

**T.C.**  
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği**  
**Anabilim Dalı**

**PRETERM ERKEN MEMBRAN RÜPTÜRÜ OLAN  
GEBELERDE MELEİS'İN GEÇİŞ TEORİSİNE GÖRE  
YAPILANDIRILMIŞ FARKINDALIK PROGRAMININ  
ANNELİĞE GEÇİŞ SÜRECİNE ETKİSİ**

**Öznur KÖRÜKCÜ**

**Doktora Tezi**

**Antalya, 2015**

**T.C.**  
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği**  
**Anabilim Dalı**

**PRETERM ERKEN MEMBRAN RÜPTÜRÜ OLAN  
GEBELERDE MELEİS'İN GEÇİŞ TEORİSİNE GÖRE  
YAPILANDIRILMIŞ FARKINDALIK PROGRAMININ  
ANNELİĞE GEÇİŞ SÜRECİNE ETKİSİ**

**Öznur KÖRÜKCÜ**

**Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı**  
**Prof. Dr. Kamile KABUKCUOĞLU**

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi  
Tarafından Desteklenmiştir. (Proje No: 2013.03.0122.001 )

“Kaynakça Gösterilerek Tezimden Yararlanılabilir”

**Antalya, 2015**

## Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kurulu ve Senato Kararı

Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 22/06/2000 tarih ve 02/09 sayılı enstitü kurulu kararı ve 23/05/2003 tarih ve 04/44 sayılı senato kararı gereğince ‘Sağlık Bilimleri Enstitülerinde lisansüstü eğitim gören doktora öğrencilerinin tez savunma sınavına girebilmeleri için, doktora bilim alanında en az bir yurtdışı yayın yapması gerektiği’ ilkesi gereğince yapılan yayınların listesi aşağıdaki gibidir.

1. **Korukcu O**, Bulut O, Kukulu K. Psychometric evaluation of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire Version B. Health Care for Women International. doi: 10.1080/07399332.2014.943838.
2. **Korukcu O**, Bulut O, Tuzcu A, Bayram Z, Ozturk-Turkmen H. (2014). An adaptation of Leymann Inventory of Psychological Terror to health sciences programs in Turkey. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 15(4): 335-343. doi: 10.5455/apd.44833.
3. Balci-Yangın H, **Korukcu O**. (2014). Sexuality in breast cancer–mastectomy–hysterectomy triangle: A case and care study. *European Journal of Oncology Nursing*, 18 (sup1), 37.
4. Kukulu K, **Korukcu O**, Ozdemir Y, Bezci A, Calik C. (2013). Self confidence, gender and academic achievement of undergraduate nursing students, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 330-335.
5. **Korukcu O**, Kukulu K, Firat MZ. (2012). The Reliability and validity of the Turkish version of The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) with pregnant women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 193-202.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Antalya Sağlık Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

30/03/2015

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Kamile KABUKCUOĞLU  
Akdeniz Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi

Üye : Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM  
Akdeniz Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi

Üye : Prof. Dr. Füsün TERZİOĞLU  
Hacettepe Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi

Üye : Prof. Dr. Ayşe ANAFARTA  
Akdeniz Üniversitesi  
İşletme Fakültesi

Üye : Doç.Dr. Hatice BALCI YANGIN  
Akdeniz Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi

ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../20 tarih ve ...../..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İsmail ÜSTÜNEL  
Enstitü Müdürü

## ÖZET

Bu araştırmanın amacı preterm erken membran rüptürü olan gebelerde Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılan farkındalık programının anneliğe geçiş sürecine etkisini belirlemektir. Araştırma vaka-kontrol müdahale çalışmasıdır.

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum kliniğine Preterm erken membran rüptürü tanısı (PEMR) ile başvuran gebeler araştırmanın örneklem grubuna alınmıştır. Çalışma 30 deney ve 30 kontrol olmak üzere 60 gebe öntest-sontest izleme modeli kullanılarak, Aralık 2012-Haziran 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Deney grubunda Meleis'in Geçiş Teorisine temellenen Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programı'nın etkisi değerlendirilmiş, kontrol grubuna rutin klinik bakım verilmiştir. Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programı kapsamında, deney grubundaki gebelere preterm erken membran rüptürü, emzirme ve bebek bakımı konusunda eğitimler verilmiş, bebek maketi ile rol prova ettirilmiş, sessizliği dinleme egzersizi, beden tarama meditasyonu ve uzanma meditasyonu uygulanmış, relaksasyon müziklerinin ve farkındalık egzersizlerinin önceden kaydedildiği bir MP3 çalar verilmiş ve egzersizleri kendi kendilerine uygulamaları istenmiş, şimdiki ana odaklanarak içlerinde buldukları anneliğe geçiş deneyiminin eşsizliğini fark etmelerine teşvik edilmiştir. Araştırma verileri Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeğinin "gebeliğin kabulü", "annelik rolünün kabulü", "anneliğe hazır oluş" ve "eşi ile ilişkisinin durumu" alt boyutları, Maternal Bağlanma Ölçeği ve Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği aracılığıyla toplanmış ve hastaların hastane kayıtlarından doğum haftası kaydedilmiştir.

Sonuç olarak, farkındalık temelli bütünleştirici bakım uygulanan deney grubunda gebeliğin kabulü, annelik rolünün kabulü, doğuma hazır oluşluk düzeyi, eş ile ilişkiler artmıştır. Girişim öncesinde anneliğin kabulü ve doğuma hazır oluşluk düzeylerinde girişim sonrasında göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Meleis'in Geçiş Teorisi çerçevesinde şekillendirilen Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programına katılan annelerin bebeğe bağlanma düzeylerinin postpartum birinci ayda daha fazla olduğu, dördüncü ayda ise deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Çalışma sonucunda birinci ay izlemlerde deney grubunun annelik rolü konusundaki farkındalık ve annelik rolünde yeterlilik düzeyi artarken, dördüncü ayda deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamaktadır. Farkındalık temelli hemşirelik girişimleri uygulanan deney grubunun doğum haftası  $36.6 \pm 0.6$  iken, kontrol grubunun  $36.2 \pm 0.7$  olarak belirlenmiştir. Girişim grubunun gebeliği kontrol grubuna göre 4 gün daha devam etmiştir, ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

**Anahtar Kelimeler:** Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş, Preterm erken membran rüptürü, Meleis'in Geçiş Teorisi, Hemşirelik

## ABSTRACT

The aim of the present study is to determine the effect of mindfulness program on transition to motherhood process in pregnant women with Preterm Premature Rupture of Membranes. The research is an intervention-control study.

The sample of the study was included the pregnant women who applied to Antalya Education and Research Hospital antenatal clinic for Preterm Premature Rupture of Membranes. The study was carried out on 60 pregnant women including 30 experimental, 30 control groups by using the pretest-posttest model between December 2012-June 2014. The effect of Mindfulness Based Transition to Motherhood Program that based on Meleis's Transition Theory was evaluated on experimental group, routine clinical care was given to control group. Within the Mindfulness Based Transition to Motherhood Program, education about preterm premature rupture of membranes, breastfeeding and baby care were given, the motherhood role rehearsal was done with a baby model, listening to silence, body scan meditation and lying meditation were enforced, the pregnant women were encouraged to listen to MP3 player which contained the mindfulness practices and relaxation music. Data of research were collected through "acceptance of pregnancy", "identification of the motherhood role", "readiness to motherhood role", and "relationship with the husband" subscales of Prenatal Self Evaluation Scale, Maternal Attachment Scale and Postpartum Self Evaluation Scale and women's labour weeks were saved from patient's hospital records.

As a result, acceptance of pregnancy, identification of the motherhood role, readiness to motherhood role, relationship with the husband level was increased at the experimental group who were given a nursing care based on mindfulness practices. There was a statistically significance in acceptance of pregnancy and readiness to motherhood role subscales. The maternal attachment level of mothers who were in postpartum first month was higher than control group and there was no a statistically significance between control and experimental group in postpartum fourth month. At the end of the study the awareness about motherhood and the mastery of the motherhood role in the first month after birth was increased, but there was no a statistically difference between control and experimental groups in postpartum fourth month. While birth week of the applied experimental group who were given mindfulness-based nursing interventions was  $36.6 \pm 0.6$ , in the control group it was identified as  $36.2 \pm 0.7$ . The pregnancy was continued for 4 days in the intervention group than the control group, but there is not statistically significant difference between them.

**Keywords:** Mindfulness Based Transition to Motherhood, Preterm Premature Rupture of Membranes, Meleis' Transition Theory, Nursing

## TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez çalışmam süresince desteğini her zaman yanımda hissettiğim, bireysel ve mesleki gelişimim için bilgi ve emeğini benden hiçbir zaman esirgemeyen danışmanım, değerli hocam Prof.Dr. Sayın Kamile KABUKCUOĞLU'na, tezimin başlangıç aşamasından beri değerli katkı ve görüşleriyle bu süreci etkin bir şekilde tamamlamamı sağlayan Tez İzleme Komitesi'nin değerli üyeleri Prof.Dr. Sayın Sebahat GÖZÜM'e, Prof.Dr. Sayın Özen KULAKAÇ'a ve Doç. Dr. Sayın Hatice BALCI YANGIN'a, geliştirdiği teoriyi test etmeme izin veren ve çalışmama verdiği görüşleri nedeniyle Prof.Dr. Sayın Afaf I. Meleis'e, ziyaretçi öğrenci olarak beni University of Minnesota, Center for Spirituality and Healing'e kabul eden ve farkındalık uygulamaları ile tanıştıran Prof. Dr. Sayın Mary Jo Kreitzer'e, beden tarama ve uzanma meditasyonu yönergelerini oluşturmama yardım eden Center for Spirituality and Healing'in Mindfulness Based Stress Reduction Program eğitmenleri Sayın Jane Haley ve Alex Haley'e, Meleis'in Geçiş Teorisinin kavramlarını Türkçeye uyarlamama ve Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programı'nın şekillenmesine katkı veren değerli hocalarıma ve meslektaşlarıma, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum servisi çalışanlarına, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden tüm bireylere, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi öğretim elemanları ve çalışanlarına, aldığım kararlarda her zaman arkamda olan, lisansüstü eğitimim süresince sevgi ve yardımlarını yüreğimde hissettiğim aileme teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER DİZİNİ

<b>ÖZET</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vi</b>
<b>TEŞEKKÜR</b>	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER DİZİNİ</b>	<b>viii</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b>	<b>xii</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b>	<b>xiii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	<b>xiv</b>
<b>GİRİŞ VE AMAÇ</b>	<b>1</b>
1.1.    Temel Problemin Tanımı Ve Önemi	<b>1</b>
1.2.    Araştırmanın Amacı	<b>3</b>
<b>GENEL BİLGİLER</b>	<b>4</b>
2.1.    Afaf İbrahim Meleis ve Geçiş Teorisi	<b>4</b>
2.1.1.    Afaf İbrahim Meleis'in Hayatı	<b>4</b>
2.1.2.    Geçiş Kavramı	<b>4</b>
2.1.3.    Geçişin Hemşirelik İçin Önemi	<b>5</b>
2.1.4.    Geçiş Teorisinin Gelişme Süreci	<b>5</b>
2.1.5.    Geçiş Teorisinin Odak Noktaları	<b>6</b>
2.1.6.    Geçiş Teorisinin Varsayımları	<b>6</b>
2.1.7.    Geçiş Teorisinin Felsefi Temelleri	<b>6</b>
2.8.8.    Meleis'in Geçiş Teorisinin Kavramları	<b>7</b>
2.2.    Erken Membran Rüptürü	<b>21</b>
2.2.1.    Erken Membran Rüptürünün Tanımı	<b>21</b>



2.2.2.	Erken Membran Ruptürünün İnsidansı	21
2.2.3.	Erken Membran Ruptürünün Fiziopatolojisi	22
2.2.4.	Erken Membran Ruptürünün Nedenleri	22
2.2.5.	Erken Membran Ruptürünün Tanılanması	24
2.2.6.	Erken Membran Ruptürünün Maternal Etkileri	25
2.2.7.	Erken Membran Ruptürünün Fetal Etkileri	25
2.2.8.	Erken Membran Ruptürünün Tedavisi	26
2.2.9.	Erken Membran Ruptürü Olan Gebenin Hemşirelik Bakım Yönetimi	28
2.4.	Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı	36
2.4.1.	Farkındalık Uygulamalarının Başlangıcının Yedi Önemli Tutumsal Unsuru	39
2.4.2.	Nefesin Gücü	42
2.4.3.	Farkındalık Temelli Meditasyon	42
2.4.4.	Beden Tarama Meditasyonu	43
2.4.5.	Farkındalık Temelli Uygulamaların Hemşirelik Araştırmalarında Kullanımı	43
2.4.6.	Farkındalık Temelli Uygulamaların Anneliğe Geçişte Önemi	46
<b>GEREÇ VE YÖNTEM</b>		<b>47</b>
3.1.	Araştırmanın Türü	47
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	47
3.3.	Araştırmanın Hipotezleri	47
3.4.	Araştırmanın Değişkenleri	47
3.5.	Araştırmanın Örneklemi ve Örneklem Özellikleri	47

3.6.	Güç ve Etki büyüklüğü	50
3.7.	Araştırma Kapsamında Yapılan Uygulamalar	50
3.7.1.	Ön Uygulama	50
3.7.2.	Kontrol Grubuna Yapılan Girişimler	50
3.7.3.	Pilot Çalışma	51
3.7.4.	Deney Grubuna Yapılan Girişimler	51
3.8.	Veri Toplama Araçları	54
3.8.1.	Kişisel Bilgi Formu	54
3.8.2.	Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği	55
3.8.3.	Maternal Bağlanma Ölçeği	55
3.8.4.	Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği	55
3.9.	Araştırmanın Etik Yönü	56
3.10.	Verilerin Değerlendirilmesi	56
<b>BULGULAR</b>		<b>60</b>
4.1.	Gebelerin Anneliğe Hazır Oluşluk Durumuna İlişkin Bulgular	60
4.2.	Annelerin Doğum Sonu Dönemde Bebeğe Maternal Bağlanma Düzeyine İlişkin Bulgular	62
4.3.	Annelerin Doğum Sonu Dönemde Annelik Rolüne Uyum Düzeyine İlişkin Bulgular	63
4.4.	Doğum Haftasına Yönelik Bulgular	68
<b>TARTIŞMA</b>		<b>64</b>
5.1.	Gebelerin Anneliğe Hazır Oluşluk Durumu	65
5.2.	Annelerin Doğum Sonu Dönemde Bebeğe Maternal Bağlanma Düzeyleri	67

5.3.	Annelerin Doğum Sonu Dönemde Annelik Rolüne Uyum Düzeyi	68
5.4.	Doğum Haftası	69
5.5.	Çalışmanın Hemşirelik Bilimine Katkısı	70
<b>SONUÇLAR</b>		<b>71</b>
<b>ÖNERİLER</b>		<b>72</b>
<b>SINIRLILIKLAR</b>		<b>73</b>
<b>ARAŞTIRMACININ KARŞILAŞTIĞI GÜÇLÜKLER</b>		<b>74</b>
<b>KAYNAKLAR</b>		<b>75</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>		<b>84</b>
<b>EKLER</b>		<b>85</b>
Ek-1	T.C Antalya Valiliği Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Kurulu	
Ek-2	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı	
Ek-3	Antalya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni	
Ek-4	Meleis'in Geçiş Modeli'nin kavramlarının Türkçeleştirilmesi konusunda uzman görüşleri	
Ek-5	Prof. Dr. Afaf I. Meleis'in Çalışmaya Yönelik Önerileri	
Ek-6	Aydınlatılmış Onam Formu	
Ek-7	Kişisel Bilgi Formu	
Ek-8	Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği	
Ek-9	Maternal Bağlanma Ölçeği	
Ek-10	Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği	
Ek-11	Beden Tarama Meditasyonu Yönergesi	
Ek-12	Uzanma Meditasyonu Yönergesi	

- Ek-13** Preterm Erken Membran Ruptürü Eğitim Planı
- Ek-14** Emzirme Eğitimi Planı
- Ek-15** Bebeğin Günlük Bakımı Eğitim Planı
- Ek-16** Anne Sütü ve Emzirme Broşürü
- Ek-17** Preterm Erken Membran Ruptürü ve Dikkat Edilmesi Gerekenler Broşürü
- Ek-18** Gebenin Günlük Bakımı Broşürü
- Ek-19** Anne Sütü Sağma ve Saklama Broşürü
- Ek-20** Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programı Kitapçığı
- Ek-21** Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı Katılım Belgesi
- Ek-22** The Sceience of Positivity Semineri Katılım Belgesi
- Ek-23** “İletişim İçin Bağlantı: Empati, Utanma ve İncinirlik Sağlık ve İyiliği Nasıl Etkiler?” Semineri Katılım Belgesi
- Ek-24** Buddha'nın Beyni Semineri Katılım Belgesi

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>EMR</b>	:	Erken membran rüptürü
<b>PERM</b>	:	Preterm erken membran rüptürü
<b>AFI</b>	:	Amniyotik Sıvı İndeksi
<b>NST</b>	:	Nonstres Test
<b>FTSAP</b>	:	Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı
<b>FATAP</b>	:	Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programı
<b>PKDÖ</b>	:	Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği
<b>MBÖ</b>	:	Maternal Bağlanma Ölçeği
<b>POKDÖ</b>	:	Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil		Sayfa
2.1.	Meleis'in Geçiş Teorisinin kavramları	8
2.2.	Koryoamniyonitis gelişiminde bakteriyel enfeksiyon artışı	32
3.1.	G Power 3.1.3 programı ile yapılan güç analizi	48
3.2.	Araştırmanın akış şeması	58
3.3.	Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Çerçevesi	59
4.1.	Deney ve kontrol grubundaki annelerin doğum sonu 1. ay ve 4. aydaki maternal bağlanma düzeyleri	62
4.2.	Deney ve kontrol grubundaki annelerin doğum sonu 1. ay ve 4. aydaki annelik rolünde yeterlilik düzeyleri	63

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo</b>		<b>Sayfa</b>
2.1.	PEMR’li bir gebenin anneliğe geçişindeki bireysel, topluluksal ve toplumsal zorlaştırıcılar	17
2.7.	PEMR’li bir gebenin anneliğe geçişindeki bireysel, topluluksal ve toplumsal kolaylaştırıcılar	17
2.3.	National Guideline Clearinghouse’ a göre PEMR’in kronolojik olarak yönetimi	27
2.4.	Preterm erken membran rüptüründe hemşirelik değerlendirilmesi ve girişimlerine ihtiyaç duyulan sekiz bakım alanı	29
2.5.	Preterm eylemin erken belirtileri	31
2.6.	Koriyoamniyonitisin klinik ve laboratuvar tanı ölçütleri	33
2.7.	Koriyoamniyonitisin ayırıcı tanısı	34
3.1.	Araştırmaya dahil edilme kriterleri	48
3.2.	Gebelerin tanıtıcı özellikleri	49
3.3.	Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği, Maternal Bağlanma Ölçeği ve Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği’nin öntest puan ortalamaları temel alınarak hesaplanan power analizi ve etki büyüklüğü sonuçları	50
3.4.	Araştırmada kullanılan ölçekler	56
4.1.	Gebelerin anneliğe hazır oluşluk durumu	60
4.2.	Deney ve kontrol grubundaki annelerin maternal bağlanma düzeyleri	62
4.3.	Deney ve kontrol grubundaki annelerin annelik rolünde uyum düzeyleri	63

## GİRİŞ VE AMAÇ

### 1. 1. Temel Problemin Tanımı ve Önemi

“Anneliğe geçiş” kadın hayatının en büyük gelişimsel yaşam olaylarından biridir. Anne olma kavramı, bilinen bir durumdan, bilinmeyen başka bir duruma yeni bir rol geçişini ifade etmektedir. Anneliğe geçiş yeni anlamlar elde etmek için hedef, davranış ve sorumlulukları yeniden anlamlandırmayı gerektirir [1-3].

Annelik kimliğinin gelişimi, bir kadının annelik davranışlarını öğrenme sürecidir. Gebeliğin belirlenmesi ile başlamakta, gebelikte gelişmekte ve doğum sonrası dönemde devam etmektedir. Bu süreçte, annelik kimliğinin şekillenmesi, annelik rolünün kazanıldığını gösterir [4]. Annelik kimliğinin şekillenmesi beklentiler safhası, formal safha, informal safha, kişisel safha olmak üzere dört evrede gerçekleşir. Bu evrelerin her biri anne ve baba arasındaki ilişki, aile fonksiyonu, yakın çevre, stres ve sosyal destek tarafından etkilenir [4,5].

Gebelik ile başlayan ilerleyici annelik süreci taklit etme, rol-play yapma, hayal kurma, kendisini farklı biri gibi hissetme-yansıtma-kabullenme ve kendi kimliğini geliştirme olarak tanımlanmaktadır [5]. Gebe kendini anne olarak hayal edip, gördüğü ve öğrendiği davranışları taklit ederek yani rol-play yaparak, annelik kimliği arayışına girmektedir [6]. Başkasından gözlemediği davranışları uygulayarak, kendini farklı biri gibi hissetmekte, bunu dışarıyı yansıtmakta ve kendi kişiliğine uygun olmayan davranışları reddetmektedir [7,8]. Kadının kendi belirlediği ideal görüntü, annelik için arzu ettiği nitelikleri, özellikleri, tutum ve başarıları yansıtmaktadır [9,10]. Bireyin fonksiyonel kontrolünün kaybı, öz-etkinliğin yetersiz olmasına ve rolü başaramamaya neden olmaktadır [11]. Annelik sürecinde sağlıklı bir geçiş için gebelik ve annelik konusunda güvenli olmayan kaynaklardan alınan destek zorlaştırıcı olabilir. Yetersiz destek, istenmeyen ya da olumsuz öneriler, güvenilir olmayan ya da çelişkili bilgi, basmakalıp olmaya zorlanma, çevredekilerden gelen olumsuz tutumlar, bireyselliğin göz ardı edilmesi ve genelleştirilmiş bakımı alma tehdidi, anneliğe geçiş sürecindeki diğer zorlaştırıcılar olarak sayılabilir [3].

Anneliğe geçiş sürecinde en çok desteklenmesi gereken bireylerin başında yüksek riskli gebeler gelmektedir. Tüm preterm doğumların %20-30'u erken membran rüptürü ile ilişkilendirilmiştir [12]. Erken membran rüptürü, korioamniotik membranların doğum eyleminin başlangıcından önce yırtılması şeklinde tanımlanır. Membranların 37. gebelik haftasından önce rüptüre olması preterm erken membran rüptürü (PEMR) olarak ifade edilmektedir [13]. Preterm erken membran rüptürü tüm gebeliklerin yaklaşık olarak %3-5'inde görülür [12]. Terme doğru membranlarda giderek azalan kollajen içeriği de rüptürü kolaylaştırır [14]. Pek çok çalışmada gebelik haftasının, yeni doğanın morbidite ve mortalitesini önemli derecede



etkilediği gösterilmiştir [14-17]. Doğum haftasının erken olmasına bağlı yenidoğanın akciğer maturasyonunda yetersizlik ve hipotermi riskinin yanı sıra, EMR'den sonra görülen koryoamniyotise bağlı yenidoğan sepsisi de yenidoğanın yaşamını tehdit eden önemli sorunlar arasında yer almaktadır [18]. PEMR olgularının %50-60'ının konservatif tedaviye rağmen bir hafta içinde doğumla sonlandığı ve bu olguların %13-60'ında koryoamnionitis geliştiği bildirilmektedir [19].

Bir taraftan anne olma heyecanını yaşarken, diğer taraftan preterm eylem ve enfeksiyon gibi önemli komplikasyonlarla baş etmeye çalışan erken membran rüptürü (EMR) olan bir gebenin anne olma konusunda farkındalığının artırılması gerekmektedir. Günümüzde hastanelerde PEMR'li bir gebenin bakım yönetimi sadece fizyolojik öğeleri içermektedir. Gebelik döneminde hastaneye yatışı yapılan ve gebeliğinin önemli bir bölümünü hastanede, yatak istirahati ile geçiren bir gebenin sosyal, psikolojik ve spiritüel bakımı göz ardı edilebilmektedir [20]. Gebelik döneminde psikososyal sağlığında bozulma olan, psikolojik ve spiritüel gereksinimleri karşılanmamış, içinde bulunduğu anne olma sürecinin farkında olmayan bir gebenin, doğum sonrası dönemde yeni edindiği annelik rolünün de etkisi ile role uyum sağlayamama, annelik rolünün gereklerini yerine getirememe, posttravmatik stres sendromu, postpartum blues ya da postpartum depresyon yaşaması olasıdır [21].

PEMR nedeniyle kadın doğum kliniğine yatışı yapılan gebeler aynı anda çoklu geçiş yaşamaktadır: Bunlar; (1) annelik rolüne geçiş (2) PERM nedeniyle hastane ortamına geçiş (3) PERM tanısı alması ile sağlık/hastalık geçişidir [20]. Kadın doğum kliniğine yatışı yapılan bir gebe, bebeğin hayatına ilişkin korku ve anneliğe geçişe bağlı ambivalan duyguları aynı anda yaşamakta, kendini hastanede yalnız hissedebilmektedir. Bütünleştirilmiş bir yaklaşım ile anneliğe geçiş sürecinde gelişimsel-davranışsal müdahalelere beden-zihin uygulamalarının entegre edilmesi gebede anne olma konusunda farkındalık gelişimine katkı sağlayabilir, sağlıklı gebelik ve doğum sonuçları için yardımcı olabilir. Bu yaklaşım aynı zamanda anneliğe sağlıklı geçiş ve psikososyal olarak sağlıklı çocuk yetiştirmek için de teşvik edici olabilir [21]. Meleis'in Geçiş Teorisine temellendirilmiş farkındalık temelli bütünleştirilmiş bakım uygulamalarının gebelerin anneliğe hazır oluş, maternal bağlanma, annelik rolünde yeterlilik ve doğum haftası üzerine olumlu etkileri olacağı düşünülmektedir.

## 1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı preterm erken membran rüptürü olan gebelerde Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılan farkındalık programının anneliğe geçiş sürecine etkisini belirlemektir.

1. **H<sub>1</sub>**: Meleis'in Geçiş Teorisine temellendirilen farkındalık programına katılan deney grubundaki preterm erken membran rüptürü olan gebeler, kontrol grubuna göre postpartum dönemde annelik rolüne daha fazla uyum gösterirler.

2. **H<sub>1</sub>**: Meleis'in Geçiş Teorisine temellendirilen farkındalık programına katılan deney grubundaki preterm erken membran rüptürü olan gebelerin postpartum dönemde bebeğe maternal bağlanma düzeyleri kontrol grubuna göre daha fazladır.

3. **H<sub>1</sub>**: Meleis'in Geçiş Teorisine temellendirilen farkındalık programına katılan deney grubundaki preterm erken membran rüptürü olan gebelerin anneliğe hazır oluş düzeyleri kontrol grubuna göre daha fazladır.

## GENEL BİLGİLER

### 2.1. Afaf İbrahim Meleis ve Geçiş Teorisi

#### 2.1.1. Afaf İbrahim Meleis'in Hayatı

Afaf İbrahim Meleis Mısır kökenli Amerikalı hemşirelik bilim insanı ve eğitimcisidir [3]. Annesi ebe-hemşire ve Orta Asya'nın Nightingale'i olarak adlandırılmaktadır. Mısır'ın ilk lisans mezunu hemşiresi olmasının yanı sıra, Mısır'da hemşirelik eğitiminin öncüsü ve hemşirelikte liderdir. Lisans eğitimini Amerika'da tamamlamıştır. Annesinin mesleki başarıları, hemşirelik mesleğine verdiği değer ve azmi Meleis'e örnek teşkil etmiştir. Meleis feminizm ve kültürlerarası çalışmalarının temelinde annesinden aldığı eğitimin yansımaları olduğunu belirtmektedir [22].

Meleis, Pensilvanya Üniversitesi Hemşirelik Okulu'nda Hemşireliğin Margaret Bond Simon Dekanı, Hemşirelik ve Sosyoloji Profesörü, Hemşirelik ve Ebelik Liderlik Okulu DSÖ İşbirliği Merkezi yöneticisidir. Pensilvanya Üniversitesine gelmeden önce 34 yıl süresince Kaliforniya Üniversitesi'nde görev yapmıştır [23]. İngiltere Royal Collage of Nursing, The American Academy of Nursing, The College of Physicians of Philadelphia, Institute of Medicine and its Committee on Transforming the Case for American Commitment to Global Health, The Robert Wood Johnson Foundation Nurse Faculty Scholar National Advisory Committee, The George W. Bush Presidential Center Women's Initiative Policy Advisory Council' in üyesidir [3].

Lisans eğitimini 1961 yılında Mısır'da, Alexandria Üniversitesinde tamamlamıştır. 1964 Yılında California Üniversitesi, Los Angeles' da hemşirelikte, 1966'da ise sosyolojide yüksek lisans yapmıştır. 1968 Yılında tıp ve sosyal psikoloji alanında doktora eğitimini tamamlamıştır [3,23].

Meleis hemşirelik bilgisinin yapısı ve yönetimi, yaşamsal geçişler, sağlık ve uluslar arası hemşirelik konularında eğitimler vermektedir [3]. Tayland, Mısır, Brezilya, Ürdün, İsrail, Kolombiya, Kore ve Japonya'dan pek çok öğrenci, klinisyen ve araştırmacıya danışmanlık yapmıştır. Küresel sağlık, göçler ve uluslar arası sağlık, kadın sağlığı ve hemşirelik disiplinin teorik gelişimi üzerine eğitimler almıştır. Hemşirelik, tıp ve sosyal bilimler dergilerinde 175'in üzerinde makalesi, 40'dan fazla bölüm yazarlığı, 7 kitap yazarlığı bulunmaktadır [3,23].

#### 2.1.2. Geçiş Kavramı

Geçiş oldukça stabil bir süreçten, yine oldukça stabil başka bir sürece geçmektir ve ani bir değişimle tetiklenmektedir. Ayrıca kendine özgü süreçleri ve

hayati olabilecek sonuçları vardır. Geçiş kavramı adaptasyon, öz bakım, üniter insan gelişimi, bilinç gelişimi ve insan olma kavramları ile ilişkilidir [24]. Meleis'e göre geçiş kavramı bir yaşam evresi, durumu ya da statüsünden diğerine geçittir. Geçiş karmaşık olan kişi-çevre etkileşiminin hem süreç, hem de sonuçlarını ifade etmektedir. Sağlık durumu, rol ilişkileri, beklentiler ve yeteneklerde değişikliği gerektirir. Geçiş; giriş, geçit ve çıkış olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır [3].

### 2.1.3. Geçişin Hemşirelik için Önemi

Meleis [3] hemşireliğin amacını farklı geçiş döneminde olan bireylerin geçiş sürecini kolaylıkla tamamlamasını, geçiş sonunda bireyin çevre ile uyumunu sağlamak olarak ifade etmiştir. Geçiş kavramının hemşirelik için önemini aşağıdaki maddelerle açıklamıştır.

- Hemşireler sağlık kurumlarında zamanlarının çoğunu, sağlığının etkilenmesi ile hayatında en az bir kez geçiş dönemi yaşayan hastalara bakım vererek geçirmektedir.
- Meleis ve arkadaşları 1986'dan 1992'ye kadar olan hemşirelik literatürünü incelediğinde, 310 çalışmada hemşirelerin geçiş kavramından bahsettiğini fark etmiştir. Bu durum onlara geçişlere özgü bir hemşirelik teorisine gereksinim olduğunu düşündürmüştür.
- Teknolojinin gelişmesi hastane sayılarının ve kapasitelerinin artmasını, dolayısıyla hastaneye başvuran hasta sayısı artışını beraberinde getirmiştir. Hastaların hastaneden erken ayrılmak istemeleri ya da sağlık ekibinin kararıyla erken taburcu olmaları, iyileşme ve rehabilitasyonlarına evde devam etmelerine sebep olmuştur.
- Bireylerin yaşamında çeşitli geçişler yaşamalarını tetikleyen ve iyilik durumlarını etkileyen pek çok olay bulunmaktadır. Hemşirelerin kendisi de bazı geçişlerin direkt olarak etkilenicileridir.
- Dünya nüfusunun hızla artması, uzun dönem hemşirelik bakımını gerektiren farklı sağlık sorunlarını beraberinde getirmektedir.
- İnsanlar kronik hastalıklarla daha uzun süre uğraşmakta, hatta organ gelişimi tamamlanmamış prematüre bebeklerin hayatları bile modern bilim sayesinde kurtarılmaktadır.
- Yeryüzünde, sadece hemşirelerin acil katılımını gerektiren olaylar değil, aynı zamanda uzun vadede insanların değişen durumlarla nasıl baş ettikleri ve iyileşme süreçleri konusunda hemşirelik farkındalığı gerektiren pek çok doğal afet (depremler, seller) ve insanların sebep olduğu felaketler (savaşlar, nükleer patlamalar, bombalar) yaşanmaktadır [3].

### 2.1.4. Geçiş Teorisinin Gelişme Süreci

Geçiş Teorisinin ilk temelleri Prof. Dr. Afaf I. Meleis'in kronik hastalığı olan bireylere bakım veren eşlerin hastalar ya da çocukları ile iletişim ve etkileşimini tanımlayan yüksek lisans tezinin bulgularına dayanmaktadır. Doktora tezinde ise, kronik hastalıkla baş eden ailelerde eşlerin birbirlerinin rolünü tanımlaması, anlamlı ve faydalı diyaloglarla rollerini geliştirmesi, açıklattırılan roller doğrultusunda etkili iletişimin gerçekleşmesi ve ailelerinin geleceğini etkin bir şekilde planlayabilen çiftler olabilmeleri için hemşirelik girişimlerinin sürdürülmesi üzerine odaklanmıştır.

Hem doktora tezi, hem de ilk kez bebek sahibi olan ya da doğumla birlikte yaşamlarında büyük bir değişim yaşayan çiftlerin hemşireye duydukları gereksinimler konusunda edindiği klinik deneyimler teori geliştirme konusunda Meleis'e yol gösterici olmuştur. 1960'lı yıllarda hemşirenin asıl görevinin bireyleri gelişimsel, durumsal, sağlık/hastalık, kurumsal geçişlere hazırlamak, bu süreçte bireylerin iyilik hallerini sürdürmek ve geçişle baş etmelerini sağlamak olduğunu fark etmesiyle birlikte geçiş konusuyla ilgilenmeye başlamıştır. Sonraki çalışmaları insanların sağlıklı geçiş yaşamalarını engelleyen faktörleri azaltmaya ve sağlıklı geçişi sağlamak için yapılabilecek hemşirelik girişimlerine odaklanmıştır [3].

#### **2.1.5. Geçiş Teorisinin Odak Noktaları**

Geçiş teorisinin iki önemli kısmı vardır. İlki hemşire tarafından geçişi kolaylaştırmak, iyilik halini artırmak ve geçiş sonrası meydana gelen değişikliklerde yeterlik kazanmak için yapılan girişimleridir. Bu teori, bakımda uzmanlaşmış hemşirelere kavramsal bir destek sağlamaktadır. Ev ziyaretleri ve telefon görüşmeleri ile sağlık personeli geçiş sürecinde kişinin durumunu kontrol etmeli ve bireyin geçişten iyileşmeye doğru nasıl bir yol izlediğini açıklamalıdır. Bakım ekibi geçiş deneyimi yaşayan bireye her türlü bilgi, beceri, strateji, öz bakım ve psikososyal unsurlar için yardım etmelidir. Geçişin ikinci önemli kısmı ise geçiş deneyiminin kendisini anlamaktır; yani kazanç ve kayıpların, değişim ve dönüşümlerin, bir durumdan diğerine geçiş ile yaşanan deneyimlerin tanımlanmasıdır. Bu deneyim ve yanıtların normal gelişimin bir sonucu olup olmadığı, sağlık ve hastalığındaki değişimler, akut ya da kronik hastalıklar, hastaneye yatış ya da çıkışlar, ayrılıklar ya da kurumsal değişiklikler ile tanımlanmalıdır [3]. Deneyimler ayrıca kişinin tekli ya da çoklu geçiş yaşayıp yaşamadığını, geçiş yaşayan kişi için geçişin anlamını ve bireyin hayatında daha başka hangi değişiklikler olduğunu anlamaya aracılık eder. Bireysel, yakın ailesel, toplumsal ya da topluluksal geçişlere bireyin yanıtını artıran ya da azaltan pek çok durum vardır. Sağlıklı geçişler, rolde ustalaşma, iyilik hissi ya da ilişkilerde iyilik gibi yalnızca nihai sonuçlara göre değerlendirilmemekte; ayrıca süreçlerin kendisinin sağlıklı ya da sağlıklı olmaması esas alınarak incelenmektedir. Sonuçlar geçiş deneyimleyen bireylerin kendilerini ve kimlikleri özgürce tanımlamalarını içerir. Örneğin bireyin ben kanseri yenmiş birisiyim ve profesörüm demesi gibi [23].

#### **2.1.6. Geçiş Teorisinin Varsayımları**

- Geçişler karmaşık ve çok boyutludur.
- Tüm geçişler zaman içerisinde bir akış ve hareketlilik gösterir (yani statik değil, dinamiktir).
- Geçişler kimlik, rol, yetenek ve davranışlarda değişikliklere neden olur.
- Geçişler, tüm bireylerde belirgin bir şekilde yaşam şekli değişikliklerini ve hareketli bir süreci gerektirir [3,24].

#### **2.1.7. Geçiş Teorisinin Felsefi Temelleri**

Meleis [3] Geçiş Teorisi'nde Florence Nightingale'in çevre, sağlık ve iyiliğe olan ilgisinden etkilendiğini belirtmiştir. Teori geliştirme sürecinde öncelikle insanların nasıl etkileştikleri konusunda felsefik bir bakış açısı sağlayan sembolik

etkileşimcilikten etkilenmiştir. Duruma özgü geçiş teorisini geliştirirken toplumda marjinal ve incinebilir durumda olan bireylerin geçişleri nasıl deneyimlediklerini ve baş etmelerinin nasıl olduğunu araştırmıştır. Duruma özgü geçişleri açıklarken postmodernizmden ve feminist teorilerden yararlanmıştır [3,24].

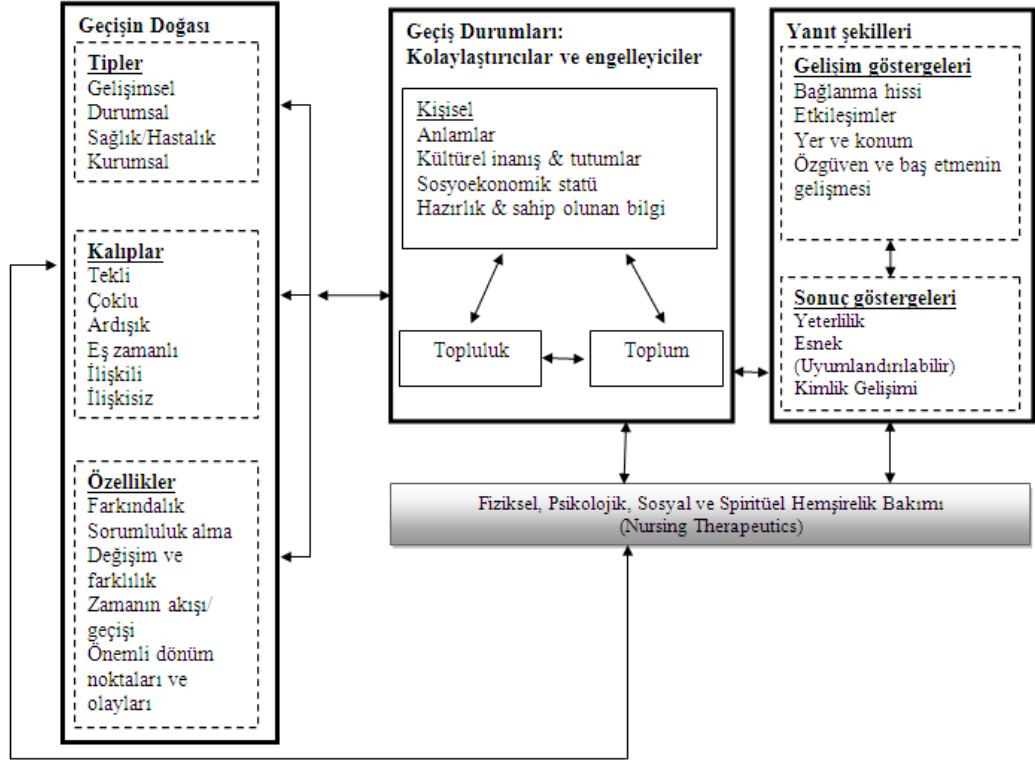
Geçiş teorisinin kaynakları çokludur. Öncelikle Meleis'in hemşirelik, sosyoloji, sembolik etkileşim, rol teori ile ilgili geçmiş deneyimleri ve eğitimi teorisinin oluşumuna katkıda bulunmuştur. Ayrıca bu alanlardaki eğitim programları, araştırma projeleri ve hastanelerdeki klinik uygulamalar teorisinin önemli kaynaklarını oluşturmaktadır. Ayrıca orta düzey bir teori olan Geçiş Teorisini araştırmalarının kavramsal çerçevesinde kullanan çalışmalar teorisinin şekillendirilmesindeki diğer önemli kaynaklardır [3,23].

Geçiş teorisi diğer disiplinlerden -özellikle de antropolojiden- etkilenilerek geliştirilmiştir. Van Gennep'in "Geçitler töreni" isimli çalışması Meleis'in teorisinin de şekillenmesine katkıda bulunmuştur [3]. Meleis'in kitabında aktardığına göre [3], Van Gennep kültürel beklentiler, sosyal roller, sosyal statü, kişilerarası ilişkiler, sosyal durumlar, gelişimsel ya da durumsal değişiklikler ve ışığında gerçekleşen geçişleri geçitler töreni olarak adlandırmıştır. Bu sosyal geçiş yaşama doğru yolculuk olarak adlandırılabilir. Van Gennep'in teorisi bu geçişi üç aşama ile tanımlamaktadır. Bunlar; bilinç öncesi aşaması (ayrılık aşaması), geçiş aşaması ve yeniden birleşme aşamasıdır [3,25]. Bu teoriye göre ayrılık aşamasında olan bir gebe öncelikle geçmiş yaşamından uzaklaşmaktadır. Bu aşama sosyal normların ve değerlerin etkisi altında da gerçekleşebilir ve gebeliğin başlangıç aşamasında olmaktadır. İkinci aşama bütün gebelik boyunca devam eder. Gebenin duygularının karışmasına ve kendisine yabancılaşmasına sebep olabilir. Son aşama ise, kadının yeni rol ve sorumluluklar üstlenerek değişmiş sosyal statüsü ile yeniden topluma karıştığı evredir [25].

Meleis [3] hemşirelik teorilerinin pek çoğunun bir durumdan diğerine doğru yaşanan değişime odaklandığını belirtmektedir. Hastalıkların bireylerin büyüme ve gelişmesi için birer fırsat olduğundan bahseden ve ilk hemşirelik teorilerinden biri olan Peplau'nun teorisi gibi, hasta-hemşire arasındaki terapotik ilişkiyi ve bireyin hastalıklardan bir anlam bulmasını sağlayan Travelbee'nin teorisinin geçiş kavramları ile yeniden ifade edilebileceği belirtilmektedir. Geçiş Teorisinde bu teorilerden olduğu gibi, Roy'un Adaptasyon Teorisi'nden de etkilenmiştir. Roger's teorisindeki gibi geçiş sırasında bireyin üniter bir sistem olduğunu düşünmek yanlış olmayacaktır. Ayrıca Orem'in teorisinin ana kavramı olan öz bakım kavramı, aynı zamanda geçiş için önemlidir. Bireyin geçişe uyum düzeyi ile özbakım kapasitesi arasında bir ilişki vardır [3].

#### **2.1.8. Meleis'in Geçiş Teorisinin Kavramları**

Anneliğe geçiş sürecinde olan gebelerin hemşirelik bakımını tanımlamak amacıyla yapılacak olan bu çalışmada, Meleis tarafından geliştiren "Geçiş Teorisi"nin kavramları hemşirelik bakımı ile ilişkilendirilecektir. Geçiş Teorisi'nin ana kavramları Şekil 2.1'deki gibidir.



Şekil 2.1. Meleis'in Geçiş Teorisinin Kavramları

## Geçişler

Rol geçişi role ilişkin ilişkilerde, beklentilerde ve yeteneklerde değişim anlamına gelmektedir. Rol geçişleri kişinin yeni bilgiler edinmesi, davranışlarını değiştirmesi ve böylece toplumsal bağlamda kendini yeniden tanımlamasını gerektirir [26]. Pek çok rol geçişi sağlık-hastalık döngüsü ile ilişkilidir ve sağlık personeli- stratejik pozisyonu nedeniyle özellikle de hemşire- tarafından titizlikle ele alınmalıdır. Hastalara ve ailelere bakım verirken hemşirelerin karşılaştığı rol geçişleri sağlık-hastalık, gelişimsel, durumsal ve kurumsal geçişler olarak gruplara ayrılmaktadır [3,26]. Bunun yanı sıra, araştırmalar geçiş döneminin çoklu ve karmaşık bir süreç olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda hastalara ve yakınlarına bakım veren hemşireler de bakım verdikleri her bireyde bakım verici rollerine ilişkin farklı rol geçişleri yaşamaktadır [3]. Hemşireler geçişin doğasını anlayarak, bireylere etkin bakım vermesi için yalnızca bir geçişe odaklanmak yerine, birey ve aileyi etkileyen birden fazla geçiş olabileceğini göz önünde bulundurmaları gerekmektedir. Bireyin yaşadığı geçiş tekli de olabilir çoklu da... Geçişle ilgili dikkat edilmesi gereken hususlar, çoklu geçişlerin sıralı ya da eş zamanlı olup olmadığının belirlenmesi, birbirleri ile ilişkili olup olmaması, geçişlerin birbirileri ile örtüşme durumlarının kapsamı ve birey için geçişi tetikleyen farklı olaylar arasındaki ilişkinin doğasıdır [3,26]. Sıralı geçişlerde bir geçişin diğerine sebep olduğu dalgalı bir etki vardır. Bu dalgalanma etkisini uzun bir sürece yaymak mümkündür. Eş zamanlı geçişler belirli bir zaman süresince birlikte meydana gelen ilişkili ya da ilişkisiz geçiş kümeleridir. Eş zamanlı, ilişkili geçişlerde belirleyici bir olay pek çok geçişe zemin hazırlar [3,20,24,27].

## Gelişimsel Geçişler

Büyüme ve gelişmenin normal akışı içerisinde pek çok geçiş ile karşılaşmaktadır [27]. İnsan gelişimsel geçişleri, hem fiziksel hem de bilişsel açıdan, biyolojik büyümenin öngörülebilir evrelerini içeren karmaşık ve dinamik fenomenlerdir. Psikososyal olgunlaşma doğrultusunda yönetilir. Gelişimsel geçişler ayrıca bireyin sağlığının ve iyilik halinin ileri düzeyde etkilenmesine zemin hazırlayan ve önceden tahmin edilemeyen olayları da içermektedir [3,28].

1950'lerin ilk yıllarında gelişimsel geçişlere ilişkin yapılan multidisipliner incelemeler yalnızca yetişkinlik öncesi döneme odaklanmıştır. Farklı disiplinlerdeki teorisyenler dikkatlerini prenatal dönemden yeni doğan dönemine geçiş, erken çocukluk, orta çocukluk, puberte ve adolesanlık dönemlerine vermişlerdir. Örneğin Freud ve Piage gelişimsel geçişlerin çoğunlukla adolesan dönemden önce tamamladığını ve adolesanlıktan sonraki yetişkinlik dönemine daha az odaklanılması gerektiğini varsaymışlardır. Meleis'in [3] aktardığına göre, retrospektif kohort çalışmalarında yetişkin kadın ve erkeklerinde ebeveyn olmaktan emekliliğe kadar olan bütün süreçlerde kendi hayat döngülerinde yer değiştirmektedir. Yetişkinlik süresince olan geçişler, yaşam döngüsü boyunca geçiş, ebeveynliğe geçiş, rol teorisi, süreklilik teorisi ve hayat dersi (life-course) bakış açılarını içeren farklı mercekler altında incelenmiştir. Bu disiplinlerin her biri geçişi kavramsallaştırmak için eşsiz bir yaklaşım önermektedir, bazıları da geçişin altında yatan süreçleri tanımlamaktadır [24]. Yaşam döngüsünde yetişkinlik dönemine geçişi ve sağlık sorunlarını (hem mental hem de fizyolojik açıdan) iki bölümde ele alabiliriz: (a) çocukluktan ergenliğe doğru madde kötüye kullanımı, veneral hastalıklar, cinsel problemler ve istenmeyen gebelikler gibi kimlik gelişimi sorunları ve ardı ardına gelen sorunların olması; (b) ergenlikten yaşlılığa doğru rol kimlik değişimi, emeklilik ve kronik hastalıklar gibi gerontolojik problemlerin olmasıdır [3].

Geçiş deneyimleyen birey ve ailesine etkili bir şekilde yardım etmek ve onların sağlık ve iyilik seviyelerini yükseltmek amacıyla özel hemşirelik girişimleri geliştirmek gerekmektedir [28]. Bunun için, gelişimsel geçişlerin normal ya da yıkıcı, sonucu tahmin edilebilir ya da edilemez olan kendine özgü özelliklerini incelemek, sağlık ve iyiliği etkileyen mekanizmalarını anlamak ve açıklamak oldukça önemlidir [3]. Hemşire araştırmacılar bireyin geçişe yüklediği anlamlar, beklentiler, bilgi seviyesi, beceriler, geleceğe yönelik planları çevrenin geçiş etkisi gibi konularda çalışarak insan gelişimsel geçişlerine özel bir ilgi duymuştur. Mercer'in anne olma ve annelik rolü kazanımı [29], Gaffney'in [30] annelik rolü yeterliliği, Shin ve White-Traut'ın [31] bebeği yoğun bakım ünitesinde olan kadınların anneliğe geçişi, Im ve Meleis'in [32] düşük gelirli Koreli göçmen kadınların menopoza geçişi, Schumacher, Jones ve Meleis'in [32] yaşlanmakta olan bireylerin yaşlılığa geçişi, Kaas ve Rousseau'nun [34] yaşlılıkta cinselliğe uyum ile ilgili çalışmaları gelişimsel geçişler konusunda hemşirelik alanında yapılan araştırmalar açısından kanıt niteliğindedir. Meleis ve arkadaşları [26] anne olma, menopoz deneyimi, adolesanlığa geçiş ve adolesanların anneleriyle iletişimi, yaşlılık ve kronik hastalıklar ve ailenin bakım verici rolünü üstlenmek gibi gelişimsel durumlara yönelik pek çok deneysel araştırma yapmıştır. Meleis [3] yetişkin geçişinin karmaşık ve dinamik doğasını anlamının süreci etkileyen değişkenleri ve



onların sonuçlarını anlamaktan geçtiğini belirtmektedir. Yetişkin gelişimsel geçişi tahmin edilen, beklenen ve hatta arzulanan yaşam yörüngesi olabilir, ya da tam tersi beklenmeyen ve hazırlıklı olunmayan bir şey de olabilir (ebeveyn olmak gibi) [26].

“Anneliğe geçiş” kadın hayatının evrelerindeki en büyük gelişimsel yaşam olaylarından biridir. Hemşirelik literatüründe “annelik rolü kazanma” ile ifade edilmektedir [35,36]. Anne olma kavramı bilinen bir durumdan bilinmeyen başka bir duruma hareketi ve yeni bir gerçeği ifade etmektedir. Anneliğe geçiş yeni anlamlar elde etmek için hedef, davranış ve sorumlulukları yeniden anlamlandırmayı gerektirir [1-3]. Geçişler kadının kişisel özellikleri, kültürel inanışları, tutumları, sosyoekonomik statüsü, annelik ile ilgili hazırlık ve bilgisi, ailesel ve toplumsal özellikler tarafından kolaylaşmakta ya da zorlaşmaktadır [10].

Annelik kimliği gelişimi, bir kadının annelik davranışlarını öğrenme sürecidir [37]. Gebeliğin belirlenmesi ile başlayan, gebelikte gelişen, doğum sonrası dönemde devam eden ve annelik kimlik gelişiminin oluşumu, anne olma ile tamamlanan bir süreçtir. Bu süreçte; annelik kimliğinin şekillenmesi, annelik rolünün kazanıldığını, yani anne olmayı gösterir. Annelik kimliğinin şekillenmesi, doğan her çocukla birlikte ortaya çıkar ve beklentiler safhası, formal safha, informal safha, kişisel safha olmak üzere dört evrede gerçekleşir. Bu evrelerin her biri anne ve baba arasındaki ilişki, aile fonksiyonu, önemli kişiler, stres ve sosyal destek tarafından etkilenir [4,5].

Annelik sürecinde sağlıklı bir geçiş için gebelik ve annelik konusunda güvenli olmayan kaynaklardan alınan destek zorlaştırıcı olabilir [33]. Yetersiz destek, istenmeyen ya da olumsuz öneriler, güvenilir olmayan ya da çelişkili bilgi, basmakalıp olmaya zorlanma, çevredekilerden gelen olumsuz tutumlar, bireyselliğin göz ardı edilmesi ve genelleştirilmiş bakımı alma tehdidi, anneliğe geçiş sürecindeki diğer zorlaştırıcılar olarak sayılabilir [3].

Gebelik ile başlayan ilerleyici annelik süreci taklit etme, rol-play yapma, hayal kurma, kendisini farklı biri gibi hissetme-yansıtma-kabullenmeme ve kendi kimliğini geliştirme olarak tanımlanmaktadır [5]. Gebe kendini anne olarak hayal edip, gördüğü ve öğrendiği davranışları taklit ederek yani rol-play yaparak, annelik kimliği arayışına girmektedir [38]. Başkasından gözlemediği davranışları uygulayarak, kendini farklı biri gibi hissetmekte, bunu dışarıyı yansıtmakta ve kendi kişiliğine uygun olmayan davranışları reddetmektedir [7,8]. Kadının kendi belirlediği ideal görüntü, annelik için arzu ettiği nitelikleri, özellikleri, tutum ve başarıları yansıtmaktadır [9,10]. Bireyin fonksiyonel kontrolünün kaybı, öz-etkinliğin yetersiz olmasına ve rolü başaramamaya neden olmaktadır [8,11].

Ebeveynliğe geçişin psikososyal yönlerine odaklanmak için Galinsky [39] ebeveynliğin teorisini ortaya atmıştır. Çalışmalarında aile olmanın gelişimsel evrelerinin üzerinde durmuş ve yetişkinlerin çocukları ile iletişimini tanımlaya çalışmıştır. İki yüz aile ile görüştüğünden sonra altı ebeveynlik evresi tanımlamıştır. Bunlar; ebeveynlik imajı evresi, besleme/büyütme evresi, otorite evresi, bütünlleştirici evre, bağımsız genç evresi ve ayrılma evresidir. Galinsky [39] ilk

bebeğin doğumu ile karı ve kocanın anne ve baba olmasına ve bu süreçte kendi anne-baba resimlerini oluşturmalarına ebeveynlik imaj evresi demmiştir. Anne ve babalar genellikle harika olmayı arzularlar, ancak genellikle beklenmedik ağır sorumluluklarla karşılaşır. Besleme evresi bebek doğduktan, bağlanma olduktan sonra başlar ve eş ile bebek ile ve çevre ile ilişkiler değişir ve yeniden belirlenir. Genellikle ebeveynlik rolleri bu dönemde kazanılır. Çocuk 2-4 yaşları arasındayken otorite evresinde çift ebeveyn olarak ne kadar etkin olduğunu sorgulamaya başlar. Bütünleştirici evre okul öncesi dönemle orta çocukluk arasına uzanan safhadır. Çocukta otonomi ve sosyal beceriler biraz daha gelişirken, ailenin de gerçekçi amaçlar belirlemesi ve çocuklarını motive etmesi, etkin iletişim becerileri geliştirmesi ve otorite kurması gerekir. Beşinci evre olan bağımsız genç evresi gencin kimlik belirleme, sorumluluk ve olgunlaşmayla mücadele ettiği zamandır. Aile bir taraftan otorite ve sorumluluğunu sürdürürken, diğer taraftan da adolesan çocuğuna da destek olmak zorundadır. Son olarak da adolesanın evden ayrılmasıyla ayrılık evresi gelir. Bu noktada aile geçmiş performansını değerlendirir ve çocuğuyla gelecekte olan iletişimi için hazırlık yapar. Galinsky'nin teorisinin önemli noktaları çocuk büyüdükçe ebeveynlik gelişir ve yetişkinlerinin kendilik algıları her bir evrede değişir, yeniden şekillenir. Eğer aile amaçlarının farkında ve onlara ulaşmışsa mutlu ve tatmin olur, ama amaçlarının çok uzağında kalmışsa hayal kırıklığına uğramış, stresli ve depresif olur. Galinsky'nin [39] teorisi ebeveynliğe psikososyal geçişi değerlendirmek için faydalı bir çerçevedir.

### **Durumsal Geçişler**

Geçişler bireyin herhangi bir yaşam evresi, koşulu ya da durumundan diğerine ulaşmak için geçittir. Geçişin belirgin özelliği genellikle bireyin kendi iç dünyasını ve yaşam durumunu sorgulamasını gerektiren bir olay tarafından tetiklenmesidir [35]. Durumsal geçişler rollerdeki değişime ilişkin ani değişiklikleri içerir. Doğumlar ve ölümler bu tip geçişlere örnek olarak verilebilir. Örneğin ebeveyn değilken ebeveyn olma durumuna geçiş kültürel ve psikososyal bir önem taşımaktadır [2].

Durumsal geçişe örnek olabilecek iki önemli kavram da taburculuk ve taşınmadır. Hastanede kalış süresini en aza indirmek için, hastalar iyileşme sürecini tamamlamadan genellikle taburcu edilmektedir. Bu nedenle taburculuğun ötesinde, iyileşmenin tamamlanması için bakım ihtiyacını karşılama sorumluluğu hasta ve ailesine düşmektedir [3]. Klinik kriterlere göre taburculuğa hazır oluşa tıbbi ekip karar vermektedir. Hastanın taburculuğa hazır oluş algısı tıbbi ekibin değerlendirmesinden farklı olabilir. Hasta güvenliği, memnuniyeti ve iyileşme sonuçları için taburculuğa hazır oluşun değerlendirilmesi, evde bakım ve iyileşmeye geçilmesi konuları gittikçe önem kazanmaya başlamıştır. Birey için en uygun taburculuk zamanının, bireyin gereksinimlerinin ve taburculuk sonrası bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi için taburculuğa hazır oluş ya da olmayış göstergelerinin tanımlanması gereklidir [40]. Taburculuk sonrasındaki geçiş dönemi, bireyin yaşam normallerine uyumu konusunda yeni düzenlemelerin yapıldığı dönemdir. Hemşirelik girişimleri geçişi deneyimleyen bireyin taburculuk sonrasında kendinde ve yaşamında meydana gelen değişimleri anlamaya yardım edecek nitelikte olmalıdır [41]. Sağlıklı bir gebelik ile gelişimsel geçiş yaşamakta olan bir birey, yüksek riskli

gebelik tanısı olarak hastaneye yatışının yapılması ile durumsal geçişin içine girer, yani anne olma sürecinde çoklu geçiş yaşamaya başlar. Hemşirenin bireyin hastaneye yatışıyla beraber durumsal geçiş sürecine girdiğinin farkında olması gerekmektedir.

### **Sağlık-Hastalık Geçişleri**

Meleis [33] sağlık ve hastalık geçişini hemşirelik uygulamaları için önemli bir bakım alanı olarak tanımlamıştır. Onlara göre geçiş sürecinin sağlıkla ilgili dört olası sonucu vardır: yenileme, sürdürme, koruma ve geliştirme... Sağlığı yenileme bireyin sağlığının geçiş deneyiminden önceki durumuyla aynı ya da daha iyi seviyeye gelmesi anlamına gelmektedir. Sağlığı sürdürme stabil duruma devam etme ve bireyin rol fonksiyonu için gerekli olan iyilik seviyesini sürdürmedir. Sağlığı koruma, bireyin başka insanların bakımı ile yetersizlik ve kötüye gitme durumlarından korunmasıdır. Sağlığı geliştirme bireyin kendi sınırları çerçevesinde iyilik ve sağlığını yükseltmek için aktivitelere katılmasıdır. Meleis [3] özellikle acil durumlar ile ortaya çıkan sağlık-hastalık değişimlerinin bireyin hayatında ve öz-gelişiminde önemli noktalar olduğunu belirtmiş ve bu evrede hemşirelik bakımının gerekliliğini vurgulamıştır. Bu kategorideki geçişler iyilik halinden hastalık haline, hastalık halinden sağlık haline, ani ya da kademeli olarak sağlıktan kronik hastalık haline geçişe neden olan ani değişimleri kapsamaktadır [7]. Her bir rol geçişi bir çift rol dönemi ya da sistem bağlamında göz önünde bulundurulmalıdır [42]. Sağlık amaçlandığı için birey izole bir birim olarak düşünülmemelidir, fakat hastanın durumundaki değişiklik çevresi ile ilişkilendirilerek düşünülmesi ve incelenmelidir [40]. Sağlıktan hastalığa geçiş sürecindeki zemin hazırlayıcı faktörleri ve spesifik hastalık evrelerini anlamak hemşirelik girişimlerinin planlanmasını ve uygulanmasını kolaylaştırabilir. Bir hastalık ile yaşamak genellikle semptom yönetimini, günlük yaşamın getirileri ile baş etmeyi ve tedaviyi gerektirir [43]. Hastalıkla yaşama deneyimi halen sürmekte olan geçiş olarak tanımlanabilir. Bu süreçteki birey kaynakları ve gereksinimleri dengelemek için içsel, kişilerarası ve çevresel olanlar da dahil olmak üzere, birçok sezgisel ve bilinçli stratejiyi bir arada kullanmalıdır. Özellikle kronik hastalığı olanlar için sağlık-hastalık geçişinin tamamlandığını gösteren bir bitiş noktası yoktur [32].

### **Kurumsal Geçişler**

Kurumsal geçişler bireylerin iş yaşamlarında meydana gelen değişimler sonucu olmaktadır. Sosyal, politik veya ekonomik çevrenin etkisiyle ya da kurum içi değişimler sonucunda gerçekleşebilir. Yönetici pozisyonunda görev değişimi yeni kuralları, yönetmelikleri ve uygulamaları öğrenmeyi gerektiren bir geçiş sürecidir [27].

### **Geçiş Deneyiminin Özellikleri**

Geçişler karmaşık ve çok boyutlu olmasına karşın, geçişin bazı özellikleri tanımlanmıştır. Bu özelliklerinin birbirinden ayrı olması gerekmez. Aksine, karmaşık bir sürecin birbirleriyle ilişkili özellikleridir [3]. Bunlar; farkındalık, sorumluluk, değişiklik ve farklılık, zaman dilimi, önemli noktalar ve olaylardır.

### ***Farkındalık***

Farkındalık, dikkatin şimdiki ana yönelti olarak, anlık deneyimlerin yargılanmadan ve kabullenmeyle gözlemlenmesine dayanmaktadır. Dikkatin istemli bir şekilde anlık yaşantılara odaklanmasını ve içsel deneyimlerin gözlemlenmesini içeren bir zihin ve beden pratiğidir [44]. Farkındalığın bir başka tanımında, öznel deneyimlerin yargılamaksınız, olduğu gibi kabullenilmesinden söz edilmektedir. Farkındalık, tüm bedensel duyumların tekrarlayan şekilde gözlemlenmesine dayanmaktadır [45]. Farkındalık kişinin geçiş deneyimi konusunda algısı, bilgisi ve tanımlaması ile ilişkilidir. Farkındalığın seviyesi süreç ve yanıtlar konusunda bilinenler ile benzer bir geçişe kişinin verdiği yanıt, algı ve beklenti arasındaki ilişkiye göre değişmektedir. Meleis [3] farkındalığın geçişin önemli bir özelliği olmasına rağmen, farkındalık eksikliğinin ya da yokluğunun geçiş deneyiminin başlangıcına engel teşkil etmeyeceğini belirtmektedir. Birey içinde bulunduğu geçiş sürecinin farkında olsa da, olmasa da geçiş gerçekleşecektir, ancak farkındalık pozitif geçiş sonuçlarına ulaşmak için temel kavramlardan bir tanesidir [3]. Birey geçiş sürecinde edineceği yeni rolün ne kadar farkında olursa, rolde yeterlilik ve başarı düzeyi o kadar fazla olacaktır. Bireyin role ilişkin farkındalığı, role ilişkin yaşayacağı stresin düzeyini de azaltabilir [44].

### ***Sorumluluk Alma/Sürece Katılma***

Süreçte alınan sorumluluğun seviyesi geçişin diğer bir özelliğidir. Sorumluluk, kişinin geçişin doğasındaki sürece katılımını gösteren derece olarak tanımlanmaktadır. Farkındalığın düzeyi farkında olarak ya da olmayarak üstlenilen sorumluluğu etkiler. Fiziksel, duygusal, sosyal ve çevresel değişikliklerin farkında olan bir kişinin sorumluluk düzeyi, bunların farkında olmayan bir kişiden farklı olacaktır [3].

### ***Değişim ve Farklılık***

Değişim ve farklılık geçişin temel özelliklerindedir. Anlamları birbirine yakın olsa da, geçiş sürecinde bu özellikler birbirlerinin yerine kullanılmamalıdır, çünkü eş anlamlı değildir. Tüm geçişler değişim içerse bile, tüm değişimler geçiş ile ilişkili olmayabilir. Geçiş uzun dönemli bir süreçtir, yeni rol ve duruma adaptasyonu gerektirir, duruma yeni anlamlar yüklemeyi gerektirir. Bir geçiş sürecini tamamen anlamak için, değişikliğin içerdiği anlam ve etkileri tanımlamak ve ortaya çıkarmak gerekmektedir [27]. Araştırılması gereken değişimin boyutları, değişikliğin doğasını, zamansallığını, algılanan önem ve ciddiyetini, kişisel, ailesel, toplumsal normları ve beklentileri içermelidir. Farklılık ise bireyselliği gerektirir [3]. Mercer [29] de anne olma sürecinde kendilik ve özden bahsetmektedir. Mercer'e göre roller oynandığı için, kendilik kavramını, rol kavramından ayrı olarak görmektedir. Kadın, anneliğin bireyselleşmesi yoluyla, anne yenidoğan çifti olarak kendini değerlendirmesi/tahmin etmesi ile kendi kişiliğini yeniden kazanabilmektedir. Benlik saygısı ve öz güven kavramları, maternal rol kazanmada önemlidir. Anne-yenidoğan, baba ve anne için diğer önemli kişilerle ayrı bir kişi olarak etkileşmektedir. Anne hem sözü geçen/etkilidir, hem de her ikisi tarafından etkilenmektedir [29,46].

### ***Zaman Akışı***

Tüm geçişler zaman üzerinde akış ve hareket ile karakterizedir. Bridges [47] geçişi tanımlanabilir bir bitiş noktası, değişimin beklenti, gösterge ve algısının ilk işareti olarak belirtmiştir, yani stres ve kafa karışıklığından eski durumun sonu ve yeni durumun başlangıcına kadar olan süre olarak ifade etmiştir. Bridges'e göre bir geçiş döneminin ilk aşaması bireyin ilişkileri ile ya da benliğinde değişime yol açacak duyguları ile bağlantısını kopardığı "sonlar dönemi"dir. "Nötr alan" olarak adlandırılan ikinci aşama bireyin birinci aşama nedeniyle oryantasyon bozukluğu yaşadığı ve kendini yeni duruma entegre ettiği ara dönemdir. Bu aşama bireyi rahatsız eden, ancak gerekli bir evredir. Bireyler ancak nötr alana geçtikten sonra yeni imkanlara açık olabilirler. Geçişin son aşaması ise "yeni başlangıçlar" dönemidir. Bu aşama anlam bulma ve deneyimlerin yönetimi ile belirtilir. Bireyin geçiş ile etkin bir şekilde başa çıkabilmesi için bu üç evreyi de geçirmesi gerekmektedir. Bununla birlikte geçişin aşamalarının doğrusal bir şekilde olması zorunlu değildir. Ard arda, paralel veya üst üste örtüşen bir şekilde de olabilir [3,27]. Ancak geçiş deneyimi için zaman, sınır koymanın zorlayıcı, hatta yanlış olabileceği belirtilmektedir. Her bireyin geçiş deneyimi özeldir ve farklı zamanlarda sonlanabilir [3]. Geçiş deneyimlerini değerlendirirken zamanın akışı ve değişkenliği göz önünde bulundurulmalıdır. Tıpkı Meleis'in zaman akışı kavramında olduğu gibi, Mercer [29]'de maternal rol kazanma kavramı dinamik ve ilerleyici bir şekilde devam eden bir süreç olduğunu belirtmektedir.

### ***Önemli Dönüm Noktaları ve Olaylar***

Çoklu geçişleri içeren durumlarda, geçiş deneyimlerinin çoğu önemli dönüm noktalarını içermektedir. Önemli dönüm noktaları genellikle değişim ve farklılık konusunda farkındalık ve daha aktif sorumluluk alma ile ilişkili bulunmuştur. Buna ek olarak, yeni rutinler, beceriler, yaşam biçimi ve öz-bakımda stabilizasyon hissi ile karakterize kesin dönüm noktaları vardır. Ayrıca belirsiz bir süre boyunca geçişin doğasına bağlı olarak pek çok önemli nokta bulunmaktadır. Her bir dönüm noktası farklı şekillerde hemşirenin dikkat, bilgi ve deneyimini gerektirmektedir [3,27].

### ***Geçiş Durumları: Kolaylaştırıcılar ve Engelleyiciler***

Hemşirelik disiplininde insanlar, algıları olan ve sağlık-hastalık durumlarına algıları değişebilen canlılar olarak tanımlanır. Bu algı ve anlamlar geçiş durumunu etkiler ve aynı zamanda geçişten etkilenir [27]. Bu nedenle bireysel ya da çevresel faktörlerin sağlıklı bir geçişin önünde engel olmaması ya da geçişi kolaylaştırması için, geçiş süresince bireyin deneyimlerinin anlaşılması gereklidir. Kişisel, toplumsal ya da topluluksal durumlar geçiş için zorlaştırıcı (Tablo 6) ya da kolaylaştırıcı (Tablo 7) olabilir, zorlaştırıcı ve kolaylaştırıcı faktörler de geçişin sonuçlarını etkileyebilmektedir [3].

### ***Kişisel Özellikler***

#### ***Anlamlar***

Anlamlar kavramı, beklenen ya da ani gelişen geçişe kişisel olarak biçilen değeri ve kişinin kendi hayatını etkileme düzeyini değerlendirmesini kapsamaktadır. Geçişe verilen anlamlar; pozitif, nötr ya da negatif olabilir. Geçiş gerektiren durum istenen ya da istenmeyen veya kişinin tercihinde olan ya da olmayan bir olay olabilir.

Kişinin yaşadığı geçişin anlamının farkında olması, yaşadıkları deneyiminin sağlık sonuçları üzerine etkisini anlamak için esastır. Yeni bilgi ve becerilerin geliştirilmesi için ihtiyaçların belirlenmesi ve bunların bilgi ve becerilerle birbirine geçmesi geçişin önemli unsurlarıdır. Kişinin geçiş deneyiminden ne beklediği ve geçiş ile baş etmek için hangi stratejilere gereksinim duyduğu, hazır oluşla ilişkilidir [3].

### ***Kültürel İnançlar ve Tutumlar***

Bireylerin sağlığı biyolojik, sosyoekonomik, kültürel ve yaşamsal faktörlerden etkilenmektedir. Rol beklentileri kültürün öngördüğü beklenen davranışlar kümesidir. Rol tanımları toplumsal rol beklentileri ile örtüştüğünde, geçişler daha az anlaşmazlık ya da psikososyal rahatsızlık ile gerçekleşmektedir. Rol tanımları ve değerleri toplum tarafından desteklenmediğinde ya da paylaşılmadığında rol geçişe ilişkin problemler ortaya çıkmaktadır [2,31]. Geçiş deneyimine stigma eklendiği zaman, deneyimi ile ilgili duyguların dışı vurumu utanç verici olabilmektedir [3]. İnsan hayatının en önemli geçiş evrelerinden biri de doğumlardır [1]. Bu önemli süreçte birçok inanç, adet, töre, tören, dini ve geleneksel uygulamalar bir araya gelerek geçişle ilgili buldukları kültürün beklentilerine ve kalıplarına uygun bir biçimde yönetmektedir [48]. Geçiş dönemlerinde bir araya gelen adetler, gelenekler, törenler ve töreler bir ülkenin ya da belirli bir yörenin geleneksel kültürünü yansıtmaktadır [49].

Doğum, çoğu zaman toplumda anne ve babaya duyulan saygıyı arttıran mutlu bir olay olarak kabul edilmektedir [50]. Çağlar boyunca doğuma ve doğum sonrası sürece bazı geçiş töreleri ve törenleri eşlik etmektedir. İnançlar ve gelenekler bireyleri gebelik öncesi dönemden başlayarak bazı kültürel adetlere inanmaya ve bu adetlerin gerektirdiği işlemleri yerine getirmeye zorlamaktadır. Anneliğe geçiş sürecinde olan bir gebenin bakımında toplumun kültürel yapısının, bireyin inanç, değer ve yargılarının farkında olunmalıdır. Bireyin rol geçişinin sosyo-kültürel, ekonomik ve çevresel birçok faktörün kümülatif etkisiyle oluştuğu, bireylerinin şu anki sağlık durumunun bir önceki dönemin bir sonucu, bir sonraki dönemin ise bir nedeni olduğu (yani bireylerin kültürden hem etkilenen hem de etkileyen olduğu) unutulmamalıdır [51,52].

### ***Sosyo-ekonomik Durum***

Geçiş deneyimini etkileyen en önemli değişkenlerden biri sosyo-ekonomik statüdür. Düşük sosyoekonomik statü bireylerin geçiş sürecinde zorlaştırıcı faktörlerden birisi olabilir. Kadınların psikolojik semptom yaşamaları sosyo-ekonomik durumlarından önemli derecede etkilenmektedir [36]. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan kadınlar daha fazla psikosomatik semptom yaşamaktadır [3]. Ayrıca sosyoekonomik durumun düşük olması PEMR gelişmesi için risk faktörüdür [53].

### ***Hazırlık ve Sahip Olunan Bilgi***

Geleceğe meydana gelen yeni role önceden yapılan hazırlık ve bireyin role ilişkin bilgiye sahip olması geçiş deneyimi için kolaylaştırıcı olurken, bireyin role hazırlıklı olmaması bu dönem için bir zorlaştırıcıdır. Rol geçişten önce rolün prova edilmesi bireyin role hazırlığında önemli uygulamalardan biridir. Anneliğe geçiş döneminde gebenin annelik rolünü gözlemlemesi, özellikle emzirme ve bebek

bakımı konularında gebenin role önceden hazırlanması pozitif sonuç göstergelerine ulaşmada önemlidir [36]. Eğer gebelik planlanmamışsa ya da annenin önceki gebeliğinden düşük veya hastalık öyküsü varsa, annelik kimliğinin geliştirilmesi yönündeki adımlara geçiş zorlaşmaktadır [3]. Annenin önceki gebeliğinde yaşadıkları ya da komplikasyonlu gebelik öyküsü şimdiki gebeliğindeki anneliğe geçiş sürecindeki hazırlığını etkileyeceği için geçmiş öykü mutlaka sorgulanmalıdır [10].

### **Topluluk Özellikleri**

Toplumsal kaynaklar da geçiş için kolaylaştırıcı ya da zorlaştırıcı olabilir. Anneliğe geçişteki toplumsal kolaylaştırıcılar aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Eş ya da aile tarafından verilen destek, özellikle kadının kendi annesi ya da hayatında çok önem verdiği bir başka kadın tarafından verilen destek
- Durumu ile ilgili sağlık personeli, kitaplar, eğitim grupları ve yazılı materyallerden elde edilen güvenilir bilgiler
- Etkin kaynakların önerileri
- Rol modeller
- Sorularına yanıt verilmesi

Annelik sürecinde sağlıklı bir geçiş için gebelik ve annelik konusunda güvenli olmayan kaynaklardan alınan destek zorlaştırıcı olabilir. Yetersiz destek, istenmeyen ya da olumsuz öneriler, güvenilir olmayan ya da çelişkili bilgi, basmakalıp olmaya zorlanma, çevredekilerden gelen olumsuz tutumlar, bireyselliğin göz ardı edilmesi ve genelleştirilmiş bakımı alma tehdidi anneliğe geçiş sürecindeki diğer zorlaştırıcılar olarak sayılabilir [3,27].

Normal bir gebelik sürecinde bir ailenin bütün üyeleri değişimi bir ölçüde yaşamaktadır. Bu değişimler bir birim olarak aileyi ve birbirleriyle olan ilişkilerini etkilemektedir. Ancak bir gebelik yüksek riski gebelik olduğunda aile de gelişimsel geçişin yanında sağlık/hastalık geçişi yaşamaktadır [20]. PEMR nedeniyle hastaneye yatışı yapılan bir gebe ve ailesi, sağlıklı bir gebenin anneliğe geçiş sürecinde yaşadığı stresten çok daha fazla stres yaşamaktadır. PEMR genellikle aniden gelişen, gebenin ve bebeğin sağlığı üzerindeki etkilerinin boyutu önceden tahmin edilemeyen bir yaşam krizidir. Yaşamı tehdit eden bu yaşam stresi anneliğe geçiş sürecinin olağan doğasını doğrudan etkilemektedir. PEMR'li bir gebenin anneliğe geçiş sürecinde yaşadığı stresin en aza indirilmesi sağlıklı bir geçişin olması için önemli bir hazırlıktır [3,20].

### **Toplum Özellikleri**

Büyük bir toplum geçiş için kolaylaştırıcı ya da zorlaştırıcı olabilir. Geçiş döneminde yaşanan olayının stigmatize edilmesi ve kalıplaşmış anlamlar yüklemeye eğilimi sağlıklı bir geçişi engelleyebilir. Kadın bedeni ile ilgili kültürel tutumlar ve deneyimler sağlıklı bir geçişteki diğer zorlaştırıcılardır [3].

Bireysel, topluluksal ve toplumsal özellikleri göz önünde bulundurduğumuzda, ulaşılabilen kaynaklar çerçevesinde PEMR'li bir gebenin anneliğe geçişindeki kolaylaştırıcı ve zorlaştırıcı olabilecek faktörler aşağıda sıralanmıştır (Tablo 2.1, Tablo 2.2).

**Tablo 2.1.** PEMR’li bir gebenin anneliğe geçişindeki bireysel, topluluksal ve toplumsal zorlaştırıcılar

<b>PEMR’e ilişkin zorlaştırıcılar</b>	<b>Kaynak</b>
Hastaneye yatış ve buna bağlı hastane stresörleri yaşama	Pamuk & Arslan 2009
Başkalarına bağımlı olma	Pamuk & Arslan 2009
Antibiyotik tedavisi	Kamalak ve diğ. 2011
Depresyon riski	Şahsivar & Marakoğlu 2010
Fiziksel sağlıkta bozulma	Şahsivar & Marakoğlu 2010
Psikolojik sağlıkta bozulma	Şahsivar & Marakoğlu 2010
Sosyal ilişkilerde bozulma	Şahsivar & Marakoğlu 2010
Yaşam kalitesinde bozulma	Şahsivar & Marakoğlu 2010
Yatak istirahati ve hidrasyon desteği	Kamalak ve diğ. 2011
Yatak istirahatına bağlı gebede hazımsızlık, kas güçsüzlüğü, baş ağrısı, görme işitme değişiklikleri, yorgunluk, konstipasyon, özofagial reflü gibi birçok fiziksel yakınma olması	Pamuk & Arslan 2009
Enfeksiyon riski	Kavlak ve diğ. 2010
Benlik saygısında azalma, yetersizlik, suçluluk duygusu	Pamuk & Arslan 2009
Preterm eylem riski	Ertekin ve diğ. 2009
Gebeliğin sonlanması ve bebeği kaybetme endişesi	Pamuk & Arslan 2009
<b>Anneliğe geçişteki zorlaştırıcılar</b>	<b>Kaynak</b>
İstenmeyen gebelik	Koyun ve diğ. 2011
Annelik hüznü	Koyun ve diğ. 2011
Postpartum depresyon	Koyun ve diğ. 2011
Postpartum psikoz	Koyun ve diğ. 2011
Yetersiz eş desteği	Mu 2004, Meleis 2010
Kayıp yaşayacağına dair beklentiler	Mu 2004
Fetüsün güvenliği ile ilgili kaygılar	Mu 2004
Geçmişteki olumsuz deneyimler	Sawyer 1999
Gebenin kendi anne ile olan olumsuz iletişimi	Sawyer 1999
Gebeliğe ilişkin negatif, basmakalıp yargılarla ve varsayımlarla uğraşmak	Sawyer 1999

**Tablo 2.2.** PEMR’li bir gebenin anneliğe geçişindeki bireysel, topluluksal ve toplumsal kolaylaştırıcılar

<b>Kolaylaştırıcılar</b>	<b>Kaynak</b>
Annelik rolünün tanımlanması	Mu 2004
Annelik rolünün taklit edilmesi	Mu 2004
Fetal olgunluğu beklerken öz-disiplini kullanması	Mu 2004
Koruyucu rolleri yeniden şekillendirmesi	Mu 2004
Eş ya da annenin sosyal desteğinin güçlü olması	Sawyer 1999
Sosyal ağların (web sitelerinin) olumlu tavsiyeleri	Sawyer 1999
Gebenin anne olmaya hazır oluşu	Sawyer 1999
Kendi geleceğine ve çocuklarının geleceğine dair hayal kurması	Sawyer 1999
Desteğe ve kaynaklara kolay ulaşım olması	Sawyer 1999
Toplum, aile ve arkadaşlarıyla iletişimi	Sawyer 1999



## **Yanıt Örüntüleri**

Meleis ve Trangenstein [24] geçiş sürecindeki bir bireyin geçirdiği aşamalar ve yaşadığı deneyimlerin hemşireliği ilgilendirdiğini belirtmiştir. Sağlıklı bir geçiş gelişim ve sonuç göstergeleri ile karakterizedir [3,10,27].

## **Gelişim Göstergeleri**

Geçiş süreçleri, geçişin meydana geldiği bilişsel, davranışsal ve kişilerarası süreçlerdir. Diğer bir ifade ile geçiş süresince neler olduğu ile açıklanabilir. Sağlıklı geçişlerde, bu süreçler bireysel olarak sağlık yönünde kayar, ancak sağlıksız geçişlerde süreç yine bireysel olarak incinme ve incinme riski yönünde ilerler. Çünkü, geçiş zaman içinde ortaya çıkmaktadır [27]. Gelişim göstergeleri geçişin herhangi bir noktada nasıl ilerlediğini gösteren ölçülebilir göstergelerdir. Bir gelişim göstergesi, yaşanmakta olan geçiş olayında bireyin iyilik halini anlık değerlendirmek için önemli bir durma-harekete geçme olarak düşünülebilir, yani geçişi yaşayan bireyin geçişteki ilerleme durumunu değerlendirir. Meleis “sonuçlar” yerine “gelişim göstergeleri”ni kullanmayı tercih etmektedir, çünkü geçiş tamamlanıncaya kadar süreç periyodik olarak değerlendirilmelidir, sadece sonuçta değerlendirmenin yeterli olmadığını belirtmektedir. Gelişim göstergeleri bağlanma hissi, etkileşim, konumlandırma, özgüven ve baş etme geliştirmeyi kapsamaktadır [3].

## **Bağlanma Hissi**

Hissetme ihtiyacı ve bağlı kalmak pek çok geçiş öyküsünde göze çarpan bir temadır. Geçiş sürecinde bireyin role ilişkin bağlanma yaşaması rolde yeterlilik kazanmasını ve esnek bütünleştirilmiş kimlik gelişimini pozitif yönde etkiler. Ayrıca bireyin sorularını yanıtlayan ve rahatını sağlayan sağlık personeline bağlanma hissi olumlu bir geçişin diğer göstergesidir [3]. Anneliğe geçişte fiziksel ve psikolojik olarak bağlanmaya hazır olmak, gebeliği ve bebeği kabul etmek bağlanmayı kolaylaştıran faktörler arasındadır [54,55]. Bağlanma kavramı tanışma, sahiplenme ve bağlanma sürecinde gelişmektedir. Tanışma, tüm insan ilişkilerinin temelidir ve bağlanma sürecinin ilk adımıdır. Bu evre doğumdan sonraki ilk 48 saati kapsar [56]. Bu evrede zamanın büyük çoğunluğu karşılıklı bakışma ile geçer. Anne bebeğiyle, bebek de anne/babasıyla göz göze temas kurmaya çalışır. Anne/babalar bebeklerine sistematik olarak dokunarak bebeklerini keşfetmeye çalışırlar. Bu evrede anne/babalar bebekleri hakkında genel duygu ve düşünceler geliştirirler [56,57]. “Sahiplenme Evresi” doğum sonrası üçüncü günde başlar ve altı haftaya kadar sürer. Annelik rolünün benimsendiği bu evrede, bebeğe ismi ya da cinsiyeti ile (oğlum, kızım gibi) hitap edilir [56]. Aileler bebekleri ile yakınlık kurarlar, sözel ve sözel olmayan, genel pozitif duygular karşılıklı olarak yansıtılır. Anne/babalar bu evrede bebeğin temel gereksinimlerine verdiği yanıtları öğrenir ve zaman içinde doğru olarak yorumlarlar [58]. Karşılıklı ilişki ve uyumun başarılması ile dayanıklı bağların gelişimine doğru ilerlenmiş olur [57,59]. Doğumdan sonraki altı-sekiz haftayı kapsayan evre bağlanma evresidir. Anne/baba ve bebek arasında karşılıklı ilişki ve uyum belirgindir. Anne/baba, bebeklerinin bakımında yeterli hale gelmiştir. Anne/baba ve bebek arasındaki sevgi ve derin bağlanma duygusu tamamen oluşmuştur [56,59].

### ***Etkileşim***

Etkileşim yoluyla geçişin anlamı ve geçişe yanıtta geliştirilen davranışlar açık, anlaşılır ve kabul edilir olmaktadır. Geçiş sürecinde etkileşim yoluyla bakım alıcı (gebe) ve bakım verici (hemşire) arasındaki çift yönlü ilişki etkili ve uyum içinde olmalıdır [3].

### ***Yer ve Konum***

Konum bir yerden başka bir yere tek yönlü yer değişimini ifade etmektedir. Yeni anlamlar ve algılar yüklemek geçişin tipik bir özelliğidir. Bireyin yeni rolü zihninde şekillendirmesi, bir yere oturtmasıdır [3].

### ***Özgüven ve Baş Etmenin Gelişmesi***

Geçiş sürecinin doğasını yansıtan diğer bir boyut ise, geçişi deneyimleyen bireyin katılımıyla özgüven düzeyindeki artıştır. Güveni ortaya koyma ve geliştirme boyutu, geçiş yörüngesinde bir noktadan başka bir noktaya doğru ilerler. Güven geliştirme ile baş etme davranışları birbiriyle paralel olarak ilerler [3,27].

### ***Sonuç Göstergeleri***

2 çeşit sonuç göstergesi analizler sonucunda değerlendirilmiştir: (1) Geçiş yönetmek için ihtiyaç duyulan yeni becerilerde ustalık ve (2) değişken bütünleştirici kimlik geliştirmedir. Bu sonuçların seviyesi geçiş deneyiminin yaşam kalitesine etkisini yansıtabilir [3].

### ***Yeterlilik***

Yeni durum ve çevreyi kontrol etmek için gereken beceri ve davranışlarda yeterlilik göstermektir. Kişi geçmişte öğrendikleri ile yeni duruma geçtiği zaman yeni durumda öğrendiklerini harmanlamakta, bir araya getirmektedir [3,27]. Yeterlilik, bir şeyi başarılı, etkili ve yeterli olarak yapmak için gereken yetenek olarak tanımlanmaktadır. Bireyin yeni edinilen rolde kendini yeterli görmesi rol geçişin başarı ile sonuçlandığını göstermektedir [3]. PEMR’li bir gebe geçmişte edindiği anne imajı ile kendi deneyimlerini birleştirerek yeni bir kimlik içerisine bürünecektir. Ayrıca, zamanla bebek bakımı ve annelik rolleri konusunda yeterlilik gösterecektir [20]. Bebeğinin ihtiyaçlarını karşılayan, sorumluluklarının bilincinde olan ve onları yerine getiren, annelik göreviyle başa çıkmada kendine güvenen bir kadın, rolde yeterlilik göstermiş demektir [60,61].

### ***Esnek Bütünleştirilmiş (Uyumlandırılabilir) Kimlik Gelişimi***

Meleis [3] sağlık çalışanlarının bireylerin sağlığını kapsamlı bir şekilde değerlendirme ve girişimlere yönelik doğru karar vermesi gerektiğini belirtmiştir. Kadınların çoklu rollerini sosyal, ekonomik, politik ve kültürel baskı ve kısıtlamalara rağmen nasıl entegre ettiklerini iyi anlamaları gerekmektedir [3,27]. Kadınların rollerinin anlaşılması, sağlık ve hastalık durumunda yaşadıkları örtük deneyimlerin, çoklu rollerinin ve kadının sağlık düzeyinin doğru belirlenmesi için oldukça önemlidir [27]. Geçiş deneyimi stabil olmaktan çok dinamik, statik olmaktan çok değişken bir kimlikle karakterizedir. PEMR’li gebelerde gelişimsel, durumsal ve sağlık-hastalık geçişinin birlikte görüldüğü anneliğe çoklu geçiş süreci, bütünleştirici

kimlik gelişimini etkilemektedir [20]. Edinilen annelik kimliği sürekli kendini yenileyen ve ilerleyici bir kimlik olacaktır [2]. Esnek bütünleştirilmiş kimlik gelişimi tanımlanabilir bir role sahip olmak demektir (örneğin ben prematur bir bebeğin annesiyim, bunun ne demek olduğunu ve ne yapmam gerektiğini biliyorum). Ayrıca tanımlanabilir yeni rol kazanımının yanı sıra, eski rolleri de rahat bir şekilde sürdürmek demektir (ayrıca diğer çocuklarımda da annesiyim, bir öğretmenim, bir eşim, bir evladım). Bu bir rolün kişinin bütün hayatını kaplamaması ve diğer bütün rollerinin önüne geçmemesi gerektiği anlamına gelmektedir. Bütün rollerin uyum içinde bütünleştirilmesi gerekir ve birey her zaman yeni rollere açık, bu konuda esnek olmalıdır [3,27].

### **Fiziksel, Psikolojik, Sosyal ve Spiritüel Hemşirelik Bakımı (Nursing Therapeutics)**

Yaşam boyunca insanların hayatında çeşitli değişimlerin olması kaçınılmazdır. Bireyler yaşam sürecinde farklı geçiş durumları ile baş ederek ve kişisel kaynaklarını kapsamlı bir şekilde kullanmak mecburiyetinde kalarak pek çok aşamadan geçmektedir [27]. Meleis [3] hemşirenin en önemli görevinin hayatı boyunca çeşitli geçişler yaşayan bireylere bu süreçte yardım etmek, sağlıklı geçişleri sağlamak ve sağlıksız geçişleri en aza indirmek olduğunu belirtmektedir. Geçiş kavramı bireyin fiziksel ve psikolojik iyiliği üzerine etkili olduğu için direk hemşireliğin ilgi alanına girmektedir [24]. Hemşireler bireylere, ailelere ve toplumlara geçiş sürecinde geçişe olumlu yanıt verilmesini sağlayarak, semptomları iyileştirerek, sağlık ve iyiliği geliştirerek ve öz bakım aktivitelerini destekleyerek geçiş ile baş etmeleri konusunda yardım etmektedir [32]. Sağlık iyilik ile eşittir, sistemin denge ve bütünlük içerisinde olması, bireyin kullandığı enerjiden daha fazlasını üretmesini sağlayan tüm parçaların ve alt parçalarının denge içerisinde çalışması olarak tanımlanmaktadır [3]. Geçiş sürecine giren bireylerin sağlık ve iyilik hallerini etkileyebilecek incinme risklerinin olması bu alanın sosyal bakım ve hemşirelik açısından mantıksal olarak neden önemli olduğunu açıklamaktadır [85]. Geçişler genellikle bireylerin yeni bilgi, beceri, tutum kazanmalarını ve sosyal bağlamda kendilerini yeniden tanımlamalarını gerektirir [11,24]. Yaşanan geçiş sürecini anlamak, bireyin ihtiyaçlarını ve karşılaşılabileceği riskleri belirlemek ve iyilik halini yükseltmeye yönelik etkili girişimleri planlamak hemşirelerin mücadele etmesi gereken durumlardır [3]. Sağlık/hastalık (akut ya da kronik) geçişleri, durumsal ve gelişimsel geçişler bir dizi önemli rol değişikliklerini başlatır. Rollerdeki değişimler, bazı rollerin kaybı ve yeni roller edinilmesi hemşireler için önemlidir [24].

Fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel hemşirelik bakımında amaç sağlıklı bir geçiş sürecini kolaylaştırmak, sağlıksız geçişleri azaltmak ve olumlu süreç göstergelerini desteklemektir [3]. Meleis geçiş sürecinde yapılacak olan fiziksel, psikolojik ve spiritüel hemşirelik girişimlerini üç hemşirelik ölçüsü ile belirlemiştir. İlk ölçü, bireyin karşılıklı anlaşılmasını ve multidisipliner çabayı gerektiren, hazır oluş durumunun değerlendirilmesidir. Hazır oluşun değerlendirilmesi, klinisyen ve araştırmacıya her bir koşul için bireyin yarattığı profili ve geçiş deneyiminin özelliklerini tanımlamaya imkan sağlamayı içermelidir [27].

Hemşirelik literatüründe geçişin terapötik kavramının ikinci ölçüsü olarak “hazırlık” gelmektedir. Geçiş için optimal koşulların hazırlanmasında eğitim birincil yöntemdir. Yeni becerilerin uygulamaya konulması ve yeni sorumlulukların üstlenilmesi için yapılacak olan hazırlık, yeterli zamanı gerektirir. Bireyi geçişe hazırlamak için özel ortamlara ihtiyaç vardır, çevre düzenlenmesi yapılmalıdır [3,27]. Gebenin yaşadığı stresi azaltmak için gebeye stresle baş etme eğitimi verilmeli, solunum, gevşeme ve relaksasyon egzersizleri öğretilmeli ve baş etme yöntemlerini günlük yaşamına entegre etmesi sağlanmalıdır [62].

Geçişte terapötik hemşirelik kavramının üçüncü ölçüsü ise Meleis tarafından teorik ve deneysel olarak incelenmiş olan “rol desteği”dir [27]. Rol desteği sağlıklı bir geçişi geliştirmek için kullanılmaktadır ve klinikte kullanılan pek çok hemşirelik stratejilerinden biridir. Meleis 1960’larda iyileşmenin rolleri de kapsadığını fark edince, sağlıklı sonuçlarına ulaşmak için geçişteki roller ile baş edilmek amacıyla bir program tasarlamıştır. Bu program geçiş sürecinde farklı rol beklentilerini açıklamak, iyileşme sürecinde ve sonrası yeni ve eski rollere adaptasyonu sağlamak, diğer insanları yeni rollere uyuma davet etmek ve sağlıklı rol sonuçlarına ulaşmak için hemşireler tarafından bireylere fırsat verilmesini sağlamıştır. Meleis bu projeye rol desteğinin hemşirelik bilgi ve girişimlerinin kullanıldığı önemli bir alan olduğunu anlamıştır. Rol desteği rolü açıklama, rol alma ve rol provayı içerir. Hem koruyucu hem de iyileştiricidir. İnsanlar gelişmek için yeni rol ve kimliklerini anlamaya ihtiyaçları vardır, hemşireler bu süreçte empatik olarak rollerini açıklamaya yardım edebilirler. Bu süreçte insanların kendileri ile benzer deneyimler yaşayan diğer bireyleri izlemek ve onlarla konuşmak gelişimsel geçiş sürecinde oldukça yardımcı olabilir [3].

## **2.2. Erken Membran Rüptürü**

### **2.2.1. Erken Membran Rüptürünün Tanımı**

Erken membran rüptürü (EMR), gestasyonel yaş göz önünde bulundurulmaksızın korioamniotik membranların doğum eyleminin başlangıcından önce yırtılması ve bir saatten fazla akması şeklinde tanımlanır [63]. Otuz yedinci gebelik haftasından önce membranların rüptüre olmasına Preterm erken membran rüptürü (PEMR) [64], membran açıldığı halde doğum eyleminin başlamamasına uzamış EMR denir [13,17,64].

### **2.2.2. Erken Membran Rüptürünün İnsidansı**

EMR insidansı %3-18.5 arasında değişmektedir ve tüm preterm doğumların %30’u EMR ile ilişkilidir [13]. Terme doğru membranlarda giderek azalan kollajen içeriği de rüptürü kolaylaştırır [14]. Pek çok çalışmada gebelik haftasının, yeni doğanın morbidite ve mortalitesini önemli derecede etkilediği gösterilmiştir [14-17]. Doğum haftasının erken olmasına bağlı yenidoğanın akciğer maturasyonunda yetersizlik ve hipotermi riskinin yanı sıra, EMR’den sonra görülen koryoamniyonitise bağlı yenidoğan sepsisi de yenidoğanın yaşamını tehdit eden önemli sorunlar arasında yer almaktadır [18]. PEMR olgularının %50-60’ının konservatif tedaviye rağmen bir hafta içinde doğumla sonlandığı ve bu olguların %13-60’ında koryoamniyonitis geliştiği bildirilmektedir [19].

### 2.2.3. Erken Membran Rüptürünün Fizyopatolojisi

Erken membran rüptürü intraamniyotik basınç arttığı ya da kollajen metabolizmasında değişiklik sonucu bölgesel zayıflık olduğu zaman görülür [65]. Kollajen yıkımı ile amniyokoryon ekstraselüler matriste zayıflama olması EMR'ye zemin hazırlayan en yaygın faktördür. Endojen ve egzogen faktörler kollajen yıkımını aktive etmektedir. Endojen faktörler membran kalınlığındaki bölgesel değişiklikleri ve kollajen içeriğindeki azalmayı, dışsal faktörler ise bakteriyel metabolizmayı ve maternal ya da fetal konak inflamatuvar yanıtı içermektedir [66]. Çok bakteri varsa, bakterial proteaz ve kollajenler üretilir. Bu enzimler nötrofillerin inflamatuvar yanıtına ek olarak membranların kollajen içeriğini azaltırlar, böylece membranların elastikiyeti ve gücünde bölgesel olarak azalma ortaya çıkar. Bakterial protozoalar prostoglandin salınımını da aktive eder. Membranlardaki aktivite mitotik büyüme ile 28. gebelik haftasına kadar devam eder ve sonra gerilemeye başlar. Amnion koryona göre daha fazla gerilme kuvvetine sahiptir [65]. Ancak gebelik ilerledikçe, biyokimyasal ve biyofiziksel değişikliklere bağlı olarak membranlarda zayıflama meydana gelir. Kollajen miktarı azalır. Membranların rüptüründe temel mekanizma nedeni ne olursa olsun membranların yapısındaki kollajen miktarının azalmasıdır [17]. PEMR'de amniyotik sıvıda bakteriyel koloniler saptansa da, bunlar ne insan kollajen yapısını bozmak için spesifik, ne de yeterli miktarda üretilmektedir. Bakteriler tarafından zayıflatılan membranların daha da zayıflamasında ve yırtılmasında asıl önemli olan faktörün, membran matrisine spesifik enzimin (matrix metalloproteinases, MMPs) enfeksiyondan kaynaklanarak salınımında artış olmasıdır [66].

### 2.2.4. Erken Membran Rüptürünün Nedenleri

Membran rüptürüne neden olan pek çok etken olabilir [67]. Membran enfeksiyonları, aşırı gerilmiş uterus (hidroamnios, çoğul gebelik nedeniyle), yetersiz serviks, amniosentez ya da servikal serklaj girişimleri, plasenta ayrılması, karına ve uterusa künt travma bu nedenler arasında sayılabilir [17,68].

#### a) *Enfeksiyon*

EMR'nin en önemli nedeni membranları zayıflatan lokal enfeksiyondur ve annenin de fetusun de hayatını tehdit eder [53]. EMR'de sorumlu tutulan mikroorganizmalar; grup B streptokoklar, neissera gonorhea, bakteroides türleri, trichomonas vaginalis, chlamidia trachomatis ve mikoplazmadır [17]. EMR değerlendirilmesi yapılan tüm kadınlardan vajinal kültür alınmalıdır [67]. Arhan [53] B grubu streptokoklar için serviks kültürü ve vajinal muayenenin 3. Trimesterin başında yapılması gerektiğini belirtmektedir. EMR ile ilişkili vitamin ve mineral eksiklikleri ise vitamin C, çinko ve bakır eksikliğidir. Gebelik sırasında sigara kullanımı ve düşük sosyoekonomik statü de EMR riskini artırmaktadır. Ayrıca bir önceki gebelikte EMR hikayesi olması da risk faktörlerindedir. Bir önceki gebelikte EMR olan gebelerin tekrarlama oranı %21'dir [17].

#### b) *Vajinal pH*

Erken membran rüptürü ile ilişkili görülen N. Gonore, B grubu streptokoklar ve anaeroblar vajina pH'ını yükseltirler. Yapılan çalışmalarda vajinal pH 4.54'den

yüksek olduğunda EMR riskinin pH 4.54 veya daha düşük olduğu duruma göre arttığı bildirilmiştir [69,70].

**c) Beslenme Bozuklukları**

Anormal kollojen yapısına yol açan beslenme bozuklukları EMR ile ilişkili bulunmuştur. Fibriller kollojenin sağlamlığından sorumlu çapraz bağ oluşumunda ilk basamak prolin ve lizin bölgelerinin hidroksilasyonudur. Prolil hidroksilizin tarafında katalizlenen bu basamakta vitamin C'ye ihtiyaç vardır. Hidroksilasyon sonrası kurulan çapraz bağların oluşumundan sorumlu olan lizil oksidaz ise bakır bağımlı bir enzimdir. PEMR olgularında maternal askorbik asit ve bakır seviyeleri kontrollerden düşük bulunmuştur. Sonuçta kötü beslenme kollojen çapraz bağlarını bozarak EMR riskini artırmaktadır [13,71].

**d) Uterusun Aşırı Gerilmesi**

Uterusun polihidroamnios ve çoğul gebeliğe bağlı aşırı gerilmesi EMR riskini artırır [17]. Ayrıca serviks yetersizliği gibi fizyolojik anomaliler ya da enfeksiyon öyküsü de Preterm erken membran rüptürüyle ilişkili olabilir [72].

**e) Hormonlar**

Prolaktin EMR'li hastaların membranlarında önemli ölçüde yüksek bulunmuştur. Amniyon sıvısında yüksek prolaktin düzeyleri membranların su ve elektrolit miktarında değişiklik yapmakta ve elastikyetini bozmaktadır [73].

**f) Sigara**

Sigara içen kadınlarda EMR ve PEMR daha sık görülür. Bu, doza bağımlı olmakta; günde on veya daha fazla sigara içenlerde risk artmaktadır [17]. Sigara kullanımı serum askorbik asit seviyesini düşürmektedir. Sigara ayrıca immüniteyi bozarak enfeksiyona karşı cevabı azaltır. Nikotin arterlerde vazokonstriksiyona neden olarak desidua iskemisi oluşturur. EMR 34. gebelik haftasından önce sigara içenlerde içmeyenlere göre üç kat daha fazladır [13,19].

**g) Servikal Yetmezlik**

Servikal yetmezlik mevcudiyetinde membranlar daha fazla vajinal bakteri ile temas eder. Bu da enfeksiyon ve EMR riskini artırır. Özellikle geç dönemde yapılan serklajda EMR ve korioamnionitis riski artmaktadır [74]. İkinci trimesterde transvajinal ultrason ile ölçülen serviks uzunluğunun 25 mm veya daha kısa olması preterm doğum ve EMR ile ilişkili bulunmuştur [13,64].

**ı) Koitus**

Koitus ile EMR ve PEMR riskinde artış olmakla birlikte yapılan çalışmalarda kesin bir sebep sonuç ilişkisi gösterilememiştir [13,64,75].

**k) Diğer**

Düşük sosyoekonomik durum, gebelikte vajinal kanama, amniosentez, daha önceki gebeliklerinde EMR öyküsü, EMR' nin diğer risk faktörleridir [17].

### 2.2.5. Erken Membran Ruptürünün Tanılanması

PEMR tanısı klinik şüphe, hasta öyküsü ve basit testlere göre konulmaktadır [63]. EMR vakalarında sıklıkla karşılaşılan durum aniden oluşan devamlı ya da aralıklı, az ya da çok miktarda vajenden sıvı gelmesidir. Sadece anamnez ile tanı koymak çok kolay değildir [17], ancak PEMR tanısının yaklaşık %90'ı hasta öyküsü yardımı ile konulmaktadır, bu nedenle hasta öyküsü göz ardı edilmemelidir [63]. Hasta öyküsünün alınmasının yanı sıra, steril spekulum muayenesi, servikal kanaldan sıvı geçişinin olduğunun gözlenmesi, valsalva manevrasının yaptırılması ve nitrazin testi uygulamaları yapılarak teşhis konulmalıdır [17,76].

Ayrıcı tanıda; idrar kaçırma, servikal dilatasyona bağlı kanlı mukus tıkaçının atılması ve enfeksiyon düşünülmelidir. Steril spekulum muayenesi yapılmalıdır. Steril spekulum muayenesi; servikal dilatasyon ve silinmenin değerlendirilmesi yanında servisit ve umbilikal kord prolapsusunun değerlendirilmesine de olanak sağlamaktadır [67]. Spekulum muayenesinde; serviksten sıvı akışının izlenmesi veya posterior fornikte sıvı göllenmesi, fern testi, nitrazin testi gibi geleneksel metodlar ile EMR tanısı konulmaya çalışılmalıdır [63,67]. Simhan ve Canavan [63] ferning testinin posterior forniks ya da orta vajinadan sıvı örneği alınarak yapılması gerektiğini belirtmektedir. Servikal mukus ile kontaminasyon yalancı pozitif sonuca neden olabilir, bu nedenle sürüntü 10 dakika kurutulmalıdır [63]. Ayrıca, normalde vajen sıvısında olmayan Diamin oksidaz'ın tespit edilmesi de tanı koydurucu unsurlardandır. Geleneksel metodlar ile PEMR tanısı büyük oranda konulabilmesine rağmen bazı olgularda tanı kesinleştirilememektedir. Bu gibi durumlarda amniyoinfüzyon şeklinde verilecek 100-200 ml Hartman solüsyonu veya indigocarmine boyasının (9 ml izotonik solüsyon içersinde 1 ml boya ) vajenden çıkışının izlenmesi membran rüptürü tanısını koydurur [64]. EMR tanısı konulan olgularda ultrasonografi yapılarak oligohidroamnios varlığı doğrulanmalı, fetusun prezentasyon şekli ve gestasyon yaşı belirlenmelidir. Maternal ve ya fetal bir sebebe bağlı acil doğum ihtiyacı varlığı ekarte edilmelidir. Eğer doğum eylemi başlamıyorsa; doğum eylemi, enfeksiyon ve fetal tehlike açısından yakın takip gerekmektedir [77].

Özetle; National Guidelines Clearinghouse'ın (NGC) [Premature rupture of membranes. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); [78] isimli kaynağı referans alarak oluşturduğu rehberde göre tanılama yapılması önerilenler aşağıdaki gibidir.

- Öykü alma ve steril spekulum muayenesi ile servikal kanaldan sıvı geçişinin olduğunun gözlenmesini içeren fizik muayene
- Amniyotik sıvı volümünün ultrasonla değerlendirilmesi
- Indigo karmin boya kullanılarak ultrason eşliğinde vajinaya mavi sıvı geçişi olduğunun gözlenmesi
- Fetal iyilik, prezentasyon ve gestasyonel yaşı değerlendirilmesi
- Fetal iyiliği değerlendirmek için fetal kalp hızı monitorizasyonu ve non stres test yapılması

### 2.2.6. Erken Membran Ruptürünün Maternal Etkileri

EMR'nin istenmeyen etkileri; ablasio plasenta, aşırı kollajen yıkımı (ya da membran kollajen içeriğinde azalma), lokalize membran defektleri, aşırı membran gerilmesi, uterusun aşırı distansiyonu, olgunlaşmamış amniyotik hücre ölümü ve koryodesidual enfeksiyonlar olarak belirtilmiştir [63]. EMR'nin en sık karşılaşılan komplikasyonu enfeksiyondur [17]. Koriyoamniyonitis geliştiğinde yapılacak en iyi şey eylemi durdurmaya ve gebeliği uzatmaya çalışmak yerine, bebeğin bir an önce doğurtulmasıdır [13,79]. Annede koriyoamniyonitis geliştiğini gösteren bulgular; (1) Ateş-annenin vücut ısısı her 4 saatte bir kontrol edilmelidir. (2) Maternal lökosit-günlük lökosit sayımı yapılmalıdır. Beyaz kürede ya da nötrofilde artış olması amniyotik enfeksiyon varlığını gösterebilir. (3) Uterin hassasiyet- her 4 saatte bir kontrol edilmelidir. (4) Taşikardi- anne nabzının >100 olması ya da fetal kalp hızının >160 olması şüphelendiricidir. (5) Kötü kokulu amniyotik sıvı [79]. Enfeksiyon zamanında tedavi edilmezse septisemi ve ölüme yol açabilir. Intraamniyotik enfeksiyon gelişirse, postpartum dönemde endometritis gibi enfeksiyonlar sık olarak ortaya çıkar ve sezaryen ile doğum sonrasında prevelans daha da artar [65]. Uzamış term EMR'li gebeler de enfeksiyon riski altında olmakla beraber, diğer bir problem de preterm eylemdir. Latent fazın uzaması ile birlikte enfeksiyon riski artmaktadır. 24. Gebelik haftasından sonra oluşan EMR'lerde klinik koriyoamniyonit %10-20, postpartum enfeksiyon ise %12 oranında görülür. Sezaryen ile doğuma yol açan malprezentasyon da PEMR olan olgularda sık görülür. Plasenta dekolmanı da tüm PEMR olguların % 4-12'sinde görülür. Fetal viabilite öncesi oluşan midtrimester EMR'lerde ise koriyoamniyonit %39, endometrit %14, plasenta dekolmanı %3, postpartum kanama ve plasenta retansiyonu %12 oranında görülmektedir. Nadirde olsa hastaların % 0,8'inde maternal sepsis riski ve sepsise bağlı anne ölümleri görülebilir [17]. Ananth ve arkadaşları [80] PEMR'li gebelerde plasentalarının erken ayrılma oranını %2.9, membranları rüptüre olmamış gebelerde ise %0.8 olarak saptamıştır.

### 2.2.7. Erken Membran Ruptürünün Fetal Etkileri

PEMR %20-50 oranında erken doğumla ilişkili olduğu için prematürüteden kaynaklanan neonatal sonuçlardan da sorumludur. 20-24. gebelik haftaları arasında oluşan EMR'lerde postnatal ölüm hızı %50-70, 24- 26. gebelik haftaları arasında oluşanlarda ise %35-50 olmaktadır. İkinci trimester EMR olgularında intrauterin hipoksi, kord kompresyonu, enfeksiyon, fetal pulmoner hipoplazi, oligohidroamniosa sekonder yüz ve ekstremiteler ve neonatal sepsis riski (on kat) artmıştır [14].

26. gebelik haftasından sonra oluşan PEMR'lerde yaşatılabilirliği ve postnatal morbiditeyi etkileyen faktörler prematürüte, nörolojik hasar, pulmoner hipoplazi ve yenidoğan enfeksiyonlarıdır. Yenidoğanın yaşam süresi 26-29. gebelik haftaları arasında %75'lerde iken 30. gebelik haftasından sonra %90'lara çıkmaktadır. PEMR'lerde pulmoner hipoplaziye bağlı respiratuar distres sendromu (RDS) 24-29. gebelik haftalarında yenidoğanların %10-15'inde görülürken, 30-32. gebelik haftaları arasında %10'un altına düşmektedir [13].



24-29. gebelik haftaları arasında doğan PEMR'li olgularda membranları sağlam olan preterm doğumlardan 6 kat daha fazla nörolojik gelişim geriliği görülür [18]. Bu sonuçtan intraventriküler hemoraji ve periventriküler kanamalar sorumlu tutulmaktadır. Yukarıdaki komplikasyonların görülme sıklığını etkileyen en önemli faktör ise konjenital enfeksiyonlardır. Başka bir çalışmada, 33. gebelik haftasından önce olan doğumlardaki mortalite hızı enfeksiyon olan grupta %33 iken, enfeksiyon olmayan grupta %17'lere inmektedir. Konjenital enfeksiyonun periventriküler lökomalaziye arttırdığı bulunmuştur. Enfekte amniyonun intrauterin dönemde fetus tarafından aspirasyonu postnatal pnömoni, respiratuar distres sendromu ve neonatal sepsis ile ilişkili bulunmuştur [18,75]. Preterm eylemlerin yaklaşık %30-40'ı PEMR'den kaynaklanmaktadır. Neonatal mortalitenin %60'ına, bebekte kalıcı nörolojik hasarların %80'ine sebep olan preterm eylem, baş edilmesi gereken uluslar arası bir sorundur [66].

Term EMR olan gebelerin %80'i ilk 24 saatte, %90'ı ilk 48 saatte spontan doğum eylemine girerken %5-10'u 72 saat geçmesine rağmen spontan doğum eylemine girmez. Latent faz 24 saati aştığı zaman fetomaternal enfeksiyon, 72 saati aştığında ise perinatal mortalite riski artmaktadır [17].

#### **2.2.8. Erken Membran Rüptürünün Tedavisi**

EMR' ye yaklaşımın takip ve doğum olmak üzere iki önemli bileşeni vardır [53]. Fetal matürasyonun tamamlandığı gebeler, enfeksiyon, ablasyo plasenta, kordon prolapsusu ve fetal distres açısından günlük takibe alınmalıdır. Pulmoner matürasyonun tamamlandığı ya da koryodesidual enfeksiyonun geliştiği gebelerde doğum eylemi başlatılmalıdır [70]. Kortikosteroid 24. gebelik haftasından sonra verildiğinde fetal akciğerlerde sürfaktan salgısını artırmaktadır. Rutin klinik uygulamada 24-32. gebelik haftaları arasında PEMR görülürse, kortikosteroid kullanılmaktadır [18]. En sık kullanılan ve etkili bulunan tedavi protokolleri tek başına ampisilin-sulbaktam, ampisilin-klavulonik asit ya da kombine olarak ampisilineritromisindir [75].

#### **National Guideline Clearinghouse' un önerisine göre PEMR'nin tedavisinde A düzeyinde iyi kanıt uygulamaları**

- Termde olan PEMR'li gebelerde koriyoamniyonitis riskini azaltmak için doğumu indüklemek amacı ile oksitosin infüzyonu uygulamak
- Gebeliğin 32. haftasından önce PEMR görülen gebeleri, 33. hafta tamamlanıncaya kadar dikkatlice izlemek
- PEMR tanıldıktan sonra enfeksiyon ve neonatal morbiditeyi önlemek için, ilk 48 saat ampisilin ve eritromisin, takip eden 5 günden sonra amoksisilin ve eritromisin tedavisi uygulamak
- PEMR tanısı alan ve sağlıklı bir fetüsü olan gebelerde B grubu streptokok üremesi ve bebeğe ventrikal geçiş ihtimaline karşın intrapartum kemoprofilaksi uygulamak
- Gebeliğin 32. haftasından önce PEMR tanısı alan gebelerde, bebekte erken doğum ile gelişebilecek respiratuar distres sendromu riski, perinatal mortalite ve diğer morbiditeleri önlemek için antenatal kortikosteroid başlamak

**National Guideline Clearinghouse' un önerisine göre PEMR'nin tedavisinde değişken ve sınırlı, B düzeyi kanıt uygulamaları**

- Gestasyonel hafta 34 ve üzerindeyken PEMR oluştuysa doğumu gerçekleştirmek
- Fetal akciğer matürasyonu doğrulanmış ise 32-33. haftalarda doğumu indüksiyonla gerçekleştirmek
- Gebe aktif doğumda değil ya da doğumun yakında gerçekleşme olasılığı yüksek değilse servikal muayeneden kaçınmak

**National Guideline Clearinghouse' un önerisine göre PEMR'nin tedavisinde üzerinde uzlaşma ve uzman görüşü olan C düzeyi kanıt uygulamaları**

- Tokolitik tedavi yapılmasına ya da yapılmamasına yönelik özellikli bir öneri yapılmamaktadır
- 32-33. haftaları tamamlayan gebelerin bebeklerinde kortikosteroid kullanımının mevcut kanıtlarla açıklanmamıştır, fakat kesin akciğer matürasyonu belirlenmemişse tedavi yararlı olabilir.
- PEMR tanısı alan ve canlı bir fetusu olan kadınların tedavisinin evde yönetiminin güvenilirliği kanıtlanmamıştır.

**Tablo 2.3.** National Guideline Clearinghouse' a göre PEMR'in kronolojik olarak yönetimi

<i>Gestasyonel hafta</i>	<i>Yönetimi</i>
Term (37 hafta ve sonrası)	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Doğumu başlatmak, indüksiyon uygulamak, prostoglandin E<sub>2</sub> (PGE<sub>2</sub>) uygulamak</li><li>➤ B Grubu Streptokoka karşı profilaksi uygulamak</li></ul>
Terme yakın (34-36. haftanın tamamlanması)	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Doğumu başlatmak, indüksiyon uygulamak</li><li>➤ B Grubu Streptokoka karşı profilaksi uygulamak</li></ul>
Preterm (32-33. haftanın tamamlanması)	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Fetal akciğer olgunluğa erişinceye kadar gebenin yönetimi</li><li>➤ B Grubu Streptokoka karşı profilaksi uygulamak</li><li>➤ Kortikosteroid kullanımı (uzlaşma yok, ancak bazı uzmanlar öneriyor)</li><li>➤ Hiç bir kontrendikasyon yoksa antibiyotik uygulamak</li></ul>
Preterm (24-31. haftanın tamamlanması)	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Gebenin izlemi</li><li>➤ B Grubu Streptokoka karşı profilaksi uygulamak</li><li>➤ Tek doz kortikosteroid uygulamak</li><li>➤ Tokolitik tedavi (bir uzlaşma yok)</li><li>➤ Hiç bir kontrendikasyon yoksa antibiyotik uygulamak</li></ul>
24 haftanın altı	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Hasta danışmanlığı</li><li>➤ Gebenin yönetimi ya da doğumun indüklenmesi</li><li>➤ B Grubu Streptokoka karşı profilaksi önerilmemektedir</li><li>➤ Kortikosteroidler önerilmemektedir</li></ul> <p>Gebeliği uzatmada antibiyotiklerin etkinliği ile ilgili yeterli bilgi yoktur</p>

### **2.2.9. Erken Membran Ruptürü Olan Gebenin Hemşirelik Bakım Yönetimi**

Genellikle gebenin acil servise başvurması ile kliniğe yatışı yapıldığı için, gebeye mutlaka sakin olması ve soğukkanlılığını koruması konusunda bilgi verilmelidir [72]. Öncelikle dikkat edilmesi gereken konu gebenin enfeksiyon risk düzeyini belirlemek, gebeyi koriyoamniyonitisten korumak ve enfeksiyon varlığında gerekli tedaviyi uygulamaktır [14]. Membran ruptürünün süresi, vajinal muayene ve gelen sıvının miktarı enfeksiyon açısından dikkat edilmesi gereken değişkenlerdir [81].

İlk değerlendirmede hasta öyküsü oldukça önemlidir. Gestasyonel yaş, çoğul gebelik, geçmiş gebelik/doğum öyküsü, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü, enfeksiyon belirti ve bulguları mutlaka sorgulanmalıdır [72,81]. Kesin tanının konulmasında steril spekulum muayenesi oldukça önemlidir, ayrıca hemşire tarafından vajinal sıvının alkalin olup olmadığını belirlemek için nitrazinli kağıt testi yapılmalıdır [72,81]. Bunun yanı sıra, annenin yaşam bulguları, fetusun durumu ve uterin aktivite mutlaka izlenmelidir [72]. Gebede Preterm erken membran ruptürü tanılandıktan ve ilk değerlendirilmesi yapıldıktan sonra, preterm eylem belirtileri ve koriyoamniyonitisin varlığı mutlaka araştırılmalıdır [72,76].

Gebe doğumunu yapmayı planladığı ve izlemlerini yaptırdığı hastaneden başka bir hastaneye nakledilmiş olabilir. Preterm eylem riski nedeniyle gebe ile görüşülere izlemlerini yaptırdığı hastane, doğumunu yapmak istediği yer ve doğumunu yaptırmasını istediği kişi öğrenilmelidir. Evde doğum yapmak isteyen gebelere, hastanede doğumunun gerçekleşmesinin hem kendisi, hem de bebeği için daha sağlıklı olduğu hakkında bilgi verilmelidir [82].

PEMR tanısı alan bir gebenin bütüncül bakımında hemşire annenin, bebeğin ve ailenin iyiliğine katkıda bulunacak girişimleri planlamalı ve öncelik sırasına göre uygulamalıdır [72]. PEMR tanısı alan bir gebenin hemşirelik bakımının odağı, gebe ve ailenin gereksinimleri, tercihleri, öncelik ve önem sırasına göre tıbbi durumuna göre değişmektedir [83]. Özetle, bu dönemdeki hemşirelik bakımı bebek ve annenin mevcut durumunun değerlendirilmesi, doğumun başlangıç belirtilerinin gözlenmesi, annenin eğitimi, tanıyı alır almaz annenin/ailenin eğitimi ve desteklenmesini kapsamaktadır. Özellikle yenidoğanda morbidite ve mortalite varlığında anne doğum sonrası dönemde psikolojik olarak desteklenmelidir [72].

### **Hemşirelik Değerlendirmesi ve Müdahalesini Gerektiren Sekiz Bakım Alanı**

PEMR'li gebenin bakımı konusunda yapılan hemşirelik çalışmaları oldukça sınırlıdır. Bu çalışmaların çoğu yatak istirahati ya da tokolitik tedavinin olumsuz etkilerini gösteren antepartum komplikasyonların bakımına odaklanmaktadır [72,80,81,84]. Gebenin yaşadığı komplikasyonlara odaklanırken, anneliğe geçişi ve PEMR'i yaşayan gebenin duygularının unutulmaması gerekmektedir. Preterm erken membran ruptüründe hemşirelik değerlendirilmesi ve girişimlerine ihtiyaç duyulan sekiz alan olduğu belirtilmektedir (Tablo 2.4). Bu alanlar; preterm eylem, tokolitik tedavinin yan etkileri, maternal/fetal enfeksiyon, fetal sağlıkta bozulma riski, uzamış yatak istirahatinin yan etkileri, maternal stres, eğitim gereksinimleri ve rutin prenatal bakımdır [72].

**Tablo 2.4.** Preterm erken membran rüptüründe hemşirelik değerlendirilmesi ve girişimlerine ihtiyaç duyulan sekiz bakım alanı

Hedef Risk	Hemşirelik Değerlendirmeleri/İzlemleri	Girişimler
<i>Preterm eylem</i>	<b><u>Subjektif:</u></b> Bknz. Tablo 2 <b><u>Objektif:</u></b> Uterin aktivite; servikal durum Vajinal akıntı	Anormal bulguları kaydedin Hidrasyonu sağlayın, oral/intravenöz Tıbbi tedavi, • Tokolitik • Antibiyotik • Kortikosteroid
<i>Tokolitik* tedavinin yan etkileri</i>	<b><u>Subjektif*:</u></b> Baş ağrısı (1,2,3,4); kusma (1,2,3); Göğüs ağrısı (1,2); diyare (1); anksiyete (1); palpasyon (1); sinirlilik (1); kaşınma (1); nefes darlığı (1); konstipasyon (2); letarji (2); görme bozuklukları (2); güçsüzlük (2); ciltte kızarıklık (3); midede yanma (3); depresyon (3) <b><u>Objektif (maternal)*:</u></b> Tansiyon (1,3,4); anormal solunum sesleri (1,2); nabız (1,4); idrar çıkışı (1,2); ödem (1); deri döküntüsü (1); ateş (1); kan değerleri (1); solunum hızı (2); refleksler (2) <b><u>Objektif (fetal)*:</u></b> Duktus arteriosus (3); kap hızı (1,2); amniyotik sıvı indeksi (3)	Anormal bulguları değerlendirin ve kaydedin. Yan etkiler görüldüğünde ilacın dozunu azaltın ya da kesin. Magnezyum sülfat kullanılan hastalarda ilacın yan etkileri görüldüğünde kalsiyum glukonatın yönetimini yapın.
<i>Maternal/fetal enfeksiyon</i>	<b><u>Subjektif:</u></b> Halsizlik, grip benzeri belirtiler, abdominal ağrı, kötü kokulu akıntı, fetal hareket <b><u>Objektif:</u></b> Ateş, nabız, uterin hassasiyet, vajinal akıntı, fetal iyilik	Anormal bulguları kaydedin Profilaktik/terapi edici antibiyotik uygulayın
<i>Fetal sağlıkta bozulma riski</i>	<b><u>Subjektif:</u></b> Fetal hareket <b><u>Objektif:</u></b> Fetal iyilik	Annenin pozisyonunu değiştirin Oksijen yönetimini yapın Hidrasyonu artırın
<i>Eğitim gereksinimleri</i>	Prematur bebeğin bakımı Gebelik, doğum ve doğum sonu dönem bakımı	Anormal bulguları kaydedin Yenidoğan ekibinden biri ile görüşmesini sağlayın Yenidoğan yoğun bakım ünitesini gezdirin ve bilgilendirin Travay odasını gezdirin Bebeğin gelişimi, rutin gebelik takibi, doğum, doğum sonu dönem ve emzirmeye yönelik eğitim verin

**Tablo 2.4. devamı.** Preterm erken membran rüptüründe hemşirelik değerlendirilmesi ve girişimlerine ihtiyaç duyulan sekiz bakım alanı

Hedef Risk	Hemşirelik Değerlendirmeleri/Takipleri	Girişimler
<i>Uzamış yatak istirahatının yan etkileri</i>	<p><b>Subjektif:</b> Baş ağrısı, sindirim sistemi bozuklukları, gastrik reflü, konstipasyon, sırt/kalça ağrısı, bacak ağrısı, uyku düzeni bozuklukları, can sıkıntısı, depresyon, anksiyete, ruhsal durum</p> <p><b>Objektif:</b> Human's belirtisi, ciltteki lokal kızarıklık/sıcaklık, kilo alma/verme, kas gücü, ödem</p>	<p>Antiembolitik önlemler alın Antiait/laksatif tedavi Gebeyi su tüketimi ve lifli gıda alımını artırması konusunda cesaretlendirin Aşağıdaki durumlarda ilgili birimlerle iş birliği halinde çalışın: Besin takviyesi, fizik ve uğraşı terapisi, psikoterapi Gebeyi aktif olarak dinleyin Duygu, korku ve kaygılarını ifade etmesi için cesaretlendirin Sağlıklı iletişimin kurulacağı özel bir ortam hazırlayın Günlük yaşam aktivitelerini düzenleyin Dikkatini başka yöne çeken faaliyetler planlayın: Rahatlatici, eğitimsel ve eğlenceli video izletmek, kitap/dergi okumasını sağlamak, uğraşı yaptırmak Yatak istirahatının önemi konusunda bilgi verin Online destek ve eğitim gruplarına katılmasına teşvik edin Gebeye kaynak olabilecek materyal verin</p>
<p>*Kullanılan tokolitik ajanlar: 1= betamimetik, 2= magnezyum sülfat, 3= prostoglandin inhibitörleri, 4= kalsiyum kanal blokörleri</p>		

**Kaynak:** Stringer M, Miesnik SR, Brown L, Martz AH, Macones G. (2004). Nursing care of the patient with preterm premature rupture of membranes. MCN American Journal of Maternal Child Nursing, 29(3): 144-150.

### **Preterm Eylem**

PEMR'e en sık eşlik eden komplikasyon preterm eylemdir ve preterm eylemin erken belirtilerinin (Tablo 2.5) hemşireler tarafından titizlikle ele alınması gerekmektedir [72]. Annenin sağlık durumundaki değişikliğin erken tanınması bu değişikliklere erken müdahale edilmesini ve bakımın mevcut duruma göre yeniden planlanmasını sağlamaktadır [81]. Bu planlamalar; annenin hidrasyonu, tokolitik ajanların kısa süreli yönetimi, kortikosteroid/antibiyotik tedavisi, kadın hastalıkları ve yenidoğan ekibinin bir araya gelmesi ve yaklaşan doğuma hazırlığı kapsayabilir [72].

**Tablo 2.5.** Preterm eylemin erken belirtileri [72]

- Amniyon sıvısının gelmesi
- Uterin kramplar (düzenli başlayıp biten, menstruasyon benzeri)
- Bir saatte dörtten fazla gelen, belden kasıklara doğru ilerleyen ve sıklığı giderek artan kasılmalar
- Sırtın alt kısmında ağrı (sabit ya da gelip giden)
- Pelvik baskı ve bebeği aşağı doğru itme hissi
- Karın krampı, karın ağrısı ve bağırsak düzensizlikleri
- Abdominal distansiyon
- Vajinal akıntıda artma/değişim
- Nişane adı verilen hafif bir kanama olması
- Yorgunluk
- Grip benzeri belirtiler
- Yürüme güçlüğü
- Uyuma güçlüğü
- Kendini iyi hissetmeme

Uterin aktivite annenin kendini değerlendirmesi, palpasyon ya da fetal-maternal monitorizasyon ile belirlenebilir [72]. Geleneksel olarak, erken doğumun değerlendirilmesindeki öncelikli bireysel belirti ve semptomlar sırtın alt bölgesinde ağrı, servikal mukus değişiklikleri, pelvik basınç ve menstrual siklusa benzer kramplar veya bağırsak değişiklikleri olarak sıralanabilir [81]. Ayrıca, karın ağrısı, mide ağrısı, abdominal distansiyon, gerginlik, yürüme güçlüğü ve itme eğilimi de belirtiler arasındadır [17]. Hemşire, anneye preterm eylem belirtilerini mutlaka öğretmeli ve kendi kendini izleyebilmesi için bu belirtilerin bir listesini vermelidir [72].

### ***Tokolitik Tedavinin Yan Etkileri***

Preterm erken membran rüptüründe tokolitik tedavinin amacı gebeliğin devamını sağlamaktır, böylece prematüritenin olası riskleri azaltılmış olacaktır [15]. Erken doğum tehdidine karşın kullanılan tokolitik ajanlar; (1) Beta mimetikler; ritodrine, terbutaline, salbutamol, izoksuprin hidroklorür; (2) Magnesium sülfat; (3) Prostaglandin sentetaz inhibitörleri; indometasin; (4) Kalsiyum kanal blokerleri; nifedipine; (5) Nitrik oksid; (6) Oksitosin antagonisti; atosibandır [13]. Betamimetiklerin yan etkileri; tremor, sinirlilik, anksiyete, hiperglisemi, hiperkinezi, hipotansiyon, pulmoner ödem, miyokard infarktüs ve fetal taşikardi; magnezyum sülfatın yan etkileri; sıcaklık hissi, terleme, kızarma, çarpıntı, solunum arresti, pulmoner ödem, hipotansiyon, kardiyak arrest; prostaglandin sentetaz inhibitörlerinin yan etkileri; bulantı, duktus arteriosus'un erken kapanması, fetal pulmoner hipertansiyon, oligohidramnios, intraventriküler kanama, hiperbilirubinemi, nekrotizan enterokolit; kalsiyum kanal blokerlerinin yan etkileri; başağrısı, geçici hipotansiyon, baş dönmesi; Nitrik oksidin yan etkileri; hipotansiyon ve şiddetli başağrısı; oksitosin antagonistinin yan etkisi; çarpıntı, hiperglisemi, taşikardi, fetal bradikardi, fetal taşikardi, fetal distres, neonatal apne olarak özetlenebilir

[13,15,70,72,85]. Bu nedenle, tokolitik tedavi alan gebenin dikkatli bir hemşirelik değerlendirmesine ve bakımına ihtiyacı vardır [72].

### **Maternal-Fetal Enfeksiyon**

Koriyoamniyonitis ya da amniyotik membranların enfeksiyonu fetal membranların enflamasyonunun histopatolojik bir bulgusudur ve umbilikal korda kadar uzanabilir (Şekil 2.2) [86]. Amniyon sıvısının, fetal membranların, plasenta ve uterusun polimikrobiyal enfeksiyonu sonucunda görülür [66,72,86]. Koriyoamniyonitis olduğunda anne endometritis, sezaryen doğum ve postpartum hemoraji, bebek ise sepsis, pnömoni, respiratuar distres ve ölüm açısından risk altındadır [86].



**Şekil 2.2.** Koriyoamniyonitis gelişiminde bakteriyel enfeksiyon artışı (Kaynak: Hastings-Tolsma M, Bernard R, Brody MG, Hensley J, Koschoreck K, Patterson E. (2013). Chorioamnionitis: Prevention and Management, ANCC Lippincott Williams & Wilkins, 38(4). 206-212.)

PEMR tanısı alan gebelerde koriyoamniyonitis oranı %15-20 arasında değişmektedir, postpartum enfeksiyon ise %2-13 civarındadır [78]. Ayrıca klinik koriyoamniyonitisi olan gebelerde şiddetli oligohidroamniyoz olduğu saptanmıştır (amniyotik sıvı indeksi [AFI] -5) [66]. Artan prostoglandin seviyesinin intrauterin enfeksiyonun yol açtığı fetal hareketlerdeki değişime sebep olduğu düşünülmektedir [66,72]. Enfeksiyon sürecinin plasental vasküler dirençteki artışa ikincil olarak, koryonik ve umbilikal damarların vazokonstrüksiyonuna yol açabildiği belirtilmektedir [72]. Bu değişiklikler fetal oksijenasyonu etkileyebilir, ayrıca fetal dolaşım, kalp hızı ve hareketlerde değişime yol açarak biyofizik profili etkileyebilir [17,72]. Perinatal enfeksiyonda nonstres test (NST) nonreaktif olmaktadır [13]. NST ve ultrason değerlendirmesini gerektiren biyofizik profil fetusun solunumu, hareketi, tonusu, amniyotik sıvı volümünü ve NST'yi kapsayan beş değişkenden oluşmaktadır [13,72]. Toplam skorun 8-10 arasında olması fetal iyiliği, 6 veya daha az olması şüpheli ya da problemlili bir durum olduğunu göstermektedir [72]. Preterm erken membran rüptürü olan bir gebeye bakım veren hemşirenin koriyoamniyonitis belirti ve bulgularının farkında olması gerekir (Tablo 2.6).

**Tablo 2.6.** Koriyoamniyonitisin klinik ve laboratuvar tanı ölçütleri

<b>Göstergeler</b>	<b>Olası koriyoamniyonitis bulguları</b>
<b>Klinik</b>	
Maternal ateş	≥38 °C
Maternal taşikardi	>100 atım/dk
Fetal taşikardi	>160 atım/dk
Maternal lökositoz	>1500 hücre/mm <sup>3</sup>
Uterin hassasiyet ya da abdominal ağrı	Dokunmayla ortaya çıkan hassasiyet
Vajinal akıntı	Pürülan ya da kötü kokulu
<b>Laboratuvar</b>	
Granulocyte colony-stimulating Factor	Amniyon sıvısında, servikal/vajinal sekresyonlarda, maternal serumda artma
Interleukin-6	Amniyon sıvısında, kord kanında, servikal/vajinal sekresyonlarda, maternal serumda artma
Interleukin-1	Amniyon sıvısında, servikal/vajinal sekresyonlarda artma
Interleukin-8	Servikal/vajinal sekresyonlarda artma
Matrix metalloproteinase-8	Pozitif
Tümör nekroz faktör-alfa	Amniyon sıvısında, kord kanında, servikal/vajinal sekresyonlarda, maternal serumda artma
C-reactive protein	Amniyon sıvısında, maternal serumda artma
Fetal fibronectin	Servikal/vajinal sekresyonlarda artma
Leukocyte esterase	Pozitif
Amniyotik sıvı kültürü	Pozitif, genellikle anaerobik ve aerobik mikroorganizmalar, mantar ve mikoplazmalar tarafından enfekte
Amniyotik sıvı glikozu	Düşük, <15 mg/dl
Amniyotik sıvı gram boyama	Pozitif (bakteri varlığı) ya da beyaz küre hücreleri >30 hücre/mm <sup>3</sup>
Histolojik değerlendirme:	İmmünoisit infiltrasyon ve nötrofil birikimi kanıtı
• Plasenta	
• Umbilikal kord	

**Kaynak:** Hastings-Tolsma M, Bernard R, Brody MG, Hensley J, Koschoreck K, Patterson E. (2013). Chorioamnionitis: Prevention and Management, ANCC Lippincott Williams & Wilkins, 38(4). 206-212.

Perinatoloji hemşireleri koriyoamniyonitisin tanılanması, iyileştirilmesi, fetal ve maternal sağlığın sürdürülmesinde anahtar pozisyonadadır [86]. Annenin ateşi, maternal taşikardi, uterin hassasiyet ve kötü kokulu ya da pürülan vajinal akıntı hemşirenin enfeksiyon açısından değerlendirmesinde göz ardı etmemesi gereken belirtilerdir [13,72]. Perinatoloji hemşiresinin koriyoamniyonitisin ayırıcı tanısı bilmeli ve bakımını bu doğrultuda planlamalıdır (Tablo 2.7). Bu planlamalar hasta merkezli eğitimi, intrapartum bakımı ve kaydı içermelidir [86]. Vajinal akıntının rengi, miktarı ve kokusunu bilerek perine bakımını gerçekleştirmesi, uterin



kasılmaları kendi kendine değerlendirebilmesi ve fetal hareketlerin sayımı konusunda gebeye eğitim verilmelidir [72]. Hemşire kendi bedeni ve bebeğinin sağlığı ile ilgili yaptığı izlemleri kaydetmesi gerektiğini gebeye iletmeli ve normalden sapan bir durum olduğunu hissettiğinde kendisi ile hemen iletişime geçmesi gerektiğini vurgulamalıdır [72,81].

**Tablo 2.7.** Koriyoamniyonitisin ayırıcı tanısı

<b>Belirti ve Bulgular</b>	<b>Olası Nedenler</b>
Maternal ateş	Oda sıcaklığı Dehidratasyon Epidural analjezi Ekstrauterin enfeksiyon (örneğin idrar yolu enfeksiyonları) Beden kitle indeksinin fazla olması İlaçlar (örneğin prostoglandinler) Uzamış doğum eylemi
Maternal taşikardi	Anemi Ateş Hipertiroidizm Hipovolemi İlaçlar (örneğin $\beta$ -Antagonistleri, antihistaminikler, efedrin)
Fetal taşikardi	Fetal anemi Fetal hipoksi Fetal taşiaritmi Maternal ateş İlaçlar (örneğin $\beta$ -Antagonistleri, hidroksin)
Maternal lökositoz	Prematurite Diyabetik ketoasidoz Eklempsi Enfeksiyon İnflamatuvar hastalıklar (örneğin immün sistem hastalıkları) İlaçlar (örneğin prednizol, non-steroidal anti-inflamatuvar ajanlar) Doğum stresi
Uterin hassasiyet ya da abdominal ağrı	Ekstrauterin enfeksiyon <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apandisit</li> <li>• İnfluenza</li> <li>• Pnömoni</li> <li>• Pyelonefrit</li> </ul> Enfeksiyon dışı nedenler <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koitus</li> <li>• Bağ dokusu hastalıkları (örneğin sistemik lupus eritematozus)</li> <li>• Plasental ayrılma</li> <li>• Round ligament ağrısı</li> <li>• Tromboflebitis (örneğin iliak ven trombozu)</li> <li>• Uterin rüptür</li> </ul>
Kötü kokulu akıntı	Genital yol enfeksiyonu (örneğin cinsel yolla bulaşan hastalıklar, vajinitis) Yetersiz maternal hijyen

**Kaynak:** Hastings-Tolsma M, Bernard R, Brody MG, Hensley J, Koschoreck K, Patterson E. (2013). Chorioamnionitis: Prevention and Management, ANCC Lippincott Williams & Wilkins, 38(4). 206-212.

### ***Fetal Sağlıkta Bozulma Riski***

PEMR, membran rüptürünün gerçekleştiği gestasyonel haftaya, latent sürenin uzunluğu ve oligohidroamniyozun derecesine bağlı olarak fetal sağlıkta bozulma riskini %20-50 oranında artırmaktadır [66]. Ayrıca, PEMR ile birlikte oligohidroamniyoz görülmesi umbilikal kord prolapsusu (%1.5) ve kord baskısı (%8.5) ile ilişkili bulunmuştur [72]. Fetal iyiliğin değerlendirilmesi fetal hareket sayımı ve fetal monitörizasyonu içermektedir. Anneye günlük fetal hareket sayımı takibi yapması konusunda rehberlik edilmeli ve fetal hareketlerde azalma farkedildiğinde hemşire ile iletişime geçmesi gerektiği iletilmelidir. Fetal iyilikte bozulma olduğunda, hemen uygun hemşirelik girişimleri planlanmalıdır (annenin pozisyonunu değiştirme, oksijen uygulama ve hidrasyonu artırma). Umbilikal kord basısından şüpheleniliyorsa, aşırı oligohidroamniyozu doğrulamak için amniyotik sıvı indeksi değerlendirilmelidir [66]. Kord basısını rahatlatmak için yapılan amniyoinfüzyon ağır oligoamniyozda rahatlatıcı olabilir. Genellikle çözümlenemeyen fetal kalp hızında artma durumunda anne acil sezaryene alınmaktadır [72].

### ***Yatak İstirahatının Olumsuz Etkileri***

PEMR'in tedavisinde öncelikli uygulama gebenin hospitalizasyonu ve mutlak yatak istirahatına alınmasıdır. Ancak, doğum öncesi dönemde uzun süreli yatak istirahatının gebe üzerinde fiziksel ve psikolojik olumsuz etkileri olduğu belirlenmiştir [72]. Maloni'nin [84] hastaneye yatırılan ve yatak istirahatına alınan gebelerle yatak istirahatına gerek duyulmayan gebeleri karşılaştırdıkları çalışmada, yatak istirahatindeki gebe kadınların bacak kaslarında atrofi, kilo kaybı, aileden ayrı olmaya bağlı stres, çabuk öfkelenme, anksiyete, can sıkıntısı ve depresyon nedeniyle acı çektiği saptanmıştır. Buna bağlı olarak yatak istirahatındaki gebelerde doğum sonrası iyileşme ve günlük yaşam aktivitelerine devam edebilme süreleri uzamıştır [84]. PEMR nedeniyle yatak istirahatına alınan gebenin, uzun süreli yatmanın istenmeyen etkilerine karşı değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımının bu doğrultuda planlanması gerekmektedir [72]. Bu süreçte diyetisyen, psikolog ve fizyoterapist gibi ilgili diğer disiplin üyeleri ile işbirliği içerisinde çalışmak doğru bir adımdır. ACOG [78] "perterm eylem riskinde yatak istirahadı yaygın olarak önerilse de gerçekten ne kadar işe yaradığı bilinmemektedir. Ayrıca, olası zararları (alt eksteremiterlerde trombüs vb.) ya da olumsuz etkileri (iş gücü kaybı vb.) hafife alınmamalıdır." şeklinde bir açıklama yapmıştır.

### ***Maternal Stres***

PEMR tanısı alan bir gebenin tedavi ve bakımı genellikle uzun süreli hastaneye yatış, yatak istirahadı, fetal izlem, kortikosteroid tedavisi, antibiyotik ve tokolitik tedaviyi kapsamaktadır [72]. Ne yazık ki bu tedavi yöntemleri kadının, ailesinin ve bebeğin olası psikolojik risklerini içermemektedir [81]. Ayrıca, PEMR tanısı almak ve tedaviye başlamak gebenin stresini artırmaktadır. PEMR'li gebeler yalnızca membranların rüptürüne bağlı preterm eylem riski ile karşı karşıya değil, aynı zamanda maternal stres de bu durumu tetiklemektedir [72,83]. Bu nedenle hemşirelik girişimleri maternal stresi azaltmayı hedeflemelidir. Annenin, bebeğin ve ailenin fiziksel ve psikolojik iyiliğine katkıda bulunmak değerli bir hemşirelik sorumluluğudur [72].

Yatak istirahatına alınan bir gebenin yaşadığı başlıca stres kaynakları; yüksek riskli gebelik tanısı almak, aile ve arkadaşlardan ayrı olmak, bebeğin durumuyla ilgili kaygılanmak, kendi durumundaki değişikliklerle ilgili kaygılanmak ve güçsüz hissetmektir [65,72]. Bunlara ek olarak (varsa) evdeki diğer çocuğun/çocukların bakımı, işinden uzaklaşması, maddi sıkıntılar ve eşi/ailesinin kendisine destek olmaması annenin yaşadığı stresi artıran faktörlerdir [72]. Gebenin hastaneye yatışı eşinin de stres yaşamasına sebep olabilir ve bunun gebeye yansımaları kaçınılmazdır [65]. Annenin stresini azaltmak için yaşadığı erken membran rüptürünün annenin yaptıklarıyla ilişkisi olmadığı söylenmelidir, bu durumla ilgili kendini suçlaması engellenmelidir [72]. Fetüsün ve kendisinin mevcut durumu hakkında anneye sürekli bilgi vermek ve bakımdaki bütün basamakları açıklamak maternal stresi azaltabilir [81]. Anne ile gün içindeki aktiviteleri ve durumu hakkında konuşmak, kaygılarını dinlemek ve iç sesini duymak hemşirelik bakımının önemli bir bileşenidir ve annenin stresini azaltmak konusunda önemli katkı sağlayabilir [65,72]. Hemşire gebe ve eşinin yanında olarak, rol değişimlerinin neden olduğu sorunların üstesinden gelmeleri için olumlu baş etme mekanizmalarını kullanmaları konusunda onları teşvik edebilir, bu geçiş sürecinde yanlarında olarak psikolojik destek verebilir ve doğru bilgiyi edinmelerini sağlayabilir [72].

### ***Eğitim İhtiyaçları ve Rutin Doğum Öncesi Bakım***

Gebenin ve ailenin eğitimi PEMR konusunda bilgi vermeyi, tedavi seçeneklerini ve PEMR'in olası komplikasyonlarını (preterm eylem gibi) kapsamalıdır [72,81]. Preterm eylemin sonucu yenidoğanın premature olmasıdır [13,18]. Yenidoğan ekibinden bir kişi mutlaka gebe ve aile ile görüşmeli ve gebenin gestasyonel haftasına göre bebeğin doğması durumunda onları nelerin beklediğini açıklamalıdır [72]. Ayrıca eğitim bebeğin normal büyüme ve gelişmesi, emzirme, günlük bakımı, doğum eylemi (hem vajinal doğum, hem de sezaryen) ve doğum sonrası dönemi içermelidir [72,81].

Bir gebe PEMR nedeniyle hastaneye yatırıldığında; gebenin yaşadığı komplikasyonlara odaklanıp, gebenin içinde bulunduğu geçiş süreci, hissettikleri ve temel prenatal bakımı göz ardı etmek, sağlık personelinin sıklıkla içine düştüğü büyük bir tehlikedir [72]. Annenin bu süreci umut içerisinde yönetmesi için rutin prenatal değerlendirmeler, girişimler ve maternal eğitim mutlaka devam etmelidir [72,81].

### **2.3. Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı**

İnsan gelişimine bakıldığında, bireylerin yaşamları boyunca gelişim dönemlerinin her bir evresinde pek çok fırsat ve güçlük ile karşılaştığı görülmektedir [21]. Kreitzer [87] bireylerin iyilik hallerinin sağlık durumundaki değişimler, ilişkiler, toplum, güvenlik duygusu ve çevre tarafından etkilendiğini belirtmektedir. (1) Sağlık: fiziksel, duygusal, mental ve manevi sağlığı; (2) amaç: yaşam gayesini, gidilen yönü, manevi değerlere yön veren yaşam ve işe yüklenen anlamları; (3) ilişkiler: sosyal bağlantıları, ağları ve ilişkilerin kalitesini; (4) toplum: kaynaklar ve altyapıyı, bireylerin görev ve yetki sınırlarını, kültürel değerleri; (5) çevre: doğanın yanı sıra temiz hava, su ve toksinlere serbest erişimi; (6) güvenlik: temel insan gereksinimlerini, sabit bir işi, yeterli mali gücü, kişisel güvenliği ifade etmektedir.

Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı stres yaşayan hastalar ve sağlık bakım vericileri için uygulanabilir bir seçenektir. Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının temelleri 1979 yılında, University of Massachusetts Tıp Merkezi Öğretim Üyesi Jon-Kabat Zinn tarafından Budizm felsefesi benimsenerek atılmıştır [44]. Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının sağlık alanında kullanımı son 20 yılda artan bir ilgi ile yaygınlaşmaktadır. Farkındalık temelli Stres Azaltma Programına dayalı çalışmalar kanser, depresyon ve kalp hastalıkları başta olmak üzere pek çok alanda sağlık çalışanları tarafından kullanılmaktadır [88].

Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı beden-zihin egzersizlerini gerektirmektedir. Amerika Ulusal Sağlık Enstitüsü, Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler Ulusal Merkezi beden-zihin egzersizlerini “beden, beyin, zihin ve davranışlar arasındaki etkileşime odaklanan, fiziksel fonksiyonları etkilemek ve sağlığı geliştirmek için akli kullanan uygulamalar” şeklinde ifade etmiştir [89]. Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı farkındalık temelli meditasyon ve yoga üzerine odaklanmaktadır. Bu program haftada 2,5 saatlik ve bir gün için de 8 saatlik kursu kapsayan 8 haftalık bir programdır [90]. Katılımcılara meditasyon, yoga ve günlük olaylara farkındalık temelli yaklaşmasını sağlayan günlük ödevler verilir. Katılımcılara vücut tarama meditasyonu öğretilir. Vücut tarama meditasyonunda öncelikle nefese, daha sonra bedenin her bir bölümüne odaklanılır. Vücut taraması süresince katılımcılar bedenlerinin her bir bölümü üzerinde düzenli olarak düşünür, duygularını gözler ve içsel olarak bedeninin her bir bölümünü rahatlatır [44,45]. Bunun yanı sıra katılımcılara mevcut anın dışındaki gelecekle ilgili her türlü endişelerini, kaygılarını, öz-yargılamalarını bir kenara bırakarak, “*şimdi ve burada*”ya odaklanmasını sağlayan oturma meditasyonu öğretilir. Bireyler günlük yaşamlarına meditasyonu entegre etmeleri için eğitilir, böylece günlük yaşam aktiviteleri birer meditatif uygulama olmaya başlar [88].

Hatha yoga farkındalık temelli meditasyon ile farkındalık temelli stres azaltma arasında bir bağlantı olarak kullanılmaktadır. Bu yogada hareketler oldukça yumuşaktır, bu nedenle farklı sağlık seviyelerindeki bireyler ve hastalar tarafından kolaylıkla uygulanabilir [21]. Hatha yoga arkasındaki kavram bireyin rahatsız edici düşüncelerle meşgul olması yerine hareketlere odaklanmasıdır, böylece zihin duruşa odaklanarak bireyin rahatlaması sağlanır. Bedenleri üzerinde bir miktar kontrol sahibi olmalarına imkan sağladığı ve katılımcıların esneklerinde ani artış meydana geldiği için yoga somatik yakınmaları olan bireyler için özellikle yararlıdır [88]. Farkındalık temelli stres azaltma için herhangi bir yerde herhangi zamanda pratik yapılabilir. Katılımcılar günde yaklaşık 45 dakikalarını farkındalık temelli stres azaltmaya ayırmaları için cesaretlendirilmelidir. Bu süreç farkındalık temelli meditasyon, yoga, duygu ve düşüncelere odaklanmayı gerektirir. Katılımcılara taşınabilir disk ya da videoteyp verilerek evde egzersizleri yapmaları sağlanmalıdır [21,44].

Farkındalık temelli stres azaltma bazen bilişsel-davranışçı terapi ile karşılaştırılmaktadır. İki yaklaşım benzer özellikleri paylaşmalarına ve birlikte

kullanılabilmelerine rağmen, bazı kavramlar açısından oldukça farklıdır. Her iki yöntem de düşünce kalıplarını değiştirerek sonuç elde etmek için çalışılmaktadır. Bilişsel davranışçı terapide altta yatan bir patoloji olduğu varsayılırken, farkındalık temelli stres azaltmada altta yatan bir patoloji aranmamaktadır. Bilişsel davranışçı terapi negatif düşünceleri karışıklığa yol açan şeyler olarak etiketlemekte ve onların yerini değiştirmeyi vurgulamaktadır, farkındalık temelli stres azaltma ise negatif düşüncelerin zihinde kalıcı yer tutmaksızın kabul edilmesi konusunda bireyleri teşvik etmektedir. Bilişsel davranışçı terapi akut tedavi seçeneği olarak görülebilirken, farkındalık temelli stres azaltma sadece tedavi amaçlı kullanılmamakta, aynı zamanda önleyici olmaktadır, çünkü düşünme ve eyleme geçme konusunda yeni bir yol sağlamaktadır [44].

Farkındalığın bireylerin iyilik halini artırıcı ve destekleyici etkisini görmek için mekanik bir şekilde sadece kuralları ve yönergeleri takip etmek yeterli olmamaktadır [91]. Zihin gerçekten açık olduğunda yönergeler öğrenilebilmekte ve davranış değişikliği gerçekleşebilmektedir. Farkındalık uygulamasında bireyin bütün benliğinin bu sürece dahil etmesi gerekmektedir. İnanılmadan ve konsantrasyon olmadan yapılan egzersizler ile davranış değişikliği geliştirmek mümkün olmamaktadır. Bireyin içinde bulunduğu anı yargılamaksızın kabul etmesi kendine olan inancı ve motivasyonu ile gerçekleşecektir. Meditasyon sırasında dikkati toparlamak ve şimdiye odaklanmak önemlidir. Bu, zihnin sakin tutulmasını, beden rahatlamasını, konsantrasyonun gerçekleşmesini ve açık bir şekilde görmeyi sağlayacaktır [44]. “Şimdi” ve “burada”ya odaklanılmazsa enerji azalacak, sakin kalmak zorlaşacak ve gevşeme sağlanamayacaktır. Bireyin egzersizler sırasında rahat hissetmek için kendini zorlaması, egzersizlere başlar başlamaz kendinde hemen davranış değişikliği gelişeceğini beklemesi ve içinde bulunduğu anda başına gelenleri kabul etmemesi egzersizlerin işe yaramadığı algısına sebep olabilir ve bireyin sorunları ile baş etmesini engelleyebilir [21,92].

Meditatif farkındalık kazanma, öğrenme sürecinde değişiklik ve tamamen yeni bir yönelim ile olaylara yaklaşmayı gerektirmektedir. Günlük hayatta çoğu birey neye ihtiyaç duyduğunu ve nereye varmak istediğini düşünerek zihinlerini meşgul etmekte, yaşadığı olayları kafasında büyütme, günlük hayatta karşısına çıkan engellerin zamanla değişeceğini e atlatılabileceğini fark etmemekte ve hayatın sürekli geçişlerden oluştuğunu algılayamamaktadır. Hedeflere ulaşmak için karşılaşılan engelleri hızlıca aşma eğilimini farkındalık kazanma ve iyilik halini artırma için engelleyicidir [44]. Farkındalık bir şeyleri değiştirmeye çalışmayı değil, sadece dikkat vermeyi ve her şeyi olduğu gibi görmeyi gerektirir [44,93]. Davranış değişikliği geliştirmek için kavrama gücü, kabul, bağlantı kurma ve bütünlük olması gerekmektedir. Birey farkındalık kazanma konusunda kendini zorlamamalıdır. Farkındalık egzersizlerinde çevre düzenlemesi önemlidir, meditasyon sürecine uyanık kalmak için doğru ortam yaratıldıktan sonra başlanmalıdır. Birey gevşemek için kendini zorlamamalıdır, bireyin kendini zorlaması gerginleşmesine ve stres seviyesinin artmasına neden olabilir [44].

Bireyin meditasyon uygulaması hakkında olumsuz düşüncelerinin ve “bunun işe yaramayacağını biliyorum, fakat yine de yapacağım” şeklindeki algılarının olması

açık bir zihin ile uygulamaya başlamasını engelleyebilmektedir. Daha ilk denemede herhangi bir davranış değişikliği edinmediğinde “asla konsantre olamayacağım” diye düşünürse, sonraki uygulamalarda da odaklanma gücünü yaşayabilmektedir ve farkındalık kazanma konusunda sonunda uygulamalara devam etmeyi bırakabilmektedir. Bireyin gerçek bir inanır olması, istekle meditasyona başlaması, ancak bu çalışmanın gerçek bir efor gerektirdiğinin farkında olmaması da farkındalık kazanımı için yeterli olmayabilmekte, isteği eskiye göre gittikçe azalabilmektedir [44,93]. Farkındalık temelli bir yaşam, uzun pratik gerektiren, zihni eğiten, enerjiyi yönetme becerisi kazandıran, anı anına zihni açık tutarak yaşamayı sağlayan bir hayat şeklidir [44].

### 2.3.1. Farkındalık Uygulamalarının Başlangıcının Yedi Önemli Tutumsal Unsuru

Farkındalık uygulamalarının başlangıcının yedi önemli tutumsal unsurunu bulunmaktadır. Bunlar; yargılamamak, sabır, acemi (yeni başlayan) bir zihin, güven, zorlamama, kabul ve izin vermedir. Birbirinden bağımsız olmayan bu tutumlar, birey meditasyon pratiği yaptıkça şekillenmektedir [44,93].

**Yargılamama:** Farkındalık bireyin kendi deneyimine tarafsız bir tanık olduğunu varsayarak kazanılabilmektedir. Bireyin deneyimleri sonucunda farkındalık gelişmesi için, kendini yargıladığında geri adım atabilme ve olayları olduğu gibi görmeme olasılığı olduğunun bilincinde olması gerekir. Birey zihniyle ilgili aktivitelere dikkatini vermeye başladığı zaman keşfetmeye başlamaktadır ve yargıları konusundaki deneyimlerini unutmamak gerekmektedir. Algılanan hemen hemen her şey akıl tarafından etiketlenmekte ve kategorize edilmektedir. Zihin tarafından, deneyimlenen her şey hakkında bireysel olarak yüklenen anlamlara göre bir etiketleme yapılmaktadır. Bazı durumlar, insanlar ve olaylar bireye herhangi bir nedenle kendini iyi hissettirdiğinde “iyi”, kötü hissettirdiğinde ise “kötü” olarak değerlendirilmekte ve o şekilde yargılanmaktadır. Bunların dışında kalan, bireye hiçbir şey hissettirmeyen, bireyin ilgisiz olduğu her şey ise “nötr” olarak değerlendirilmektedir. Nötr şeyler, olaylar, insanlar bireylerin bilinç dışına atılmaktadır. Birey onları genellikle dikkat vermeye değer bulmamaktadır. Bu kategorizasyon ve yargılama alışkanlığı bireylerin çoğu zaman farkında dahi olmadığı mekanik reaksiyonlar içerisinde çakılı kalmasına sebep olmaktadır. Bu yargılamalar zihinleri yönetme eğilimindedir ve bireyin kendi içerisinde huzur bulmasının önünde büyük bir engeldir. Zihin tüm gün boyunca yargılayıcı düşünceleri yüzünden inişli-çıkışlı gidip gelmektedir. Günlük yaşamındaki stresle baş etmek için daha etkin bir yol bulmak için bireyin gün boyunca yaptığı otomatik yargılamaların farkında olması gerekmektedir. Eğer birey zihnini bir şeyleri yargılarken bulursa bunu durdurmaya çalışmamalıdır, çünkü bu sorgulama durumu farkında olmak için gereklidir. Meditasyon sırasında “bu çok sıkıcı”, “bu işe yaramayacak”, “bunu yapamam” gibi cümleler birer yargıdır. Bu tarz düşünceler zihinde canlanınca bunların birer yargı olduğunu fark etmek ve bu uygulamanın yargılama yapmamayı gerektirdiğini hatırlamak gerekir. Meditasyon egzersizleri sırasında yargılar da dahil zihinden geçen her türlü düşünce, üzerinde fazlaca düşünmeden öylece izlenmeli, sonra sadece nefesi izlemeye devam edilmelidir [44].

**Sabır:** Sabır bilgeliğin bir türüdür. Sabır, bazı şeylerin kendi zaman dilimi içerisinde olması gerektiğini anlamak ve kabul etmektir. Bir kelebeğin kozadan çıkmak için zamana ihtiyacı vardır, kozayı vaktinden önce kırarak kelebeğe yardım etmiş olunmaz, kendi zaman diliminde kendi hazır oluşuna göre doğması gerekmektedir. Farkındalık temelli uygulamalarla beden ve zihin eğitilerek sabır kazanılmaktadır. Meditasyon ile birey kendine karşı sabırsız olmaya gerek olmadığını kendine hatırlatmaktadır. Yargılayıcı düşünceler zihinde canlanınca, onların gerçekliğini ve yaşamın bir parçası olduğunu kabul etmek gerekmektedir. Hiçbir şey yapmadan bekleyerek kelebeğe yardım edilebileceği gibi, bekleyerek kendi kendine de yardım edilebilir. Sabır özellikle bireyin zihni ajite olduğunda yardımcı olabilir. Sabır uygulamaları, zihni yorarak zaman kaybetmeye gerek olmadığını hatırlatmaktadır. Sabırlı olmak, basitçe yaşamın her bir anına açık olmak, kendi bütünlüğü içerisinde her bir dakikayı kabul etmek, kelebek örneğindeki gibi her şeyin gerçekleşmesi gereken zamanda gerçekleşeceğini bilmek demektir [44].

**Acemi (Yeni Başlayan) Zihni:** Kabat-Zinn [44] şimdiki zaman deneyiminin zenginliğinin yaşamın kendisinin zenginliği olduğunu ifade etmektedir. İçinde bulunulan zamanın zenginliği fark etmek için her şeyi sanki ilk kez yaşıyormuş gibi görmeye istekli olan, acemi zihnine sahip olmak önemlidir. Meditasyon uygulamasında her seferinde izlenen yol aynı olsa bile, uygulamalar sırasındaki ruh halinin ve hissedilen duyguların farkında olmak ve acemi bir zihin ile faaliyetleri yerine getirmek gerekmektedir. Meditasyon sırasında geçmiş deneyimleri düşünmek doğru değildir. Acemi bir zihin yeniliklere açık olmaya fırsat tanımakta ve bireyleri tek düzelikten korumaktadır. Hiçbir zaman dilimi bir öncesi ile aynı değildir. Yaşanan her bir dakika eşsizdir ve eşsiz fırsatlar içermektedir. Acemi bir zihin bireylere bunun basit bir gerçek olduğunu hatırlatmaktadır. Günlük hayatta acemi bir zihin kazanmak için uğraşmak önemlidir. Bireylerin çocuklarını, ailelerini, insanları, iş arkadaşlarını her gün görseler bile, sanki yeni görüyormuş gibi canlı gözlerle onlara bakması, onlarla geçirdikleri zamanın kalitesini artıracaktır [44].

**Güven:** Bireyin kendine ve duygularına güvenmesi meditasyon uygulamasının tamamlayıcı bir parçasıdır. Kendi sezgileri ve uzmanlığına güvenerek hareket eden bir birey, bazen hata yapsa bile, aldığı kararları çevresel faktörlerin etkisi olmaksızın eyleme dönüştürmüş ve hareketlerinin sorumluluğunu almış olacaktır. Kendine, kendi bilgeliğine ve erdemine güvenme tutumu, meditasyon ve yoga uygulamasının önemli bir unsurudur. Yoga sırasında, bedeni esnetip gevşeme egzesizleriyapılmaktadır ve birey bedenini gereken bir noktadan sonra ağırlı hissederse, bedenin verdiği mesaja güvenerek orda durmak gerekmektedir. Bireyin duygularına güvenmediği zaman kendisine zarar verme riski bulunmaktadır. Farkındalık uygulamaları sırasında birey kendisiyle birlikte olmak için sorumluluk alma, kendi varlığını dinleme ve ona güvenme konusunda pratik yapmaktadır. Kendi sezgilerine ve duygularına güvenmeyi öğrenen bir insan için diğer insanlara güvenmek ve içindeki iyiliği ortaya çıkarmak daha kolay olacaktır [44].

**Zorlamama:** Günlük hayatta yapılan pek çok aktivite bir yere ulaşma ya da bir şey elde etme beklentisiyle, belirli bir amaç için yapılmaktadır. Bu tutum meditasyon için gerçek bir engel olabilir. Meditasyon bu yönüyle diğer bütün insan aktivitelerinden

farklıdır ve bireyi kendisi olmaya yönlendirmekten başka hiçbir amacı bulunmamaktadır. Meditasyon bireyin kendisini görmesini hedeflemektedir. Ancak, birey uygulama sırasında kendini gevşemek için zorlamamalıdır. Örneğin meditasyona başlarken birey “şimdi rahatlayacağım, aydınlanacağım, ağrımı kontrol edeceğim ya da daha iyi bir kişi olacağım” şeklinde düşünürse, kendini gevşemek için zorlayabilir ve gevşemek yerine daha fazla stres yaşayabilir. Bir süre sonra birey kendine güvenmemeye başlayıp “eğer daha sakin, daha zeki, daha çalışkan, daha sağlıklı olsaydım, iyi olacaktım” diye düşünebilir. Bu tutum, içinde bulunulan ana dikkat vermeyi gerektiren farkındalık uygulamaları için baltalayıcıdır. Birey gerginse gerginliğine, ağrı duyuyorsa acısına, zihnini yargılıyorsa yargılarına dikkat vermelidir. Sadece kendini izlemeli ve anı anına, yaşanan bütün olayları algılamının yaşam kalitesi açısından önemini hatırlamalıdır. Sabır ve düzenli yapılan egzersizler ile anı anına yaşam kendiliğinden gerçekleşecektir [44].

**Kabul:** Kabul, olayların şu anda gerçekleştiğini görmek anlamına gelmektedir. Örneğin baş ağrısı olan bireyin başının ağrıdığı, obez birisinin obez olduğu, kanser hastasının kanser olduğu gerçeğini kabul etmesidir. Bu kabul sürecine ulaşmak çok kolay olmayabilir. Uzun bir öfke ve inkar döneminden sonra içinde bulunulan gerçeğin kabulü gerçekleşebilir. Bu evreler bireyin kim olduğunu anlamasının ve iyileşmenin bir parçasıdır. Ancak birey zihnini inkar, zorlanma, çabalama ile fazla meşgul ettiğinde, iyileşme ve gelişme için geriye çok küçük bir enerji kalmakta ve farkındalık engellenmektedir. Gerçekten değişmeden önce bireyin kendini kabul etmesi ve içinde yaşadığı zamanın kendini sevmek için sahip olduğu tek an olduğunun bilincinde olması gerekmektedir. Kabul etmek demek her şeyi sevmek, kendi kurallarından ve değerlerinden vazgeçmek demek değildir. Basit bir şekilde ifade edilirse kabul etmek, çevrede olup bitenleri içtenlikle olduğu gibi görmektir, çevrede olanların ne olduğunun bir önemi yoktur [44].

**İzin Verme:** İzin verme becerisi kazanma ya da bağlanmama farkındalık temelli uygulamalar için esastır. Dikkat içsel deneyimlere verildiği zaman zihnin saklı tutmak istediği bazı duygu, düşünce ve durumların var olduğu dikkat çeker. Birey bu duyguları uzunca süre hissetme eğilimindedir. Aynı şekilde birey kendisine acı veren, hoşnut olmayan ve korkutan her türlü duygu, düşünce ve deneyimden kaçma eğilimindedir. İzin verme olayları olduğu gibi kabul edebilmenin bir göstergesidir. İç dünyasına dönen bir kişi kendini yaşadıklarını ya da çevresindekileri yargılamak bulursa bu yargılarının geçip gitmesine izin vermelidir. Onları fark edip, daha fazla üzerinde düşünüp, olayların zihninde büyümesine izin vermemelidir. Geçmiş ya da geleceğe dair düşünceler zihinde canlandığında aynı şekilde geçip gitmesine izin verilmelidir. Bazı duyguların akıp gitmesine izin verilmemesi durumunda, onlar beklemeye alınmış olacaktır ve bu da bireyin açık bir zihinle hareket etmesini engelleyebilmektedir. Birey farkındalık temelli yaşam konusunda istekliyse duyguların, olayların, düşüncelerin geçip gitmesine nasıl izin vereceğini zamanla öğrenecektir. Aslında, izin vermek insanın varoluşuna yabancı bir uygulama değildir, günlük rutin hayatta hergün yapıldığı zamanlar olmaktadır. Örneğin, uyumadan önce birey yatağa uzandığında zihinde canlanan düşüncelerin geçip gitmesine izin vermezse, uykuya da geçemeyecektir-ki bu pek çok kişinin deneyimlediği bir olaydır ve artmış stresin ilk göstergesidir. Birey kendini uyumak için zorlarsa, uykusu daha



çok kaçacaktır. Geceleri kolayca uyuyabilen insanların, olayların geçip gitmesine izin vermede oldukça başarılı insanlar olduğu söylenebilir [44].

### **2.3.2. Nefesin Gücü**

Her nefes alış ile bedenin içindeki karbondioksit molekülü dışarıdaki oksijen molekülü ile değiştirilmektedir. Bu değişim sırasında vücutta bir enerji oluşmaktadır [21]. Eğer bu süreç birkaç dakika kesintiye uğrarsa beyin oksijen açlığı çekmekte ve geri dönüşsüz zarara uğramaktadır. İnsanlar doğduğu andan başlayıp öldüğü ana kadar solunum yapmaktadırlar. Solunumun ritmi, duygular ve eylemlere göre değişir. Fiziksel egzersiz ya da duygusal üzüntülerde solunum hızlanırken, uyku ve gevşemede yavaşlamaktadır. Ancak normal zamanda bireyler solunumlarına dikkatini vermemekte, solunumu rutin bir şekilde gerçekleştirmektedir [94]. Nefes alıp verme meditasyon ve iyileşme için oldukça önemli bir yere sahiptir [95]. Bireyler anksiyete yaşadığında nefes alıp vermeleri de değişmekte, hiperventilasyon yaşayıp, hızlı hızlı nefes alıp vermeye başlamakta, yeterli oksijen alamayıp karbondioksit verememektedir [45]. Farkındalık temelli stres azaltma egzersizlerine başlamanın en kolay ve etkili yolu bireyin solunumuna dikkatini vermesidir. Bireyin dikkatini solunumuna vermesi solunum için bireyin bedenini zorlaması, daha derin soluk alıp vermeye çalışması, solunumun ritmini değiştirmesi demek değildir. Stres azaltma uygulamaları sırasında solunumu kontrol etmeye çalışmamak gerekmektedir [44,91,93]. Basitçe, her bir nefes alış verışı hissetmek ve solunumun farkında olmak önemlidir. Farkındalık oluşturma sırasında bireyin sürekli solunumunu düşünmesi de yanlış olan bir uygulamadır. Solunuma odaklanmak demek, sürekli solunumu düşünmek demek değil, onu hissetmek ve solunumdaki değişimler konusunda farkında olmaktır [44]. Solunum sırasında karına odaklanmak sakinleştirici olabilir. Karın solunumu daha doğal, yavaş ve derin olduğu için göğüs solunumuna göre daha etkin olabilir. Eğer bireyin çevresi sakin ve huzurlu değilse, bireyin zihni rüzgarlı havada denizin dalgalanması gibi dalgalanacaktır; ancak denizde 10-20 metre derine inildiğinde dalgaların yok olması gibi, bireyde farkındalık temelli solunumun etkisiyle ruhun derinliklerine inildiğinde huzursuzluklar azalacaktır [21].

### **2.3.3. Farkındalık Temelli Meditasyon**

Farkındalık temelli meditasyon aklın yargılamadan kaçınılması dakika dakika eğitimidir. Bu eğitimde akıl işlevsel olarak beyinden ayrı bir şekilde tanımlanmaktadır. Akıl kişinin birikmiş düşünceleri, deneyimleri, beklentileri ve algısıdır. Yani, beyin ölçülebilir, görüntülenebilir ve dokunulabilir canlı bir organdır, akıl ise şekilsiz ve sınırsızdır. Örneğin, kişinin aklı sahilde dolaşırken, beyni olduğu yerde çakılı kalmaktadır [21]. Farkındalık temelli meditasyon aklı maksimum seviyede farkındalığa yönlendirmektedir. Önce bireyler duygu ve düşüncelerini dikkatle gözlemlemek için teşvik edilir, fakat daha sonra bireylere düşüncelerinin içinde nasıl boğulmadan kalacakları ve düşüncelerin yargılamaksızın nasıl geçip gideceği öğretilir. Basit bir anlatım ile açık havada gökyüzünü izlemek ile açıklanabilir. Kişi gökyüzünü izlerken kuşlar ve bulutlar kişinin baktığı yerde sürekli hareket halindedir, ancak orda sabit kalmazlar. Benzer bir şekilde negatif düşünceler kişinin aklında mutlaka olacaktır, ancak farkındalık temelli meditasyon, bireyin şimdiye odaklanmasını sağlar ve öz-farkındalık adeta kuşların ve bulutların gök yüzünden geçip gittiği gibi negatif düşüncelerin de kişinin aklından geçip gitmesine

yardımcı olur [44]. Örneğin yüksek riskli gebelik yaşadığını öğrenen bir kadın, her an doğum yapabileceği ve bebeğini kaybedebileceğinden endişe duyabilir ve bu onun acı çekmesine sebep olabilir. Farkındalık temelli meditasyonun olmadığı bir durumda kişi zihninin korkusuna odaklanmasına izin verir. Bu da kişinin korkusunun içinde boğulmasına ve dış dünya ile ilişkisinin bozulmasına yol açar [21]. Bu durumda birey aktivitelere katılmaktan korkacak, yaşamdan zevk almayacak ve her zaman doğuma ilişkin problem yaşayacağından kaygılanacaktır. Farkındalık temelli meditasyon ile aynı hasta olmamış şeyler için korkmayı bir kenara bırakacak, korkularını gözlemleyecek, duygularının zihninden akıp gitmesine izin verecek, bebeğinin ve kendisinin zarar görmediği “şimdiye” odaklanacaktır [44,96]. Duygularını yargılamaksızın, şu andan keyif alacaktır. Farkındalık temelli meditasyon ile birey yaşadığı negatif duygu ve düşüncelerin artarak kendisini bunalttığını kabul eder, ancak onlar hızlıca kişinin aklıdan geçer gider, kalıcı olarak yerleşmez. Böylece birey rahatlar ve yaşamdan daha fazla keyif alır [88].

Farkındalık temelli meditasyonun yönergeleri oldukça basittir. Önemli olan nokta bireyin nefes alış verişine dikkatini verebilmesidir. Temiz havanın bedene girişinin ve kirli havanın bedenden ayrılışının farkında olmak gerekmektedir. Bireyin dikkati başka bir noktaya kaydığı zaman, birey bu dikkat değişiminin bilincinde olmalı, zihninden düşüncelerin akıp gitmesine izin vermeli ve kendini zorlamadan dikkatini yeniden solunumuna vermelidir [21,44].

#### **2.3.4. Beden Tarama Meditasyonu**

Bireyin bedeni ile bağlantı kurmasını sağlayan en güçlü yöntemlerden birisi de beden tarama tekniğidir. Beden tarama tekniğinde birey bedeni üzerine kapsamlı ve anlık odaklanmaktadır, bu durum bireyin aynı anda hem konsantrasyonunu, hem de bedeni konusunda zihinsel esneklik geliştirmesine olanak sağlamaktadır [45]. Bu teknikte birey sırtüstü uzanır ve zihnini bedenin farklı kısımlarına yönlendirir. Egzersize öncelikle sol ayak parmaklarına odaklanarak başlanır. Odak yavaş yavaş ayağa, bacağa, karın bölgesine, sonra sağ ayakta karın bölgesine doğru kaydırılır. Daha sonra dikkat bele, sırta, göğse, omuzlara verilir, en son da ellere, kollara, boyna, yüze, başın arka ve ön kısmına verilerek egzersiz sonlandırılır. Solunumun bedenin her bir noktasına etki ettiği hissedilir [21,44].

#### **2.3.5. Farkındalık Temelli Uygulamaların Hemşirelik Araştırmalarında Kullanımı**

Farkındalık temelli uygulamalar, günlük yaşamsal aktivitelerini şimdiki ana karşı ilgi, açıklık ve kabul davranışları ile yerine getirmeyi gerektirir. Farkındalık temelli uygulamalar hemşirelik alanında yaklaşık son 10 yılda yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmış, araştırmalar hemşireler [97,99], kanser hastaları [100-103], madde kullanımı olan bireyler [104], organ nakli yapılan hastalar [105], diyabet hastaları [106] ve bakım vericiler [107] üzerinden yürütülmüştür. Farkındalık temelli stres azaltma uygulamalarının kanser, kronik ağrı, ruhsal problemler yaşayan pek çok hastada önemli koruyucu etkileri olduğu belirlenmiştir [100,103,104,107]. Praissman [88] farkındalık temelli stres azaltma programının kronik hastalıkların ve günlük yaşam olaylarının sebep olduğu stres ve anksiyeteyi azalttığı, sağlık çalışanları için iyileştirici olduğu, sağlık personeli ve hastalar arasındaki iletişimi güçlendirdiğini

belirtmiştir. Ayrıca, bu yöntem hemşirelerin farklı hasta gruplarında kullanabileceği güvenilir, etkin ve bütünleştirilmiş bir yaklaşım olduğunu ifade etmektedir.

Hemşireliğin temel taşlarından biri olan karşındaki bireyi anlama ilkesini gerçekleştirmenin bir yolu şimdiki ana dikkatini vermeyi, yargılamaksızın kabul etmeyi, sabır ve şefkati gerektiren farkındalık temelli uygulamalardır [98]. Farkındalık temelli uygulamalar yalnızca stres azaltma tekniği değil, aynı zamanda hastalıklarla baş etmenin dışında kullanılması gereken varoluşu ya da yaşamı anlamının bir yoludur [100].

Mackenzie ve arkadaşları [98] hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada farkındalık temelli yemek yeme, gerilme egzersizleri, oturma, solunum ve beden taramasını kapsayan uygulamaların hemşirelerin yaşadığı stresi ve mesleki yıpranmayı azalttığını, mesleki memnuniyet, baş etme ve iyilik düzeylerini artırdığını saptamışlardır. Ayrıca, Cohen-Katz ve arkadaşları [49] farkındalık temelli stres azaltma programına katılan hemşirelerin farkındalık, dikkat ve bilinç düzeylerinde artış olduğunu belirtmişlerdir. Programa katılmayanların mesleki yıpranma düzeyi katılanlardan anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelere farkındalık temelli stres azaltma programının kendilerine ne kattığı sorulduğunda, öz farkındalık, kendi kendini rahatlatma, kendi bedenine ve bilincine odaklanma, stresli durumlarla baş etme becerisi, iç huzur, mutluluk, iyileşme, açık düşünme yeteneği ve sakinlik yanıtları alınmıştır. Kemper ve arkadaşları [99] da hemşireler tarafından uygulanan beden-zihin eğitiminin mesleki stres ve yıpranmayı azalttığı, manevi ve duygusal sağlıklarını artırdığı ve sağlık sonuçlarını geliştirdiğini belirtmiştir. Bu çalışmada hemşirelerin çoğu yoga, Thai Chi ya da Qi Gong uygulamasını oturma meditasyonuna tercih etmişlerdir. Reiki, yoga, meditasyon, Thai Chi gibi iyileştirici uygulamalar, hemşirelere yaşadıkları stresten kaçınmaları, tükenmişlik yaşamamaları, yoğun iş temposu ile baş etmeleri için bir yol sağlamaktadır [108].

Kristofersson ve Kreitzer'in [104] travmatik beyin yaralanması ve madde kullanımı yüzünden acı çeken hastalarda farkındalık temelli uygulamaların kullanılmasına ilişkin yaptıkları çalışmada, farkındalık uygulamalarının yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon ve dürtüsellik üzerine dikkate değer bir etkisi olmadığı saptansa da, yapılan nitel görüşmelerde hastaların uygulamaları yaparken eğlendikleri ve keyif aldıkları belirlenmiştir.

Smith ve arkadaşlarının [100] farkındalık temelli uygulamaların kanser hastalarında kullanımına ilişkin hazırladıkları sistematik derlemede, bu alanda yapılan çalışmaların genellikle kanser hastalarının yaşam kalitelerini ve psikolojik durumlarını değerlendiren çalışmalar olduğunu belirtmişlerdir. Bu uygulamaların istenmeyen etkilerine dair yapılan bir çalışma olmadığını vurgulamışlardır. Tsang ve arkadaşları [103] beden tarama egzersizlerinin terminal dönemdeki kanser hastalarının fiziksel fonksiyonları ve genel sağlık durumları üzerine etkisinin olmadığı, ancak kanser ağrısını azalttığını saptamışlardır. Ayrıca psikolojik sağlık, rollerle baş etme ve sosyal fonksiyonlar üzerine olumlu etkileri olduğunu

belirtmişlerdir. Witek-Janusek ve arkadaşları [101] farkındalık temelli stres azaltma programının erken evre meme kanseri olan hastaların yaşam kalitelerini ve hastalıkla baş etme düzeylerini artırdığı saptanmıştır. Aynı çalışmada, programa katılan hastaların kortizol seviyelerinin katılmayanlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Matchim ve arkadaşlarının [102] erken evre meme kanseri olan hastalarda yaptığı yarı deneysel çalışmada farkındalık temelli stres azaltma programına katılan hastaların kan basıncı, kalp hızı ve solunum sayılarında azalma ve farkındalık düzeylerinde artış olduğu saptanmıştır. Farkındalık temelli uygulamalardan sonra hastaların sabah kortizol düzeylerinde anlamlı derecede artış olmuştur, ancak bir aylık takipte bu etki sürekli olmamıştır. Yalnızca uygulamaların yapıldığı günlerde artış olmuştur.

Gross ve arkadaşlarının [105] organ nakli olan hastalarda beden taraması, oturma meditasyonu, hassas Hatha yoga ve yürüme meditasyonunu kullanarak yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, farkındalık temelli stres azaltma programına katılan hastaların uyku kalitelerinin, canlılıklarının ve mental sağlıklarının daha iyi olduğu saptanmıştır. Programa katıldıktan bir yıl sonra hastaların anksiyete, depresyon seviyeleri azalmış, uyku kalitesi, canlılık, ruh sağlığı ve yaşam kaliteleri başlangıç seviyesine göre artmıştır.

Wall'un [109] ortaokula giden çocuklarda farkındalık temelli stres azaltma ve Thai Chi uygulamalarının öğrencilerin yaşama dair farkındalıklarını geliştirdiğini saptamıştır. Oturumlarda yapılan egzersizlerin öğrenciler tarafından evde her gün tekrarlanmasının, yaşamdaki sıradan olayları anlama ve anın değerini bilme konusunda öğrencilere yardım ettiğini belirtmiştir.

Whitebird ve arkadaşları [106] farkındalık temelli stres azaltma programının diyabetli hastalarda hastalığa uyumu kolaylaştırdığını, dolayısı ile hastalığın uzun süreli yönetimini ve nöroendokrin sisteme ilişkin metabolik sonuçları olumlu yönde etkilediğini saptamışlardır. Whitebird ve arkadaşları [107] yaptıkları başka bir randomize kontrollü çalışmada farkındalık temelli stres azaltma programının bakım vericilerinin stres, depresyon ve yüklerini azaltmak için kabul edilebilir ve uygulanabilir bir yöntem olduğunu belirtmiştir.

White [110] farkındalık temelli uygulamaların hemşirelik alanında ve hemşirelerle yapılan çalışmaları sistematik olarak incelediğinde, yaptığı kavramsal analizi sonucunda dönüştürücü süreçler, şimdiki anda kalma deneyimi, kabul, dikkat ve bilinçlenme olmak üzere beş temaya odaklanmıştır. Farkındalık uygulamalarının hemşirelerin iyilik ve öz bakım seviyelerini artırdığını belirtmiştir.

### **2.3.6. Farkındalık Temelli Uygulamaların Anneliğe Geçişte Önemi**

Gebelik dönemi bireyler için fiziksel ve psikolojik zorluklar yaratan, büyüme ve gelişmenin son derece dinamik olduğu bir dönemdir [111]. Gelişimsel geçişin bir parçası olan anneliğe geçiş dönemi stresli olmaya başladığı ve etkin baş

etme gerçekleştirilemediği zaman, bireyler ve doğacak olan bebeğin sağlık ve iyilik durumlarında bozulma olasılığı ortaya çıkmaktadır. Bebeğin uterusunda gelişiminin erken evrelerinden başlayarak, stres gebenin ve bebeğinin sağlığı üzerinde önemli olumsuz etkilere sebep olabilir [90]. Maternal stres preterm eylem gibi istenmeyen doğum sonuçları ile bağlantılıdır [112]. Doğum komplikasyonlarının pek çok sebebi olmasına rağmen, stres ve stresin doğum sonuçları üzerine olumsuz etkilerini gösteren pek çok araştırma bulunmaktadır [94,96,113-116]. Annelik rolüne geçiş sırasında yaşanan stres, doğum sonuçları üzerine olumsuz etkilerinin yanı sıra, postpartum depresyon, anne-bebek bağlanma kalitesinde azalma, annelik rolüyle baş etme ve yeterlilikte bozulma gibi doğum sonrası döneme ilişkin de olumsuz sonuçlar yaratmaktadır [96]. Bütünleştirilmiş bir yaklaşım ile anneliğe geçiş sürecinde gelişimsel-davranışsal müdahalelere beden-zihin uygulamalarının entegre edilmesi sağlıklı gebelik ve doğum sonuçları için yardımcı olabilir. Bu yaklaşım, aynı zamanda anneliğe sağlıklı geçiş, sosyal ve psikolojik olarak sağlıklı çocuk yetiştirmek için de teşvik edici olabilir [21].

Mevcut deneysel kanıtlar farkındalık temelli girişimlerin psikolojik iyiliği artırdığı [95], anksiyete ve depresyonu hafiflettiği [92], psikolojik rahatsızlıkları azalttığı ve tekrarlamasını engellediği [21], bağışıklık fonksiyonunu güçlendirdiği [45], çiftler arasındaki ilişkiyi kuvvetlendirdiği [93] ve ebeveynlik memnuniyetini artırdığını [91] savunmaktadır. Her şey yolunda gitse bile gebelik ve doğum eylemi kadın için başlı başına bir stres kaynağıdır [21]. Bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmasına rağmen, bu bulgular, gebelere yönelik farkındalık temelli stres azaltma girişimlerinin gebelerin anneliğe geçiş sürecinde maternal bağlanma ve annelik rolünde yeterlilik kazanma durumları üzerine olumlu etkileri olabileceğini düşündürmektedir.

Gebe bir kadın için farkındalık temelli stres azaltma girişimleri maternal sağlık ve iyiliği artırarak stresle baş etme konusunda önemli bir kolaylaştırıcıdır, dolaylı olarak bebeğin sağlığını da geliştirici nitelikte olabilir [90,117,118]. Bu önemli ve hassas gelişim döneminde özellikle maternal stres ve anksiyete fetal sağlığı olumsuz yönde etkiliyorsa, gebenin yaşadığı stres durumunun mutlaka ele alınması önemli bir hemşirelik sorumluluğudur.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Türü

Preterm erken membran rüptürü olan gebelerde Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılmış farkındalık programının anneliğe geçiş sürecine etkisini inceleyen bu araştırma vaka-kontrol müdahale çalışmasıdır.

### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum 1 ve Kadın Doğum 2 kliniklerinde yürütülmüştür. Araştırma verileri Aralık 2012-Haziran 2014 tarihleri arasında toplanmıştır.

### 3.3. Araştırmanın Hipotezleri

1. **H<sub>1</sub>**: Meleis'in Geçiş Teorisine temellendirilen farkındalık programına katılan deney grubundaki preterm erken membran rüptürü olan gebeler, kontrol grubuna göre postpartum dönemde annelik rolüne daha fazla uyum gösterirler.

2. **H<sub>1</sub>**: Meleis'in Geçiş Teorisine temellendirilen farkındalık programına katılan preterm erken membran rüptürü olan gebelerin postpartum dönemde bebeğe maternal bağlanma düzeyleri kontrol grubuna göre daha fazladır.

3. **H<sub>1</sub>**: Meleis'in Geçiş Teorisine temellendirilen farkındalık programına katılan deney grubundaki preterm erken membran rüptürü olan gebelerin gebeliğe uyum düzeyleri kontrol grubuna göre daha fazladır.

4. **H<sub>1</sub>**: Meleis'in Geçiş Teorisine temellendirilen farkındalık programına katılan deney grubundaki preterm erken membran rüptürü olan gebelerin doğum haftası, kontrol grubuna göre daha uzundur.

### 3.4. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımsız Değişken:** Meleis' in geçiş teorisine göre yapılandırılmış farkındalık temelli anneliğe geçiş programı

**Bağımlı Değişken:** Gebenin gebeliği kabulü, annelik rolünü kabulü, doğuma hazır oluşu, eşi ile ilişkisi, maternal bağlanma düzeyi, annelik rolüne doğum sonu uyum düzeyi, doğum haftası

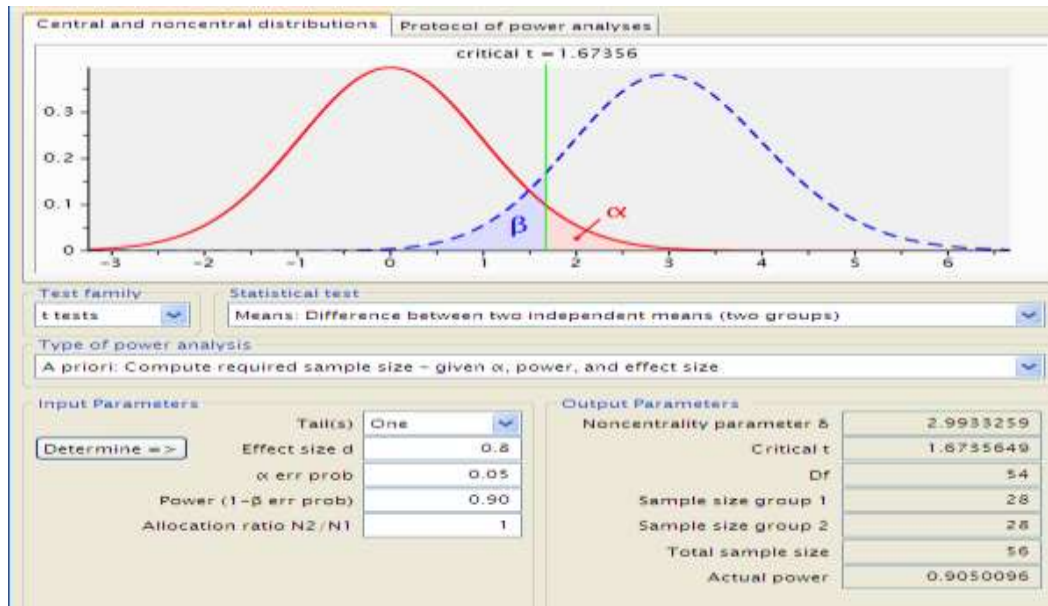
### 3.5. Araştırmanın Örneklemi ve Örneklem Özellikleri

#### *Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması*

Araştırmanın etki büyüklüğü, örneklem büyüklüğü ve power analizleri açısından Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı'ndan danışmanlık ve destek alınmıştır. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için güç analizi (power analizi) uygulanmıştır. Araştırmanın gücü, iki uygulama arasındaki farkı

ortaya koyabilme olasılığı olarak tanımlanmaktadır. Çalışmanın en az %80 güce sahip olması gerekmektedir [119]. Bu araştırmada da güç %90 olarak kabul edilmiştir.

Tip 1 hata, iki uygulama arasında gerçekte fark yokken çalışma sonucunda fark bulmak olarak tanımlanır ve p değeri tip 1 hata olasılığını belirtir. Genel olarak %5'in altında ( $p < 0.05$ ) p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilir [120]. Bu araştırmada tip 1 hata oranı %5 olarak belirlenmiştir. G Power 3.1.3 programı ile yapılan güç analizine göre %90 güç ve 0.05 tip hata için 28 müdahale, 28 kontrol grubunun yeterli olduğu belirlenmiştir (Şekil 3.1). Bu nedenle 30 müdahale, 30 kontrol grubu ile çalışma yürütülmesi planlanmıştır.



Şekil 3.1. G Power 3.1.3 programı ile yapılan güç analizi

### Örneklemin Özellikleri

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum kliniğine preterm erken membran rüptürü (PEMR) tanısı ile yatışı yapılan gebeler araştırmanın örneklem grubunu oluşturmuştur (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

#### Araştırmaya dahil edilme kriterleri

1. Çalışmaya katılmayı gönüllü kabul etmesi
2. 18 yaşın üzerinde olması
3. Okuma-yazma bilmesi
4. Primigravida olması
5. PEMR tanısını aldıktan sonra en az 7 gün, en fazla 15 gün hastanede yatması
6. Fetüsün sağlıklı olması
7. Kronik bir hastalığının olmaması
8. Gebeliğe özgü bir hastalığının olmaması
9. Tokolitik tedavi almaması
10. O4209 ICD-10 kodlu Erken membran rüptürü (EMR) tanısı ile kadın doğum kliniğine yatışının yapılması

Araştırma kriterlerini karşılayan 1 gebe il dışından geldiği için çalışmaya katılmak istememiş, 11 gebe 7 günlük programı tamamlayamadan doğum yapmış, 6 gebeye ön testler uygulandıktan sonra tokolitik tedavi başlanmış ve bu nedenle gebeler araştırma dışına alınmıştır (kontrol grubundan 11 gebe, deney grubundan ise 7 gebe örneklem dışına alınmıştır). Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan yeni gebeler ile çalışmaya devam edilmiştir. Gebelerin sosyodemografik özellikleri ve doğuma ilişkin verileri Tablo 3.2'de belirtilmiştir.

**Tablo 3.2.** Gebelerin tanıttıcı özellikleri

Sosyodemografik özellikler	Kontrol grubu		Deney grubu		p
	$\bar{X} \pm SS$		$\blacksquare \pm SS$		
Yaş	21.5±0.32		22.0±0.39		0.93
Ekonomik düzey (TL/ay)	2171±219.59		2096±203.81		0.17
Evlilik süresi (ay)	16.20±3.40		15.63±4.10		0.56
Sosyodemografik özellikler	Kontrol grubu		Deney grubu		p
	n (30)	%	n (30)	%	
<b>Eğitim düzeyi</b>					0.43
Okuryazar ve ilköğretim	15	50.0	12	40.0	
Lise	15	50.0	18	60.0	
<b>Çalışma durumu</b> *					-
Çalışan	2	6.7	0	0	
Çalışmayan	28	93.3	30	100	
<b>Gebeliğin planlı olma durumu</b>					0.60
Planlı	25	83.3	27	90.0	
Planlı değil	5	16.7	3	30.0	
<b>Doğuma hazırlık eğitimi alma durumu</b>					0.30
Planlı eğitim alan	11	36.7	15	50.0	
Planlı eğitim almayan	19	63.3	15	50.0	
<b>Annelik konusunda rol modelleri</b> *					-
Anne	24	80.0	19	63.3	
Yakın akraba	6	19.9	5	16.6	
Sanatçı	0	0	1	3.3	
Rol modeli yok	0	0	5	16.7	
<b>Önemli yaşam olayları</b>					0.10
Anne olmak	20	66.7	20	66.7	
Eş ile tanışmak	9	30.3	10	33.3	
Çalışmaya başlamak	1	3.3	0	0	
Gebeliğe ilişkin özellikler	Kontrol Grubu		Deney Grubu		p
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		
PERM geliştiği hafta	35.2±0.76		35.1±0.64		0.68
Doğum haftası	36.2±0.7		36.6±0.6		0.35
5. Dakika APGAR skoru	7.83±1.27		8.70±0.8		0.00
Bebeğin doğum kilosu	2971.67±25.33		2975.67±20.42		0.90

\*Beklenen değer 5'in altında olduğu için karşılaştırma yapılmamıştır.



### 3.6. Güç ve Etki büyüklüğü

Çalışmaya başlamadan önce, araştırma planlanırken etki büyüklüğü 0.8 olarak öngörülmüştür. Çalışma tamamlandıktan sonra örneklemeden elde edilen verilere dayalı olarak araştırmanın gücü ve etki büyüklüğü yeniden hesaplanmıştır. Bunun için çalışmada kullanılan üç ölçeğin ön test puan ortalamaları ve standart sapmaları temel alınarak G Power 3.1.3 programı ile bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır. Her bir ölçek için ayrı ayrı power analizi yapılmıştır. Yapılan analizler doğrultusunda üç ölçeğe ait etki büyüklüğü elde edilmiştir (Tablo 3.3).

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin (PKDÖ) etki büyüklüğü 1.17, Maternal Bağlanma Ölçeği'nin (MBÖ) etki büyüklüğü 1.33 ve Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin (POKDÖ) etki büyüklüğü ise 0.76 olarak bulunmuştur.

**Tablo 3.3.** Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği, Maternal Bağlanma Ölçeği ve Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin ön test puan ortalamaları temel alınarak hesaplanan power analizi ve etki büyüklüğü sonuçları

Ölçekler	Deney (n=30)	Kontrol (n=30)	Analizi sonucu	Etki büyüklüğü
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
PKDÖ	19.7±1.51	24.60±2.17	0.96	1.17
MBÖ	78.86±4.30	71.33±2.35	0.97	1.33
POKDÖ	197.70±7.89	199.63±7.80	0.91	0.76

### 3.7. Araştırma Kapsamında Yapılan Uygulamalar

#### 3.7.1. Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması PEMR tanısı almış 3 gebe ile yapılmıştır. Gebelere çalışmada kullanılacak olan ölçekler uygulanmış, ölçek maddelerinin anlaşılır olma durumu değerlendirilmiştir.

#### 3.7.2. Kontrol Grubuna Yapılan Girişimler

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, PEMR tanısı amnisure testi ile konulmakta ve PEMR'nin rutin klinik izleminde iki günde bir laboratuvar bulguları takibi, günde 6 kez yaşam bulgusu takibi, günde 3 kez fetal kalp hızı takibi ve günlük nitrazinli ped takibi yapılmaktadır. Kontrol grubunun verileri toplanırken, sadece rutin klinik hemşirelik bakımı verilmiştir. Hastaneye yatışın birinci günü gebe ile tanışıldıktan sonra, çalışmanın amacı açıklanmıştır. Ölçüm araçlarının deney grubu ile aynı günlerde uygulanması için, araştırma katılmayı kabul eden gebelere Kişisel Bilgi Formu ve Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Çalışmanın 7. gününde ise, aynı ölçeklerin tekrar testleri. İzlem süresinin 7 gün ile sınırlı tutulmasının nedeni, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesine PEMR tanısı ile yatışı yapılan hastalardan, durumu stabil olan, enfeksiyon ve preterm eylem riski minimal düzeyde bulunan gebelerde tokolitik tedavinin uygulanmaması, ortalama 7-10 gün içerisinde genellikle doğumunun gerçekleştiriliyor olmasıdır (klinik şef ve hemşirelerle görüşüldükten sonra anneliğe geçiş programı 7 günlük planlanmıştır).

Doğumdan sonra postpartum 1. ve 4. ayda telefon aracılığıyla gebe ile görüşülerek, “Maternal bağlanma ölçeği” ve “Postpartum kendini değerlendirme ölçeği” uygulanmış, annenin bebeğe bağlanma ve annelik rolünde yeterlilik durumu değerlendirilmiştir.

### **3.7.3. Pilot Çalışma**

Kontrol grubunun verileri tamamlandıktan sonra, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 3 gebe ile Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programı'nın (FATAP) pilot çalışması yapılmıştır. Pilot çalışma doğrultusunda programda bazı düzenlemeler yapılmıştır. 3. oturumda verilen emzirme eğitiminde süt sağma ile ilgili bölümün hastaları kaygılandığı görülmüştür. Doğum sonrası dönemde üç hastanın da süt sağma gereksinimi olmamıştır. FATAP program kitapçığından süt sağma ile ilgili bölüm çıkarılmamış, ancak hazırlanan süt sağmaya yönelik broşür hastanın gereksinimine göre verilmiştir. Bir gebenin henüz süt sağma ya da meme başı sorunu olmamasına rağmen, manuel süt sağma pompasını ve meme başı çıkarma aplikatörünü almak istemesi üzerine, süt sağma bölümünden yüzeysel bahsedilmiştir. Gebelerden FATAP yönlendirme kılavuzuna yönelik görüş istenmiş ve gebelerin FATAP'ı okumaktan çok keyif aldıkları, dilinin akıcı olduğu öğrenilmiştir. Özellikle farkındalık temelli emzirme ve bebek bakımı konusunda hazırlanan bölümü çok beğendiklerini belirtmişlerdir. Bir gebenin programda geçen tıbbi terimlerin açıklamasını bulabilecekleri sözlük eklenmesi önerisi üzerine, program kılavuzunun sonuna kitapçıkta geçen kelimelere yönelik “Tıbbi Terimler Sözlüğü” eklenmiştir. Bebeğe bulunan refleksleri anlatan bölüm detay bilgi olduğu için programdan çıkarılmıştır.

Çalışmanın yapıldığı hastanede hasta odaları iki kişiliktir. İlk uygulamada hastanın yatak istirahatini bozmamak için, yataklar arasındaki perde çekilerek diğer hasta ile bağlantı engellendi. Gebeye kendi odasında sessizliği dinleme egzersizi ve beden tarama meditasyonu uygulandı. Ancak, odanın fiziksel koşulları çalışmanın sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesine elverişli değildi. Kapıya “Görüşme Var” yazısı asılmasına rağmen, sağlık personelinin ve hasta yakınlarının odaya giriş çıkışı kontrol edilemedi. Gebenin diğer hastadan etkilendiğini ve odaklanmakta güçlük çektiğini belirtmesi üzerine diğer oturumlara müdahale odasında devam edilmiştir. Hastalarla gündüz çalışma saatinin ardından, sağlık personelinin çoğu klinikten ayrıldıktan sonra görüşülmüş ve egzersizler uygulatılmıştır. Müdahale odasında paravandan yararlanıldı. Kapıya “Görüşme Var” yazısı asıldı. Uygulama öncesinde oda havalandırıldı. Lavanta losyonu ve lavanta mumları uygulamadan önce yakıldı. Uygulamaya başlamadan önce relaksasyon müzikleri açıldı. Gebe ile kısa süreli konuşmadan sonra müzik kapatılarak, sessizlik sağlandı. Gebeler sessizliği dinleme egzersizindeki meditasyon gongunun sesinden çok hoşlandıklarını belirtmişlerdir. Uzanma meditasyonunun ve beden tarama egzersizinin kendilerini rahatlattığını ifade etmişlerdir.

### **3.7.4. Deney Grubuna Yapılan Girişimler**

Pilot çalışmanın ardından programda gerekli görülen düzenlemeler yapılmış ve deney grubunun verileri toplanmıştır. Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programının birinci gününde gebelere araştırmacı yanlarında yokken, farkındalık

egzersizlerini kendi başlarına yapabilmeleri için 5 dakikalık uzanma meditasyonu, 10 dakikalık beden tarama egzersizi ve relaksasyon müziklerinin kaydedildiği bir MP3 çalar verilmiştir. Gebelerden hastanede kaldığı süre içerisinde uygulamanın kaydedildiği ses kaydını dinlemeleri ve yönergeler doğrultusunda egzersizleri yapmaları beklenmiştir. Kontrol grubunda olduğu gibi deney grubunda da doğum sonrası hastane kayıtlarından doğum haftası, bebeğin doğum kilosu, APGAR skoru kaydedilmiştir. Doğumdan sonra 1. ve 4. ayda telefon aracılığıyla gebe ile görüşülerek, “Maternal bağlanma ölçeği” ve “Postpartum kendini değerlendirme ölçeği” uygulanmış, annenin bebeğe bağlanma ve annelik rolünde yeterlilik kazanma durumu değerlendirilmiştir.

### ***Araştırmacının Hazırlığı***

Araştırmacı University of Minnesota, Center for Spirituality and Healing'te üç ay süresince staj yapmıştır. Bu süre boyunca, merkez tarafından organize edilen aşağıdaki farkındalık eğitimlerine ve seminerlere katılmıştır.

(1) Mindfulness Based Stres Reduction Program (Ek 21)

(2) The science of positivity (Ek 22)

(3) Wired for connection: How empathy, shame, and vulnerability influence health and wellbeing (Ek 23)

(4) The Buddha's Brain: What modern science is revealing about the ancient practice of meditation&weekend retreat (Ek 24)

(5) Meditation & Yoga Retreat: "Moving into meditation" (Ek 25)

### ***Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programının (FATAP) Yapılandırılma Süreci***

Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programına ve Meleis'in Geçiş Teorisine temellenen Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programı hazırlanmadan önce kapsamlı bir literatür incelemesi yapılmıştır. Meleis'in Geçiş Teorisinin ana kavramlarının Türkçeye uyarlanması konusunda Prof.Dr. Nurgün PLATİN ve Prof. Dr. İffet RENDA'dan uzman görüşü alınmıştır (Ek 4). Daha sonra, University of Minnesota Center for Spirituality and Healing'in Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı eğitmenleri Jean Haley, Alex Haley ve Prof.Dr. Mary Jo Kreitzer'in danışmanlığında FATAP'ın program içeriği, beden tarama (Ek 11) ve uzanma meditasyonu (Ek 12) yönergeleri oluşturmuştur. FATAP, temelleri Jon Kabat-Zin tarafından yaklaşık 20 yıl önce atılan yaşam, meditasyon ve yoga uygulamalarını kapsayan farkındalık temelli stres azaltma programından yola çıkılarak hazırlanmıştır. Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programı'nın içeriğine (Ek 20) ve eğitim broşürlerine (Ek 17, 18, 19) ilişkin uzmanlara görüş sorulmuştur. Doç. Dr. Hatice BALCI YANGIN, Doç. Dr. Ayşegül İŞLER, Öğr.Gör. Süreyya SARVAN ve Bebek Dostu Hastane Koordinatörlüğü Emzirme Hemşiresi Havva ÇAKMAK'tan görüş alınmıştır. Programa son hali verildikten sonra, çalışmanın kavramsal çerçevesinde teorisinden yararlanılacak olan Prof.Dr. Afaf I. Meleis ile e-mail aracılığıyla görüşülmüş, programa yönelik görüş istenmiştir (Ek 5). Onun önerisi ile programa rol prova etme ile ilgili bölümler eklenmiştir.

Sağlıklı bir anneliğe geçiş için farkındalık yaratmayı hedefleyen program ikinci, üçüncü ve dördüncü oturum 60'ar dakika, diğer oturumlar 45 dakika olacak şekilde 7 oturumdan oluşmuştur. Oturumlarda araştırmacı tarafından gebelere

sessizliği dinleme, beden tarama meditasyonu ve uzanma meditasyonu uygulatılmış; yemek yeme ve günlük aktivitelerini gerçekleştirirken farkındalık kazanma alıştırmaları yaptırılmıştır. Farkındalık temelli anneliğe geçiş uygulamaları, farkındalık temelli stres azaltma programının temelini atan Jon Kabat-Zinn'in "Full Catastrophe Living" isimli kitabı esas alınarak hazırlanmıştır. Ayrıca gebelere Preterm erken membran rüptürü ile başetme, emzirme ve bebek bakımına yönelik eğitimler verilmiş, annelik rolünü prova etmesi ve yeni doğum yapmış bir anne ile etkileşimi sağlanmıştır.

### ***Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programının Amacı***

Gebelerin Preterm erken membran rüptürü tanısı ile hastaneye yatışının, hayatlarındaki önemli dönüm noktalarından biri olan ilk gebelik deneyimini glgelememesi hedeflenmiştir. Programının amacı, Preterm erken membran rüptürü olan gebelerin gebelik, doğum ve anneliğin erken dönemlerinde yaşadığı stresi azaltmak, annelik rolünde yeterlilik ve bebeğe bağlanma düzeyinde artış sağlamaktır.

### ***Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programının İçeriği***

#### **1. Oturum (45dk)**

- Gebe ile tanışma,
- Sosyo-demografik bilgilerini ğrenme
- Farkındalığın tanımını yapma, farkındalık temelli anneliğe geçiş programının amacını ve içeriğini açıklama,
- Gebeliği ilk ne zaman öğrendiği, öğrendikten sonra ne yaptığı ve ne hissettiği konusunda konuşma,
- Sessizliği dinleme egzersizini uygulatma,
- Beden tarama egzersizini uygulatma.

#### **2. Oturum (60dk)**

- Sessizliği dinleme egzersizini uygulatma,
- Uzanma meditasyonu uygulatma,
- Hayatındaki dönüm noktalarını ve anneliğe ilişkin rol modellerini sorgulama,
- Farkındalık temelli yemek yeme davranışı hakkında görüşme, kuru üzüm ile farkındalık temelli yemek yeme egzersizi yapma (gebenin sadece yediği yiyeceğe ve şimdiki ana odaklanarak zmn tadını, kokusunu, sesini hissetmesi sağlandı, bütün yemeklerini zm egzersizinde olduğu gibi sadece yemeğine odaklanarak, tadını, kokusu hissederek bilinçli bir şekilde beslenmesi iletildi ve sonraki oturumda yeme deneyimleri hakkında konuşuldu).
- Preterm erken membran rüptürü ile baş etmeye yönelik eğitim verildi.

#### **3. Oturum (60dk)**

- Sessizliği dinleme egzersizini uygulatma,
- Uzanma meditasyonu uygulatma,
- Farkındalık temelli yemek yeme davranışı hakkında konuşma, günlük aktivitelerini farkındalık temelli nasıl yapabileceği hakkında görüşme (rneğin ellerini yıkama, dişlerini firalama, yemek hazırlama, kıyafetlerini değiştirme),

- Nasıl bir anne olmayı hayal ettiği, geleceğe ilişkin korku ve kaygılarını konuşma,
- Emzirme Eğitimi: Meme dokusunun yapısı, anne sütünü ile beslemenin önemi, emzirmenin nasıl gerçekleştirildiği, bebeğin memeye yerleştirilmesi, emzirme pozisyonları, emzirmenin değerlendirilmesi, ek gıdalara başlanması, meme bakımı, meme ucuna ilişkin gelişebilecek sorunlar, emzirme sonrası bebeğin gazının çıkarılması,
- Bebek maketi ile emzirme provası yapma.

#### **4. Oturum (60dk)**

- Sessizliği dinleme egzersizini uygulatma
- Uzanma meditasyonu uygulatma
- Farkındalık temelli yemek yeme davranışı ve günlük aktivitelerini farkındalık temelli yapma deneyiminin görüşülmesi
- Bebek bakımı konusunda ne bildiğini öğrenme
- Bebek bakımı eğitimi: Göbek kordu bakımı, bebek banyosu ve cilt bakımı, tırnak bakımı, boşaltım, bez kullanımı ve pişikler, pamukçuk, vücut ısısını değerlendirme ve giydirme, aşılama
- Bebek maketi ile bebek bakımı provası yapma.

#### **5. Oturum (45dk)**

- Sessizliği dinleme egzersizini uygulatma,
- Uzanma meditasyonu uygulatma,
- Farkındalık temelli yemek yeme davranışı ve günlük aktivitelerini farkındalık temelli yapma deneyiminin görüşülmesi
- Gebenin yeni doğum yapmış bir anne ile etkileşimi ve duygularını paylaşmasına olanak sağlama ve diğer annelerin annelik davranışlarını izleme.

#### **6. Oturum (45dk)**

- Sessizliği dinleme egzersizini uygulatma
- Uzanma meditasyonu uygulatma
- Farkındalık temelli yemek yeme davranışı ve günlük aktivitelerini farkındalık temelli yapma deneyiminin görüşülmesi

#### **7. Oturum (45dk)**

- Sessizliği dinleme egzersizini uygulatma
- Uzanma meditasyonu uygulatma
- Farkındalık temelli yemek yeme davranışı ve günlük aktivitelerini farkındalık temelli yapma deneyiminin görüşülmesi
- Program hakkındaki düşünceleri, görüş ve önerilerinin öğrenilmesi

### 3.8. Veri Toplama Araçları

**3.8.1. Kişisel Bilgi Formu:** Araştırmacılar tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu gebe ile ilk karşılaşmada uygulanmıştır. Bu formda gebenin iletişim bilgilerinin yanı sıra, yaşı, mesleği, sosyoekonomik durumu, eğitim düzeyi gibi demografik sorular yer almaktadır (Ek 7).

**3.8.2. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği:** Lederman tarafından 1979 yılında doğum öncesi dönemdeki kadınların anneliğe uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçek, toplam 79 maddeli, 4'lü likert tipi bir ölçektir. Beydağ ve Mete [121] tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.81 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin, gebeliğin kabulü altboyutu Cronbach alfa değeri 0.80, annelik rolünün kabulü altboyutu Cronbach alfa değeri 0.76, doğuma hazır oluş altboyutu Cronbach alfa değeri 0.76, eş ile ilişkisinin durumu altboyutu Cronbach alfa değeri 0.78'dir [121]. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)'nin annelerin gebeliğe uyumlarını değerlendiren 7 alt ölçeği bulunmaktadır. Her bir alt ölçek 10 ile 15 madde içermektedir. Alt ölçekler; gebeliğin kabulü, annelik rolünün kabulü, kendi annesi ile ilişkisinin durumu, eşi ile ilişkisinin durumu, doğuma hazır oluş, doğum korkusu, kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri olarak gruplandırılmıştır. Ölçekteki her madde 4 dereceli değerlendirmeyle ölçülmektedir. Gebeliğe uyum "1"den "4"e (4:"Çok fazla tanımlıyor", 3: "Kısmen tanımlıyor", 2: "Biraz tanımlıyor", 1: Hiç tanımlamıyor") kadar değişen puanların sonuçlarına dayanılarak değerlendirilir. Ters maddelerde puanlama tam tersi olacak şekilde yapılmaktadır. Ölçekteki ters yönlü maddelerin numaraları şu şekildedir; 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 40, 47, 48, 49, 50, 53, 55, 56, 59, 60, 61, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 78, 79 . Ölçeğin tamamı için en az 79, en fazla 316 puan alınabilmektedir. Düşük puanlar gebeliğe uyumun yüksek olduğunu göstermektedir. Araştırmada ölçeğin *gebeliğin kabulü*, *annelik rolünün kabulü*, *doğuma hazır oluş* ve *eş ile ilişkisinin durumu* alt boyutları kullanılmıştır (Ek 8).

**3.8.3. Maternal Bağlanma Ölçeği:** Kavlak ve Şirin [55] tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Maternal Bağlanma Ölçeği, her bir madde "her zaman" ile "hiçbir zaman" arasında değişen, 4'lü likert tipi 26 maddelik bir ölçektir. Her madde doğrudan ifadeleri içermektedir ve her zaman (a)= 4 puan, sık sık (b)=3 puan, bazen (c)=2 puan ve hiçbir zaman (d)=1 puan olarak hesaplanır. Bütün maddelerin toplamından genel bir puan elde edilmektedir. Yüksek puan maternal bağlanmanın yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 26, en yüksek puan 104 arasında değişmektedir. Maternal Bağlanma Ölçeği en az postpartum bir aylık bebeği olan annelere uygulanır. Gebelere ve postpartum bir aydan önce uygulanmaz. Ölçeğin cronbach alfa değeri bir aylık bebeği olanlar için 0.77'dir (Ek 9).

**3.8.4. Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği:** Geçerlik ve güvenilirlik çalışması Taşçı ve Mete [122] tarafından yapılan Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin (POKDÖ) Cronbach alfa değeri 0.84 olarak belirlenmiştir. Lederman ve

Weingarten tarafından 1981 yılında postpartum dönemdeki kadınların anneliğe uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş 82 maddeli, 4'lü likert tipi bir ölçektir. POKDÖ' nin annelerin doğum sonu uyumlarını değerlendiren 7 alt ölçeği bulunmaktadır. Her bir alt ölçek 10 ile 13 madde içermektedir. Alt ölçekler; partnerler arasındaki ilişkinin kalitesi, partnerlerin bebek bakımına katılıma bakışları, doğum deneyiminden memnuniyet, hayatın devamından hoşnut olma, annelik görevleriyle başa çıkmada güce güvenmek, annelik ve yenidoğan bakımından memnurluk, aile ve arkadaşların annelik için desteği olarak gruplandırılmıştır. Ölçekteki maddelerden 39'u ters yönlüdür. Ölçekteki ters yönlü maddelerin numaraları şu şekildedir; 1, 2, 4, 6, 9, 10, 14, 15, 16, 22, 29, 30, 32, 33, 36, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 49, 51, 53, 54, 59, 61, 62, 67, 69, 71, 73, 77, 78, 79, 81, 82. Ölçek 4 dereceli değerlendirmeyle ölçülmektedir. Doğum sonu uyum "1"den "4"e (4: "Çok fazla tanımlıyor", 3: "Kısmen tanımlıyor", 2: "Biraz tanımlıyor", 1: "Hiç tanımlamıyor") kadar değişen puanların sonuçlarına dayanılarak değerlendirilir. Ters maddelerde puanlama tam tersi olacak şekilde yapılmaktadır. Ölçeğin tamamı için en az 82, en fazla 328 puan alınabilmektedir. Düşük puanlar doğum sonu uyumun yüksek olduğunu göstermektedir (Ek 10).

**Tablo 3.4.** Araştırmada kullanılan ölçekler

Ölçekler	Öntest	Sontest
Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeğinin "gebeliğin kabulü", "annelik rolünün kabulü" ve "anneliğe hazır oluş" ve "eşi ile ilişkisinin durumu" alt boyutlarının uygulanması,	1. gün	7. gün
Maternal Bağlanma Ölçeği	Postpartum 1.ay	Postpartum 4.ay
Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği	Postpartum 1.ay	Postpartum 4.ay

### 3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütüleceği Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin alınmıştır (Ek 3). Araştırma, Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve bilimsel kurul onayı alınmıştır (sayı no: 176, Ek 1). Ayrıca, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (sayı no: B.30.2.AKD.0.20.05.05, Ek 2). Araştırmaya katılacak olan gebelere çalışmanın amacı açıklanarak çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerden yazılı onam alınmıştır (Ek 6).

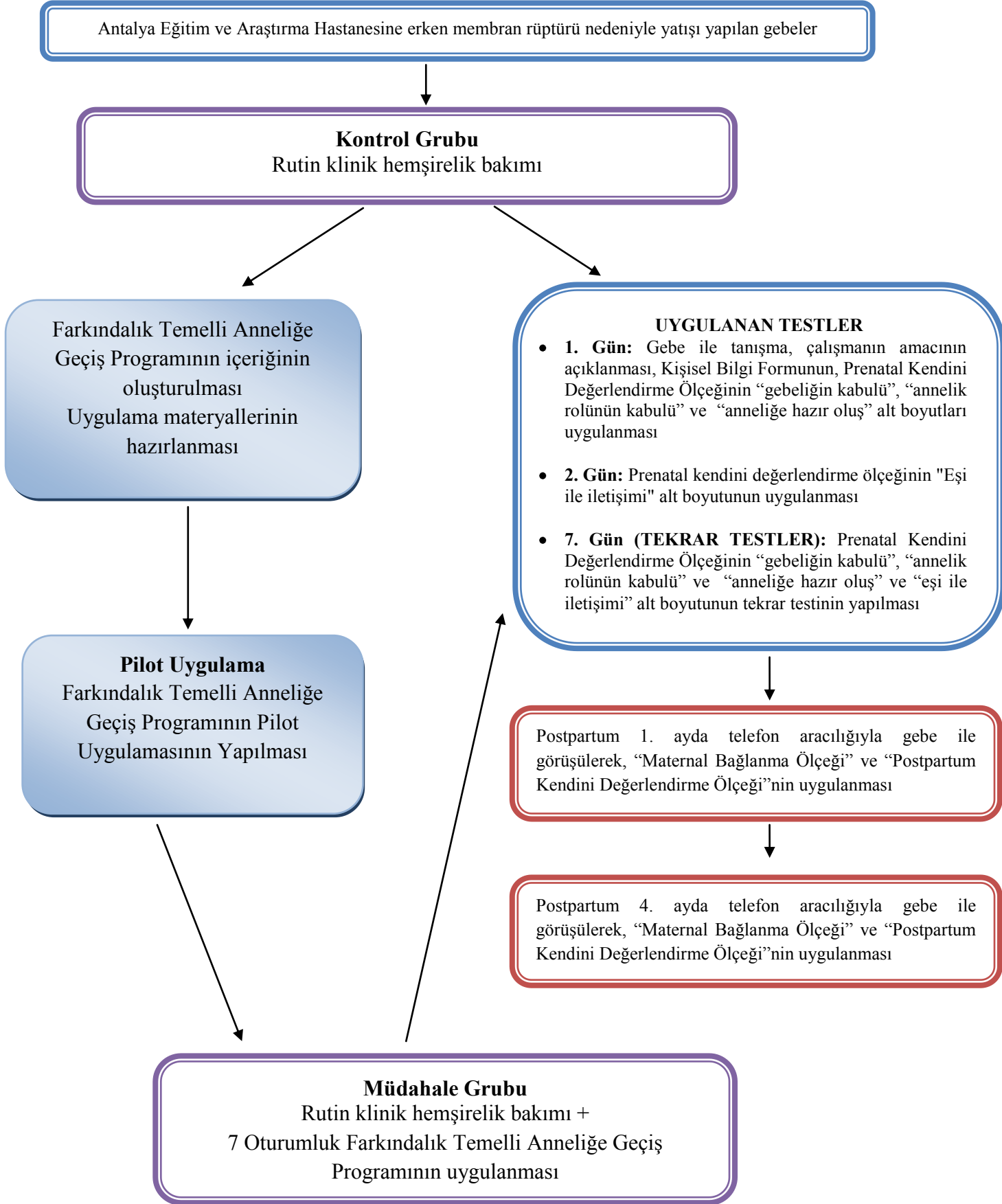
### 3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın istatistiksel analizlerinde Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalından danışmanlık alınmıştır. Veriler SPSS 18.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Veriler SPSS programına kaydedildikten sonra eksik ve hatalı veriler tespit edilerek düzeltilmiştir.

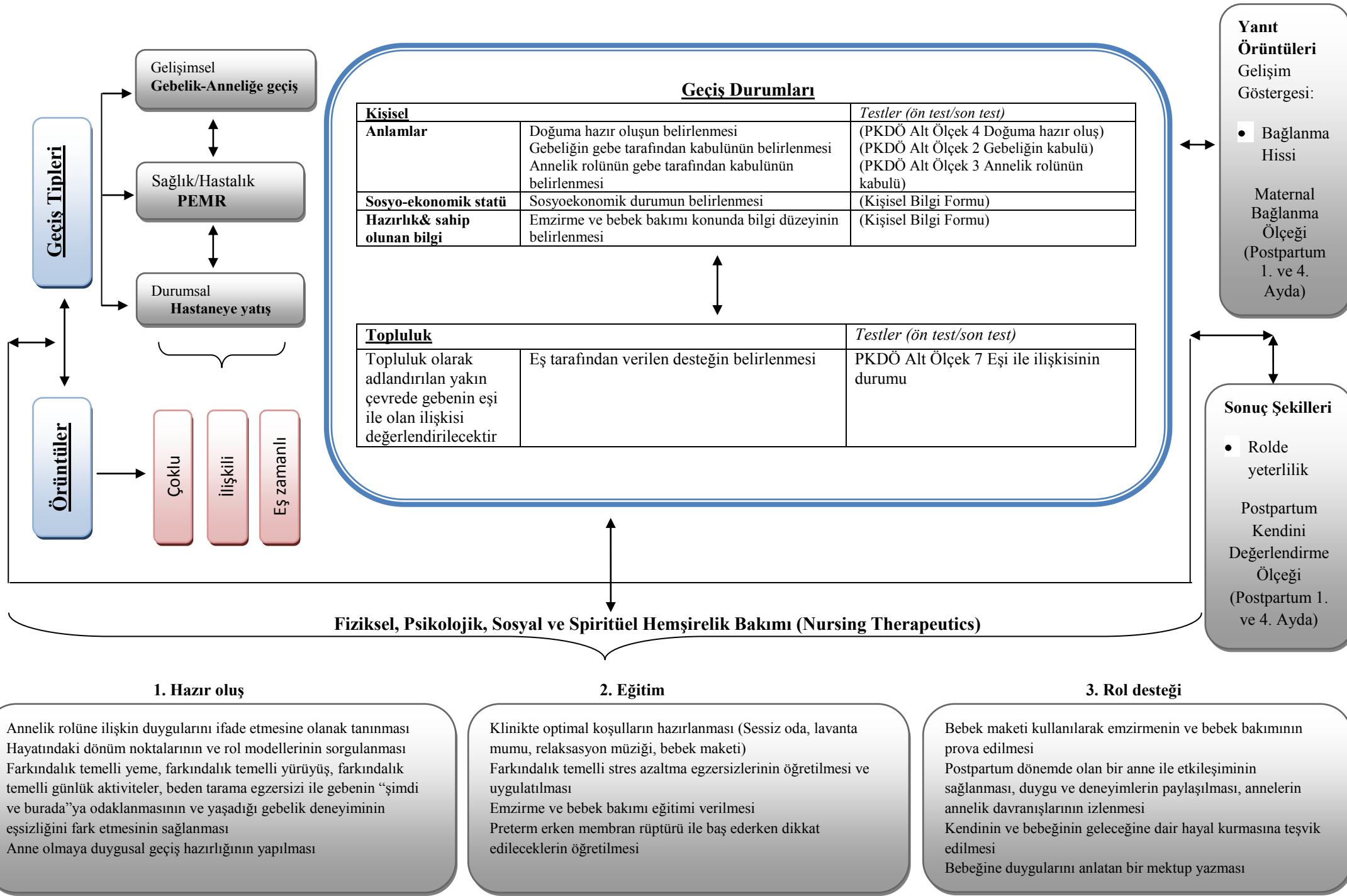
Verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilerek istatistiksel yöntemlere karar verilmiştir. Yapılan testler aşağıda belirtildiği gibidir.

- Deney ve kontrol grubunun demografik özelliklerini belirlemek için sayı, yüzde, ki kare ve t test
- Deney ve kontrol grubunda Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin Gebeliğin Kabulü, Annelik rolünün kabulü, Eş ile İlişkinin Durumu altölçeklerinin öntest ve sontest verilerinin normal dağılıma uymadığı için Man-Whitney U testi, Doğuma Hazırlaş altboyutu normal dağılıma uyduğu için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır.
- Deney ve kontrol grubunda Maternal Bağlanma Ölçeği ve Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeğinin öntest-sontest verilerinin normal dağılıma uymadığı belirlenmiş ve Man-Whitney U testi kullanılmıştır.
- Deney grubunun kendi içinde Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği, Maternal Bağlanma Ölçeği ve Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeğinin öntest-sontest verilerinin normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir. Bu nedenle deney grubunun kendi içindeki öntest-sontest sonuçlarını değerlendirmek için Wilcoxon testi kullanılmıştır.
- Kontrol grubunun kendi içinde Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği, Maternal Bağlanma Ölçeği ve Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği öntest-sontest verilerinin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Bu nedenle kontrol grubunun ön test-son test sonuçlarını değerlendirmek için eşleştirilmiş örneklerde t testi yapılmıştır.
- Deney ve kontrol grubunda doğum haftasına yönelik bir değişim olup olmadığını belirlemek için önce doğum haftalarının normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiş ve normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Daha sonra, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi yapılmıştır.





Şekil 3.2. Araştırmanın Akış Şeması



Şekil 3.3. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Çerçevesi

## BULGULAR

Bu bölümde, Preterm erken membran rüptürü olan gebelerde Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılan farkındalık temelli hemşirelik uygulamalarının deney ve kontrol grubunun kendi içinde ve gruplar arasında anneliğe hazır oluşluk, maternal bağlanma, annelik rolünde yeterlilikleri üzerine etkilerine ilişkin bulgular verilmiştir. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarının, Maternal Bağlanma Ölçeği ve Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği madde toplam puanlarının grup içi ve gruplar arası öntest/sontest sonuçları gösterilmiştir. Ayrıca, Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programı'nın gebelerin doğum haftası üzerine etkisi değerlendirilmiştir.

### 4.1. Gebelerin Anneliğe Hazır Oluşluk Durumuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde, Meleis'in Geçiş Teorisine göre belirlenen Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin (PKDÖ) "Gebeliğin kabulü", "Annelik rolünün kabulü", "Doğuma hazır oluş" ve "Eş ile ilişkisinin durumu" altboyutları değerlendirilmiştir. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin altboyutları 7 günlük bakım programına başlamadan önce ve programın sonunda uygulanmış ve ölçek madde toplam puanları arasındaki değişiklik incelenmiştir. Kontrol grubunun kendi içindeki anlamlılığını test etmek için eşleştirilmiş örneklemde t testi, deney grubunun kendi içerisinde anlamlılığını test etmek için ise Wilcoxon testi kullanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmada PKDÖ doğuma hazır oluş alt boyutu normal dağılım gösterdiği için bağımsız gruplarda t testi, diğer alt boyutlar normal dağılım göstermediği için Mann Whitney U ile test edilmiştir.

**Tablo 4.1.** Gebelerin anneliğe hazır oluşluk durumu

Değişken	Kontrol Grubu		Deney Grubu		Ön test		Son test	
	Ön test $\bar{X} \pm SS$	Son test $\bar{X} \pm SS$	Ön test $\bar{X} \pm SS$	Son test $\bar{X} \pm SS$	Z	p	Z	p
GK	35.63±2.23	35.36±2.07	35.83±2.82	33.43±4.16	-7.29	0.46	-7.748	0.45
	t: 0.43 p: 0.66		Z: -1.53 p: 0.12					
ARK	38.80±2.98	43.33±2.21	40.46±3.53	34.06±4.36	-2.69	0.03	-5.75	0.00
	t: -6.37 p: 0.00		Z: -4.12 p: 0.00					
DH	20.63±2.07	19.96±1.71	18.73±3.49	17.66±4.11	2.56	0.14	2.88	0.01
	t: 1.48 p: 0.14		Z: -1.59 p: 0.28					
Eİ	24.60±2.17	24.90±2.69	19.70±1.51	14.83±4.74	-6.52	0.00	-6.50	0.00
	t: -0.81 p: 0.42		Z: -3.78 p: 0.00					

GK: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin "Gebeliğin kabulü" altboyutu; ARK: "Annelik rolünün kabulü" altboyutu; DH: "Doğuma hazır oluşluk" altboyutu; Eİ: "Eş ile ilişkiler" altboyutu

Kontrol ve deney grubunda gebeliğin kabul edilme düzeyi çalışma başında aynıyken (sırasıyla gebeliğin kabulü madde toplam puanları:  $35.63 \pm 2.23$ ;  $35.83 \pm 2.82$ ), çalışma sonunda kontrol grubu aynı kalmış ( $35.36 \pm 2.07$ ), deney grubunda gebeliğin kabulü artmıştır ( $33.43 \pm 4.16$ ) (Tablo 4.1). Deney grubunun gebeliğin kabulü alt boyutundan aldığı puan ortalamaları incelendiğinde, öntest ( $35.83 \pm 2.82$ ) ve sontest ( $33.43 \pm 4.16$ ) puan ortalamaları arasındaki 2 puanlık azalışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p=0.12$ ). Kontrol grubunun gebeliğin kabulüne ilişkin öntest ( $35.63 \pm 2.23$ ) ve sontest ( $35.36 \pm 2.07$ ) puanlarının değişim göstermediği, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmüştür ( $p=0.66$ ) (Tablo 4.1).

Çalışma başında kontrol grubunda annelik rolünün kabulü ( $38.80 \pm 2.98$ ), deney grubundan fazla iken ( $40.46 \pm 3.53$ ), çalışma sonunda deney grubunda anneliğin kabulü artmıştır ( $34.06 \pm 4.36$ ). Deney ve kontrol grubunda annelik rolünün kabulü konusunda hem öntest ( $p=0.03$ ) hem de sontestler ( $p=0.00$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Deney grubunun annelik rolünün kabulü altboyutundan aldığı puan ortalamaları incelendiğinde, öntest ( $40.46 \pm 3.53$ ) ve sontest ( $34.06 \pm 4.36$ ) puan ortalamaları arasındaki 6 puanlık azalışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p=0.00$ ). Kontrol grubunun annelik rolünün kabulüne ilişkin öntest ( $38.80 \pm 2.98$ ) ve sontest ( $43.33 \pm 2.21$ ) puanlarının yaklaşık 5 puan artış gösterdiği, gebelerin annelik rolünü kabul etme düzeylerinin azaldığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür ( $p=0.00$ ) (Tablo 4.1).

Çalışma başında deney grubunun doğuma hazır oluşluk durumu ( $18.73 \pm 3.49$ ), kontrol grubundan fazla iken ( $20.63 \pm 2.07$ ), çalışma sonunda hem deney ( $17.66 \pm 4.11$ ), hem de kontrol ( $19.96 \pm 1.71$ ) grubunda doğuma hazır oluşluk durumu artmıştır. Deney ve kontrol grubunda doğuma hazır oluşluk konusunda öntest puanları ( $p=0.14$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, sontest puanlarında ( $p:0.01$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Deney grubunun doğuma hazır oluşluk altboyutundan aldığı puan ortalamaları incelendiğinde, öntest ( $18.73 \pm 3.49$ ) ve sontest ( $17.66 \pm 4.11$ ) puan ortalamaları arasındaki 1 puanlık azalışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p=0.28$ ). Kontrol grubunun doğuma hazır oluşluk durumuna ilişkin öntest ( $20.63 \pm 2.07$ ) ve sontest ( $19.96 \pm 1.71$ ) puanlarının yaklaşık olarak 1 puan azalış gösterdiği, gebelerin doğuma hazır oluşluk düzeylerinin arttığı, ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ( $p=0.14$ ) (Tablo 4.1).

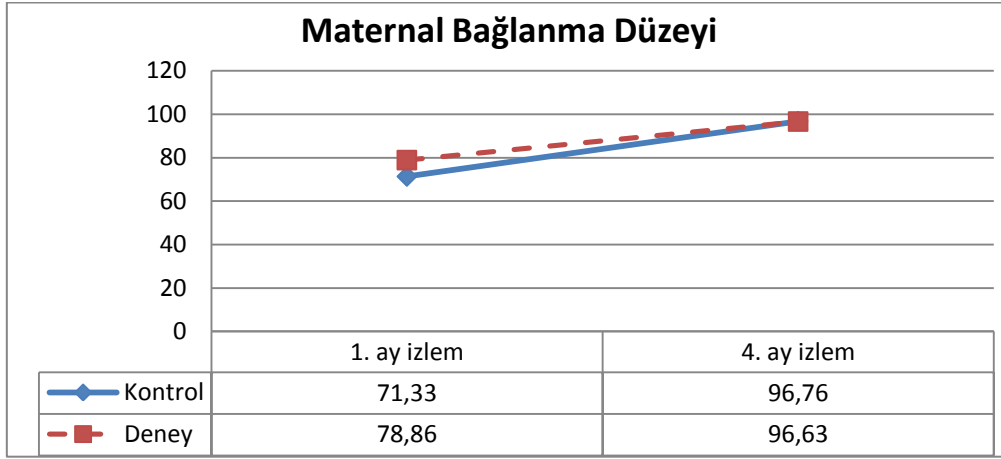
Çalışmada kontrol grubundaki gebelerin eşleri ile ilişkilerine yönelik algısı değişmezken (madde puan toplamları sırasıyla  $24.60 \pm 2.17$ ;  $24.90 \pm 2.69$ ), deney grubundan gebelerin ilişki algısında artış olduğu görülmüştür (madde toplam puanları sırasıyla  $19.70 \pm 1.51$ ;  $14.83 \pm 4.74$ ). Deney ve kontrol grubunda annelik rolünün kabulü konusunda öntest ve sontest puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p=0.00$ ) (Tablo 4.1).

Deney grubunun eşi ile ilişkisi altboyutundan aldığı puan ortalamaları incelendiğinde, öntest ( $19.70 \pm 1.51$ ) ve sontest ( $14.83 \pm 4.74$ ) puan ortalamaları arasındaki 5 puanlık azalışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p=0.00$ ). Kontrol grubunun eşi ile ilişkisi alt boyutunun öntest ( $24.60 \pm 2.17$ ) ve sontest ( $24.90 \pm 2.69$ ) puanlarının çalışma öncesi ve sonrasında değişmediği ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p=0.42$ ) (Tablo 4.1).

#### 4.2. Annelerin Doğum Sonu Dönemde Bebeğe Maternal Bağlanma Düzeylerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde Meleis'in geçiş teorisinin kavramlarından biri olan bağlanma hissi kavramını ölçmek amacıyla seçilen "Maternal Bağlanma Ölçeği"nin doğumdan sonraki 1. ayda ve 4. aydaki sonuçları verilmiştir.

Çalışma sonucunda deney grubunun 1. ay yapılan ölçümde maternal bağlanma düzeyinin kontrol grubundan fazla olduğu belirlenmiştir (Madde toplam puanları sırasıyla 78.86; 71.33) (Şekil 4.1). Deney ve kontrol gruplarının doğum sonu 1. ayda maternal bağlanma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p=0.00$ ). Çalışma sonunda 4. ay yapılan tekrar ölçümde deney (96.63±3.50) ve kontrol grubundaki annelerin maternal bağlanma düzeylerinin aynı olduğu görülmüştür (96.76±2.60). Deney ve kontrol grubunun postpartum 4. ay ölçümlerinde, maternal bağlanma düzeyleri arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p=0.89$ ) (Tablo 4.2).



Şekil 4.1. Deney ve kontrol grubundaki annelerin doğum sonu 1. ay ve 4. aydaki maternal bağlanma düzeyleri

Birinci aydaki izlemlerde deney grubunda annelerin bebeğe bağlanma düzeyleri artmıştır. Kontrol grubunun doğum sonu döneminde bebeğe maternal bağlanma düzeyine ilişkin 1. ay (71.33±2.35) ve 4. ay (96.76±2.60) izlemlerinde puanlarının 25 puan azaldığı, 4. ayda maternal bağlanma düzeyinin arttığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p=0.00$ ). Deney grubunun maternal bağlanma ölçeğinden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde, 1. ay (78.86±4.30) ve 4. ay (96.63±3.50) puan ortalamaları arasındaki yaklaşık 18 puanlık azalışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p=0.00$ ) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Deney ve kontrol grubundaki annelerin maternal bağlanma düzeyleri

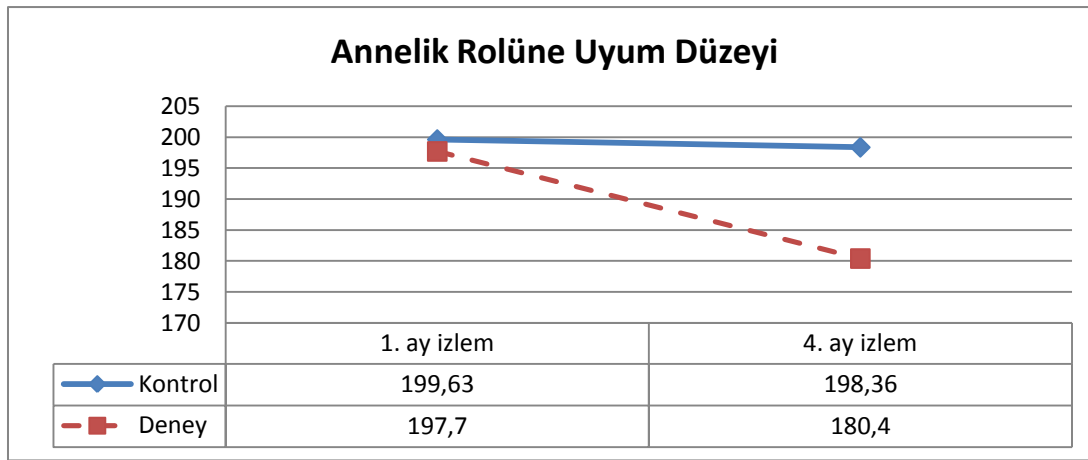
Değişken	Kontrol Grubu		Deney Grubu		1. Ay İzlem		4. Ay İzlem	
	1.ay $\bar{X} \pm SS$	4. ay $\bar{X} \pm SS$	1.ay $\bar{X} \pm SS$	4. ay $\bar{X} \pm SS$	Z	p	Z	p
MBÖ	71.33±2.35	96.76±2.60	78.86±4.30	96.63±3.50	-6.26	0.00	-0.12	0.89
	t:-46.26 p=0.00		Z:-4.78 p=0.00					

MBO : Maternal Bağlanma Ölçeği

#### 4.3. Annelerin Doğum Sonu Dönemde Annelik Rolüne Uyum Düzeyine İlişkin Bulgular

Bu bölümde Meleis'in Geçiş Teorisi'nin kavramlarından biri olan annelik rolüne uyum kavramını ölçmek için uygulanan "Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği"nin doğum sonu 1.ay ve 4. ay sonuçları verilmiştir.

Çalışma sonucunda birinci ay izlemlerde deney grubunun annelik rolü konusundaki farkındalık ve annelik rolüne uyum düzeyi artarken ( $p=0.01$ ), dördüncü ayda iki grup arasında bir fark bulunmamaktadır ( $p=0.64$ ) (Tablo 4.3). Deney grubunun 1. ay annelik rolüne uyum düzeyinin kontrol grubuna yakın olduğu belirlenmiştir (madde toplam puanları sırasıyla  $197.70\pm 7.89$ ;  $199.63\pm 7.80$ ). Çalışma sonunda 4. ay tekrar ölçümde deney grubunun annelik rolüne uyum düzeyinin ( $180.40\pm 6.05$ ) ve kontrol grubundaki annelerden daha fazla olduğu görülmüştür ( $198.36\pm 7.90$ ) (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Deney ve kontrol grubundaki annelerin doğum sonu 1. ay ve 4. ay annelik rolüne uyum düzeyleri

Deney grubunun Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği'nden aldığı puan ortalamaları incelendiğinde, 1. ay ( $197.70\pm 7.89$ ) ve 4. ay ( $180.40\pm 6.05$ ) puan ortalamaları arasındaki yaklaşık 17 puanlık azalışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p=0.01$ ). Kontrol grubunun doğum sonu döneminde annelik rolünde yeterliliğe ilişkin 1. ay ( $199.63\pm 7.80$ ) ve 4. ay ( $198.36\pm 7.90$ ) izlemlerinde postpartum kendini değerlendirme ölçeği puanlarının hemen hemen aynı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Deney ve kontrol grubundaki annelerin annelik rolünde uyum düzeyleri

Değişken	Kontrol Grubu		Deney Grubu		Öntest		Sontest	
	1.ay $\bar{X} \pm SS$	4. ay $\bar{X} \pm SS$	1.ay $\bar{X} \pm SS$	4. ay $\bar{X} \pm SS$	Z	p	Z	p
POKDO	$199.63\pm 7.80$	$198.36\pm 7.90$	$197.70\pm 7.89$	$180.40\pm 6.05$	-2.62	<b>0.01</b>	-0.460	0.64
	t:0.41 p:0.68		Z:-3.43 p= <b>0.01</b>					

POKDO : Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği

## TARTIŞMA

Gebelik ve doğum önemli bir gelişim dönemi, bir yolculuk ve kadının aile çatısı altında dönüşümü olarak ifade edilmektedir [123]. Doğuma hazırlık süreci gebelerin gelecekte yaşayacakları deneyime fiziksel, psikolojik ve spiritüel olarak eşsiz bir hazırlık zamanı olarak düşünülebilir. Farkındalık, pozitif geçiş sonuçlarına ulaşmak için gerekli olan, Meleis'in Geçiş Teorisinin temel kavramlardan biridir [3]. Meleis [3] farkındalığın geçişin önemli bir özelliği olduğunu, ancak farkındalık eksikliğinin ya da yokluğunun geçiş deneyiminin başlangıcına engel teşkil etmeyeceğini, birey içinde bulunduğu geçiş sürecinin farkında olsa da, olmasa da geçişin gerçekleşeceğini belirtmektedir. Birey geçiş sonucunda edineceği yeni rolün ne kadar farkında olursa, rolde yeterlilik ve başarı düzeyi o kadar fazla olacaktır. Bireyin role ilişkin farkındalığı, role ilişkin yaşayacağı stresin düzeyini de azaltabilir [44]. Bu nedenle, bu çalışmada preterm erken membran rüptürü tanısı olarak gelişimsel, durumsal ve sağlık-hastalık geçişini birlikte yaşayan gebelerin anne olmaya ilişkin farkındalığının artırılması amaçlanmıştır.

Geleneksel doğuma hazırlık eğitimlerinin gebeliğe ilişkin annenin ve eşinin yaşadığı stresin azaltılması gibi mental sağlığı geliştirme konusunda yeterli olmadığı belirtilmektedir [124]. Gebelik döneminde uygulanan bir beden-zihin programı stres düzeyini azaltabilir, fiziksel ve psikolojik stresle baş etmek için yeni bir yol önerebilir [125]. Yüksek riskli gebelere yönelik hazırlanan farkındalık temelli doğum programına rastlanmamıştır. Gebelere yönelik oluşturulan farkındalık temelli programların genellikle sağlıklı gebelere ve eşlerine odaklandığı görülmüştür [125-128]. Meleis'in Geçiş Teorisine temellenerek yapılan araştırmanın bu bölümünde, farkındalık temelli hemşirelik uygulamalarının preterm erken membran rüptürü tanısı alan kadınların gebelik döneminde anneliğe hazır oluşluk düzeyine, doğumdan sonra ise maternal bağlanma ve annelik rolünde uzmanlaşma seviyelerine etkisi irdelenmiştir. Elde edilen veriler kadınların sosyo-demografik özellikleri, gebelerin anneliğe hazır oluşluk durumları, annelerin doğum sonu döneminde bebeğe maternal bağlanma düzeyleri, annelerin doğum donu döneminde annelik rolünde yeterlilik düzeyleri ve doğum haftası olarak beş beş altında incelenmiştir.

Erken membran rüptürü ile ilgili literatürde anne yaşının, sosyoekonomik statünün ve geçmiş doğum deneyimlerinin karıştırıcı değişkenler olduğu belirtilmektedir [82] ve bunların kontrol altına alınması gerekmektedir. Randomize kontrollü çalışmalar herhangi bir girişimin etkisini anlayabilmek için yanlılığı minimize edecek en iyi araştırma tasarımıdır [129]. Çalışmanın yapıldığı Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hasta odaları iki kişiliktir ve yüksek riskli gebeler öncelikle aynı odaya yatırılmaktadır. Hastaların odalara dağılımları araştırmacının kontrolünde olmadığı, çalışma yapılacak olan kişiler randomize edilemediği ve deney grubuna uygulanan girişimlerden kontrol grubunun bulaş yoluyla etkilenme olasılığı olduğu için çalışmada örneklem grubunun randomizasyonu yapılamamıştır. Randomizasyon yapılamamasına rağmen, anneliğe geçiş sürecini etkileyen anne yaşı, ekonomik düzey, evlilik süresi, eğitim düzeyi, gebeliğin planlı olma durumu, doğuma hazırlık eğitimi alma durumu, PEMR'in geliştiği hafta ve kadınların yaşadığı önemli yaşam olayları açısından deney ve kontrol grubundaki katılımcıların benzerlik gösterdiği, ki kare ve t testi sonucuna göre

grupların homojen olduğu belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 3.2). Meleis [10] sosyoekonomik statünün geçiş deneyimini etkileyen önemli değişkenlerden biri olduğunu ve düşük sosyoekonomik statünün bireylerin geçiş sürecinde zorlaştırıcı faktörlerden birisi olabileceğini belirtmektedir. Ayrıca geçiş sürecinde, kişinin geçiş deneyimine ilişkin bir rol modelinin olmasının geçişi kolaylaştırabileceği ifade edilmektedir [10].

Uterusun polihidroamnios ve çoğul gebeliğe bağlı aşırı gerilmesi EMR riskini artırmaktadır [17]. Plasental anomalilerin erken membran rüptürü gelişimini tetiklediğini belirleyen çalışmalar bulunmaktadır [130-132]. Bu nedenle çoğul gebeliği olanlar ve gebeliğinde plasental anomalisi olan kadınlar örneklem grubuna dahil edilmemiştir. Anneliğe geçiş süreci her yeni bebekle yeniden ortaya çıkmaktadır [29]. Rubin [5] her yeni gebelik ile yeni rol kazanımlarının olduğu, ilk gebeliğini yaşayanlar ile birden fazla gebelik deneyimi olanların anneliğe geçiş süreçlerinin farklı olacağını belirtmektedir. Bu nedenle, çalışma ilk gebeliğini yaşayan kadınlarla yürütülmüştür.

Naef ve arkadaşlarının [133] yaptığı çalışmada preterm erken membran rüptürü gelişen kadınların yaşı  $22.8\pm 5.7$ ; Liemen ve arkadaşlarının [134] çalışmasında  $24.7\pm 5.8$ ; Ramsey ve arkadaşlarının [135] çalışmasında ise  $24.8\pm 5.8$  olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması deney grubunda  $22.0\pm 0.39$ , kontrol grubunda ise  $21.5\pm 0.32$  olarak saptanmıştır. Preterm erken membran rüptürü tanısı alan ve yalnızca primipar gebeleri kapsayan bir çalışmaya ulaşılammıştır. Bizim çalışmamızda gebelerin yaşının daha küçük olmasının nedeninin ilk gebeliğini yaşayan kadınların örneklem grubuna alınmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kontrol grubunun doğum haftası  $36.2\pm 0.7$  iken, deney grubunun  $36.6\pm 0.6$  olarak belirlenmiştir. Aralarındaki 4 günlük farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan deney grubundaki annelerin bebeklerinin doğum kilosu  $2975.67\pm 20.42$  iken, kontrol grubu  $2971.67\pm 25.33$  gramdır. Deney grubunun bebeklerinin 5. dakika APGAR skoru  $8.70\pm 0.8$ , kontrol grubunun ise  $7.83\pm 1.27$  olarak bulunmuştur (Tablo 3.2).

### 5.1. Gebelerin Anneliğe Hazır Oluşluk Durumu

Geçiş Teorisi'nin anlamlar kavramı, beklenen ya da ani gelişen geçişe kişisel olarak biçilen değeri ve kişinin kendi hayatını etkileme düzeyinin değerlendirilmesini kapsamaktadır [27]. Geçişe verilen anlamlar; pozitif, nötr ya da negatif olabilir. Kişinin geçiş deneyiminden ne beklediği ve geçiş ile baş etmek için hangi stratejilere gereksinim duyduğu, role hazır oluşuyla ilişkilidir [3]. Bu bölümde, gebelerin anneliğe ilişkin yüklediği bireysel anlamı ve hazır oluşluk düzeyini belirlemek için Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin *gebeliğin kabulü*, *annelik rolünün kabulü*, *doğuma hazır oluş* ve *eş ile ilişkisinin durumu* alt boyutları kritik edilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların gebeliğin kabulüne ilişkin yüklediği anlam, deney ve kontrol grubunda çalışma başında aynıyken, çalışma sonunda kontrol grubunda değişiklik olmamış, deney grubunda ise gebeliğin kabulü artmıştır. Fisher ve arkadaşlarının [128] ebeveyn olma sürecinde olan çiftlere yönelik hazırladığı 7 haftalık Farkındalık Temelli Doğum Programı'na katılan gebeler, program öncesinde gebelik sürecinde yaşayacaklarının ve kendi bedenlerinin farkında olmadıklarını, ancak program sonunda egzersizler sayesinde gebeliklerini kabul edip keyif aldıklarını ve iç görü kazandıklarını belirtmişlerdir. Duncan ve Bardacke'nin [21] çalışmasında gebelerin anneliğe ilişkin farkındalık kazanımı ile artan dikkat



becerilerinin kendi bedenini dinleme, kendini ifade etme ve duygusal bilinçlerini artırdığını belirlemiştir. Farkındalık egzersizlerinin gebeliğin kabulünü olumlu yönde etkilediği söylenebilir. Deney grubunda çalışma sonunda gebeliğin kabulünde artış olması, Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programı'nın anne adaylarında gebeliğin kabulünü olumlu yönde etkilediğini gösterir nitelikte bir bulgudur.

Deney grubundaki gebelerin annelik rolünü kabul düzeyleri bütünleştirilmiş bakım uygulamaları almalarının sonucunda artarken, kontrol grubunda annelik rolünün kabul düzeyi hastaneye yatışın yedinci gününde birinci güne göre azalmıştır. Slade ve arkadaşları [136] anne olma sürecinin gebenin hayatında önemli pek çok kalıcı değişikliği beraberinde getirdiğini ve bu nedenle gebelerin annelik rolünü kabulde zorlanabileceklerini belirtmektedir. Brazelton [137] bu değişiklikleri aile yapısında değişim, yeni bir kimlik kazanımı, dikkat gerektiren yenidoğan bakımıyla ve uykusuzlukla başatma olarak sıralamıştır. Stark'ın [138] çalışmasında 35 yaş üzeri gebelerde annelik rolünün kabulü, daha genç gebelerden (<25) daha fazla çıkmıştır. Çalışmamızda ilk gebeliğini yaşayan, genç annelerle çalışılmıştır. Stark'ın [138] belirttiği gibi kadınların annelik rolünü kabulünde zorlanma yaşama olasılıkları vardır ve annelik rolüne ilişkin hazırlığının en iyi şekilde yapılması gerekmektedir. Kontrol grubunda madde toplam puanları artmasına rağmen, grup içinde anlamlı bir fark olması katılımcıların annelik rolünü kabullenmede zorlanma yaşadığını ( $p<0.05$ ), deney grubunda birinci ve yedinci günler arasında annelik rolünün kabulüne ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir fark olması, bütünleştirici uygulamaların annelik rolünün kabulünü artırdığını düşündürmektedir.

Çalışmada, deney grubunun doğuma hazır oluşluk durumunun hastaneye yatışın birinci ve yedinci gününde kontrol grubundan fazla olduğu ve her iki grubun doğuma hazır oluşluk düzeyinde yedinci gün artış olduğu belirlenmiştir. Stark [138] 35 yaş üzeri gebelerin doğuma hazır oluş düzeylerinin genç gebelere (<25) göre daha iyi olduğunu belirtmiştir. Beebe ve arkadaşlarının [126] çalışmasında ise sağlıklı gebelerin doğuma hazır oluşluk düzeyi, yüksek riskli gebelere göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda yüksek riskli gebelik tanısı ile hastaneye yatan ve 25 yaş altı gebeler örneklem grubunu oluşturmuştur. Preterm erken membran rüptürü tanısını aldıkları anda erken doğum riski ile karşı karşıya kalan gebelerin, hastanede yattıkları gün sayısı arttıkça, erken doğum riski ile yüzleştikleri ve kendilerini doğuma daha fazla hazırladıkları söylenebilir. Hem deney, hem de kontrol grubunda hastaneye yatışın yedinci gününde doğuma hazır oluşluk düzeyinde artış olması bu düşünceyi destekler niteliktedir. Byrne ve arkadaşları [124] tarafından yapılan çalışmada farkındalık temelli doğum programının gebelerin doğuma ilişkin beklentilerini ve doğuma hazır oluşluklarını pozitif yönde etkilediği saptanmıştır. Fisher ve arkadaşları [128] tarafından yapılan çalışmada ise Farkındalık Temelli Doğum Programıyla gebelerin doğum ve anneliğe ilişkin beklentilerinin değiştiği, gebelerin bedenlerinin doğum eylemini başarabileceğine ilişkin inançlarının ve özgüvenlerinin arttığı belirlenmiştir. Araştırmada Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programının sonunda deney grubunun doğuma hazır oluşluk seviyesi ile kontrol grubundaki arasında istatistiksel bir fark olması, bütünleştirici bakım uygulamalarının ilk gebeliğini yaşayan ve PERM tanısı alan gebelerin doğuma hazır oluşluk düzeyini olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Çalışmada, kontrol grubunun eşleri ile ilişkisinin düzeyi çalışma sonunda öncesine göre değişmezken, deney grubunun eşi ile ilişkisinin geliştiği ve gebelerin programa katılımın başlangıcı ve sonundaki eş ile ilişki durumunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p=0.00$ ). Stark [138] gebelerin eşleri ile ilişkilerinin maternal yaşa göre

değişmediğini belirtmektedir. Farkındalık uygulamalarının eş ile ilişkiler üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya ulaşamamıştır. Deney ve kontrol grubu arasında hastaneye yatışın yedinci gününde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olması, Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programına katılan gebelerin eşleri ile ilişkilerinin program sonrasında daha fazla güçlendiğinin göstergesidir.

## **5.2. Annelerin doğum sonu dönemde bebeğe maternal bağlanma düzeyleri**

Çalışma sonucunda deney grubunun doğum sonu 1. ay maternal bağlanma düzeyinin kontrol grubundan fazla olduğu belirlenmiştir (madde toplam puanları sırasıyla 78.86; 71.33). Deney ve kontrol gruplarının doğum sonu 1.ay maternal bağlanma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p=0.00). Çalışma sonunda doğum sonu 4. Ayda yapılan tekrar ölçümde deney (96.63±3.50) ve kontrol grubundaki annelerin maternal bağlanma düzeylerinin eşit olduğu görülmüştür (96.76±2.60).

Hughes ve arkadaşları [139] farkındalık uygulamalarının anne bebek bağlanmasını artırdığını belirtmiştir. Annenin gebelik döneminde bebeğinin hareketlerini, yerleşimini, tekmelerini hissetmesi ve içinde bulunduğu annelik deneyiminin eşsizliğini bilmesi gerekmektedir [140]. İçinde bulunduğu geçiş sürecinin ve kendinin farkında olan bir anne, bebeğinin kendisine duyacağı gereksinimin de farkında olacaktır. Anne ile bebeğin göz teması kurması, annenin bebeğini koklaması, kolları arasında tuttuğu bebeğinin bedenini hissetmesi, bebeğinin bakıma ne kadar muhtaç olduğunu anlaması ve anne sevgisine duyduğu ihtiyacı görmesi konusunda anneye rehberlik etmek önemli farkındalık girişimleridir. Bütünleştirici girişimlerin annenin bebeğine bağlanma seviyesini artırdığı düşünülmektedir, bu nedenle çalışmada Meleis'in [3] önerdiği gibi annelerin geçiş konusunda farkındalığı artırılmaya çalışılmıştır.

Farkındalık uygulamalarının anne-çocuk bağlanmasına etkisini inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır. Wahler ve arkadaşları [141] farkındalık egzersizlerinin uygulayan bir anne adayının, doğum sonu dönemde bebek bakımı konusunda dikkatli davranacağını ve bebeğini büyütmekeyen keyif alacağını belirtmektedir. Siegel ve Hartzell [142] farkındalık uygulamalarının anne adayının yeni annelik rolüne iç uyumunu sağlayarak, güvenli bir anne bebek bağlanması için teşvik edici olabileceğini savunmaktadır. Bu çalışmada, doğum sonu 1. ayda annelerin bebeğe bağlanma düzeyinin kontrol grubuna göre fazla olması, bütünleştirici bakım uygulamalarının doğum sonu erken dönemde annelerin yeni rollerine geçişini kolaylaştırıp, anne-bebek bağlanmasını artırdığı şeklinde yorumlanabilir. Müzik ve arkadaşları [143] farkındalık temelli yoganın annenin korku ve kaygılarıyla yüzleşmesini, içinde bulunduğu rol geçişini olduğu gibi yargılamaksızın kabul etmesini ve anne-bebek etkileşimini güçlendirdiğini saptamıştır. Reynolds [144] farkındalık temelli ebeveynlik uygulamalarının anne ve bebek arasındaki sözel ve sözel olmayan iletişimi geliştirdiğini ve güçlendirdiğini belirlemiştir. Farkındalık temelli anneliğe geçiş programında annelerden bebeklerini emzirmeye başlamadan önce onlara dokunmaları, bebeğin dudak kenarına dokunarak onu uyarmaları, bebeğin yüzündeki ifadeye bakarak onunla göz teması kurmaları, onun masumiyetini hissetmeleri, sıkıca kucaklayarak kokusunu içlerine çekmeleri ve emzirme deneyiminden keyif almaları beklenmiş, yani annelere farkındalık temelli emzirme öğretilmeye çalışılmıştır. Bu girişim, Reynolds [144]'un çalışmasında olduğu gibi anne ve bebek arasındaki sözel ve sözel olmayan iletişimi artırmaya yöneliktir. Deney grubunun bebeğe bağlanma seviyesinin kontrol grubundan fazla olması bu hedefe ulaşıldığını göstermektedir.

Snyder [145] postpartum dönemdeki yeni anne olan kadınlarla yaptığı kalitatif çalışmada annelerin farkındalıkları arttıkça annelik deneyimlerini kabul etme, dikkatlerini verme ve yeni rollerinden keyif alma durumlarının arttığını belirtmiştir. Bütünleştirici bakım uygulamalarını kapsayan program sonunda annelerin kendilerini daha merhametli hissettikleri, öz farkındalıklarının arttığı, kişisel bakımlarına daha özen gösterdikleri ve bebeklerini kendi varoluşlarının bir parçası olarak görme düzeylerinde artma olduğu belirlenmiş, bebeklerine bağlanmalarının kolaylaştığı görülmüştür [145]. Cohen ve Semple [146] farkındalık uygulamaları ile annelerin bilinçlerinin, sağlıklarının ve duygusal yeteneklerinin geliştiğini, dolayısıyla anne-bebek bağlanmasının olumlu yönde ilerlediğini belirtmiştir. Çalışma sonucunda gebelik döneminde uygulanan farkındalık girişimlerinin özellikle doğum sonu erken dönemde bebeğe bağlanma seviyesini olumlu yönde etkilediğini söylemek yanlış olmayacaktır.

Kavlak ve Şirin'in [54] aktardığına göre, çalışmada kullanılan Maternal Bağlanma Ölçeği geliştirilirken Mercer'in Maternal Rol Adaptasyon teorisinden yararlandığını ve maternal bağlanmada iki önemli faz olduğu belirtilmiştir. Bu teoriye göre, birinci faz doğumdan sonra ortalama bir ayda oluşan fiziksel iyileşme fazıdır. Bu fazda anne kendinin ve bebeğinin bakımı ile meşguldür, ikinci faz ise doğumdan sonraki dört veya beşinci aylarda tamamlanan ve maternal kimliğin kazanılmış olduğu başarı fazıdır [4,54]. Çalışmamızda doğum sonu birinci ayda deney grubunun bebeğe bağlanma düzeyi daha yüksek iken, dördüncü ayda iki grup arasında bir fark olmamasına yönelik bulgunun literatürle uyumlu olduğu görülmüştür. Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programı doğumdan sonraki ilk ayda annenin bebeğe bağlanma seviyesini artırırken, dördüncü aydaki maternal bağlanmayı etkilememektedir.

### **5.3. Annelerin Doğum Sonu Dönemde Annelik Rolüne Uyum Düzeyi**

Çalışmada annelerin doğum sonu dönemde yeni edindikleri annelik rolüne uyum düzeyleri kritik edildiğinde, deney grubundaki annelerin doğum sonu dördüncü ayda annelik rolüne uyumları birinci aya göre artarken, kontrol grubunda birinci ay ve dördüncü ay arasında bir değişim olmadığı görülmüştür. Meleis [3] bireyin yeni edindiği role uyum sağlamasının ve rolde kendini yeterli görmesinin rol geçişin başarı ile sonuçlandığını gösterdiğini ifade etmektedir. Bu bulgu Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programının anneliğe ilişkin rol geçişte etkin bir program olduğunu göstermektedir.

Kadınların pek çoğu anneliğe geçiş sürecinde başlarına gelen olayları inanışları, düşünceleri, deneyimleri ve beklentileri doğrultusunda “iyi” ya da “kötü” olarak yargılamaktadır [147]. Çalışmada farkındalık egzersizleri ile annelerin yargılamalardan kaçınarak, dikkatini dakika dakika şimdiki ana odaklaması ve annelik rolüne uyumu kolaylaştırılmaya çalışılmıştır. Deney grubunun annelik rolünde yeterlilik düzeyinin kontrol grubuna göre yüksek olması, farkındalık uygulamalarının ilk kez anne olacak kadınların preterm erken membran rüptürü komplikasyonlarına odaklanmak yerine, içinde buldukları anın eşsizliğini fark etmesi ve bebek bakımına ilişkin hazırlıklarının yapılmasına olumlu etkileri olduğunun önemli bir göstergesidir.

Meleis [3] gebelik döneminde annelik rolününün prova edilmesinin doğum sonu dönemde yeni edinilen annelik rolüne uyumu kolaylaştırdığını belirtmektedir. Fisher ve arkadaşlarının [128] yaptığı çalışmada gebelik döneminde Farkındalık Temelli Doğum Programına katılan ve annelik rolünü farklı senaryolarla prova eden gebelerin doğum sonu dönemde annelik rolüne uyumlarının daha kolay olduğu belirlenmiştir. Reynolds'un [144]

doğum sonu dönemde annelerle yaptığı çalışmada, annelere farkındalık egzersizleri uygulatılmış ve imajinasyon ile annelik rolü prova ettirilmiştir. Çalışmanın başlangıcında annelerin bebeklerine karşı koruyucu bir tutumları var iken, program sonunda gözlemleyici ve bebek davranışlarından anlam çıkarıcı bir tutuma doğru değişim olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise gebelere bebek maketi ile emzirme ve bebek bakımı konusunda rol provası yaptırılmış, postpartum birinci gününde olan bir anne ile etkileşimi sağlanmıştır. Türk kültüründe, bebek bakımı konusunda yakın çevrenin etkisinin oldukça fazla olduğu, annelerin bebek bakımı konusunda kendi annelerini rol model aldıkları ve bebeklerinin bakımını kendi ebeveynleri ile paylaşmanın yaygın olduğu belirtilmiştir [148]. Bu çalışmada kontrol grubunun %80'i, deney grubunun ise %63.3'ü kendi annelerinin annelik davranışlarını rol model olarak aldıklarını belirtmiştir. Meleis [3] geçiş sürecinde bir rol modelin belirlenmesinin geçiş sürecini etkileyebileceğini belirtmiştir. Deney grubunun annelik rolünde yeterlilik düzeyinin hem birinci ayda, hem de dördüncü ayda kontrol grubuna göre yüksek çıkması, gebelik döneminde yapılan rol provasının anneliğe geçişte etkin bir bakım girişimi olduğunu ve katımcıların çoğunun kendi annelerini rol model olarak belirlemesinin anneliğe geçişi kolaylaştırdığını göstermektedir.

Dunn ve arkadaşları [127] yaptıkları çalışmada deney grubuna gebelikte 6 hafta süresince farkındalık egzersizleri uygulatılmış, kontrol grubu ise sadece izlenmiştir. Doğumdan sonra dördüncü ayda deney ve kontrol grubu arasında annelik rolünde yeterlilik ve farkındalık konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir [127]. Bu çalışmada olduğu gibi annelerin doğum sonu hem 1. ay, hem de 4. ayda annelik rolünde yeterliliğe ilişkin değişikliği belirleyen bir çalışmaya ulaşamamıştır. Bütün bilgiler doğrultusunda, bütünleştirilmiş bakım uygulamaları alan gebelerin doğum sonu birinci ay ve dördüncü ayda annelik rolünde yeterlilik düzeyinin daha yüksek olduğu ve programın anneliğe geçiş süreci olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.

#### **5.4. Doğum Haftası**

Gebelere uygulanan farkındalık temelli anneliğe geçiş programının doğum haftasına etkisi değerlendirildiğinde, kontrol grubunun doğum haftası  $36.2 \pm 0.7$ , deney grubunun ise  $36.6 \pm 0.6$  olarak belirlenmiştir. Pek çok çalışmada doğum haftasının, yeni doğanın morbidite ve mortalitesini önemli derecede etkilediği gösterilmiştir [14-17]. Preterm doğum eyleminin yenidoğanın akciğer maturasyonunda yetersizlik, intrauterin gelişme geriliği, hipotermi ve nörogelişimsel problemlere ilişkin riskleri artırdığı bilinmektedir [14,18]. Bu bilgiler ışığında, deney ve kontrol grubunun doğum haftası arasındaki 4 günlük farkın istatistiksel olarak anlamlı olmamasına karşın, bu süre çalışmanın dikkat çeken bir bulgusudur. Koryoamniyonitis gelişmediği sürece bebeğin anne karnında bir gün bile fazla kalmasının sağlık durumu üzerinde olumlu etkileri olduğu tartışılmaz bir gerçektir [16,17].

Bebeklerin 10. dakika APGAR skoru değerlendirildiğinde, deney grubundaki bebeklerin APGAR değeri  $8.70 \pm 0.8$ , kontrol grubunun ise  $7.83 \pm 1.27$  olarak belirlenmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Deney grubundaki bebeklerin doğum kilosu  $2975.67 \pm 20.42$ , kontrol grubundakilerin ise  $2971.67 \pm 25.33$  gram olarak bulunmuştur. Deney grubunun doğum gebeliğinin kontrol grubuna göre 4 gün daha uzun sürmesinin bebeklerin doğum kilosunu ve APGAR değerlerini olumlu yönde etkilediği görülmüştür.

Farkındalık egzersizlerinin bebeklerin sağlığı üzerine etkisini inceleyen yalnızca bir çalışmaya ulaşılabılmıştır. Narendran ve arkadaşları [149] tarafından, 335 gebenin katılımıyla yapılan araştırmada, farkındalık temelli meditasyon ve yoganın gebelik sonuçlarına etkisi belirlenmiştir. Deney grubunda gebeler iki günde bir, bir saat süre ile yoga ve meditasyon egzersizlerini uygulamaları için cesaretlendirilmiştir, kontrol grubundaki gebelere ise standart obstetrik bakımda önerildiği gibi iki günde bir 30 dakika yürümeleri iletilmiştir. Deney grubunda gebelerin bebeklerinin doğum kilosunun 2500g ve üzerinde olduğu belirlenmiş, deney grubu ile kontrol grubu arasında preterm eylem açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Bu bulgu bebekte erken doğuma bağlı görülebilecek komplikasyonların azaltılması açısından programın etkinliğini gösteren önemli bir sonuç olarak ifade edilmektedir [149]. Yapılan çalışmada deney grubunun doğum haftasının kontrol grubundan 4 gün uzun olması ve bebeklerin doğum kiloları ile APGAR değerlerinin deney grubunda daha fazla olması, farkındalık egzersizlerinin bebek sağlığını olumlu yönde etkileyebileceği göstermektedir. Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programının doğum haftası ve bebek sağlığı üzerine olumlu etkileri olduğu söylenebilir.

### **5.5. Çalışmanın Hemşirelik Bilimine Katkısı**

Ülkemizde Meleis'in Geçiş Teorisi'ne temellenen başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışma ile Geçiş Teori'sinin kavramları, uzman görüşleri doğrultusunda Türkçeye uyarlanmıştır. Bu alışma hemşirelere hayatın hem sağlıklı, hem de hasta bireyler için çeşitli geçişlerden oluştuğunu vurgulamakta ve Meleis'in Geçiş Teorisinin geçiş yaşayan bireylerin bakımında kullanılabilir bir kavramsal çatı olabileceğini göstermektedir.

Yapılan literatür incelemesinde preterm erken membran rüptürüne yönelik ulusal bir çalışmaya ulaşılmazken, uluslararası arası literatürde ise sadece tanımlayıcı hemşirelik araştırmalarının olduğu grlmştir. Bu alışma preterm erken membran rüptürü olan gebelere yönelik ülkemizde yapılan ilk hemşirelik tezidir. Preterm erken membran rüptürü tanısı ile hastaneye yatışı yapılan bir gebe çoklu geçiş yaşamaktadır. Gebenin ve bebeğinin hayatını tehdit eden preterm erken membran rüptürü tanısı ile ilk gebeliğini yaşayan kadın içinde bulunduğu sürecinin eşsizliğinin farkında olmayabilir. Anneliğe geçiş süreci kadın bu geçişin farkında olsa olmasa da geri dnşsmsz bir biçimde gerçekleşecektir. Bu nedenle, araştırmada "Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının" bazı bölümlerinden yararlanılarak "Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programı" geliştirilmiştir. Uluslararası ölçekte, sağlık alanında yaygın bir şekilde kullanılan farkındalık programları grup eğitimi odaklarıdır. Bu alışma aynı zamanda farkındalık girişimlerinin bireysel olarak uygulandığı bir araştırma niteliğindedir.

## SONUÇLAR

Preterm erken membran rüptürü olan gebelerde Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre yapılandırılan farkındalık temelli hemşirelik uygulamalarının anneliğe hazır oluşluk, maternal bağlanma düzeyi ve postpartum kendini değerlendirme durumuna etkisini belirlemek üzere gerçekleştirilen bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Meleis'in Geçiş Teorisi'nin Preterm erken membran rüptürü olan gebelerde uygulanabilir ve kullanılabilir bir kuram olduğu görülmüştür.
- Farkındalık temelli bütünleştirici bakım alan deney grubunda gebeliğin kabulü, annelik rolünün kabulü, doğuma hazır oluşluk düzeyi ve eş ile ilişkiler artmıştır. Deney grubunda anneliğin kabulü ve doğuma hazır oluşluk düzeyinde, girişim öncesine göre girişim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ).
- Meleis'in Geçiş Teorisi çerçevesinde şekillendirilen Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programına katılan annelerin bebeğe bağlanma düzeylerinin postpartum birinci ayda daha fazla olduğu, dördüncü ayda ise deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.
- Çalışma sonucunda birinci ay izlemlerinde deney grubunun annelik rolü konusunda farkındalık ve annelik rolünde yeterlilik düzeyi artarken, dördüncü ayda deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamaktadır.
- Farkındalık temelli hemşirelik girişimleri uygulanan deney grubunun doğum haftası  $36.6\pm 0.6$  iken, kontrol grubunun  $36.2\pm 0.7$  olarak belirlenmiştir. Deney grubunda bebeklerin APGAR değeri  $8.70\pm 0.8$  ve doğum kilosu  $2975.67\pm 20.42$  iken, kontrol grubunda bebeklerin APGAR değeri  $7.83\pm 1.27$  ve doğum kilosu  $2971.67\pm 25.33$  gramdır.

## ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

- Preterm erken membran rüptürü nedeniyle hastaneye yatışı yapılan gebelerin hastalık komplikasyonlarına odaklanıp, anne olma heyecanını kaçırmaması konusunda öncelikle kadın doğum hemşirelerinin farkındalık kazanması gerekmektedir. Bu nedenle, farkındalık temelli uygulamaların öncelikle klinik hemşirelere öğretilmesi,
- Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programının ve eğitim broşürlerinin kadın doğum kliniklerinde kullanılması,
- Çalışmada gebelerin doğumdan sonra ne sıklıkla farkındalık egzersizlerini uyguladıkları belirlenmemiştir. Sonraki çalışmalarda gebelerin doğum sonu dönemde de takibi yapılarak egzersizleri uygulamaları konusunda teşvik edilmesi,
- Çalışmamızda gebeler programa yalnız alınmıştır. Aile olmanın doğası gereği eşlerinin birlikte hareket etmesi gerekmektedir. Bu nedenle ileriki araştırmalarda geçiş sürecini birlikte yaşayacakları için çiftlere yönelik farkındalık temelli ebeveyn olma konusunda programların hazırlanması
- Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programının tamamının bir gebeye uygulanması hemşirenin oldukça fazla zamanı almaktadır. Bu konuda klinikte MP3 çalar kullanımının kolaylaştırıcı olduğu düşünülmektedir. Gebelerin egzersizleri kendisinin uygulamasına olanak tanınması, farkındalık egzersizlerinin MP3 çalara kaydedilerek gebelere verilmesi,
- Meleis'in Geçiş Teorisinin ve Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programının araştırma, makale, kongre, sempozyumlar aracılığıyla tanıtılması önerilebilir.

## SINIRLILIKLAR

Bu çalışmanın sınırlılıkları aşağıda belirtildiği gibidir.

- Örneklem grubunu oluşturan gebelerin yatışının yapıldığı hastane odası araştırmacının kontrolünde olmadığı için çalışma randomize olmayan kontrol çalışma olarak yürütülmüştür. Örneklem grubunun randomize edilememesi araştırmanın bir sınırlılığıdır.
- Örneklem grubunun homojen olması ve her bir gebelik deneyimiyle anneliğe geçiş sürecinde yaşananların değişiklik göstereceği için, araştırma kapsamına yalnızca ilk gebeliğini yaşayan kadınlar alınmıştır.
- Çalışmanın yapıldığı Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi bölge hastanesi olduğu için farklı yerleşim yerlerinden hastalar kliniğe başvurmuştur. Bu nedenle gebelerin bakım vericileri/eşleri araştırma kapsamına alınmamıştır.
- Bebeklerin APGAR skoru ve doğum kilosuna hasta dosyalarındaki kayıtlardan elde edilmiştir.
- Girişimlerin etkisinin sadece anket sonuçları ile değerlendirilmiş, kalitatif verilerle desteklenmemiştir.
- Araştırma hipotezlerinin dışındaki değişkenlere yönelik tanımlayıcı bir analiz yapılmamıştır.



## ARAŞTIRMACININ KARŞILAŞTIĞI GÜÇLÜKLER

- Hasta odaları iki kişilik ve fiziksel koşulları çalışmanın sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesine elverişli değildi. Sağlık personelinin odaya giriş çıkışı kontrol edilemediğinden ve diğer yatakta yatan hasta ve yakının karşılıklı konuşmalarına bağlı sessizlik sağlanamadığından çalışmanın yürütülmesinde müdahale odası kullanıldı.
- PERM tanısı ile hastaneye yatan hasta sayısı araştırmacının kontrolünde değildi. İlk gebeliğini yaşayan hastalar örneklem grubuna alındı. Bazı haftalar hiç hasta olmazken, bazı haftalar birden fazla hasta ile görüşüldü. Çalışmanın yürütüldüğü hastane bölge hastanesi olduğu için araştırmanın örneklem grubuna ulaşıldı. Örneklem grubundaki gebelerin farklı günlerde kliniğe yatışının yapılması nedeniyle program gebelere grup olarak değil, bireysel olarak uygulandı. Bir gebeye programın birinci günü günü uygulanırken, diğer gebeye programın yedinci gününün uygulandığı zamanlar oldu. Programın gebelere grup olarak uygulanamaması araştırmacının ekstra zaman ve enerji harcamasına sebep oldu. Araştırmacının gebelerin programın kaçınıcı gününde olduğunu karıştırmaması için, gebelerin isimlerinin ve programın günlerinin yazılı olduğu bir çizelgeden yararlanıldı.
- Araştırmada kullanılan malzemeler (mum, eğitim kitapçıkları, broşürler, bebek maketi, MP3 çalarlar vb.) klinik sorumlu hemşiresinin gösterdiği bir odada saklandı. Proje kapsamında getirilen malzemelerin proje bitiminde Bilimsel Araştırma Kurumuna iade edilmesi gerekiyordu. Hastaların bazıları araştırmacının klinikte olmadığı saatlerde taburcu olması ve klinik hemşirelerinin yoğunluğundan dolayı taburculuk sırasında hastalara MP3 çalarların iade edilmesi gerektiğini hatırlatamamaları nedeniyle 7 MP3 çalar kayboldu.
- Araştırma kriterlerini karşılayan 1 gebe il dışından geldiği için çalışmaya katılmak istemedi.
- Araştırma kriterlerini karşılayan 11 gebe 7 günlük programı tamamlayamadan doğum yaptı, 6 gebeye ise ön testler uygulandıktan sonra tokolitik tedavi başlandı. Bu nedenle gebeler araştırma dışına alındı.

## KAYNAKLAR

1. Siddiqui A, Hagglof B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant inter action? *Early Human Development*, 59: 13–25.
2. Nelson AM. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32: 465–477.
3. Meleis AI. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practices*. Springer Publishing Company, New York.
4. Meighan M. (2006). Mercer's becoming a mother theory in nursing practice. In. *Nursing theory: utilization & application*, Edit. Alligood MR. Mosby Comp. St Louis Missouri: 393-410.
5. Rubin R. (1975). Maternity nursing stops too soon. *American Journal of Nursing*, 75(10): 1680-1684.
6. Mercer RT, Ferketich SL. (1995). Experienced and inexperienced mothers' maternal competence during infancy. *Research in Nursing and Health*, 18: 333-343.
7. Britton HL, Gronwaldt V, Britton JR. (2001). Maternal postpartum behaviors and mother–infant relationship during the first year of life. *Journal of Pediatrics*, 138: 905–909.
8. Elek SM, Hudson DB, Bouffard C. (2003). Marital and parenting satisfaction and infant care self-efficacy during the transition to parenthood: The effect of infant sex. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 26: 45–57.
9. McBride AB, Shore CP. (2001). Women as mothers and grandmothers. *Annual Review of Nursing Research*, 19: 63–85.
10. Martell LK. (2001). Heading toward the new normal: A contemporary postpartum experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 30: 496–506.
11. Clark LA, Kochanska G, Ready R. (2000). Mothers' personality and its interaction with child temperament as predictors of parenting behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79: 274–285.
12. Gezginç K, Selimoğlu R, Yazıcı F. (2013). Erken membran rüptürünce güncel yaklaşım. *Selçuk Tıp Dergisi*, 29(1): 42-48.
13. Çiçek NM, Mungan TM. (2007). *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji, Güneş Tıp Kitapevleri, İstanbul: 433-432.*
14. Yang LC, Taylor DR, Kaufman HH, Hume R, Calhoun B. (2004). Maternal and fetal outcomes of spontaneous preterm premature rupture of membranes. *JAOA*, 104 (12): 537-542.
15. Mercer BM. (2004). Preterm premature rupture of the membranes: Diagnosis and management. *Clin Perinatol*, 31: 765-82.
16. Kimya Y, Uysal N, Cengiz C. (2008). Preterm erken membran rüptürü olan gebelerde kliniğimizin perinatal sonuçları. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 34 (2): 71-77.
17. Köşüş A, Köşüş N, Çarpar M. (2008). Erken membran rüptürü olan 36-42 haftalık gebelerde maternal ve fetal sonuçlar. *S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(4): 6-10.
18. Cengiz AB. (2009). Yenidoğan sepsisi. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*, 3: 174-181.
19. Mercer BM. (2003). Preterm premature rupture of the membranes. *Obstet Gynecol*, 101: 178-193.

20. Mu PF. (2004). Maternal role transition experiences of women hospitalized with PROM: a phenomenological study, *International Journal of Nursing Studies*, 41: 825–832.
21. Duncan LG, Bardacke N. (2009). Mindfulness-based childbirth education and parenting education: Promoting family mindfulness during the perinatal period. *J Child Fam Stud*. 19(2): 190-202.
22. Barriantos T. Q&A Afaf I. Meleis. Erişim adresi: <http://www.upenn.edu/pennnews/current/2012-01-19/interviews/qa-afaf-i-meleis>. Erişim Tarihi: Mart 2013.
23. Meleis AI. (2007). *Theoretical Nursing*, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia.
24. Meleis AI, Trangenstein PA. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42: 255–259.
25. Wilson N. (2009). *Transition to motherhood*. London: Radcliffe Publishing Ltd.
26. Meleis AI, Sawyer LM, Im E, Messias DK, Schumacher K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23: 12–28.
27. Schumacher KL, Meleis AI. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26(2): 119-127.
28. Meleis AI, Swendsen LA. (1978). Role supplementation: An empirical test of a nursing intervention. *Nursing Research*, 27(1): 11–18.
29. Mercer RT. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *JOGNN- Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35: 649–651.
30. Gaffney KF. (1992). Nursing practice model for maternal role insufficiency. *Advances in Nursing Science*, 15(2): 76–84.
31. Shin H, White-Traut R. (2007). The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care. *Journal of Advanced Nursing*, 58 (1): 90–98.
32. Im EO, Meleis AI. (1999). A situation specific theory of menopausal transition of Korean immigrant women. *Image J Nurs Scholarship*, 31: 333-338.
33. Schumacher KL, Jones PS, Meleis AI. (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. In E. A. Swanson & T. Tripp-Reimer (Eds.), *Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals*. New York: Springer Publishing Company, 1-26.
34. Kaas MJ, Rousseau GK. (1983). Geriatric sexual conformity: Assessment and intervention. *Clinical Gerontologist*, 2 (1): 31–44.
35. Porter CL, Hsu H. (2003). First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: Links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 1: 54-64.
36. Salmela-Aro K, Nurmi JE, Saisto T, Halmesmaki E. (2001). Goal reconstruction and depressive symptoms during the transition to motherhood: Evidence from two cross-lagged longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81: 1144–1159.
37. Fowles ER. (1998). The relationship between maternal role attainment and postpartum depression. *Health Care for Women International*, 19: 83–94.
38. Mercer RT, Ferketich SL. (1990). Predictors of parental attachment during early parenthood. *Journal of Advance Nursing*, 15: 268–280
39. Galinsky E. (1981). *Between generations: The six stages of parenthood*. New York: Times Books.
40. Schumacher KL. (1996). Reconceptualizing family care giving: family-based illness care during chemotherapy. *Res Nurs Health*, 19: 261–271

41. Priel B, Besser A. (2001). Bridging the gap between attachment and object relations theories: A study of the transition to motherhood. *British Journal of Medical Psychology*, 74: 85–100.
42. Schumacher KL, Stewart BJ, Archbold PG, Dodd MJ, Dibble SL. (2000). Family caregiving skill: development of the concept. *Res Nurs Health*. 23(3): 191–203.
43. George LK. (1982). Models of transition in middle and later life. *Ann Am Acad Political Social Sci*, 464: 22-37.
44. Kabat-Zinn J. (2009). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*, Bantam Dell Publishing, New York.
45. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli S, Urbanowski F, Harrington A, Bonus K, Sheridan JF. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65: 564-570.
46. Tomey AM, Alligood MR (2006). *Nursing Theorists and Their Work*, 5th ed., Mosby: St. Louis, 605-618.
47. Bridges W. (1991). *Managing Transitions: Making the Most of Change*. Menlo Park: Addison Wesley: 54-58.
48. Pamuk S, Arslan H. (2009). Hastanede yatan riskli gebelerde hastane stresörlerinin ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 2(2): 23-32.
49. Cohen P, Kasen S, Chen H, Hatmark C, Gordon K. (2003). Variations in patterns of developmental transitions in the emerging adulthood period. *Developmental Psychology*, 39(4): 657–669.
50. Crockenberg SC, Leerkes EM. (2003). Parental acceptance, postpartum depression, and maternal sensitivity: Mediating and moderating processes. *Journal of Family Psychology*, 17: 80–93.
51. Akın A. (1998). Güvenli annelik, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 8(3): 33.
52. Akın A. (2001). Aile planlamasından üreme sağlığına geçiş, *Aktüel Tıp Dergisi Kadın Sağlığı Özel Sayısı*, 6(1): 4-8.
53. Arhan M. (1998). *Obstetrik ve Jinekoloji Ders Notları*. Nobel Tıp Kitabevi: İstanbul, 285-286.
54. Kavlak O, Şirin A. (2007). Anne ve babaya ait bağlanma ve hemşirenin sorumlulukları, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 23 (2): 183-194.
55. Kavlak O, Şirin A. (2009). Maternal Bağlanma Ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(2): 188-202.
56. Feeney JA (2000). Implications of attachment style for patterns of health and illness *Child Care Health Dev*. 26(4): 277-280.
57. Bell L, St-Cyr Tribble D, Paul D, Long A. (1998) A concept analysis of parent-infant attachment, *Journal of Advanced Nursing*, 28(5): 1071-1081
58. Kretchmar MD, Jacobvitz DB. (2002). Observing mother-child relationships across generations: boundary patterns, attachment, and the transmission of caregiving, *Family Process*, 41(3): 351-375.
59. Steele M, Steele H, Johansson M. (2002). Maternal predictors of children's social cognition: an attachment perspective, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (7): 861-671.
60. Bornstein MH, Hendricks C, Hahn C, Haynes MO, Painter K, Tamis- LeMonda S. (2003). Contributors to self-perceived competence, satisfaction, investment and role balance in maternal parenting: A multivariate ecological analysis. *Parenting: Science and Practice*, 3 (4): 285-326.

61. Montigny F, Lacharité C. (2005). Perceived parental efficacy: Concept analysis, nursing theory and concept development or analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (4): 387-396.
62. Duncan LG, Bardacke N. (2010). Mindfulness-based childbirth and parenting education: Promoting family mindfulness during the perinatal period. *Journal of Child and Family Studies*, 19: 190–202. doi: 10.1007/s10826-009-9313-7
63. Simhan HG, Canavan TP. (2005). Preterm premature rupture of membranes: diagnosis, evaluation and management strategies, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112 (supplement 1): 32-37.
64. Turan C, Özcan T, Kaleli B, Danişman N, Sayılğan A & Gökmen O. (1995). Preterm erken membran rüptüründe risk faktörleri. *Perinatoloji Dergisi*, 3 (1): 30-32.
65. Gilbert ES, Harmon JS. (2002). Yüksek Riskli Gebelikler, Editor Taşkın L, Palme Yayıncılık: İstanbul: 584-592.
66. Menon R, Fortunato SJ. (2007). Infection and the role of inflammation in preterm premature rupture of the membranes. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21 (3): 467-478.
67. French JI, McGregor JA. (1996). The pathobiology of premature rupture of membranes. *Semin Perinatol*, 20: 344-368.
68. Guinn D, Goldenberg RL, Hauth JC, Andrews WW, Thom E, Romero R. (1995). Risk factors for the development of preterm premature rupture of the membranes after arrest of preterm labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 173: 1310-1315.
69. Gratacos E, Figureas F, Barranco M, Vila J, Cararach V, Alonso PL, Fortuny A. (1988). Spontaneous recovery of bacterial vaginosis during pregnancy is not associated with an improved perinatal outcome. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 77: 37-40.
70. Chirstmas JT, Cox SM, Andrew W, Dax J, Leveno J, Gilstrap JC. (1992). Expectant management of preterm ruptured membranes: effect of antimicrobial therapy. *Obstet Gynecol*, 80:759-62.
71. Lokwood JC. (1995). The diagnosis of preterm labor and the prediction of preterm delivery. *Clin Obstet and Gynecol*, 38 (4): 675-687.
72. Stringer M, Miesnik SR, Brown L, Martz AH, Macones G. (2004). Nursing care of the patient with preterm premature rupture of membranes. *MCN American Journal of Maternal Child Nursing*, 29(3): 144-150.
73. Parry S, Strauss JF. (1998). Premature rupture of fetal membranes. *N Engl J Med*, 338: 663-670.
74. Draper D, McGregor J, Hall J, Jones W, Beutz M, Heine RP, Porreco R. (1995). Elevated protease activities in human amnion and chorion correlate with preterm premature rupture of membranes. *Am J of Obstet Gynecol* 1995;173:1506-1512.
75. Owen J, Goldenberg RL, Davis RO, Kirk KA, Copper RL. (1990). Evaluation of a risk scoring system as a predictor of preterm birth in an indigent population. *Am J Obstet Gynecol*, 163: 873-879.
76. Premature rupture of membranes. National Guideline Clearing House, Erişim adresi: <http://guideline.gov/content.aspx?id=10915&search=premature+rupture+of+membranes>.
77. Kişnişçi G, Durukan, Üstay A, Gürkan Ö. (1996). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi: 1481-1489.
78. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2013). Premature rupture of membranes. Erişim adresi <https://www.acog.org>.

79. Decherney AH, Nathan L, Goodwin TM, Laufer N. (2007). *Current Diagnosis & Treatment*, The MacGraw-Hill Companies, New York: 279-281.
80. Ananth CV, Oyelese Y, Srinivas N, Yeo L, Vintzileos AM. (2004). Preterm Premature Rupture of Membranes, intrauterine infection, and oligohydramnios: Risk factors for placental abruption. *Journal of Midwifery Womens Health*, 52: 199–206.
81. Marowitz A, Jordan R. (2007). Midwifery management of prelabor rupture of membranes at term. *J Midwifery Womens Health*, 52(3): 199-206.
82. Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth, NICE Clinical Guidelines, Erişim adresi: <http://publications.nice.org.uk/intrapartum-care-cg55/guidance#prelabour-rupture-of-the-membranes-at-term>.
83. Lowdermilk DL, Perry SE. (2007). *Maternity & Women's Health Care*, 9th Edi., Mosby Elseiver, St. Louis: 108-112.
84. Maloni JA. (1993). Bed rest during pregnancy: Implications for nursing. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 22(5): 422-426.
85. Litteron LY, Engebretson JC. (2009). *Maternity Nursing Care*. Cengage Learning Publishing, NewYork: 350-352.
86. Hastings-Tolsma M, Bernard R, Brody MG, Hensley J, Koschoreck K, Patterson E. (2013). Chorioamnionitis: Prevention and Management, *ANCC Lippincott Williams & Wilkins*, 38(4): 206-212.
87. Kreitzer MJ. (2012). Spirituality and well-being: Focusing on what matters, *Western Journal of Nursing Research*, 34: 707.
88. Praisman S. (2008). Mindfulness-based stress reduction: A literature review and clinician's guide. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20: 212–216.
89. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). <http://nccam.nih.gov/> Erişim Tarihi: 16.01.2013.
90. Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10: 434-445.
91. Speca M, Carlson LE, Goodey E, Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62: 613–622.
92. Baer RA. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10: 125–143.
93. Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10: 144–156.
94. Rich-Edwards JW, Grizzard TA. (2005). Psychosocial stress and neuroendocrine mechanisms in preterm delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(5 Suppl): S30–S35.
95. Astin JA. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation: Effects on psychological symptomology, sense of control, and spiritual experiences. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66: 97–106.
96. Hogue CJ, Bremner JD, (2005). Stress model for research into preterm delivery among black women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(5 Suppl): S47–S55.
97. Cohen-Katz J, Wiley S, Capuano T, Baker DM, Shapiro S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout. *Holist Nurs Pract*, 19(1): 26–35.

98. Mackenzie CS, Poulin PA, Seidman-Carlson R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides, *Applied Nursing Research*, 19: 105- 109.
99. Kemper K, Bulla S, Krueger D, Ott MJ, McCool JA, Gardiner P. (2011). Nurses' experiences, expectations, and preferences for mind-body practices to reduce stress, *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 11: 26-28.
100. Smith JE, Richardson J, Hoffman C, Pilkington K. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction as supportive therapy in cancer care: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(3): 315–327.
101. Witek-Janusek L, Albuquerque K, Chroniak KR, Chroniak C, Durazo R, Mathews HL. (2008). Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain Behav Immun*, 22(6): 969–981.
102. Matchim Y, Armer JM, Stewart BR. (2011). Effects of Mindfulness- Based Stress Reduction (MBSR) on health among breast cancer survivors. *Western Journal of Nursing Research*, 33(8): 996–1016.
103. Tsang SC, Mok ES, Lam SC, Lee JK. (2012). The benefit of mindfulness-based stress reduction to patients with terminal cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 21: 2690–2696.
104. Kristofersson G, Kreitzer MJ. (2012). The Effects of a Mindfulness Based Intervention on Impulsivity, Symptoms of Depression, Anxiety, Experiences and Quality of Life of Persons Suffering from Substance Use Disorders and Traumatic Brain Injury, University of Minnesota, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
105. Gross CR, Kreitzer MJ, Thomas W, Reilly-Spong M, Cramer-Bornemann M, Nyman JA, Frazier P, Ibrahim HN. (2010). Mindfulness-based stress reduction for solid organ transplant recipients: A randomized controlled trial. *Altern Ther Health Med*, 16(5): 30-38.
106. Whitebird RR, Kreitzer MJ, O'Connor PJ. (2009). Mindfulness-based stress reduction and diabetes. *Diabetes Spectr*, 22(4): 226-230.
107. Whitebird RR, Kreitzer MJ, Crain AL, Lewis BA, Hanson LR, Enstad CJ. (2013). Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: A randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 53: 676-680.
108. Raingruber, R. (2007). The effectiveness of tai chi, yoga, meditation, and reiki healing sessions in promoting health and enhancing problem solving abilities of registered nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 28: 1141–1155.
109. Wall RB. (2005). Tai chi and mindfulness-based stress reduction in a Boston public middle school. *Journal of Pediatric Health Care*, 19: 230-237.
110. White L. (2013). Mindfulness in nursing: an avolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2): 282-294.
111. Folkman S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45: 1207–1221.
112. Institute of Medicine. (2007). *Preterm birth*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
113. Holzman C, Bullen B, Fisher R, The MSU Prematurity Group. (1998). Rethinking the concept of risk factors for preterm delivery: Antecedents, markers and mediators. *Prenatal and Neonatal Medicine*, 3: 47–52.
114. Lederman SA, Rauh V, Weiss L, Stein JL, Hoepner LA, Becker M, Perara FP. (2004). The effects of the world trade center event on birth outcomes among term deliveries at three lower Manhattan hospitals. *Environmental Health Perspectives*, 112: 1772–1778.

115. Livingston JC, Maxwell BD, Sibai BM. (2003). Chronic hypertension in pregnancy. *Minerva Ginecologica*, 55: 1–13.
116. Misra DP, O’Campo P, Strobino D. (2001). Testing a sociomedical model for preterm delivery. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 15(2): 110–122.
117. Bergman K, Sarkar P, O’Connor TG, Modi N, Glover V. (2007). Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 6: 1454–1463.
118. Dunkel-Schetter C. (2009). Stress processes in pregnancy and preterm birth. *Current Directions in Psychological Science*, 18: 205–209.
119. Martin CD, Thompson DR. (2000). Study sample size calculation. *Design and analysis of clinical nursing reseach studies*. Routledge: London, 27-30.
120. Akgül A. (2005). *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri*, Emek Ofset Ltd. Şti., Ankara.
121. Beydağ KDT, Mete S. (2008). Prenatal kendini değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1): 16-24.
122. Taşçı KD, Mete S. (2007). Postpartum kendini değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2): 20-29.
123. Jesse ED, Reed PG. (2004). Effects of spirituality and psychosocial well-being on health risk behaviors in appalachian pregnant women. *JOGNN*, 33: 739-747.
124. Byrne J, Hauck Y, Fisher C, Bayes S, Schutze R. (2013). Effectiveness of a mindfulness-based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth, *J Midwifery Womens Health*, 1: 1–6
125. Beddoe AE, Yang CP, Kennedy HP, Weiss SJ, Lee KA. (2009). The effects of mindfulness-based yoga during pregnancy on maternal psychological and physical distress. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38: 310-319. doi: 10.1111/j.1552-6909.2009.01023.x.
126. Beebe KR, Lee KA, Kolhman VC, Humpreys J. (2007). The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor. *JOGNN* , 36:410-418.
127. Dunn C, Hanieh E, Roberts R, Powrie R. (2012). Mindful pregnancy and childbirth: effects of a mindfulness-based intervention on women’s psychological distress and their well-being in the perinatal period. *Archive of Women’s Mental Health*, 15: 139-143. doi: 10.1007/s00737-012-0264-4.
128. Fisher C, Hauck Y, Byrne J. (2012). Participant experiences of mindfulness-based childbirth education: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12:126
129. Günüşen NP, Üstün B. (2009). Randomize kontrollü çalışmalarda örnekleme kayıp olduğunda gerekli bir analiz: Intention to treat analizi. *DEUHYO ED*, 1(1): 46-56.
130. Aries F, Victoria A, Cho K, Kraus F. (1997). Placental histology and clinical characteristics of patients with preterm premature rupture of membranes. *Obstetrics & Gynecology*, 89(2): 265-271.
131. Kim YM, Chaiworapongsa T, Gomez R, Bujold E, Yoon BH, Rothmensch S, Thaler HT. (2002). Failure of physiologic transformation of the spiral arteries in the placental bed in preterm premature rupture of membranes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(5): 1137-1142.
132. El-Shazy S, Makhseed M, Azizieh F, Raghupathy R. (2004). Increased expression of pro-inflammatory cytokines in placentas of women undergoing spontaneous preterm delivery or premature rupture of membranes. *American Journal of Reproductive Immunology*, 52(1): 45-52.



133. Naaf R, Albert JR, Ross EL, Weber M, Martin RB, Morrison JC. (1998). Premature rupture of membranes at 34 to 37 weeks of gestation: Aggressive versus conservative management. *Am J Obstet Gynecol*, 178: 126-130.
134. Liemen JM, Brumfield CG, Carlo W, Ramsey PS. (2005). Preterm premature rupture of membranes: Is there an optimal gestational age for delivery? *Obstet Gynecol* 2005;105: 12–17.
135. Ramsey PS, Liemen JM, Brumfield CG, Carlo W. (2005). Chorioamnionitis increases neonatal morbidity in pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192: 1162–1166.
136. Slade A, Cohen LJ, Sadler LS, Miller M. (2009). The psychology and psychopathology of pregnancy. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 22–39). New York, NY: Guilford Press.
137. Brazelton TB. (2006). *Touchpoints: Birth to three*. Cambridge: Da Capo Press, 125-130
138. Stark AM (1997). Psychosocial Adjustment During - Pregnancy: The Experience of Mature Gravidas. *JOGNN*, 26: 206-211.
139. Hughes A, Williams M, Bardacke N, Duncan LG, Dimidjian S, Goodman S H. (2009). Mindfulness approaches to childbirth and parenting. *British Journal of Midwifery*, 17(10): 630–635.
140. Rosenblum K, Dayton CJ, Muzik M. (2009). Infant social and emotional development. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 80–103). New York: Guilford Press.
141. Wahler R, Rowinski K, Williams K. (2008). Mindful parenting: An inductive search process. In L. A. Greco & S. C. Hayes (Eds.), *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: A practitioner's guide*. Oakland: New Harbinger, 217–235.
142. Siegel D, Hartzell M. (2003). *Parenting from the inside out*. New York: Tarcher/Penguin.
143. Muzik M, Hamilton SE, Roseblum KL, Waxler E, Hadi Z. (2012). Mindfulness yoga during pregnancy for psychiatrically at-risk women: Preliminary results from a pilot feasibility study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 18: 235-240
144. Reynolds D. (2003). Mindful Parenting: A group approach to enhancing reflective capacity in parents and infants. *Journal of Child Psychotherapy*, 29(3): 357-374.
145. Snyder, R. (2010). *Mindful mamas: A phenomenological study of mindfulness in early motherhood* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses. (Publication no. AAT 3405498)
146. Cohen-Katz J, Semple, R. J. (2010). Mindful parenting: A call for research. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2): 145–151. doi: 10.1007/s10826-009-9285-7.
147. Duncan LG, Coatsworth JD, Greenberg MT. (2009). A model of mindful parenting: Implications for parent–child relationships and prevention research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12: 255–270.
148. Sayıl M, Güre A, Uçanok Z, Pungello EP. (2009). Çalışan ve ilk kez anne olan kadınların bebeklerinin bakımı ve işe geri dönme süreci: ileriye dönük çoklu etkiler. *Türk Psikoloji Dergisi*, Aralık, 24 (64), 1-14.
149. Narendran S, Nagarathna R, Narendran V, Gunasheela S, Nagendra HR. (2005). Efficacy of yoga on pregnancy outcomes. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11: 237-244. doi: 10.1089/acm.2005.11.237

150. Ahn HY, Lee JH, Shin HW. (2010). Kangaroo care on premature infant growth and maternal attachment and post-partum depression in South Korea. *Journal Of Tropical Pediatrics*, 56 (5): 342-344.
151. Atchley RC. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29: 183-190.
152. Ertekin A, Celayir A, Çakar E. (2009). Normal ve yüksek riskli gebeliklerde takip ve doğum şeklinin maliyet üzerine etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40(4): 205-207.
153. Gharaibeh MK, Hamlan AM. (2011). Factors influencing maternal attachment of first-time Jordanian mothers. *Journal of Research in Nursing*, 17(3): 289-303.
154. Goodman SH, Brand SR. (2009). Infants of depressed mothers: Vulnerabilities, risk factors, and protective factors for the later development of psychopathology. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 153-170). New York, NY: Guilford Press.
155. Herguner S, Çiçek E, Annagur A, Herguner A, Ors S. (2014). Association of delivery type with postpartum depression, perceived social support and maternal attachment. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27: 15-20.
156. Kamalak Z, Simavlı S, Duvan C, Turhan N. (2011). Preterm eylem yönetimi, *Yeni Tıp Dergisi*, 28: 13-16.
157. Kavlak O, Saruhan A, Er S, Şen E, Sevil Ü. (2010). Gebelerin genital hijyen davranışının belirlenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 26 (1): 53-63.
158. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlemler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi, 3(1): 67-99.
159. Kuo SH, Wang RH, Tseng HC, Jian SY, Chou FH. (2007). A comparison of different severities of nausea and vomiting during pregnancy relative to stress, social support, and maternal adaptation. *Journal of Midwifery & Women's Health*, e1-e7.
160. Lederman R, Lederman E (1979). Relationship of psychological factors in pregnancy to progress in labor. *Nursing Research* 28 (4): 94-97.
161. Lederman RP, Raff, BS, Carroll P (1981). Perinatal Parental Behavior: Nursing Research and Implications for Newborn Health, March of Dimes Birth Defects Foundation, Birth Defects: Original Article Series. Newyork 17(6): 200-231.
162. Mercer RT, Walker LO. (2006). A Review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, 35 (5): 568-582.
163. Moore KM, Persaud TVN. (2002). Klinik Yönleri ile İnsan Embriyolojisi, Çeviri: Yıldırım M, Okar İ, Dalçık H. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti, İstanbul.
164. Sawyer L. (1999). Engaged mothering: Transition to motherhood for a group of African American women. *Journal of Transcultural Nursing*, 10 (1): 14-21.
165. Şahsıvar MŞ, Marakoğlu K. (2010). A case-control study evaluating depression and quality of life in high-risk pregnant women. *Türkiye Klinikleri Journal Medical Science*, 30(3): 871-879.

## ÖZGEÇMİŞ

Öznur KÖRÜKCÜ, 1984 yılında Nevşehir'in Avanos ilçesinde doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Avanos'ta tamamladı. 2002 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu'nu kazandı. 4 yıl öğrenim gördüğü Aydın Sağlık Yüksekokulu'ndan 2006 yılında üçüncülük ile mezun oldu. Aynı yıl Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programına başladı ve 2009 yılında mezun oldu. 2006 Yılı Aralık ayında Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı araştırma görevlisi olarak Antalya Sağlık Yüksekokulu'nda çalışmaya başladı ve halen araştırma görevlisi olarak görevini sürdürmektedir. 2009 yılında Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora programına başladı. Eylül-Aralık 2012 yılında University of Minnesota Center for Spirituality and Healing'de üç ay süre ile staj yaptı, Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programına ve farkındalık uygulamaları ile ilgili konferanslara katıldı. Haziran-Ağustos 2014 yılında Middlesex University London'da Erasmus+ öğrencisi olarak staj yaptı ve araştırma projelerinde çalıştı. Yabancı dili İngilizcedir.

# EKLER

**EK 1. T.C. ANTALYA VALİLİĞİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALARI  
DEĞERLENDİRME KURUL KARARI**

**T.C.  
ANTALYA VALİLİĞİ  
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi**

**BADK KURUL KARARI**

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO	SORUMLU ARAŞTIRMACI
08.02.2012	28	164	Doç.Dr.Kamile KUKULU

**KARAR**

"Erken membran rüptüründe Meleis'in Geçiş Teorisine temellendirilmiş hemşirelik bakımının özbakım gücüne, prenatal ve postpartum kendini değerlendirmeye ve maternal bağlanmaya etkisinin incelenmesi" isimli çalışmanız kurulda görüşüldü, çalışmanın uygun olduğuna karar verildi.

GÖREVİ	ADI SOYADI	BÖLÜMÜ	İMZA
Başkan	Doç. Dr. Selahattin KUMRU	Kadın Hast. ve Doğum Klinik Şefi	
Başkan Yardımcısı	Uzm.Dr. İbrahim ASLAN	Endokrinoloji Kliniği	KATILMADI
Üye	Doç.Dr. Mustafa YILDIZ	Onkoloji Klinik Şefi	
Üye	Doç. Dr. Ramazan ERYILMAZ	Genel Cerrahi Klinik Şefi	KATILMADI
Üye	Doç.Dr. Mustafa Deniz YILMAZ	KBB Klinik Şef Yrd.	KATILMADI
Üye	Uzm. Dr. A.Metin SARIKAYA	Nefroloji Başasistanı	
Raportör	Uzm.Dr. Serdar TİMUR	Adli Tabip	
Üye	Ecz. Gülcan URYAN	Eczacı	

**EK 2. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**



T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
ANTALYA SAĞLIK YÜKSEKOKULU  
TARİH: 18.05.2012  
NO: 18-05-2012  
EK: 1


Sayı : B.30.2.AKD.0.20.05.05/97  
Konu : Bütçe Onay Kararı

.../.../2012

Sayın Doç.Dr. Kamile KUKULU  
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu  
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Kurul'a başvurmuş olduğunuz "Prematur Erken Membran Ruptürü Olan Gebelerin Anneliğe Geçiş Sürecinde Meleis'in Geçiş Teorisine Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının Özbakım Gücüne, Prenatal ve Postpartum Kendini Değerlendirme Durumuna ve Maternal Bağlanma Düzeyine Etkisinin İncelenmesi" adlı çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığına, destekleyici kuruluş olan Üniversitemiz Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi'nin konuya ilişkin kararının Kurul'a ulaştırılması sonucunda "Onay" formunun tarafınıza gönderilmesine karar verildi.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
Prof.Dr. Gülay ÖZBİLİM  
Dekan Yardımcısı

---

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA  
Tel : (242)249 69 54  
Faks : (242) 249 69 03  
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

### EK 3. ANTALYA VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZİNİ

Çalışmanın Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniğinde yürütülebilmesi için Antalya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden 15.03.2012 tarihinde izin alınmıştır.


*Sağlığını; için etli yemeklere pişirme esnasında yağ ilave etmeyiniz.*

**T.C.  
ANTALYA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü**

**Sayı : B.10.4.ISM.04.07.00.09/821-04 -162**  
**Konu : Anket Çalışması**


T.C. Antalya Sağlık Müdürlüğü  
-> EĞİTİMİŞLERİ LE İL

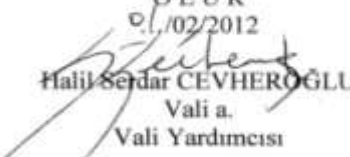
15 03 2012 0768

  
Barkod No: 0327370

**VALİLİK MAKAMINA**

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Doktora Programı öğrencisi Hikmet Öznur KÖRÜKÇÜ'nün "Erken Membran Rüpüründe Meleis'in Geçiş Teorisine Temelleştirilmiş Hemşirelik Bakımının Özbakım Gücüne, Prenatal ve Postnatal Kendini Değerlendirmeye ve Meternal Bağlanmaya Etkisinin İncelenmesi " konulu tez çalışmasını Mart 2012-Mart 2014 tarihleri arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması, Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.  
Olurlarınıza arz ederim.

  
Dr. Adem BILGIN  
İl Sağlık Müdürü

OLUR  
01/02/2012  
  
Halik Sedar CEVHEROGLU  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

EK:46



#### İLETİŞİM

ADRES: Toros Mh. Atatürk Bulv. No:74 PK:07070

TEL: 0 242 228 48 48 FAX: 0 242 228 50 47  
WEB: www.antalyasm.gov.tr

Detaylı Bilgi :Eğitim Şubesi

Dahili Tel :1 432 - 1434

E-Posta :egitim@antalyasm.gov.tr

#### **EK 4. Meleis'in Geçiş Modeli'nin kavramlarının Türkçeleştirilmesi konusunda uzman görüşleri**

Araştırmanın kavramsal-teorik çerçevesini oluşturacak olan Meleis'in Geçiş teorisinin kavramları Türkçeye çevrilmiştir. Prof.Dr. Nurgün Platin'den ve Prof.Dr. İffet Renda'dan kavramlarının Türkçeleşmesi ve çalışmaya yansımaları konusunda uzman görüşü istenmiştir. Prof.Dr. İffet Renda'dan e-mail, Prof.Dr. Nurgün Platin'den ise telefon aracılığıyla görüş alınmıştır.

**Gönderildi:** 13 Mart 2012 Salı 08:28

**Kime:** Oznur Korukcu

**Kimden:** İffet Renda [iffet@renda.demon.nl]

Meleis in dokumanın Türkçesi bence gayet iyi tercüme edilmiş. Ben yalnızca 3-5 noktaya değindim.

**Ardışlık** kelimesinin ben Türkçe anlamını bilmiyorum o nedenle sequential kelimesini “**birbirini takip eden veya birbiri arkasından gelen** olarak çevirdim

Related **ilgili** “ilişki” daha çok insanlar arası münasebet kapsamında kullanılıyor

Unrelated **ilgisiz**

Cultural beliefs and Attitudes **Kültürel inançlar ve tavırlar** (duruşlar) Tutum – manner kapsamında kullanılıyor

Progress Indications **İlerleme göstergeleri** **Process** süreç kapsamında kullanılıyor

Being situated **yerleştirilme**

Ben Meleis in çalışmaları hakkında bilgi sahibi değilim ancak “Nursing Therapeutics” kelimesini kullandığında bunun hemşirelik bakımı dan ziyade hemşirelik tedavilerini vurgulamak amacı ile kullandığını zannediyorum. Hemşirelerin nurse clinician, nurse practioner , clinical nurse specialist gibi sıfatları kullanmaya başlaması ve ilaç yazma, tedavi uygulama türü hekimlerin yaptıkları rollerin bir kısmını üstlenmeleri ile hemşirelik Batı dünyasında artık “bakım” dan “ tedaviye” geçti.



## **EK 5. Prof. Dr. Afaf I. Meleis'in Çalışmaya Yönelik Önerileri**

Kimden: Meleis, Afaf [meleis@nursing.upenn.edu]

Tarih: 25 Ekim 2012 Perşembe 19:11

Kime: 'Oznur Korukcu'

Dear Ms. Oznur,

You are definitely on the right track in testing nursing intervention. I suggest you review our earlier work on role supplementation during transitions. It will help you define the different components of the intervention. Here are some components:

- Define milestones and provide care during milestones
- Define and mobilize resources
- Provide opportunities for role modeling and role rehearsal.

Also define the mode of intervention: in person, by telephone, through support group or through significant others.

Best wishes,

Afaf Meleis

Afaf I. Meleis, PhD, DrPS (hon), FAAN  
Margaret Bond Simon Dean of Nursing  
Professor of Nursing and Sociology  
University of Pennsylvania School of Nursing  
Claire M. Fagin Hall  
Claudia S. Heyman Dean's Suite  
418 Curie Blvd, Room 430  
Philadelphia, PA 19104-4217  
Office: 215-898-8283  
Fax: 215-573-2114  
meleis@nursing.upenn.edu  
[www.nursing.upenn.edu](http://www.nursing.upenn.edu)

## EK 6. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Ben, (katılımcı adı) ....., katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve Araş.Gör. Öznur KÖRÜKCÜ tarafından tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu çalışmaya katılmam durumunda bana hiçbir ücret ödenmeyeceğini, ancak araştırma sırasında kullanılacak olan MP4 çaların bana hediye edileceğini biliyorum.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı: .....

İmzası: .....

Adresi: .....

.....

Telefon No: .....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı: Öznur Körükcü

## EK 7. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

**Ad-Soyad:**

**Adres:**

**Telefon numarası:**

**Gebelik haftası:**

**Kaç yaşındasınız?.....**

**Eğitim düzeyiniz nedir?**

İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite  Lisansüstü

**Ailenizin ekonomik düzeyini değerlendiriniz?**

Gelir giderden az  Gelir giderden fazla  Gelir giderden denk

**Aile tipiniz nedir?**

Çekirdek aile  Geniş aile

**Kaç yıllık evlisiniz?**

Bir yıldan az  1-3 yıl  4-10 yıl  10 yıldan fazla

**Düzenli gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?**

Hayır  Evet.....

**Gebeliğiniz planlı bir gebelik midir?**

Planlı olan  Planlı olmayan

**Eşiniz ve siz bebeğinizin doğmasını istiyor musunuz?**

Her ikimizde bu bebeği istiyoruz  Ben istiyorum; fakat eşim istemiyor

Eşim istiyor; fakat ben istemiyorum  Her ikimizde bu bebeği istemiyoruz

**Gebeliğiniz sırasında doğuma hazırlık eğitimi aldınız mı?**

Evet  Hayır

**Eğer yanıtınız evet ise kimden eğitim aldınız?**

Sağlık personelinin  Gebe eğitim kitaplarından  Gebe eğitim kursundan

İnternette  Diğer.....

**Gebeliğiniz sırasında stresle etkili baş etme konusunda eğitim aldınız mı?**

Evet  Hayır

**Eğer yanıtınız evet ise kimden eğitim aldınız?**

Sağlık personelinden  Gebe eğitim kitaplarından  Gebe eğitim kursundan

İnternette  Diğer.....

Evet  Hayır

Gebeliğe, anneliğe ve bebek bakımına ilişkin merak ettiğiniz ya da öğrenmek istediğiniz herhangi bir şey var mı?

Anne olmak sizin için ne ifade ediyor?

Sizce bir annede bulunması gereken önemli özellikler nelerdir?

## EK 8. PRENATAL KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

### Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut 2 Gebeliğin Kabulü

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor
Gebe olmak için iyi bir zaman.				
Gebeliğim süresince ortaya çıkabilecek rahatsızlıkların üstesinden gelebilirim.				
Gebeliğim nedeniyle meydana gelen değişikliklere alışmakta zorlanıyorum.				
Gebeliğimden zevk alıyorum.				
Hamile olmaktan memnunum.				
Bu hamileliği kabul etmek benim için zor.				
Şimdiye kadar bu gebelikle ilgili her şey iyiydi.				
Bebeğe şuan sahip olmayı istemezdim.				
Bu gebeliğe uyum sağlamak konusunda sorun yaşıyorum.				
Bu hamilelik benim için bir hayal kırıklığı oldu.				
Bu hamilelik benim için doyum verici.				
Şuan hamile olmaktan üzüntü duyuyorum.				
Hamileliğin hoş olmayan bir çok yönü var.				
Hamile olduğum için mutluyum.				

### Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut 3 Annelik Rolünün Kabulü

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor
Anne-babaları, çocukları ile birlikteken izlemek hoşuma gidiyor.				
İçimde bir çocuk büyütmenin bir ödül olduğunu düşünüyorum.				
Bebeğime bakmayı dört gözle bekliyorum.				
İyi bir anne olup olamayacağım konusunda kuşkularım var.				
Etrafımda çocukların olması hoşuma gidiyor.				
Çocuk bakımı ile diğer sorumluluklarımı ve işlerimi dengelemem zor olacak.				
Bebek bakımının o kadar da eğlenceli olmadığını düşünüyorum.				
Bebeğe yeterli dikkati / özeni göstermek benim için zor olacak.				
Bebeğin, bana bir yük olacağını düşünüyorum.				
Nasıl bir anne olmak istediğim konusunu düşünüyorum.				
Bebek bakımı için ayırdığım zaman nedeniyle kendime çok az zaman kalacağından endişeliyim.				
Bebeğimin bana benzememesinden korkuyorum.				
Bebeğimi şimdiden sevmeye başladığım.				
İyi bir anne olacağıma inanıyorum.				
Bebeğimle olmaktan hoşlanacağımı hissediyorum.				

### Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut 4 Doğuma Hazır Oluş

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor
Doğum konusunda çok şey bilmem gerektiğini düşünüyorum.				
Doğuma hazırlanmak için yapabileceğim çok az şey var.				
Doğum sırasında yaşayacaklarım konusunda iyi şeyler düşünüyorum.				
Doğum sırasında ağrılarım olduğunda ne yapmam gerektiğini biliyorum.				
Bir an önce doğum yapmayı istiyorum.				
Doğumda iyi olmak için kendi kendimi hazırlıyorum.				
Doğumda olacaklara kendimi hazır hissediyorum.				
Doğumda kendi kendime yardımcı olabilmek için yapabileceğim bazı şeyler biliyorum.				
Doğum hakkında yeterli bilgim olduğumu düşünüyorum.				
Doğumun doğal ve heyecan verici bir olay olduğumu düşünüyorum.				

### Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut 7 Eş ile İlişkinin Durumu

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor
Eşimle doğacak bebeğimiz hakkında konuşuyoruz.				
Eşim gebeliğim süresince beni eleştirdi.				
Üzgün olduğumda eşim bana anlayış gösterir.				
Eşim, ihtiyaç duyduğumda ev işlerinde yardım eder.				
Gebelik süresince cinsel hayatımızdaki değişiklik konusunda, eşimle konuşmakta zorlanırım.				
Doğumum sırasında eşimin bana destek olacağına inanıyorum.				
Eşim duygularım ve sorunlarımla onu sıktığımı düşünüyor.				
Eşimin gebeliğim süresince cinsel hayatımızla ilgili benimle konuşabileceğini düşünüyorum.				
Bebeğin bakımını paylaşmak konusunda eşime güvenebilirim.				

## EK 9. MATERNAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda yeni annenin durumu ile ilgili tecrübeleri, hisleri ve duyguları tanımlanmaktadır. Lütfen her ifadede tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

	HER ZAMAN	SIK SIK	BAZEN	HIÇBİR ZAMAN
1- Bebeğimi sevdiğimi hissediyorum	a	b	c	d
2- Bebeğimle birlikteyken mutluluk ve içimde bir sıcaklık hissediyorum	a	b	c	d
3- Bebeğimle özel zaman geçirmek istiyorum	a	b	c	d
4- Bebeğimle birlikte olmak için sabırsızlanıyorum	a	b	c	d
5- Sadece bebeğimi görme bile beni mutlu ediyor	a	b	c	d
6- Bebeğimin bana ihtiyacı olduğunu biliyorum	a	b	c	d
7- Bebeğimin sevimli olduğunu düşünüyorum	a	b	c	d
8- Bu bebek benim olduğu için çok memnunum	a	b	c	d
9- Bebeğim güldüğünde kendimi özel hissediyorum	a	b	c	d
10- Bebeğimin gözlerinin içine bakmaktan hoşlanıyorum	a	b	c	d
11- Bebeğimi kucağımda tutmaktan hoşlanıyorum	a	b	c	d
12- Bebeğimi uyurken seyrediyorum	a	b	c	d
13- Bebeğimin yanımda olmasını istiyorum	a	b	c	d
14- Başkalarına bebeğimi anlatıyorum	a	b	c	d
15- Bebeğimin gönlünü almak zevklidir	a	b	c	d
16- Bebeğimle kucaklaşmaktan hoşlanıyorum	a	b	c	d
17- Bebeğimle gurur duyuyorum	a	b	c	d
18- Bebeğimin yeni şeyler yapmasını görmekten hoşlanıyorum	a	b	c	d
19- Düşüncelerim tamamen bebeğimle dolu	a	b	c	d
20- Bebeğimin karakterini biliyorum	a	b	c	d
21- Bebeğimin bana güven duymasını istiyorum	a	b	c	d
22- Bebeğim için önemli olduğumu biliyorum	a	b	c	d
23- Bebeğimin hareketlerinden ne istediğini anlıyorum	a	b	c	d
24- Bebeğime özel ilgi gösteriyorum	a	b	c	d
25- Bebeğim ağladığına onu rahatlatıyorum	a	b	c	d
26- Bebeğimi içimden gelen bir duyguyla seviyorum	a	b	c	d

## EK 10. POSTPARTUM KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadeler küçük bebeklerin annelerine aittir. Her bir ifadeyi okuyunuz ve hangi yanıt sizin duygularınızı en iyi şekilde tanımlıyor ise onu işaretleyiniz.

	Çok fazla	Kısmen	Biraz	Hiç
1.Bebeğimin neden hoşlanıp neden hoşlanmadığını bilirim.				
2.Eşim bebeğin bakımına katılır.				
3.Geceleri bebek için kalkmak beni rahatsız eder.				
4.Eşim anlayışlıdır, üzüldüğümde beni anlar.				
5.Bu bebek bizim için ekonomik bir yük.				
6.Bebek doğurmak bana bir tür başarı hissi verdi.				
7.Eşim çocuk bakımının kendi sorumluluğu olmadığını düşünüyor.				
8.Satın alabildiklerimizden daha fazla şeye gereksinimimiz var.				
9.Bu doğum kendimle gurur duymama sağladı.				
10.Kendimi eşime yakın hissediyorum.				
11.Bebeğe bakmak ve aynı şeyleri tekrar tekrar yapmak bana sıkıcı geliyor.				
12.Bebeğim için doğru kararları verebileceğimden emin değilim.				
13.Eşim çocuğun bakımına mümkün olduğunca az yardım eder.				
14.Bebek ağladığında ne istediğini söyleyebilirim.				
15.Bana anne olarak güvenen arkadaş veya akrabalarım var.				
16.Eşim bebekle zaman geçirir.				
17.Bebeğe karşı olan sabrım sınırlıdır.				
18.Yaşadığımız bölgede çocuk yetiştirme konusunda endişeliyim.				
19.Annem ve babam, annelik konusunda beni eleştiriyorlar.				
20.Çocuk bakımı dışında kalan zamanın azlığı beni mutsuz ediyor.				
21.Çocuğa bakmak için yardım istediğimde kocam rahatsız oluyor.				
22.Bebekle ilgilenmekten zevk alıyorum.				
23Bir anne olarak çok fazla sorumluluğa sahip olmak beni endişelendiriyor.				
24.Eşimle sorunlarım hakkında konuşmakta zorlanırım.				
25.Bebeğimin altını temizlerken başka bir şey yapmak istiyorum.				
26.İyi bir anne olup olmadığım konusunda şüphelerim var.				
27.Şimdi olduğumdan daha iyi bir anne olmak isterim.				
28.Doğum sancılarını kötü ve korkutucu olarak hatırlıyorum.				
29.Annelikle ilgili sorularım hakkında bazı arkadaş ya da akrabalarım ile konuşabilirim.				
30.Bütçem ev işi ve diğer masrafları karşılamama yetiyor.				
31.Eşim beni bir eş olarak eleştirir.				
32.Eşim bebek bakımını paylaşmak ister.				
33.Bu bebeğe sahip olmaktan memnunum.				
34.Eğer bebek işlerimi sık sık kesintiye uğratırsa rahatsız olurum.				
35.Ailemin belirli bir gelirinin olması beni kaygılandırıyor.				
36.Bebeğimi tanıdığımı ve onun için ne yapmam gerektiğini bildiğimi düşünüyorum.				



37.Eşim, işiyle ya da hobileriyle uğraşmayı benimle olmaya tercih eder.				
38.Eşim hislerime önem verir.				
39.Eşim onun için bir yük olduğum hissini verir.				
40.Bebeğe kendi bildiğim şekilde bakmam konusunda beni cesaretlendiren arkadaş ya da akrabalarım var.				
41.İhtiyaç duyduğumda bir bebek bakıcısına ücret ödeyebilecek gücüm var.				
42.Anne olmaktan hoşlanıyorum.				
43.Üzgün ya da kötü hissettiğimde eşim beni rahatlatır.				
44.Bebeği beslemek bana bir tatmin duygusu veriyor.				
45.Eşim ve benim evliliğimizle ilgili sorunlarımızı var.				
46.Annem ve babam bebekle ilgileniyorlar.				
47.Bebeğin doğumunu hatırladığımda kendimi mutlu hissediyorum.				
48.Doğum ağrısına kötü tepki verdiğimi düşünüyorum.				
49.Duygu ve düşünlerimi eşimle paylaşabilirim.				
50.Bebeğimin ihtiyaçlarını karşılayabilme konusunda endişeliyim.				
51.Ailemin tüm temel ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli paramız var.				
52.Bebeğe şuan baktığımdan daha iyi nasıl bakabileceğimi bilmiyorum.				
53.Emzirme aralarında, bebeğim uyanık ve sakinken onunla oynarım.				
54.Eşim bebeğe ilgi gösteriyor.				
55.Eşimle olan tartışmalarımız kavgayla sonuçlanır.				
56.Eşim ihtiyaç duyduğumda beni yüzüstü bırakır.				
57.Bebek ağladığında eşim aldırılmaz.				
58.Doğumun üstesinden gelme konusunda pişmanlık duyuyorum.				
59.Bebek bakımı konusundaki kararlarım güveniyorum.				
60.Evimiz bizim için çok küçük.				
61.Bebeğimin ne istediğini çoğu zaman bilirim.				
62.İhtiyaç olduğu anlarda bebeğin bakımı için arkadaş ya da akrabalarım güvenebilirim.				
63.Bebeğe yeterince özen gösterdiğimden emin değilim.				
64.Bir anne olarak yapmam gerekenleri ve benden beklenenleri büyük bir yük olarak hissediyorum.				
65.Eşim bebeğe bakmaktan hoşlanmaz.				
66.Ailem çok az şeyi doğru yapabildiğimi hissetmeme neden oluyor.				
67.Her şeye rağmen doğum güzel bir tecrübeydi.				
68.Yaşadığım doğumda kendimi hayal kırıklığına uğramış hissettim.				
69.Bebekle ilgilenen arkadaş ve akrabalarım var.				
70.Mevcut gelirimizle nasıl geçineceğimiz konusunda endişeliyim.				
71.Eşim bebeği tutmaktan hoşlanıyor.				

72. Annem ve babam, bebeğe daha iyi bakmam gerektiğini düşünüyorlar.				
73. Doğum yapmak benim için memnuniyet vericiydi.				
74. Eşimi, bebek bakımında bana yardım etmekten kaçınıyor.				
75. İşe ya da okula gitmeyi ve başka şeylerle uğraşmayı bebek bakımına tercih ederim.				
76. Bebek ağladığında ne yapacağımı bilemiyorum.				
77. Ailem bebek bakımında izlediğim yolu beğeniyor gibi görünüyor.				
78. Benim iyi bir anne olduğumu düşünen arkadaş ya da akrabalarım var.				
79. Doğumla nasıl başa çıktığımı düşündükçe kendimi iyi hissediyorum.				
80. Ailem bebeğe az ilgi gösteriyor.				
81. Gelecekteki mali durumum hakkında kendimi güvende hissediyorum.				
82. Bebek bakımı konusundaki yeteneğime güveniyorum.				

## EK 11. BEDEN TARAMA MEDİTASYONU YÖNERGESİ (10 dk)

Beden tarama egzersizinde bilinçli ve kasıtlı olarak bedeninizin her bir bölümüne odaklanacaksınız. Fiziksel ve zihinsel olarak derin bir gevşeme yaşayacaksınız. Güvenli, sessiz ve ılık bir odada olduğunuzdan emin olun. Kimsenin sizi rahatsız etmesine izin vermeyin. Telefonunuzu kapatın. Rahat giysiler giyin ve rahat bir zemine uzanın. Bu egzersizi rahat bir zemine yaslanıp oturarak da yapabilirsiniz. Bu odada böyle uzanmanın size nasıl hissettirdiğini farketin.

- “GONG sesi”
- Gözlerinizi yavaşça kapatın.
- Dikkatinizi nefesinize verin. Nefesinizi kontrol etmeye ya da uyarmaya çalışmayın. Sadece basitçe nefes alıp verin ve nefesinizi hissedin.
- Eğer egzersiz sırasında aklınıza başka şeyler gelir ve dikkatiniz dağılırsa, hemen nefesinizi düşünün. Nefesiniz sizin için güvenli bir sığınak olacaktır.
- Şimdi dikkatinizi ayak parmaklarınıza verin. Bütün parmaklarınızı hissedin. Önce dikkatinizi başparmağınıza, sonra serçe parmağınıza, sonrada bütün parmaklarınıza verin. Parmaklarınızı hareket ettirmeden, birbirlerine nasıl bağlı olduklarına odaklanın. Parmaklarınızın size nasıl hissettirdiğini gözleyin. Kalınlar mı, inceler mi, soğuklar mı, sıcaklar mı? Onları nasıl algıladığınızı düşünün.
- Şimdi dikkatinizi ayaklarınıza verin. Ayaklarınız zemin ile temasını hissedin. Ayaklarınızın bacağıyla birleştiği yeri hissedin. Ayak bileklerinizi gözlemleyin. Ayaklarınızdaki ve dizinizdeki kemikleri, kasları, damarları gözleyin. Bacaklarınızı hissedin. Nefes alın. Her bir nefes alışınızda taze enerjinin ayaklarınıza ve bacaklarınıza nasıl güç verdiğini düşünün. Dizlerinizin zemin ile temasını hissedin.
- Dikkatinizi kalçanıza doğru yönlendirin. Kalçanızın uzandığınız zemine yaptığı basıncı düşünün. Kalçanızdaki kemikleri ve kas dokusunu hissedin.
- Dikkatinizi belinize verin. Belinizdeki kasları, sinirleri, kemikleri hissedin.
- Sırtınızı hissedin. Uzandığınız zemin ile temasını gözleyin.
- Şimdi dikkatinizi karnınıza yönlendirin. Nefes alışınızla şiştiğini ve yukarı doğru kalktığını, nefes verişinizle ise indiğini farketin. Karın bölgenizdeki her bir organı hissedin. Midenizi, bağırsaklarınızı, karaciğerinizi, dalağınızı hissedin. Karnınızın içine nasıl yerleştiklerini gözleyin.
- Eğer yapabiliyorsanız kalbinizi hissedin. Kalbin kasılıp gevşemesi ile temiz kan pompaladığını ve her bir organın temiz kan ile dolduğunu gözleyin. Kalbiniz atışlarını duyun. Kalbinizin içindeki her bir duyguya odaklanın. Ne hissettiğinizi gözleyin. Mutluluk, üzüntü, korku... O an her ne hissediyorsanız, onu düşünün. Göğüs bölgenizin ne kadar hayati ve önemli olduğunu düşünün. Akciğerlerinizin kalbinizle nasıl uyum içinde çalıştığını gözleyin.
- Şimdi dikkatinizi omzunuza verin. Omuzlarınızın her bir nefes alış verişinizle biraz daha gevşediğini düşünün. Kolunuzla olan bağlantısını hissedin. Eklemlerinizi hissedin. Ellerinizi hissedin. Ellerinizin içinde bulunduğunuz odayla temasını hissedin. Dikkatinizi parmaklarınıza yönlendirin. Parmaklarınızın birbiriyle olan bağlantısını hissedin.
- Boynunuzu düşünün. Boynunuzdaki damarları, kemikleri ve kasları gözleyin. Boynunuzun ön, arka ve yan kısımlarını hissedin.

- Dikkatinizi yüzüne doğru yönlendirin. Yüzünüzdeki kasları, kemikleri ve cildinizi düşünün. Dudaklarınızı, dişlerinizi ve dilinizi hissedin. Sonra burnunuzu hissedin. Burun deliklerinden havanın nasıl girdiğini ve ne hissettiğinizi farkedin. Yanaklarınızı ve elmacık kemiklerinizi hissedin. Gözlerinizi düşünün. Gözlerinizin arasındaki mesafeyi hissedin. Kirpiklerinizi hissedin. Dikkatinizi başınızın yanındaki kulaklarınıza verin. Sesin kulaklarınızdan nasıl geçtiğini düşünün. Son olarak başınızdaki saç tellerini hissedin. Saç derisi ile bağlantısını düşünün.
- Bütün bedeninizi hissedin ve bedeninizin her bir bölümünün birbiri ile nasıl ahenk içinde çalıştığını gözleyin.
- Sol yanınıza dönüp bir süre dinlenin.
- “GONG sesi”
- Yavaşça gözlerinizi açın.

## EK 12. UZANMA MEDİTASYONU YÖNERGESİ (5dk)

- “GONG sesi”
- Gözlerinizi yavaşça kapatın.
- Düz bir zemine rahatça uzanın.
- Bulduğunuz ortamın sessiz ve ılık olduğundan emin olun.
- Uzandığınız zemini hissedin.
- Bedeninizin yatak ile temas ettiği her bir bölgeyi hissedin.
- Derin bir nefes alın.
- Nefesinizi verin.
- Nefesinizi dinleyin.
- Nefesini kontrol etmeye çalışmayın. Kendinizi sıkmayın.
- Yalnızca nefes alış verişlerinizi hissedin.
- Kendinizi nefes alırken hayal edin.
- Kendinizi tamamen nefesin akışına bırakın.
- Nefesinizi dinleyin.
- Burun ya da ağızdan nefes almanız hiç önemli değil. Sadece nefesinize odaklanın.
- Temiz havanın vücudunuza girdiğini hissedin.
- Sonra akciğerlerinize geldiğini düşünün.
- Kirli havanın dışarı çıktığını hissedin.
- Aklınıza gelen bütün düşünceleri bir kenara bırakın.
- Sadece nefes alış verişinize odaklanın.
- Nefes alın.
- Nefesinizi verin.
- Nefes alın, nefes verin.
- Zihninizi meşgul eden bütün düşünceleri gözlemleyin.
- Kendinizi yargılamayın, suçlamayın.
- Nefes alış verişinize odaklanın.
- Nefes alıp vermeye devam edin.
- Uzandığınız yatağı hissedin.
- Topuklarınızın, başınızın, sırtınızın yatağa temas ettiğini hissedin.
- Yavaş yavaş meditasyondan çıkıyoruz.
- Nefes alıp vermeye devam edin.
- Nefes alın, verin.
- Kollarınızı hissedin. Kollarınızı yavaş yavaş oynatın.
- Ayaklarınızı hissedin. Topuklarınızın yatağa temas ettiğini farkedin.
- Ayaklarınızı hafif hafif hareket ettirin.
- Omuzlarınızı gevşetin.
- Başınızı sağa sola hareket ettirin. Boynunuzu gevşetin.
- Dudaklarınızı hissedin ve gevşetin.
- Alnınızı hafif hafif kasın ve alnınızı gevşetin.
- Nefes alıp vermeye devam edin.
- Nefesinizi hissedin.
- Zihninizin boşaldığını, beninizin gevşediğini hissedin.
- Derin bir nefes alın ve göğsünüzü gevşetin.
- Nefes almaya devam edin ve verirken iç organlarınızı gevşetin.
- Nefes alın ve verirken bütün bedeninizin gevşediğini hayal edin.

- Vücudunuzu içsel olarak gözleyin ve gergin olan her bölgeyi nefesinizi verirken içsel olarak gevşetin.
- Kendinizi nefesin akışına bırakın ve her nefes alış verişinizde biraz daha gevşediğinizi hissedin.
- Sol yanınıza dönün.
- Ayaklarınızı karnınıza doğru hafifçe çekin ve dinlenin.
- “GONG sesi”
- Gözünüzü açabilirsiniz.

University of Minnesota Center for Spirituality and Healing’de Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı Eğitimcileri olan Jane Haley ve Alex Haley’den, ayrıca merkez başkanı Prof. Dr. Mary Jo Kreitzer’den danışmanlık alarak hazırlanmıştır.

## EK 13. PRETERM ERKEN MEMBRAN RÜPTÜRÜ EĞİTİM PLANI

**Konu Başlığı:** Preterm erken membran rüptürü ile Baş Etmede Dikkat Edilmesi Gerekenler

**Yer:** Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Müdahale Odası

**Süre:** 30 dakika

**Öğretim Yöntemleri:** Anlatım, soru-cevap, tartışma

**Kullanılan eğitim materyalleri ve teknikleri:** Preterm erken membran rüptürü broşürü

**Danışman Öğretim Üyesi:** Prof. Dr. Kamile KUKULU

**İçerik:** Preterm erken membran rüptürü nedir, komplikasyonları nelerdir, preterm eylemin belirtileri nelerdir, preterm eylem konusunda dikkat edilmesi gerekenler, zarların enfeksiyonunu engellemek için dikkat edilmesi gerekenler

**Amaç:** Anne adayının Preterm erken membran rüptüründe dikkat etmesi gerekenleri öğrenebilmesi ve uygulayabilmesi

### **Hedefler:**

#### **Bilişsel Alan Hedefleri**

Bu eğitimin sonunda anne adayı;

- Yatak istirahatının kendisi ve bebeği için önemini ifade edebilmeli
- Preterm erken membran rüptürünün tanımını yapabilmeli.
- Preterm erken membran rüptüründe dikkat etmesi gerekenleri söyleyebilmeli

#### **Psikomotor Alan Hedefleri**

Bu eğitimin sonunda anne adayı;

- Yatak istirahatına uymalı
- Sol lateral pozisyonda yatmalı
- Günlük en az 10 bardak sıvı tüketmeli
- İdrarı gelir gelmez tuvaletini yapmalı
- Günlük Nitrazinli ped takibi yapmalı
- Bebeğin hareketlerini izleyebilmeli
- Erken doğum belirtilerini kendinde fark edebilmeli
- Koriyoamniyotitis belirti ve bulgularını fark edebilmeli

#### **Duyuşsal Alan Hedefleri**

- Preterm erken membran rüptürüne yönelik dikkat etmesi gerekenleri öğrenmeye hazır olmalı
- Preterm erken membran rüptürüne yönelik diğer annelerin yaptığı doğru ya da hatalı davranışları fark edebilmeli

## EK 14. EMZİRME EĞİTİMİ PLANI

**Konu Başlığı:** Etkin Emzirme Teknikleri Eğitimi

**Yer:** Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Müdahale Odası

**Süre:** 30 dakika

**Öğretim Yöntemleri:** Anlatım, soru-cevap, tartışma, demonstrasyon

**Kullanılan eğitim materyalleri ve teknikleri:** Emzirme eğitimi broşürü, bebek maketi

**Danışman Öğretim Üyesi:** Prof. Dr. Kamile KUKULU

**İçerik:** Anne sütü ile beslemenin toplumsal, anne ve bebek için yararları, memenin yapısı, doğru emzirme tekniği, bebeği doğru tutuş şekilleri, emzirme süresi ve sıklığı, bebeğin gazının çıkarılması, meme bakımı, sütün saklanması ve kullanımında dikkat edilecekler, sütün sağılması, sık görülen emzirme problemleri, bebeği süttten kesme, loğusalıkta beslenme.

**Amaç:** Anne adayının doğru emzirme tekniklerini öğrenebilmesi ve uygulayabilmesi.

### **Hedefler:**

#### **Bilişsel Alan Hedefleri**

Bu eğitimin sonunda anne adayı;

- Emzirmenin kendisi ve bebeği için yararlarını sayabilmeli
- Memenin yapısını anlatabilmeli
- Doğru emzirme tekniğini ifade edebilmeli
- Emzirirken bebeği doğru tutuş şekillerini sayabilmeli
- Etkin bir emzirmenin süresini ve sıklığını ifade edebilmeli
- Sütün yettiğini nasıl anlayacağını söyleyebilmeli
- Her emzirmeden sonra bebeğin gazının çıkarılması gerektiğini söyleyebilmeli
- Meme bakımını nasıl yapacağını söyleyebilmeli
- Sütün sağılmasında ve saklanmasında nelere dikkat edileceğini sayabilmeli
- Sık görülen emzirme problemleri ile nasıl baş edileceğini söyleyebilmeli

#### **Psikomotor Alan Hedefleri**

Bu eğitimin sonunda anne adayı;

- Memeyi doğru şekilde kavrayabilmeli
- Bebek maketini kullanarak emzirme pozisyonlarını gösterebilmeli
- Bebeğin gazını doğru bir şekilde çıkaracak düzeye gelebilmeli

#### **Duyuşsal Alan Hedefleri**

- Diğer annelerin yaptığı doğru ya da hatalı emzirme davranışlarını fark edebilmeli
- Bebeğini etkin bir şekilde emzirme konusunda öğrenmeye açık olmalı
- Bebeğini doğduktan sonra ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslemeye istekli olmalı
- Bebeğini emzirme zamanına karar verebilmeli
- Çevresindeki annelerle/anne adayları ile emzirme konusunda olumlu iletişimde bulunabilmeli



## EK 15. BEBEĞİN GÜNLÜK BAKIMI EĞİTİM PLANI

**Konu Başlığı:** Bebeğin Günlük Bakımı Eğitimi

**Yer:** Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Müdahale Odası

**Süre:** 30 dakika

**Öğretim Yöntemleri:** Anlatım, soru-cevap, tartışma, demonstrasyon

**Kullanılan eğitim materyalleri:** Bebeğin günlük bakımı eğitimi broşürü, bebek maketi

**Danışman Öğretim Üyesi:** Prof. Dr. Kamile KUKULU

**İçerik:** Bebeğin dış görünüşü ve vücut sıcaklığı, bebeğin giysi seçimi, bebeğin boşaltımı ve bez seçimi, bebeğin genital bölge temizliği, bebeğin göbek bakımı, bebeğin tırnak bakımı, bebeğin banyosu, bebeklik döneminde sık görülen bazı sorunlar ve baş etme önerileri.

**Amaç:** Anne adayının bebeğin günlük bakımı öğrenmesi

### **Hedefler:**

#### **Bilişsel Alan Hedefleri**

Bu eğitimin sonunda anne adayı;

- Sağlıklı bir yenidoğanın dış görüşünün nasıl olduğunu ifade edebilmeli
- Bebeğinin giysilerinin seçiminde nelere dikkat etmesi gerektiğini sayabilmeli
- Bebeğin altını nasıl değiştireceğini söyleyebilmeli
- Bebeğin genital bölgesini temizlerken nelere dikkat etmesi gerektiğini sayabilmeli
- Bebeğin göbek bakımında nelere dikkat edilmesi gerektiğini söyleyebilmeli
- Bebeğin tırnak bakımının nasıl yapılması gerektiğini söyleyebilmeli
- Bebeğin banyosunu nasıl yaptıracağını anlatabilmeli
- Bebeklik döneminde sık görülen sorunları sıralayabilmeli

#### **Psikomotor Alan Hedefleri**

Bu eğitimin sonunda anne adayı;

- Bebeğin giysilerini nasıl değiştireceğini bebek maketi üzerinde gösterebilmeli
- Bebek maketini kullanarak bebeğin altının nasıl değiştirileceğini gösterebilmeli
- Bebeğin genital bakımını bebek maketi üzerinde gösterebilmeli
- Bebeğin banyosunu nasıl yaptıracağını bebek maketi üzerinde gösterebilmeli

#### **Duyuşsal Alan Hedefleri**

Bu eğitimin sonunda anne adayı;

- Bebeğin günlük bakımına yönelik diğer annelerin yaptığı doğru ya da hatalı davranışları fark edebilmeli
- Bebeğinin günlük bakımında dikkat etmesi gerekenleri öğrenmeye açık olmalı

## Anne sütünün sizin için yararları

Ekonomiktir; hazırlanma, ısıtılma, taşınma gibi işlemler gerektirmez.

Doğumdan sonra rahmin eski haline dönmesine yardım eder, kanamayı azaltır.

Meme, rahim ve yumurtalık kanserine karşı korur.

Doğumdan sonra daha kolay kilo vermenizi sağlar.

Bebeğinizle ilişkinizi güçlendirir.



İleride gelişebilecek bir kanserden kendinizi korumanızın en kolay ve etkin yolu **bebeğinizi emzirmedir.**

## Anne sütünün bebek için yararları

Anne sütü vitamin, yağ ve protein içerir.

Bebeğin ruhsal, bedensel ve zihinsel gelişimine katkıda bulunur.

Bebeğin çene kaslarının ve dişlerinin düzgün gelişimini sağlar.

Ağrılı uygulamalar sırasında bebeğin ağrısını azaltır.

Bebeğin bağışıklık sisteminin gelişimine katkı sağlar.

Bebeği pek çok hastalıktan korur.

Mikropsuzdur, kolay sindirilir ve alerjilere neden olmaz.



Sizin için bebeğiniz ne kadar eşsizse, bebeğiniz için de annesinin sütü o kadar eşsizdir.

EK-16



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
ANTALYA SAĞLIK YÜKSEKOKULU



## ANNE SÜTÜ VE EMZİRME

Hazırlayan: Uzman Hemşire Öznur KÖRÜKCÜ

**Değerli anne adayı,**

Bu broşürde emzirmenin bebeğiniz ve sizin için yararları, doğru emzirme teknikleri ve bebeğin gazını çıkarırken dikkat edilmesi gerekenler anlatılmıştır.

## FARKINDALIK TEMELLİ EMZİRME

- ✦ Emzirme farkındalık egzersizlerini uygulamak için mükemmel bir zamandır. Çünkü bebeğiniz ile vakit geçirme fırsatı bulduğunuz en özel andır.
- ✦ Bebeğinizi emzirmeden önce ona dokunun. Dudaklarının kenarına dokunduğunuzda arama refleksi olduğu için ağızını kendiliğinden açacaktır. Dokunuşlarınızla bebeğinizi uyarın.
- ✦ Yüzündeki ifadeye bakın ve bebeğiniz ile göz teması kurun.
- ✦ Bebeğinizin ne kadar masum ve size muhtaç olduğunu fark edin. Ona hayat veren sizsiniz. Onun en güvenli olduğu yer de sizin kollarınız.
- ✦ Bebeğinizi emzirmeye başlamadan önce sıkıca kucaklayın ve bebeğinizin kokusunu içinize çekin.
- ✦ Bebeğinizi memeye uygun bir şekilde yerleştirdikten sonra gözlerinizi kapatın ve derin bir nefes alın.
- ✦ Meme ucunuzla birlikte, areola dediğimiz renkli kısmı da bebeğin alabildiği oranda ağızına verin. Bu şekilde bir tutuş ile süt kanalları boşalır, süt yapımı artar ve meme başı hasar görmez.
- ✦ Bebeğinizin meme başını dudakları arasında tutuşunu hissedin.
- ✦ Bebeğinizin her emme hareketini ve sütün memeden boşalma anını hissedin.
- ✦ Bebeğinizin emme sırasında çıkardığı sesleri dinleyin.
- ✦ Onun yüzüne bakın ve emerken ne kadar huzurlu olduğunu gözleyin.
- ✦ Bebeğinizin her bir emme hareketinde biraz daha gevşediğini, an ve an daha rahatladığını hissedin.



**Beşik tutuş (klasik tutuş) ve çapraz beşik tutuşu:** Dik pozisyonda oturun. Bebeğin başını dirsek çukuruna alın. Tüm vücudu size dönük, sırtı ve poposu aynı düzlemde olacak şekilde kolunuzun üzerinde uzanmasını sağlayın. Kolunuzun yorulmaması için yastıkla destek yapabilirsiniz. Çapraz beşikte ise, bebeği emzireceğiniz memenin aksi tarafındaki kolunuz üzerine bebeği yatırın.



**Futbol tutuşu (koltuk altı pozisyonu):** Bu pozisyon genellikle sezaryen ile doğum yapan annelerde önerilmektedir. Bebeğinizin bacaklarını koltuk altınızdan dışarı doğru sarkıtın. Bebeğin başını omuzlarınızdan elinizle destekleyin.



**Yatarak emzirme:** Rahat bir şekilde başınızı ve sırtınızı yastıkla destekleyerek yan pozisyonda yatın. Bebeği yanınıza yatırın. Bebeği yastıkla veya kolunuzla destekleyerek memeyi kavramasını sağlayın. Bu pozisyonu gece emzirmelerde kullanmayın.



## Bebeğin gaz çıkarmasına yardımcı olmak için ne yapılmalıdır?

- Bebeğinizi emzirdikten sonra omzunuza temiz bir örtü serin.
- Bebeğin başını yan çevirerek omzunuza yatırın.
- Sırtını aşağıdan yukarıya doğru sıvazlayarak veya hafif vurarak gazını çıkarın (ağızdan geçirme).
- Bu işlem 10-15 dakika sürebilir. Ancak bebeğiniz bazen emme esnasında hava yutmaz ve gaz çıkarmayabilir; huzurlu görünüyorsa yatırabilirsiniz.
- Bebeğinizi kesinlikle sırtüstü yatırmamalısınız. Bebeğiniz kustuğu zaman sırtüstü yatırmak nefes almasını engelleyeceği için tehlikeli olabilir.



## DİKKAT

Yenidoğan bir bebek günde 8-12 kez emzirilmelidir. Doğumdan itibaren bebeğiniz her istediğinde emzirmelisiniz.

**Doğumunuzun vaktinden önce olmaması için aşağıdakilere dikkat ediniz.**

İdrarınız gelir gelmez yapın.

Sol yanınıza yatın. Sırt üstü yatarsanız sağ kalçanızın altına yastık, havlu gibi bir yükseltici koyun.

Doğuma kadar yatak istirahatini sürdürün.

Evdeki sorumluluklarınızı doğuma kadar eşinize ya da bir yakınınıza devredin.

Cinsel heyecanlardan ve meme başı uyarılmasından kaçınınız.

Bebeğinizi kucağınıza aldığınızı hayal edin. Olmamış şeyler için endişelenmeyin.



### Zararın enfeksiyonunu engellemek için dikkat edilmesi gerekenler

- ☒ Günde en az 10 bardak su için.
- ☒ Her besin türünden dengeli bir şekilde tüketin.
- ☒ Cinsel ilişkiden kaçınınız.
- ☒ İdrarınız geldiğinde tutmayın.
- ☒ Karnınıza dokununca ağrı, hassasiyet, idrarda yanma, idrar yaparken ağrı, idrar kaçıрма; kötü kokulu, koyu kahverengi, fazla miktarda vajinal akıntı; vücut sıcaklığında artış, çarpıntı ya da bebeğin hareketlerinde azalma olursa hemşirenize haber verin.
- ☒ Genital bölgenize dokunmadan önce ellerinizi yıkayın; önden arkaya doğru temizleyin; temiz ve kuru tutun.
- ☒ İç çamaşırınızı her gün değiştirin ve pamuklu iç çamaşırları kullanın.
- ☒ Nitrazinli (küçük kırmızı kağıt) ped takibi yapın ve pedinizi günde 3 kez değiştirin.
- ☒ Ayakta duş alın.
- ☒ Vajinal duş yapmayın.
- ☒ Banyo ve tuvalet ihtiyaçlarınızın dışında yataktan kalkmayın.
- ☒ Dört saatte bir vücut sıcaklığı ve nabzınızın değerlendirilmesi, günlük kan ve idrar tahlili yapılması ve her gün aynı saatlerde antibiyotik tedavisi almanız gerektiğini unutmayın



### **PRETERM ERKEN MEMBRAN RÜPTÜRÜ: NEDİR? DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER NELERDİR?**

**Hazırlayan: Uzman Hemşire Öznur KÖRÜKCÜ**

**Değerli anne adayı,**

Bu broşürde erken doğum ve enfeksiyon riskine karşın dikkat etmeniz gerekenler anlatılmıştır.



Hastaneye ilk yattığınız gün yalnız, çaresiz ve korkmuş hissedebilirsiniz. Bu süreçte yalnız olmadığınızı bilmenizi istiyoruz.

Anne karnında bebeği travmalardan koruyan, hareket etmesini, solunum sisteminin gelişmesini ve sabit ısıda tutulmasını sağlayan **amniyon sıvısı**dır. Bu sıvıya halk arasında bebeğin suyu denir.

Amniyon sıvısını çevreleyen zarlara **amniyotik membranlar** denir. Amniyotik membranlar bebeği vajina ve rahim ağzından (serviks) yukarıya geçebilecek mikroorganizmalardan korurlar.

**ENFEKSİYON**

- *Karşılaşabileceğiniz istenmeyen durumlardan en önemlisi bebeği saran zarlarda, doğum kanalında ve bebeğin eşinde enfeksiyon olması ve enfeksiyonun anneden bebeğe taşınmasıdır.*

**ERKEN DOĞUM**

- *Diğer önemli bir sorun ise zamanından önce doğum yapmanızdır.*



### Preterm erken membran rüptürü nedir?

Amniyon kesesinin gebeliğin 37. Haftasından önce yırtılması ve bebeğin suyunun erken gelmesidir.



### DİKKAT

**Doğumun başlama belirtileri aşağıda verilmiştir. Eğer kendinizde bu belirtilerden birini hissederseniz hemen hemşirenize haber veriniz.**

### Doğumun başlama belirtileri

- Suyun boşalması
- Rahimde düzenli olarak başlayan ve biten kramplar
- Bir saatte dörtten fazla gelen, belden kasıklara doğru ilerleyen ve sıklığı giderek artan kasılmalar
- Sırtın alt kısmında ağrı (sabit ya da gelip giden)
- Bebeğin başının genital bölgeye basması ve aşağı doğru itme hissi
- Karın krampı, karın ağrısı ve bağırsak düzensizlikleri
- Karında gerginlik
- Vajinal akıntıda artma/değişim
- Nişane adı verilen hafif bir kanama
- Yorgunluk
- Grip benzeri belirtiler
- Yürüme güçlüğü
- Uyuma güçlüğü
- Kendini iyi hissetmeme



EK 18

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
ANTALYA SAĞLIK YÜKSEKOKULU



## BEBEĞİN GÜNLÜK BAKIMI

Hazırlayan: Uzman Hemşire Öznur KÖRÜKCÜ

**Değerli anne adayı,**  
Bu broşürde, bebeğin giysi seçimi, genital bölge bakımı, göbek bakımı ve bebeğin banyosu konusunda dikkat etmeniz gerekenler anlatılmıştır.

### Bebeğin göbek bakımında nelere dikkat edilmelidir?

Bebeğin göbeği doğumdan yaklaşık 1-2 hafta sonra düşer. Göbek düşene kadar temiz ve kuru tutulması gerekmektedir.

Bebeğinizin göbeğinde kötü kokulu akıntı, kızarıklık, kanama olduğunu fark ederseniz mutlaka sağlık kuruluşuna başvurun



### Bebeğin tırnakları ne zaman kesilmelidir?

Yanlışlıkla bebeğin cildinin kesilmemesi için tırnakların yeterince uzaması beklenmelidir.

Tırnaklarını uyurken kesebilirsiniz.

Bebekler için özel üretilmiş tırnak makaslarını tercih edin.

Tırnaklarının bebeğe zarar vermemesi için pamuklu kumaştan yapılmış eldiven giydirebilirsiniz.

### Bebeğin giysi seçiminde nelere dikkat edilmelidir?

Başından kolayca ısı kaybettiği için şapka ya da bone takın

İnce bir battaniye ile sarın

Pamuklu kumaştan yapılan kıyafetler giydirin



### Bebeğin görünümü ve özellikleri nasıldır?

Doğduğunda cildinde beyaz, yağlı bir madde olabilir. Bu kir değildir, yıkanmamalıdır.

Sırtında, omuzlarında ve alında ince tüğler olabilir. Doğumdan sonra ikinci haftada genellikle dökülür.

Kafatası kemiklerinin birleşme yerinde bingıldak adı verilen açıklıklar oluşur ve zamanla kaybolur.

## Bebeğin bez seçiminde nelere dikkat edilmelidir?

Bez seçiminde bebeğin kilosunu esas alınır. Bezler bebeğe biraz büyük gelebilir, bu da henüz düşmemiş olan göbeği kapatır, göbeğin hava almasını önler, göbeğin çiş ve kaka bulaşmasına yol açarak enfeksiyona neden olabilir. **Bu nedenle bebeğiniz için yenidoğana özgü bebek bezi kullanılmalıdır.**



Bez emiciliği fazla olan malzemeden yapılmış olmalıdır.

## PİŞİK NEDENLERİ

- Bezlerin yeterli sıklıkta değiştirilmemesi
- Bebeğin altının iyi temizlenmemesi
- Bebeğin altının nemli olması
- Bebeğin altının havalandırılmaması
- Bezlerin iyi temizlenmemesi

## Bebeğin alt temizliğinde nelere dikkat edilmelidir?

Bebeğin altı her çişini ve kakasını yaptığında temizlenmelidir. Alt temizliğin önden arkaya doğru yapılmalıdır. Kız bebeklerde önce genital dudakların dikkatlice temizlenmesi, daha sonra poposuna doğru bölgenin yıkanması gerekmektedir.



Eğer silerek temizleyecekseniz, alkollü ıslak mendiller yerine, pamuk ve suyla temizlemelisiniz. Ilık suyla ıslatılmış pamuk ile bir bölgeyi temizledikten sonra, pamuğun başka bir tarafı ile diğer bölgeyi silmelisiniz. Aynı pamuğu farklı yerlerin temizliğinde kullanmamalısınız. Pişik geliştirse iyileştirici losyon kullanın.



**ASLA PUDRA  
KULLANMAMALISINIZ!**

## Bebeğin banyosunu yaptırırken nelere dikkat edilmelidir?



- Sabun kullanırsanız, pH'ı uygun, renklendirilmemiş ve parfümsüz olanları tercih edin. Bebeğin cildi kuruyorsa sabun az miktarda kullanılmalıdır.
- Önce bebeğinizin göz ve yüz temizliğini yapın.
- Önce vücudunu, sonra başını yıkayın.
- Bebeğin vücudunu duruladıktan sonra koltukaltları, kasıklar gibi vücudun kıvrımlı yerlerini de unutmayarak bebeğini kurulaştırın.
- Bebeği havluya sarın. Sonra bebeğin başını yüzüne, özellikle gözlerine su gelmeyecek şekilde yıkayıp, kurulaştırın.
- Kurulama işleminden sonra bebeğin cildi kuru ise bebeğe özgü yağ kullanabilirsiniz.



Bebeğinizi emziremediğinizde 3 saatte bir sütünüzü sağmalısınız.



### DİKKAT !!

Sağılan süt bebeğe biberon yerine, kaşık ya da çay bardağıyla verilmelidir. Biberonla beslenen bebek anne memelerini reddedebilir ve memeyi kavrama alışkanlığını kaybedebilir. Bu da meme ucu çatlaklarına ve bebeğin yeterince anne sütü alamamasına neden olmaktadır.

### Hangi durumlarda süt sağmak gerekir?



Tıkanık, şiş memeyi rahatlatmak



Çökük meme başından emmeyi öğreninceye kadar bebeği beslemek



Memeyi istemeyen bir bebeği, emmekten hoşlanmayı öğrenene kadar beslemek



Anne ya da bebek hasta ise sütün akmasını önlemek



Anne çalışıyor ise sütün devamlılığını sağlamak



### ANNE SÜTÜNÜ SAĞMA VE SAĞARKEN DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER

Hazırlayan: Uzman Hemşire Öznur KÖRÜKCÜ

#### Değerli anne adayı,

Bazen anneler doğum sonrası dönemde bazı nedenlerle bebeklerini emzirememekteler. Bu broşürde böyle bir durumla karşılaşırsanız sütünüzü sağarken dikkat etmeniz gerektiği anlatılmıştır.



### Sütün elle sağılması

- Başparmak üstte diğer parmaklar altta olacak şekilde el areola çizgisinin (kahverengi kısım) üzerine koyulmalıdır.
- Parmaklar memenin merkezine doğru yumuşak hareketlerle sıkıştırılarak bastırılmalıdır.
- Bu hareket ritmik olarak tekrarlanmalıdır.
- Hareket areolanın çevresine yapılmalı ve memedeki tüm alanlar boşalınca kadar sürmelidir.



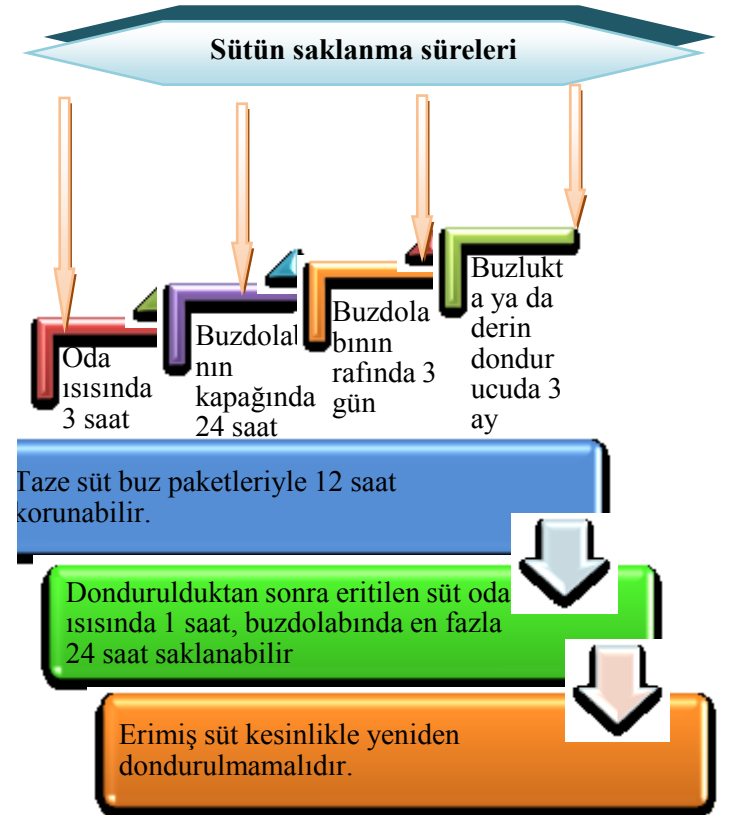
### Sütün el pompası ile sağılması

- Memeye yerleştirilecek kısım düz ve meme ucu tam ortaya gelecek şekilde yerleştirilmelidir.
- Piston ritmik ve yumuşak hareketlerle çekilmeli ve bırakılmalıdır.



### Sütün elektrikli pompa ile sağılması

- Memeye yerleştirilecek kısım areola üzerine ve meme ucu tam ortaya gelecek şekilde yerleştirilmelidir.
- Makinenin sağış gücü en düşükten başlayıp dereceli olarak yükseltilmelidir.
- Elektrikli pompa ile iki meme aynı anda 15 dakika sürede sağılmalıdır. Tekli pompa ya da elle sağmada her iki meme de 15'er dakika olmak üzere toplam 30 dakika sağılmalıdır.



Sağılan süt sert plastik şişelerde ağzı kapalı olarak saklanmalıdır.

Sağılan sütün üzerine mutlaka saat ve tarih yazılmalıdır.

Bebeğin tek seferde beslenme gereksinimini karşılayacak küçük miktarlarda saklanmalıdır.

Sütü bebeğe vermeden önce ısıtmayın, kaynatmayın. Isıtmak için mikrodalga fırın kullanmayın. Bu işlemler sütün içerisindeki mikrop öldürücü (immünolojik) faktörlerin ve proteinin kaybolmasına neden olur. Donmuş sütün eritilmesinde en güvenilir yol, bir gece öncesinde donmuş sütün buzdolabının alt rafına konarak soğuk ortamda erimesidir. Ilıtmak için ya oda ısısında ya da ılık su dolu bir kap içine koyarak bekletin.



**Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programı (FATAP)**  
“Bilinçli bir anneliğe geçiş için...”



**EK 20.**  
**FARKINDALIK**  
**TEMELLİ**  
**ANNELİĞE GEÇİŞ**  
**PROGRAMI**  
**(FATAP)**

**Hazırlayan: Öznur KÖRÜKCÜ**

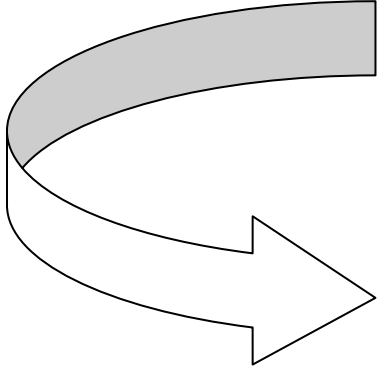


**Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programı (FATAP)**  
“Bilinçli bir anneliğe geçiş için...”



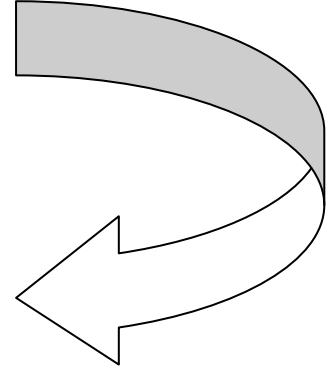


**Farkındalık Temelli Anneliğe Geçiş Programı (FATAP)**  
“Bilinçli bir anneliğe geçiş için...”



**İLETİŞİM BİLGİLERİ**

**Öznur KÖRÜKCÜ**  
Araştırma Görevlisi  
Akdeniz Üniversitesi  
Antalya Sağlık Yüksekokulu  
ANTALYA  
Cep Telefonu: 05053856776  
İş Telefonu: 02423106131



Bütün sorularınız için çekinmeden  
benimle iletişime geçebilirsiniz



Preterm erken membran rüptürü olan gebelerin anneliğe geçiş sürecinde yaşadıkları güçlüklerle baş etmelerini kolaylaştırmaya, gebeleri güçlendirmeye, bilinçli ve farkında bir anne olmalarına yardımcı olmaya yönelik hazırlanan farkındalık temelli anneliğe geçiş programı Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmektedir (Proje No: 2013.03.0122.001).



UNIVERSITY OF MINNESOTA

Center for Spirituality & Healing  
Certificate of Attendance

**Mindfulness Based Stress Reduction Program**

"Mindfulness is the practice of paying attention from moment to moment in a non-judgmental way. This simple, but powerful practice opens the door to self-healing and insight. It can also provide options for coping with the stress of everyday life and the stress of illness.

Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) is an eight-week program that introduces you to a mindfulness practice in the form of sitting meditation, body awareness and mindful movement. This course is modeled after the program developed at the University of Massachusetts by Jon Kabat-Zinn, PhD. There are now more than 250 MBSR programs nationwide.

Medical research has shown that MBSR is effective for the physical and emotional symptoms of general stress, as well as stress due to illness, such as cancer, depression, anxiety disorders, fibromyalgia, psoriasis, chronic pain, etc. Clinical benefit has also been seen in a wide range of other cardiovascular, gastrointestinal, and psychological conditions." Extensive research has shown the effectiveness of mindfulness meditation practice in the prevention of negative stress responses in the treatment of many diseases.

**Program Objectives:**

- Increased self-awareness, mental concentration and improved self esteem
- Increased understanding of mind-body therapies (e.g. meditation, yoga, MBSR.)
- Lasting decreases in existing physical and psychological symptoms and an increased ability to relax
- Reductions in pain levels and an enhanced ability to cope with pain that may not go away

At the conclusion of this activity, participants should be able to:

- The awareness of the physiological and psychological basis for stress reactivity
- Understand how mindfulness practice can reduce the negative effects of stress and increase energy and enthusiasm for life
- An ability to cope more effectively with both short and long-term stressful situations in a variety of settings.
- Compare and contrast passive, passive/aggressive, aggressive and mindful communication styles.
- Apply self-awareness during difficult communication situations.
- Learn skills that may be shared with patients and student populations.

**Dates:** Fall 2012 – University of Minnesota (September 24<sup>th</sup> to November 12<sup>th</sup>, 2012)

**Hours:** 26 Contact Hours

**Place:** Center for Spirituality & Healing

This is to certify that **Oznur Korukcu** has attended the activity as indicated above.

**Instructor:** Jean Haley

A handwritten signature in cursive script that reads "Beth J. Somerville".

**Registrar:** Beth Somerville

## Taking Charge of Your Health

Center for Spirituality and Healing  
Certificate of Attendance

**The Wellbeing Series (The Science of Positivity)**

**Program Objectives:**

In this talk, internationally-acclaimed researcher Dr. Barbara Fredrickson will share evidence for the many effects of positive emotions, both in the moment and over time. Our science to date tells us that genuine positive emotions may in fact be the single most important active ingredient in this recipe for flourishing. These effects trigger upward spirals toward a healthier, more vibrant, and flourishing life.

Dr. Fredrickson is the Kenan Distinguished Professor of Psychology at the University of North Carolina at Chapel Hill and the director of the university's Positive Emotions and Psychophysiology Lab. A leading scholar within social psychology, affective science, and positive psychology, she and has received more than 10 consecutive years of research funding from the National Institute of Mental Health, and her research and teaching have been recognized with numerous honors. Her scientific contributions have influenced scholars and practitioners worldwide, in disciplines ranging from education to business and beyond.

The Center, along with Dr. Fredrickson, is together collaborating on The Wellbeing Series (The Science of Positivity) to open up new conversations and possibilities.

**Time:** Friday, September 28, 2012  
3:00 pm to 4:30 pm  
Total Contact Hours = 1.5

**Place:** Coffman Union Great Hall

This is to certify that Oznur Korukcu has attended the activity as indicated above.

CSH Registrar:



Beth Somerville



UNIVERSITY OF MINNESOTA

Driven to Discover™



EK 23. “İletişim için bağlantı: empati, utanma ve incinirlik sağlık ve iyiliği nasıl etkiler?” Semineri  
Katılım Belgesi

## Taking Charge of Your Health

Center for Spirituality and Healing  
Certificate of Attendance

### The Wellbeing Series (Wired for Connection)

#### Program Objectives:

**Wired for Connection: How Empathy, Shame, and Vulnerability Influence Health & WellBeing**  
There is a constant barrage of social-cultural expectations that tell us that being imperfect is synonymous with being inadequate. After spending 10 years studying authenticity, shame, and belonging, Dr. Brene Brown believes that nothing could be further from the truth – our imperfections are what connect us to each other and to our humanity. Our vulnerabilities are not weaknesses; they are powerful reminders to keep our hearts and minds open to the reality that we're all deeply connected and more the same than different.

In this workshop Dr. Brown discusses how we embrace our vulnerabilities and imperfections so that we can engage in our lives from a place of worthiness. Specifically, we will explore:

1. The critical role vulnerability plays in our personal and professional success;
2. The five most common strategies we use to avoid and minimize vulnerability and how they move us away from health and wellbeing; and,
3. Five actionable strategies for leaning into our discomfort and embracing vulnerability as a source of strength and courage.

Dr. Brené Brown is a professor and vulnerability researcher at the University of Houston Graduate College of Social Work. Because vulnerability is at the center of many thoughts, feelings, and behaviors, her research topics cover a broad range of emotions and experiences, including shame, courage, and authenticity. Brené has won numerous teaching awards, including the College's Outstanding Faculty Award. In 2008, she was named Behavioral Health Scholar-in-Residence at the Council on Alcohol and Drugs Houston. Brené's work has been featured on PBS, NPR, and the Oprah and Friends Radio Network, and her articles have appeared in Self magazine, Elle magazine, and many national newspapers. She is also a frequent guest on radio shows across the US and she has given two TEDx talks on her vulnerability research. Most recently, Houston Women Magazine named her one of "The 50 Most Influential Women of 2009."

The Center, along with Dr. Brown, is together collaborating on The Wellbeing Series (Wired for Connection) to open up new conversations and possibilities.

**Time:** Wednesday, November 14, 2012  
3:00 pm to 4:30 pm  
Total Contact Hours = 1.5  
**Place:** Coffman Union Great Hall

This is to certify that Oznur Korukcu has attended the activity as indicated above.

CSH Registrar:



Beth Somerville



UNIVERSITY OF MINNESOTA

Driven to Discover™



Center for Spirituality and Healing  
Certificate of Attendance

**"The Buddha's Brain: What Modern Science is Revealing About the Ancient Practice of Meditation" & Weekend Retreat, "The Science of Meditation"**

**The Buddha's Brain**

Dr. Richard Davidson and Matthieu Ricard will discuss their ground breaking work, which illuminates how reconditioning the mind through meditation brings lasting changes in the structure and functioning of the brain.

**The Science of Meditation**

Learn about meditation and its effects on the mind and body from two of the world's leading experts on the subject. Dr. Davidson shares what science has learned about the brain's ability to change and adapt. Buddhist monk Matthieu Ricard shares his experience as a subject in scientific studies of meditation, and teaches simple meditation techniques.

**Objectives**

- Understand the research background for inquiry into the neuroscientific impact of long term meditation
- Know the basic elements and approach of neuroscience as a scientific discipline
- Be introduced to traditional Tibetan Buddhist meditation techniques in the context of neuroscientific research
- Practice basic meditation techniques
- Understand the concept of neuroplasticity and its relationship to meditation activities
- Review the relationship between the concepts of mind, brain and consciousness
- Understand neuroscientific perspectives on wisdom, compassion and the self

**The Buddha's Brain**

**Time:** Friday, October 12, 2012  
7:30 to 9:00 pm  
Total Contact Hours = 1.5

**Place:** Ted Mann Concert Hall, University of Minnesota

**The Science of Meditation Weekend Retreat**

**Time:** Saturday, October 13 & Sunday, October 14, 2012  
9:00 am to 5:00 pm  
Total Contact Hours = 16.0

**Place:** University of Minnesota Conference Center, St. Paul Campus

This is to certify that **Oznur Korukcu** has attended the activity as indicated above.

CSH Registrar:

A handwritten signature in cursive script that reads "Beth Somerville".

Beth Somerville





## EK 25. Meditasyon & Yoga Pratiği Katılım Belgesi



### Center for Spirituality and Healing Certificate of Attendance

#### Meditation & Yoga Retreat, "Moving Into Meditation"

##### Instructor

**Carolyn Hedin**, E-R.Y.T., founded Bluewater Yoga studio in 1996 in order to offer ongoing Yoga classes to the Red Wing community. Carolyn is certified by the American Viniyoga Institute, is registered with Yoga Alliance at the E-500 hour level, and is a Yoga Teacher certified and affiliated with the Krishnamacarya Healing & Yoga Foundation in Chennai, India, through which she continues her Yoga studies with Kausthub Desikachar.

##### Program Objectives

- Learn about the ancient practice of yoga and develop familiarity with the yoga sutras
- Practice mindfulness meditation and moving meditation
- Practice various forms of breath work
- Develop skills and practices to take with and transfer into everyday life

**Date & Time:** Saturday, November 17, 2012  
9:00 am to 4:00 pm  
Total contact hours = 7.0

**Place:** Bluewater Yoga Studio, Red Wing, MN

This is to certify that **Oznur Korukcu** has attended the activity as indicated above.

CSH Registrar:

Beth Somerville



UNIVERSITY OF MINNESOTA

Driven to Discover™