanmasına** oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Kamis ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EK-2

KURUM İZİNİ



T.C.
KASTAMONU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-38413390-929
Konu : Bilimsel Araştırma İzni Hk.

KOMİSYON KARARI

Başvuru süresince Komisyonumuza Müdürlüğümüze bağlı hastanelerde Tez/Anket çalışması yapmak için; "**Ebelerin Gebelik Öncesi, Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Dönemlerine Etki Eden Hormonlar Hakkındaki Bilgi ve Farkındalık Düzeyinin Belirlenmesi (KASTAMONU İLİ).**" konusu ile müracaat eden Ondokuz Mayıs Üniversitesi Biyokimya Anabilim Dalı Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans öğrencisi olan Fatma CANAYAK'ın müracaatı incelenmiştir.

İnceleme sonucunda online yapılacak olan Tez/Anket çalışması için Müdürlüğümüz tarafından ön izin verilen; "**Ebelerin Gebelik Öncesi, Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Dönemlerine Etki Eden Hormonlar Hakkındaki Bilgi ve Farkındalık Düzeyinin Belirlenmesi (KASTAMONU İLİ).**" konusu için tez/anket ve Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğünün 28/02/2014 tarih ve 5181.1272 sayılı Makam Onaylı **Bilgi Güvenliği Politikaları yönergesine uygun olarak hemşirelerin ve hastaların kişisel mahremiyeti ve yasal haklarına riayet edilerek hastanelerimizdeki/birinci basamak sağlık tesislerindeki hizmetleri aksatılmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre ve başvurudaki formun bilgilerinin göz önünde bulundurularak yapılması ve sonucunun Müdürlüğümüze sunularak değerlendirilmesi** suretiyle UYGUN görülmüştür.

Komisyon Başkanı

Dr.Yüksel KUTLU
İl Sağlık Müdür v.

Üye

Uzm. Dr. Özgür YILMAZ
Başkan

Üye

Sabri TUNCAY
Uzman

Üye

Levent AKKİRPİ
Uzman

Candaroğulları Mah. Mahir Demir Sok. Merkez Kastamonu

Telefon: Faks No: 03662122338

e-Posta: ayten.topluoglu@saglik.gov.tr İnternet Adresi: kastamonuism.saglik.gov.tr

Belge Doğrulama Kodu: 079360e2-5363-43b6-9707-d674696f1434

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Ayten TOPLUOĞLU

Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No: (0 366) 214 10 66

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

ÖZGEÇMİŞ

Fatma Canayak, 2013 yılında Nazilli Mehmet Akif Ersoy Anadolu Lisesi'nden mezun oldu. 2017 yılında Selçuk Üniversitesi ebelik bölümünden mezun oldu. 20/10/2017 yılından beri İnebolu devlet hastanesinde görev yapmaktadır. 2019 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Veterinerlik Biyokimyası Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisansa başladı. 2019 yılında beri Anadolu Üniversitesi sosyoloji bölümü okumaktadır. Az almanca, orta derecede İngilizce bilmektedir.

İletişim Bilgileri

ORCID ID: 0000-0001-6019-8408

Yayımlar

1. 5. Uluslararası 6. Ulusal Ebelik Kongresi 2021- Doğumun Hormon ile İlişkisi
2. 1. Uluslararası Gülhane Emzirme Kongresi 2021- Anne Sütü ve Biyokimyası
3. 1. Uluslararası Anadolu Ebeler Derneği Kongresi 2020- Anne Sütü ve Çiftlik Hayvanları Sütünün Biyokimyasal Açıdan Karşılaştırılması

