



Ebko'23

6. Uluslararası, 7. Ulusal

# EBELİK KONGRESİ

"Geleceğe dokunmak"

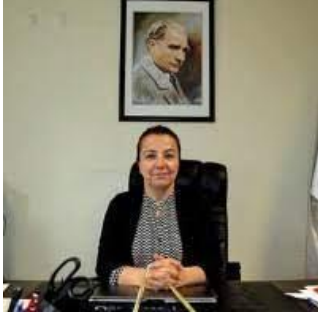


25-27 Eylül  
September  
2023

The Ankara Hotel  
**Ankara**

6. International, 7. National  
**Midwifery  
Congress**

[www.ebko2023.org](http://www.ebko2023.org)



Kıymetli meslektaşlarım ve sevgili öğrenciler,

Sizleri derneğimizin iki yılda bir düzenlediği, alanın en önemli bilimsel etkinliklerinden biri olan **6. Uluslararası 7. Ulusal Ebelik Kongresi** 'ne davet ediyoruz. Bu yıl, binlerce can kaybı yaşadığımız, meslektaşlarımızı kaybettiğimiz, başta deprem bölgesinde yaşayan vatandaşlarımız olmak üzere hepimizi derinden etkileyen deprem felaketinin yaralarını birlikte sarabilmek için bir araya geleceğiz.

Kongremizin temasını “*geleceğe dokunmak*” olarak belirledik. Bu tema altında, ebelik alanındaki son araştırmalar, teknolojik gelişmeler ve uygulamaların gelecekteki rolü tartışılacaktır. Bununla birlikte, ülkemizin yaşadığı büyük deprem felaketi nedeniyle kongremizde, acil ve olağanüstü durumlarda kadın sağlığı ve ebelik hizmetleri, acil müdahaleler, afet yönetimi ve deprem sonrası ebelik hizmetleri konularına özel bir vurgu yapmayı planladık. Bilimsel programımızda, bu konularda çalışan ve araştırma yapan pek çok uzman konuşmacı ve panelist yer alacak.

Kongremiz **25 - 27 Eylül 2023** tarihleri arasında **Ankara**'da düzenlenecektir. Ankara, Türkiye'nin başkenti ve en büyük şehirlerinden biri olmasının yanısıra ülkemizin en önemli bilim merkezlerinden biridir ve pek çok uluslararası konferans ve kongreye ev sahipliği yapmaktadır.

Kongremiz, ebelik alanındaki en son araştırmaları ve gelişmeleri paylaşmak, mesleğimizi daha iyi bir geleceğe taşımak, geleceğin ebelik hizmetlerine nasıl dokunabileceğimizi tartışmak ve deprem, acil durumlar ve afetler gibi zorlu durumlarda nasıl daha etkili bir şekilde müdahale edebileceğimizi öğrenmek için bir fırsat sunacaktır.

Sizleri aramızda görmekten mutluluk duyacağız.

Saygılarımla...

**Doç. Dr. Nazan KARAHAN**  
**Kongre ve Dernek Başkanı**

## **KURULLAR**

### **Kongre Başkanı**

Doç. Dr. Nazan KARAHAN

### **Bilimsel Sekreteryası**

Doç. Dr. Burcu YURTSAL

Doç. Dr. Arzu KUL UÇTU

Öğr. Gör. Sinem CEYLAN

### **Düzenleme Kurulu**

Doç. Dr. Burcu YURTSAL

Dr. Öğr. Üyesi Arzu KUL UÇTU

Öğr. Gör. Sinem CEYLAN

Arş. Gör. Sümeyra DAMSARSAN

Uzman Ebe Rukiye DURSUN ALTIN

Uzman Ebe Ebru ÇALIŞKAN

Uzman Ebe Elif GEÇER

Ebe Ebru ÇAKIR

Ebe Vildan ÜNLÜ

# BİLİMSEL PROGRAM

| TARİH       | 25 EYLÜL 2023, PAZARTESİ   | SALON 1                         |
|-------------|--|---------------------------------|
| 08:30-12:30 | <b>KURSLAR</b>   | <b>Kurs Koordinatörü</b>        |
|             | Epizyotomi Kursu   | Öğr. Gör. Sinem CEYLAN          |
|             | Omuz Distosisi Yönetimi Kursu  | Prof. Dr. Fatma Deniz SAYINER   |
|             | Metaanaliz Kursu   | Dr. Öğr. Üyesi Naci MURAT       |
| 13:00-13:45 | <b>AÇILIŞ</b>  |                                 |
| 13:45-14:45 | <b>GEBELİK ve DOĞUM HİZMETLERİ</b>   |                                 |
|             | <b>Oturum Başkanları: Prof. Dr. Hediye ARSLAN, Emel ÇALDIR, Gönül TOZLU</b>              |                                 |
| 13:45-14:00 | Türkiye'de Gebelik, Doğum Hizmetleri ve Ebelik   | Op. Dr. Tuğba ŞAHLAR            |
| 14:00-14:15 | Türkiye'de Maternal Mortalite Nedenleri  | Prof. Dr. Özlem MORALOĞLU TEKİN |
| 14:15-14:30 | Doğumda Alternatif Bir Yöntem: Hipnozla Doğum  | Doç. Dr. Çağanay SOYSAL         |
| 14:30-14:45 | Tartışma ve Soru&Cevap   |                                 |
| 14:45-15:00 | <b>ARA</b>   |                                 |
| 15:00-16:00 | <b>MIDWIFERY CARE MODEL</b>  |                                 |
|             | <b>Moderators: Prof. Sema YILMAZ, Prof. Serap EJDER APAY, Zeynep YILMAZ</b>              |                                 |
| 15:00-15:15 | Midwifery Led Care in UK   | Ebe Gergana NIKOLOVA, UK        |
| 15:15-15:30 | Good Practice in Postnatal Care: Recommendations for Midwives                            | Ebe Marlene REYS, BE            |
| 15:30-15:45 | Current and Future Professionalism and Leadership of Turkish Midwives                    | Assoc. Prof. Burcu YURTSAL, TR  |
| 15:45-16:00 | Discussion and Q&A   |                                 |
| 16:00-17:30 | <b>MIDWIFERY SERVICES</b>  |                                 |
|             | <b>Moderators: Assoc. Prof. Burcu YURTSAL, Prof. Joeri VERMEULEN</b>                     |                                 |
| 16:00-16:15 | Key Maternity Care Stakeholders' Views on Midwives' Professional Autonomy                | Prof. Joeri VERMEULEN, BE       |
| 16:15-16:30 | The Present and Future of Midwifery Education in Hungary                                 | Prof. Annamaria PAKAI, HU       |
| 16:30-16:45 | Prenatal Prevention of Postpartum Dyspareunia  | Dr. Woet GIANOTTEN, NL          |
| 16:45-17:00 | Psychosomatic Wellbeing in Pregnancy and Physical Activity                               | Dr. Eleftheria TAOUSANI, GR     |
| 17:00-17:15 | The Importance of BFI Standards Implementation for Midwifery Education: A UK Perspective | Uzm. Ebe Zeni KOUTSI, UK        |
| 17:15-17:30 | Discussion and Q&A   |                                 |

| TARİH              | 26 EYLÜL 2023, SALI   | SALON 1                                |
|--------------------|---|--|
| <b>09:00-10:00</b> | <b>DOĞUMDA EBELİK HİZMETLERİ</b>  |  |
|                    | <b>Oturum Başkanları: Doç. Dr. Bihter AKIN, Doç. Dr. Büşra CESUR, Doç. Dr. Selda İLDAN ÇALIM</b>                |  |
| 09:00-09:15        | Saygılı Annelik Bakımı  | Doç. Dr. İlknur M. GÖNENÇ              |
| 09:15-09:30        | Sağlıklı Bir Mikrobiyota İçin Ebelerin Sorumlulukları   | Dr. Öğr. Üyesi Aysu KARAAHMET          |
| 09:30-09:45        | Doğum Korkusunu EFT ile Yenmek  | Doç. Dr. Handan ÖZCAN                  |
| 09:45-10:00        | Tartışma ve Soru&Cevap  |  |
| <b>10:00-10:15</b> | <b>ARA</b>  |  |
| <b>10:15-11:15</b> | <b>EBELİK EĞİTİMİ</b>   |  |
|                    | <b>Oturum Başkanları: Doç. Dr. Nazan KARAHAN, Dr. Öğr. Üyesi Asiye KOCATÜRK</b>                                 |  |
| 10:15-10:30        | Yenilikçi Eğitim Teknolojilerini Ebelik Eğitimine Nasıl Uyarlayabiliriz?  | Doç. Dr. Salih BARDAKÇI                |
| 10:30-10:45        | Ebelik Eğitiminde Değerlendirme Yöntemleri Nasıl Olabilir?  | Doç. Dr. Pınar AYYILDIZ                |
| 10:45-11:00        | Ebelik Eğitiminde Simülasyon Kullanımı  | Prof. Dr. Sema YILMAZ                  |
| 11:00-11:15        | Tartışma ve Soru&Cevap  |  |
| <b>11:15-12:00</b> | <b>MİNİ PANEL</b>   |  |
|                    | <b>Moderatör: Doç. Dr. Arzu KUL UÇTU, Zeynep Namigar CIBIR</b>  |  |
| 11:15-11:35        | Serbest Ebelik Yolculuğu  | Serbest Ebe Hürcan ÇİT                 |
| 11:35-11:55        | Akademisyenlik Yolculuğu  | Arş. Gör. Sümeyra DAMSARSAN            |
| 11:55-12:00        | Tartışma ve Soru&Cevap  |  |
| <b>12:00-13:00</b> | <b>ÖĞLE ARASI</b>   |  |
| <b>13:00-13:30</b> | <b>KONFERANS</b>  |  |
|                    | <b>Oturum Başkanı: Doç. Dr. Nazan KARAHAN</b>   |  |
| 13:00-13:20        | Uluslararasılaşma ve Liderlik   | Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU              |
| 13:20-13:30        | Tartışma ve Soru&Cevap  |  |
| <b>13:45-14:45</b> | <b>EBELİK UYGULAMALARI 1</b>  |  |
|                    | <b>Oturum Başkanları: Prof. Dr. Ayten ŞENTÜRK ERENEL, Doç. Dr. Tuba UÇAR</b>                                    |  |
| 13:45-14:00        | Sağlık Okuryazarlığı ve Mobil Sağlık Uygulamaları   | Prof. Dr. Seçil ÖZKAN                  |
| 14:00-14:15        | Güncel Teknolojiler Ebelik Hizmetlerine Nasıl Uyarlanabilir?  | Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA             |
| 14:15-14:30        | Birinci Basamakta Yenilikçi Ebelik Yaklaşımları   | Ebe Ayşegül DURGUT                     |
| 14:30-14:45        | Sağlıkta Yapay Zeka, Teknoloji ve İnovasyon   | Dr. Öğr. Üyesi Ali ARI                 |
| 14:45-15:00        | Tartışma ve Soru&Cevap  |  |
| <b>15:00-15:15</b> | <b>ARA</b>  |  |
| <b>15:15-16:15</b> | <b>RİSKLİ GEBELİKLER VE DOĞUM YÖNETİMİ</b>  |  |
|                    | <b>Oturum Başkanları: Doç. Dr. Filiz ÜNAL TOPRAK, Doç. Dr. Ayla KANBUR</b>                                      |  |
| 15:15-15:30        | Doğumda Plasenta ve Kordon Distosilerinin Yönetimi  | Dr. Öğr. Üyesi Elif Yağmur GÜR         |
| 15:30-15:45        | Omuz Distosi Yönetimi   | Prof. Dr. Fatma Deniz SAYINER          |
| 15:45-16:00        | Gestasyonel Diyabet Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar  | Öğr. Gör. Dr. Ebru İNAN KIRMIZIGÜL     |
| 16:00-16:15        | Tartışma ve Soru&Cevap  |  |
| <b>16:15-17:15</b> | <b>EBELİK UYGULAMALARI 2</b>  |  |
|                    | <b>Oturum Başkanları: Prof. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ, Doç. Dr. Ayşe ÇAL, Dr. Öğr. Üyesi Sabriye UÇAN YAMAÇ</b> |  |
| 16:15-16:30        | Ülkemizde Gebelik, Doğum Hizmetleri ve Ebelik   | Dr. Öğr. Üyesi Hediye KARAKOÇ          |
| 16:30-16:45        | Somali'de Gebelik, Doğum Hizmetleri ve Ebelik   | Yasmin MOHAMUD & Samira HASSAN         |
| 16:45-17:00        | Danimarka'da Gebelik, Doğum Hizmetleri ve Ebelik  | Dr. Öğr. Üyesi Seda GÖNCÜ SERHATLIOĞLU |
| 17:00-17:15        | Tartışma ve Soru&Cevap  |  |

| TARİH  | 26 EYLÜL 2023, SALI | SALON 2 |
|--|---------------------|---------|
| SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU – 1  | SS001-SS010         |         |
| 08:30-09:30  |                     |         |
| Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Ebru İNAN KIRMIZIGÜL , Uzm. Ebe İlknur KAYIM SİRKECİ |                     |         |
| SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU – 2  | SS011-SS020         |         |
| 09:30-10:30  |                     |         |
| Oturum Başkanları: Doç. Dr. Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE, Uzm. Ebe Meryem VURAL ŞAHİN     |                     |         |
| SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU – 3  | SS021-SS030         |         |
| 10:30-11:30  |                     |         |
| Oturum Başkanları: Doç. Dr. Elif ULUDAĞ, Arş. Gör. Gizem ARSLAN                        |                     |         |
| SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU – 4  | SS031-SS040         |         |
| 11:30-12:30  |                     |         |
| Oturum Başkanları: Doç. Dr. Şenay TOPUZ, Arş. Gör. Şerife İrem DÖNER                   |                     |         |
| SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU – 5  | SS041-SS050         |         |
| 12:30-13:30  |                     |         |
| Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Neslihan YILMAZ SEZER, Arş. Gör. Emine TEKELİ ŞAHİN  |                     |         |
| SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU – 6  | SS051-SS060         |         |
| 13:30-14:30  |                     |         |
| Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Menekşe Nazlı AKER, Uzm. Ebe Fatma Nisan AKÇAY       |                     |         |
| SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU – 7  | SS061-SS070         |         |
| 14:30-15:30  |                     |         |
| Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Gamze ACAVUT, Uzm. Ebe Öznur HAYAT ÖKTEM             |                     |         |
| SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU – 8  | SS071-SS080         |         |
| 15:30-16:30  |                     |         |
| Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Gökçe Banu ACAR GÜL, Öğr. Gör. Sinem CEYLAN          |                     |         |
| SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU – 9  | SS081-SS090         |         |
| 16:30-17:30  |                     |         |
| Oturum Başkanları: Öğr. Gör. Tuğba TAHTA, Öğr. Gör. Havva ÖZDEMİR                      |                     |         |

| TARİH              | 27 EYLÜL 2023, ÇARŞAMBA  | SALON 1                            |
|--------------------|--|------------------------------------|
| <b>09:00-09:45</b> | <b>KONFERANS</b>   |                                    |
|                    | <b>Oturum Başkanları: Prof. Dr. Saadet YAZICI, Doç. Dr. Yasemin AYDIN KARTAL</b>                               |                                    |
| 09:00-09:15        | Türkiye'de Ebelik Tarihi   | Doç. Dr. Ummahan YÜCEL             |
| 09:15-09:30        | Kadınlık Tarihi  | Prof. Dr. Nüket PAKSOY ERBAYDAR    |
| 09:30-09:45        | Tartışma ve Soru&Cevap   |                                    |
| <b>09:45-10:00</b> | <b>ARA</b>   |                                    |
| <b>10:00-11:00</b> | <b>JİNEKOLOJİK ONKOLOJİ</b>  |                                    |
|                    | <b>Oturum Başkanları: Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ, Prof. Dr. Emre KARAŞAHİN, Doç. Dr. Meltem UĞURLU</b>            |                                    |
| 10:00-10:15        | Türkiye'de HPV Taramaları Ne Durumda?  | Op. Dr. Nazlı TOPFEDAİSİ ÖZKAN     |
| 10:15-10:30        | HPV'de Bağışıklama Programı Nasıl Olmalı?  | Op. Dr. Özgün CEYLAN               |
| 10:30-10:45        | Serviks Kanserinin Önlenmesi ve Erken Teşhisinde Ebelerin Rollerini  | Dr. Öğr. Üyesi Sakine YILMAZ       |
| 10:45-11:00        | Tartışma ve Soru&Cevap   |                                    |
| <b>11:00-11:45</b> | <b>MİNİ PANEL</b>  |                                    |
|                    | <b>Oturum Başkanı: Doç. Dr. Demet Aktaş, Dr. Öğr. Üyesi Nilay GÖKBULUT</b>                                     |                                    |
| 11:00-11:15        | Post-partum Dönemde Alternatif Tedaviler   | Prof. Dr. Lori Walton              |
| 11:15-11:30        | İklim Değişikliğinin Üreme Sağlığına Etkileri  | Doç. Dr. Burcu AVCIBAY VURGEÇ      |
| 11:30-11:45        | Tartışma ve Soru&Cevap   |                                    |
| <b>11:45-13:00</b> | <b>ÖĞLE ARASI</b>  |                                    |
| <b>13:00-13:30</b> | <b>KONFERANS</b>   |                                    |
|                    | <b>Oturum Başkanı: Prof. Dr. Ayla ERGİN</b>  |                                    |
| 13:00-13:20        | Ebelikte Yasal Haklarımız ve Örgütlenme  | Doç. Dr. Nazan KARAHAN             |
| 13:20-13:30        | Tartışma ve Soru&Cevap   |                                    |
| <b>13:30-14:30</b> | <b>KADIN, ESTETİK VE SAĞLIK</b>  |                                    |
|                    | <b>Oturum Başkanları: Prof. Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN, Doç. Dr. Songül AKTAŞ, Birgül ARMUTÇU</b>                   |                                    |
| 13:30-13:45        | Genital Estetik Gerekli mi? Kime?  | Prof. Dr. Özlem EVLİAYOĞLU         |
| 13:45-14:00        | Gebelik, Doğum ve Beden Algısı   | Dr. Öğr. Üyesi Burcu Tuncer YILMAZ |
| 14:00-14:15        | Rahmin İzi: Womb Mark <i>Sanatsal Sergileme Çalışması</i>  | Tasarımcı Ebe Gülay AYDOĞMUŞ       |
| 14:15-14:30        | Tartışma ve Soru&Cevap   |                                    |
| <b>14:30-14:45</b> | <b>ARA</b>   |                                    |
| <b>15:00-16:30</b> | <b>AFETLERDE KADIN SAĞLIĞI VE EBELİK</b>   |                                    |
|                    | <b>Oturum Başkanları: Doç. Dr. Eylem TOKER, Doç. Dr. Burcu YURTSAL, Dr. Öğr. Üyesi Yasemin HAMLACI BAŞKAYA</b> |                                    |
| 15:00-15:15        | Afetlerde Üreme Sağlığı Hizmetleri   | Dr. Gökhan YILDIRIMKAYA            |
| 15:15-15:30        | Deprem Sonrası Uluslararası Yardımlar  | Doç. Dr. Burcu YURTSAL             |
| 15:30-15:45        | Elimizden bir şey gelmediğinde kalbimizden gelebilir mi?   | Dr. Arş. Gör. Zeynep BAROL         |
| 15:45-16:00        | Depremde Kadın ve Ebe Olmak  | Dr. Öğr. Üyesi Aysel BÜLEZ         |
| 16:00-16:15        | Tartışma ve Soru&Cevap   |                                    |
| <b>16:15-17:15</b> | <b>YENİDOĞAN</b>   |                                    |
|                    | <b>Oturum Başkanları: Prof. Dr. Dilek YILDIZ, Doç. Dr. Hacer ALAN DİKMEN, Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül DÖNMEZ</b>    |                                    |
| 16:15-16:30        | Yenidoğan Tarama Programları ve Güncel Yaklaşımlar   | Prof. Dr. Özgür ALPARSLAN          |
| 16:30-16:45        | Yenidoğanda Malpraktis ve Ebelik   | Doç. Dr. Hülya TÜRKMEN             |
| 16:45-17:00        | Preterm Bebeklerin Beslenmesinde Kronobiyolojik Yaklaşım Modeli: Sirkadiyen Beslenme                           | Dr. Ebru TEMİZSOY                  |
| 17:00-17:15        | Tartışma ve Soru&Cevap   |                                    |
| <b>17:15-17:30</b> | <b>KAPANIŞ</b>   |                                    |

| TARİH   | 27 EYLÜL 2023, ÇARŞAMBA | SALON 2 |
|---|-------------------------|---------|
| SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU – 10  | SS091-SS100             |         |
| 08:30-09:30   |                         |         |
| Oturum Başkanları: Doç. Dr. Demet AKTAŞ, Uzm. Ebe İlknur KAYIM SİRKECİ                |                         |         |
| SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU – 11  | SS101-SS110             |         |
| 09:30-10:30   |                         |         |
| Oturum Başkanları: Doç. Dr. Didem ŞİMŞEK KÜÇÜKKELEPÇE, Uzm. Ebe Meryem VURAL ŞAHİN    |                         |         |
| SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU – 12  | SS111-SS120             |         |
| 10:30-11:30   |                         |         |
| Oturum Başkanları: Doç. Dr. Elif ULUDAĞ, Arş. Gör. Gizem ARSLAN                       |                         |         |
| SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU – 13  | SS121-SS130             |         |
| 11:30-12:30   |                         |         |
| Oturum Başkanları: Doç. Dr. Şenay TOPUZ, Arş. Gör. Şerife İrem DÖNER                  |                         |         |
| SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU – 14  | SS131-SS140             |         |
| 12:30-13:30   |                         |         |
| Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Neslihan YILMAZ SEZER, Arş. Gör. Emine TEKELİ ŞAHİN |                         |         |
| SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU – 15  | SS141-SS150             |         |
| 13:30-14:30   |                         |         |
| Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Menekşe Nazlı AKER, Uzm. Ebe Fatma Nisan AKÇAY      |                         |         |
| SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU – 16  | SS151-SS160             |         |
| 14:30-15:30   |                         |         |
| Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Gamze ACAVUT, Uzm. Ebe Öznur HAYAT ÖKTEM            |                         |         |
| SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU – 17  | SS161-SS170             |         |
| 15:30-16:30   |                         |         |
| Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Gökçe Banu ACAR GÜL, Öğr. Gör. Sinem CEYLAN         |                         |         |
| SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU – 18  | SS171-SS181             |         |
| 15:30-16:30   |                         |         |
| Oturum Başkanları: Öğr. Gör. Tuğba TAHTA, Öğr. Gör. Havva ÖZDEMİR                     |                         |         |

Tam Metinler



# ICM'İN EBELİKTE YETKİNLİK ve YETERLİLİK ALANLARI ÇERÇEVESİNDE TÜRKİYE'DE EBELİK: KALİTATİF BİR ÇALIŞMA

Betul UNCU<sup>1,2</sup>, Ayşe İrem Gökçek<sup>2,3</sup>, Sevgi Beyazgül<sup>2,4</sup>, Hüsnüye Dinç Kaya<sup>1</sup>

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup> İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

<sup>3</sup> Atlas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye

<sup>4</sup> Ezine Devlet Hastanesi, Çanakkale, Türkiye

## ÖZET

**Giriş:** Uluslararası platformda Uluslararası Ebeler Konfederasyonu ebelerin yetkinlik ve yeterlilik alanlarını belirlemiştir. Literatürde ebelerin yetkinlik ve yeterlik alanları ile farklı konumlardaki ebelerin görüşlerine yer verilen çalışmalara rastlanmamıştır.

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı ebe, akademisyen ebe, öğrenci ebe ve ebeden bakım alan kadınlar gözünden Türkiye’de ebelik mesleğinin yeterlilik ve yetkinliklerini değerlendirmektir.

**Gereç-Yöntem:** Bu araştırma, olgu bilim (fenomenolojik) araştırma deseni kullanılarak gerçekleştirilmiş bir nitel araştırmadır. Çalışmada, ebe, akademisyen ebe, öğrenci ebe ve ebeden bakım alan kadınlar ile görüşülmüştür. Görüşmeler online platformda gerçekleştirilmiştir. Örneklem grubu amaçlı örnekleme yoluyla seçilmiş olup 20 katılımcı ile bireysel derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak tamamlanmıştır. Görüşme esnasında katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” kullanılmıştır. Görüşmeler ortalama 35- 40 dakika sürmüş ve katılımcıların izni alınarak ses ve video kaydı alınmıştır. Verilerin analizinde içerik analizi yaklaşımı kullanılmıştır. Veriler, MAXQDA Analytics Pro Nitel Veri Analizi Programına aktararak kodlama yapılmıştır. Çalışma Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) kontrol listesine göre raporlanmıştır.

**Bulgular:** Veri doygunluğuna 20 katılımcı görüşülmesi sonucunda ulaşılmıştır. Görüşme deşifreleri sistematik olarak incelenmiş olup çalışmanın bulguları Uluslararası Ebeler Konfederasyonu’ nun belirlediği yetkinlik ve yeterlilik alanları etrafında toplanmıştır. Bu ana temalar çerçevesinde ebelikte yetkinlik; “Toplum Sağlığı”, “Gebelik”, “Doğum”, “Doğum Sonu”, “Yenidoğan”, “Kadın ve Danışmanlık” başlıkları altında yer almaktadır. Ebelikte yeterlilik ise; “Genel Yeterlilik”, “Gebelik Öncesi”, “Gebelik ve Antenatal”, “Doğum ve Doğum Sürecinde Bakım”, “Kadın ve Yenidoğan İçin Sürekli Bakım” başlıkları altında yer almaktadır. Ana temalar arasında yoğun/ güçlü ilişki olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Sonuç olarak ebelerin en fazla doğum ile ilgili yeterlik ve yetkinliklerine vurgu yapıldığı saptanmıştır. Çalışma sonuçlarının Türkiye’de ebelik mesleğine yönelik geliştirilecek farklı alanlardaki sağlık politikalarına ışık tutacağı söylenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** ebelik, doğum, toplum, yeterlik, yetkinlik

## **MIDWIFERY IN TURKEY WITHIN THE ICM'S FRAMEWORK OF THE AREAS OF COMPETENCE AND PROFICIENCY: A QUALITATIVE STUDY**

Betul UNCU<sup>1,2</sup>, Ayşe İrem Gökçek<sup>2,3</sup>, Sevgi Beyazgül<sup>2,4</sup>, Hüsniye Dinç Kaya<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Istanbul University-Cerrahpasa, Faculty of Health Science, Department of Midwifery,

<sup>2</sup> Department of Midwifery, Institute of Graduate Studies, Istanbul University-Cerrahpasa, Turkey

<sup>3</sup>Atlas University, Faculty of Health Science, Istanbul, Turkey

<sup>4</sup>Ezine State Hospital, Canakkale, Turkey

### **Abstract**

**Objectives:** International midwifery competencies and proficiency are defined by the The International Confederation of Midwives. No studies have been found in the literature that include midwives' competency and proficiency areas and the opinions of midwives in different positions.

**Aim:** The objective of this study is to evaluate the proficiency and competence of the midwifery profession in Turkey through the eyes of midwives, academic midwives, student midwives, and women receiving care from midwives.

**Materials and Methods:** The present research is a qualitative study conducted using a phenomenological research design. The interviews were conducted on an online platform. The sample group was selected through purposive sampling and was completed using the individual in-depth interview technique with 20 participants. The content analysis approach was employed in the data analysis. The data were transferred to the MAXQDA Analytics Pro qualitative data analysis program and coded. The study was reported according to the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) checklist.

**Results:** Data saturation was reached as a result of interviewing 20 participants. The transcripts of the interviews were systematically examined, and the study results were gathered around the areas of competence and proficiency determined by the International Confederation of Midwives. Within the framework of these main themes, competence in midwifery is included under the headings of "Public Health," "Pregnancy," "Birth," "Postpartum," "Newborn," and "Women and Counseling." Proficiency in midwifery is included under the headings of "General Qualification," "Before Pregnancy," "Pregnancy and Antenatal," "Childbirth and Care During Childbirth," and "Continuous Care for Woman and Newborn." An intense/strong relationship was detected between the main themes.

**Conclusions:** As a result, it was revealed that the most emphasis was placed on the proficiency and competence of midwives related to childbirth. It can be stated that the study results will shed light on the health policies in different areas to be developed for the midwifery profession in Turkey.

**KEYWORDS:** midwifery, birth, society, proficiency, competence

### **Giriş**

Yetkinlik (competence) “olağanüstü performansın ortaya çıkmasına olanak sağlayan davranış ve işlevsel beceri” olarak tanımlanırken, yeterlik/yeterlilik (proficiency) “gözlemlenebilen becerilere bağlı ortaya çıkan performans düzeyi” olarak tanımlanmaktadır.<sup>1</sup> Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ebelik uygulamalarında yetkinliği bilgi, tutum ve davranış uygulamaları birlikte bir bütün olarak tanımlamaktadır.<sup>2,3</sup> Yeterlilik ise gözlemlenebilen bilgi, tutum ve davranışları kapsar. Olumlu benlik algılarının davranışları olumlu yönde etkilediği düşünüldüğünden, yeterlilik algıları da yetkinliğin önemli bir bileşeni olarak kabul edilir.<sup>4</sup>

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) ebelerin cinsel, üreme, anne, yenidoğan ve ergen sağlığı müdahalelerine yönelik ihtiyacın yaklaşık yüzde 90'ını karşılayabildiğini belirtmiştir. Bu bağlamda Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM) ebeler için yetkinlik ve yeterlilik alanları belirlemiştir. ICM ebelik yetkinlik alanlarını; toplum sağlığı, gebelik, doğum, doğum sonu, yenidoğan, kadın ve danışmanlık başlıkları altında belirtmiştir. ICM, ebelik uygulamalarında yeterlilik alanlarını ise genel yeterlilik, gebelik öncesi, gebelik ve antenatal dönem, doğum ve doğum sürecinde bakım, kadın ve yenidoğan için sürekli bakım, başlıklarında ele almıştır.<sup>5</sup>

Ülkemizde ebelerin mezuniyetlerinden sonra sahip olmaları gereken yetkinlik ve yeterlilik alanları, 2006 yılında hazırlanan Mezuniyet Öncesi Ebeler Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (EUÇEP) sonucunda eğitim müfredatlarında düzenlemelere gidilerek belirlenmiştir. Belirlenen yetkinlik ve yeterliğe sahip mezun olan ebeler hem mesleğin profesyonelliğine hem de bakımdaki kalite artışıyla ana çocuk sağlığının hedeflenen düzeylere erişmesine katkı sağlayacaklardır.<sup>6-8</sup>

Eylül 2015'te gerçekleştirilen Birleşmiş Milletler (BM) Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi'nde Sürdürülebilir Kalkınma için 2030 Gündemi kapsamında belirlenen 17 hedefin hemen hemen tümünde ebelerin yetkin ve yeterli olmalarının önemi görülmektedir.<sup>9</sup> Gökdoğan Keleş ve Altinkaya (2022) yaptığı nitel çalışmada, ebelerin yetki alanlarının ülkemizdeki mevcut yönetmelikle orantılı olduğu fakat gelişmiş ülkeler düzeyinde eksik kaldığı görülmektedir.<sup>10</sup>

Bu noktadan hareketle ebelerle yapılan yetkinlik ve yeterlilik çalışmaları sınırlı olmakla birlikte bu alanda farklı konumlardaki ebelerin dahil edildiği çalışmalara literatürde rastlanmamıştır. Bu doğrultuda çalışmanın amacı; ebe, akademisyen ebe, öğrenci ebe ve ebeden bakım alan kadınlar gözünden Türkiye'de ebeler mesleğinin yeterlilik ve yetkinliklerini değerlendirmektir. Farklı grupların görüşlerine yer veren kalitatif bir çalışma olması çalışmanın özgün yönüdür.

#### **Araştırma Soruları:**

1. Ebelerin yeterliliklerine ilişkin ulusal algı ICM'in yeterlilikleri ile uyumlu mu?
2. Ebelerin yetkinliğine ilişkin ulusal algı ICM'in yetkinlikleri ile uyumlu mu?
3. Akademisyen ebelerin yeterliliklerine ilişkin ulusal algı ICM'in yeterlilikleri ile uyumlu mu?
4. Akademisyen ebelerin yetkinliğine ilişkin ulusal algı ICM'in yetkinlikleri ile uyumlu mu?
5. Öğrenci ebelerin yeterliliklerine ilişkin ulusal algı ICM'in yeterlilikleri ile uyumlu mu?

6. Öğrenci ebelerin yetkinliğine ilişkin ulusal algı ICM'in yetkinlikleri ile uyumlu mu?
7. Ebeden bakım alan kadınlar gözünden ebelerin yeterliliklerine ilişkin ulusal algı ICM'in yeterlilikleri ile uyumlu mu?
8. Ebeden bakım alan kadınlar gözünden ebelerin yetkinliğine ilişkin ulusal algı ICM'in yetkinlikleri ile uyumlu mu?

## **Gereç ve Yöntem:**

### **Araştırmanın Tipi**

Çalışma; niteliksel tasarımda, fenomenolojik (olgu bilim) desende gerçekleştirilmiştir. Fenomenolojik desen, yaşanmış bir olayı açıklamada kullanılan, insan deneyimlerini anlamayı kolaylaştıran tümevarımsal ve açıklayıcı bir yöntemdir. Araştırılan olgudan bilgi elde etmek için katılımcıların deneyimlerinden yararlanır. Araştırmacıya bireylerin kişisel deneyimlerini anlama ve yorumlama imkânı sunar.<sup>11</sup>

### **Örneklem seçimi ve sayısı**

Kalitatif araştırmalarda örneklem büyüklüğü çeşitliliği, zenginliği, farklılığı ve aykırılığı yansıtan bir özelliğe sahip olmalıdır.<sup>12</sup> Fenomenolojik desende örneklem seçiminde amaçlı örnekleme yöntemlerinden biri olan ölçüt örnekleme yöntemini kullanılmaktadır. Ölçüt örnekleme araştırmanın amacı doğrultusunda nedeni belli olan olgu ile ilgili zengin bilgi elde edilebilecek katılımcılardan oluşmaktadır.<sup>11,13</sup> Katılımcıların verdiği bilgilerin tekrar edilmesi ve aynı ifadelerin katılımcılar tarafından sıklıkla tekrar kullanılması durumunda örneklem sayısının yeterli olduğuna karar verilmiş olup çalışma toplamda 20 katılımcı ile derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak tamamlanmıştır.<sup>12</sup> Ölçüt örnekleme yöntemi doğrultusunda çalışmaya dahil edilme ölçütleri; çalışmaya katılmaya gönüllü olmaktır.

### **Veri Toplama Araçları**

**Tanıtıcı Bilgi Formu:** Bu form literatür doğrultusunda hazırlanmış olup katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine (yaş, eğitim vs.) ilişkin 7 adet sorudan oluşmaktadır.<sup>1,10,14</sup>

**Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu:** Araştırmada, katılımcıların ebelikte yetkinlik ve yeterlilik düşüncelerini derinlemesine ortaya çıkarmak, veri toplama sırasında konu dışına çıkmayı engellemek için alan yazındaki benzer çalışmalar ışığında hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Bu formda katılımcılara ebeğin kim olduğu, kimlere hizmet sunduğu, hangi hizmetlerin içerisinde yer aldığı ve çalışma alanları ile ilgili 5 adet açık uçlu soru yöneltilmiştir.<sup>1,10,15</sup>

### **Prosedür**

Çalışmaya etik kurul izni alındıktan sonra başlanmıştır. Çalışmada yer alan grupların özelliklerine göre uygun olan kişilere ulaşılmıştır. BU çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan kişilere araştırma hakkında bilgi vermiştir. Çalışma için gönüllü olan katılımcıların listesi oluşturularak, katılımcıların

bilgilerini çalışmada yer alan diğer araştırmacılar ile paylaşmıştır. Görüşmenin yapılacağı kişilerin farklı mekanlarda bulunması nedeniyle yüz yüze görüşmeler yapılamadığından, derinlemesine görüşmeler Zoom ve Google Meet internet uygulamaları aracılığı ile gerçekleştirilmiştir. BU katılımcıları arayıp, çalışma konusunun hassasiyetini vurgulayarak, katılımcılar için uygun bir zaman dilimi belirlemiştir. Anket sorularına bire bir olarak, kişilerin mahremiyetine uygun bir ortamda yanıt aranmıştır.

Görüşmeler esnasında katılımcıların onayı ile hatırlatıcı notlar tutulmuştur. Hafıza faktörü göz önünde bulundurularak, görüşmeler kişinin kendi ifadeleri ile görüşme sonunda yazıya dökülmüştür. Yapılan raporlamalar iki araştırmacı (SB ve AİG) tarafından analiz edilmiştir. Çalışmanın geçerlik ve güvenirliliğini artırmak için bulgular bölümünde katılımcı ifadelerinden doğrudan alıntı yapılmıştır. Her bir bireysel görüşme ortalama 35-40 dakika sürmüştür.

### **Veri Analizi**

Kaydedilen görüşmeler katılımcıların ifade ettiği şekilde hafıza faktörü göz önüne alınarak görüşme sonunda yazıya dökülerek deşifre edilmiştir. Ayrıca kaydedilen görüşmeler en az 2 kez tekrar dinlenerek deşifreler doğruluk açısından kontrol edilmiştir.

Nitel araştırmalarda toplanan verilerin analizinde yaygın olarak içerik analizi kullanılmaktadır. İçerik analizi, araştırmanın özüne ilişkin kalıpları, temaları, önyargıları ve anlamları belirlemek hedefiyle verilerin dikkatli, detaylı ve sistematik olarak incelenmesi ve yorumlanmasıdır. İçerik analizinde amaç, katılımcıların görüşleri ile dosya ve belge incelemesi yoluyla elde edilen verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır. İçerik analizinde birbirine benzeyen verileri, belirli kavramlar ve temalar çerçevesinde bir araya getirmek ve bunları okuyucunun anlayabileceği bir biçimde düzenlemek esastır.<sup>12</sup>

Çalışmamızda katılımcılardan toplanan veriler, MAXQDA Analytics Pro Nitel Veri Analizi Programına aktarılarak ve her bir katılımcının verdiği cevaplar okunarak kodlama yapılmıştır. Kodlar tümevarımsal olarak birleştirilerek kategorilere dönüştürülmüştür. Aynı türden olan kategoriler birbirleriyle ilişkilendirilerek temalar belirlenmiştir. Çalışmada birden fazla araştırmacı olması nedeniyle sonuçlar fikir birliğine varmak amacıyla araştırmacılar arasında tartışılmıştır. Araştırmacılar arasında uyum sağlanarak veriler tüm yazarlar tarafından onaylanmıştır. Çalışma Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) kontrol listesine göre raporlanmıştır.

### **Çalışmanın Etik yönü:**

Çalışma için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığından etik kurul izni (Tarih: 2022, No: 273) alınmıştır. Ayrıca araştırma Helsinki Bildirgesine uygun olarak planlanmış ve görüşme sırasında katılımcılardan bireysel onam alınmıştır. Görüşmelerin kaydedileceği ve sadece bilimsel amaçla kullanılacağı açıklanmıştır. Görüşme kayıtlarının sorumlu araştırmacı (BU) tarafından 2 yıl boyunca saklanması ve ardından imha edilmesi planlanmıştır.

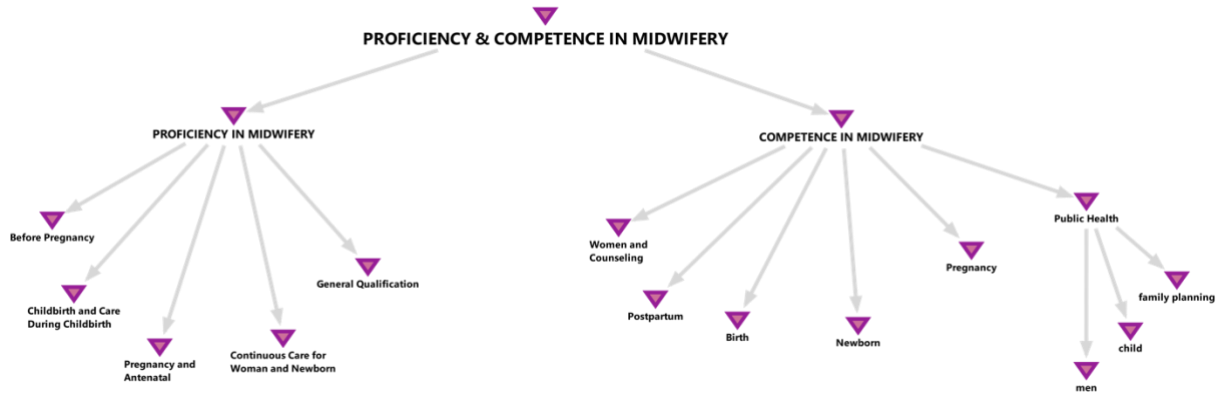
## Bulgular

### Tanıttıcı Özelliklere Ait Bulgular

Çalışmaya 5 ebe, 5 akademisyen ebe, 5 öğrenci ebe ve 5 ebeden bakım alan kadın toplamda 20 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalamaları sırasıyla ebelerde  $31\pm 1.94$ , akademisyen ebelerde  $34\pm 1.67$ , Lisans 4. Sınıf ebelik öğrencilerinde  $22\pm 0.54$ , ebeden hizmet alan kadınlarda  $52\pm 17.78$  olup katılımcıların çoğunluğu üniversite mezunu ve çalışandır.

### Ebelikte Yetkinlik ve Yeterliliğe İlişkin Bulgular

Bu doğrultuda ebe, akademisyen ebe, öğrenci ebe ve ebeden bakım alan kadınlar gözünden Türkiye’de ebelik mesleğinin yeterlilik ve yetkinliklerini değerlendiren bu kalitatif çalışmada bulgular ICM’in belirlediği yetkinlik ve yeterlilik alanları etrafında toplanmıştır. Bu ana temalar; çerçevesinde ebelikte yetkinlikler (competence), “Toplum Sağlığı (Public Health)”, “Gebelik (Pregnancy)”, “Doğum (Birth)”, “Doğum Sonu (Postpartum)”, “Yenidoğan (Newborn)”, “Kadın ve Danışmanlık (Women and Counseling)” başlıkları altında yer almaktadır. Ayrıca toplum sağlığı başlığının altında aile planlaması (family planning), çocuk (child) ve erkek (men) temalarına vurgu yapılmıştır. Ebelikte yeterlilik (proficiency) ise; “Genel Yeterlilik (General Qualification)”, “Gebelik Öncesi (Before pregnancy)”, “Gebelik ve Antenatal (Pregnancy and antenatal)”, “Doğum ve Doğum Sürecinde Bakım (Childbirth and care during childbirth)”, “Kadın ve Yenidoğan İçin Sürekli Bakım (Continuous care for women and newborn)” başlıkları altında yer almaktadır (Şekil 1).



Şekil 1: Tema ve alt kodlara ilişkin hiyerarşi grafiği

### Ebelikte Yeterlilik

- Genel yeterlilik

Katılımcılar ebeleri çoğunlukla doğum yaptıran, en zor anlarında sağlık bakım hizmeti sunan kişi olarak tanımlamışlardır. Ebelerin sabırlı ve empati sahibi kişiler olmaları konularında hemfikirdirler.

*“Bence ebe sadece doğum yaptıran kişi değildir. Her insanın hayatının başlangıcında var olan kişidir. Çok önemli.” (Ebe 4)*

*“Ebelik için kişilik özelliklerinin incelenebileceği bir sınav da yapılmalıdır.” (Akademisyen Ebe 3)*

*“Ebe gebenin ya da kadının hem doğum öncesi hem doğum hem de doğum sonrasında verebileceği tüm desteği veren, yanımda olan yani doğumu olabildiğince güzel ve kolay geçmesini sağlayan yardımcı bir görevlidir.” (Öğrenci Ebe 3)*

*“Ebe olmak isteyen herkes olabilir.” (Öğrenci Ebe 5)*

*“Bence yeterli olması için en önemli şey istekli olmak, vicdanlı olmak, empati kurabilmek, bakım verebilecek durumda olmak.” (Akademisyen Ebe 1)*

*“Gönüllü olan. Lisans eğitimini almış bütün kadınlar.” (Akademisyen Ebe 5)*

*“Bence empati yeteneğinin fazla, sabırlı olması gerekiyor, böyle düşünüyorum, bu kadar.”*

*“Ebe olmak için bence en önemlisi sabırlı olmak gerekiyor.” (Ebe 5)*

*“Bence en az lisans mezunu olması gerektiğine inanıyorum ben.” (Ebe 1)*

*“Evet doktorun doktor yarısı yani. Aynı doktor gibi. Her şeyim de bulundu. Yanımda oldu yani. Ben ilk doğumu hastanede yaptım. İkinci doğumumu evde yaptım kızım. Normal oldu yani. Doktor yani. Ha doktor. Ha ebe yani. İkisi de aynı.” (Woman 4)*

- **Gebelik öncesi**

Katılımcılar tarafından ebeler yalnızca doğum yaptıran kişi değil, gebe kalmadan öncede kadınların hayatlarında yer alan danışman olarak düşünülmektedir.

*“Gebe kalmadan önce ne yapmam gerek? Nasıl bir yol izlemem gerek? Ebe bu şekilde hizmet sunar. Gebe kalmak isteyen kadınların ne yapması gerektiğinde bir destek olabiliyorlar.” (Öğrenci Ebe 3)*

*“Kişiler evlenmeyi düşündüklerinden itibaren geliyorlar ve biz onlara bilgiler veriyoruz.” (Ebe 3)*

- **Gebelik ve antenatal dönem**

Gebelik süreci boyunca her kontrolde ebelerin olması gerektiği, gebelik takibinde ebelerin yeterli oldukları vurgusu katılımcılar tarafından sıklıkla tekrarlanmıştır.

*“Çocuğu dinler, gebelikte ne yapacağını öğretir, düşük için bir şeyler söyler, böyle ağır kaldırma der. Aşı yapar eğer gerekirse, ayda bir defa kontrole çağırır, hamilelik kontroline”*  
(Woman 5)

*“Gebe kalma, gebelikten korunmada, gebelik takibi konularında eğitim verebilir.”* (Öğrenci Ebe 1)

*“Kontrole onun evine gidiyorduk. Bir tahta boru gibi bir şeyle dinliyordu bizi”* (Woman 4)

- **Doğum ve doğum sırasında bakım**

Doğum yaptırmanın ebelerin en asli görevi olduğu vurgusu yapılmış olup, doğum ağrısını yönetme de ebelerin aktif oldukları düşünülmektedir.

*“Çocuğu doğurtabilir bence beni mesela ebe doğurtmuş. Doğum sancısı çekerken de ağrıyı azaltmak için gebeye egzersizler yaptırabilir kendi masajlar yapabilir bu kadar... Masaj yapıyorlar diye biliyorum onun da eğitimini alıyorlar çünkü.”* (Woman 1)

- **Kadın ve Yenidoğan için sürekli bakım**

Ebe kadının tüm yaşam evreleri boyunca var olduğu, hizmet sunumunda en önemli görevlerinin doğum eylemiyle sınırlı kalmadığı, doğum sonu dönemde de kadınla ve bebekle birlikte olduğu vurgusu yapılmıştır.

*“Doğumu gerçekleştirir. Ardından doğum sonra izlemlerini yapabilir. Doğum sonu takiplerinde herhangi bir aksaklık var mı? Normalden sapmaya da giden bir durum var mı? Bunu değerlendirebilirim. Anne bebek iletişimini başlatacak ve sürdürülmesine destek sağlayacak, emzirmesine birebir destek sağlayabilir ve bunun da devam ettirilmesinde ebenin çok aktif olarak yapabileceği işler arasındadır.”* (Akademisyen Ebe 4)

## **Ebelikte Yetkinlik;**

- **Toplum Sağlığı**

Ebe yalnızca kadına hizmet sunmakla kalmayıp tüm topluma bakım vermektedir. Bu anlamda katılımcılar ebelerin aslında toplum sağlığını yönetmede etkin olduklarını düşünmektedirler.

*“Kadından sonra bireye ve topluma sağlık eğitimi verebilir, yani genel olarak danışmanlık veriyor, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırıyor ve yönetebiliyor, yenidoğan bakımını yapıyor, aile planlaması danışmanlığı veriyor, anne sütü eğitimi, kadına kişisel temizliği yönünden bilgi veriyor ya da yönlendiriyor,”* (Öğrenci Ebe 5)

*“İlk aklıma gelen kadın ve bebekler olsada toplumada hizmet sunar. Baktığında toplumsal bir bakımımız var ama ilk aklıma gelen kadın oluyor. Ama bizim kadın ve bebeğe hizmet sunmamız tabi ki toplum sağlığına giriyor.”* (Akademisyen Ebe 1)

*“Halka hizmet sunar.”* (Öğrenci Ebe 2)



*“Evin içinde yaşayan kişileri listeye alıp, kaç kişi yaşıyor, kaç yaşındalar? Özellikle kadınları ve çocukları iyi takip ediyorlar.” (Woman 2)*

*“Danışmanlık eğitimi veriliyor. Bu kanser taramalarında ailelerle iletişim kuruyorlar kadınlarla daha çok. Şu günlerde kanser taramaları oluyor gelme konusunda. Kanser taramalarında görev alıyorlar öyle.” (Öğrenci Ebe 1)*

- **Aile Planlaması**

Ebeler var olan gebeliklerin takibinden öte, gebe kalmak istemeyen ya da kontrollü gebelik için sağlık bakım hizmeti sunan ve katılımcılar tarafından akıllara gelen ilk kişidir.

*“Aile planlaması, gibi kadını ilgilendiren konularda eğitim veriyoruz” (Akademisyen Ebe 1)*

*“Kadına da erkeğe de aile planlaması hakkında bilgi verebilir. Herhangi birine bir şey sormadan kimseden yetki almadan” (Ebe 2)*

- **Çocuk**

Katılımcılar yenidoğan ve çocukların büyüme-gelişme, bağışıklama, hijyen eğitimi, bulaşıcı hastalıklar gibi konularında ebelerden destek alındığını bu bağlamda ebelerin rol oynadıklarını ifade etmişlerdir.

*“Sağlık evlerinde aile hekimliklerinde ebeler aşı dönemlerinde, büyüme persantillerinde olsun aşı takviminde olsun onlara hizmet veriliyor.” (Ebe 2)*

*“Çocuk izlemelerini yapabilir. Yenidoğan izlemelerini yapabilir” (Akademisyen Ebe 4)*

*“Sıfır altı yaş gruplarına hizmet veriyoruz. İşte bunların aşı Bunların aşuları olsun, kilo takipleri olsun yani izlenimlerini biz de takip ediyoruz.” (Öğrenci Ebe 4)*

*“Benim bildiğim 18 yaşına kadar çocuk. Ebeler çocukların aşularını takip ediyorlar, boylarını, kilolarını, gelişimlerini takip ederler. Başka da ne yaparlar? Yani çocuğun, çocuğun genel bir sağlık şeyini takip ediyorlar.” (Woman 2)*

- **Erkek**

Katılımcılar ebelerin topluma hizmet verirken bunun yalnızca kadın ve çocuklarla sınırlı olmadığını düşünmektedirler. Erkeklerle de bakım verdikleri bunun içerisinde gerek aile planlaması gerekse gebelik süreci ve doğum, doğum sonu dönem eğitimlerini kapsayan bakıma erkekleri entegre ettikleri sonucuna ulaşmışlardır.

*“Sadece kadınlara değil de erkeklere de babalara da d hizmet veriyoruz.” (Ebe 4)*

*“Erkeklerde üreme sağlığı konusunda, daha doğrusu üreme yöntemleri aile planlaması yöntemleri olarak eğitimler verilebilir.” (Ebe 2)*

*“Erkeklerle ne hizmeti sunar mı hiç duymadım, bilmiyorum ama bence sunmamalı ya kadınlara sunmalı hizmeti öyle olmamalı mı? Var mı erkeklere hizmet sunan? Bence yok, olmamalı. Artık o da bize kalsın ya kadınlara sunsunlar sadece hizmeti.” (Woman 2)*

*“Evvvel erkeklere daha öyle bir görmedim hizmet sunmuyor diye düşünüyorum ya da bilmiyorum.” (Woman 3)*

*“Kadına verdiği gibi babaya da hizmet verebilir diye düşünüyorum. Mesela cinsel hayatında bir sıkıntı oldu mu annenin yanında babaya da hizmet veriyorsunuz. Gebe kalamıyor mesela ilk ebeye geliyorlar, biz yardımcı oluyoruz onlara, bu şekilde.” (Öğrenci Ebe 5)*

*“Aile planlamasında orada sadece kadınlara eğitim vermiyordum mesela erkeklerde aile planlaması yöntemleriyle ilgili bilgi alıyordu. Erkeklere de eğitim veriyoruz.” (Akademisyen Ebe 1)*

*“Erkeklere psikolojik olarak bir hizmet sunarlar babalara başka bir hizmet sunduklarını düşünmüyorum. Şöyle mesela Ayşe ebe olmasaydı benim eşim bayılırdı heralde çünkü bütün o ağırlı sürecinde o vardı yanımda. Erkeklere o konuda hizmet sunuyor olabilirler erkeklerin yükünü alıyorlar çünkü.” (Woman 1)*

- **Gebelik**

Katılımcılar büyük çoğunlukla ebelerin gebelik sürecinde aktif rol oynadıklarını bu bağlamda gerek eğitim gerekse uygulamalarla etkin ve başarılı olduklarını ifade etmişlerdir.

*“Doğum sancısı çekerken de ağrıyı azaltmak için gebeye egzersizler yaptırabilir kendi masajlar yapabilir bu kadar... Doğum egzersizleri yaptırıyorlar gebelik egzersizleri hem ebe olup hem pilates eğitmeni olan ebeler var onu biliyorum yani işin egzersiz boyutuna el attıkları için ona da gelebilir. Rahat bir doğum olması için onu yapıyorlar diye biliyorum ekstra. Masaj yaptırıyorlar diye biliyorum onunda eğitimini alıyorlar çünkü.” (Woman 1)*

- **Doğum**

Katılımcılar ebelerin vajinal doğumun öncüsü olduğunu ve ebelere güvendiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca vajinal doğum konusunda ebelerin yetkin olduklarını düşünmektedirler.

*“Ooo doğumu harika yaptırır. Ben evde iki kızımı doğurdum her ikisini de ebem doğurttu. Hiçbir doktorun şeyi olmadan, yetkisi, sözü. Çok rahat yaptırabilir. Ebenin de görevi bu zaten. Ebenin dışında kim doğum yaptırabilir ki.” (Woman 2)*

*“Evet doktorun yarısı yani. Aynı doktor gibi. Her şeyim de bulundu. Yanımda oldu yani. Ben ilk doğumu hastanede yaptım. İkinci doğumumu evde yaptım kızım. Normal oldu yani. Doktor yani. Ha doktor. Ha ebe yani. İkisi de aynı.” (Woman 4)*

“Doğum süreci daha çok ebeye bırakılmalı bence. Doğuma kendileri katılmalı yani bazen doktorlar giriyor araya. (Öğrenci Ebe 3)

*“Kendi başına normal doğum yaptırabilir. Bunun gibi durumlar değil. Riskli durumlarda hani olağanüstü bir problem meydana geldiğinde yani o zaman acil protokolleri izleyerek hekime*

*diğer sağlık profesyonellerine ulaşarak destek alır. Ama tek başına bir ebe çok güzel bir Şekilde doğumu yaptırabilir.” (Akademisyen Ebe 5)*

*“Riskli olmayan doğumlarda riskli olmayan gebeliklerin doğumlarını yaptırma hakkına sahibiz. Bende yaptırđım yaptırđıyorduk riskli olmayan doğumlarda doktoru çağırmadım. Çünkü onun eğitimini alıyoruz biz.” (Ebe 1)*

*“Bir ebe yasal olarak o yetki verilmiŐse doğum yaptırabilir. Zaten o onun yaptığı iş o olduğu için doğum.” (Woman 3)*

- **Postpartum**

Katılımcılar doğum sürecinde ebelerin yetkin olmalarının yanı sıra doğum sonu dönemde de gerek anneye gerekse yenidoğana bakım sunan kişi olduklarını dŐunmektedirler.

*“Doğumdan sonra dŐunrsek mesela emzirme eğitimi, emzirme konusunda birçok anne sıkıntı yaşıyor. Doğumun sancılarıydı, sezaryen sonrası ağrılarından dolayı bebeklerini emzirmede gecikebiliyorlar, bu emzirme konusunda da kimseye danışmadan anneyi ve bebeği yönlendirebilir ebe.” (Ebe 2)*

- **Yenidoğan**

Doğumdan sonra yenidoğanın ilk muayenesi, bağışıklama uygulamaları, büyüme-gelişme takibi, anne sütü alımı gibi süreçlerde ebelerin etkin olduğu dŐunlmektedir.

*“Bir yeni doğanın takibinde, bağışıklamada özellikle yer alıyor. Bağışıklamada yenidoğan takibinde, sağlık bilgilendirme ve danışmanlığında. Yani yenidoğan takibinde dediğim gibi yer alıyor.” (Akademisyen Ebe 2)*

*“Yenidoğana hizmet sunar. Yani yenidoğanın yani ilk bakımı işte yapılması gereken rutin tetkikleri bütün bu süreçlerde zaten ebeler yer alıyor.” (Akademisyen Ebe 3)* *“Yenidoğan da öncelikle kilosuna boya bakıyoruz. AŞı takvimini oluŐturuyoruz beslenmesini kontrol ediyoruz. Annesine bu konuda bilgi veriyoruz nasıl beslenmeli aşı takvimi gelişim süreci nasıl beslenmeli bu konuda bilgi verip ayrıntılı bir Şekilde anneyi eğitiyoruz bebekle ilgili de.” (Ebe 3)*

*“Emzirme eğitimi verecek, sağlık ocağında çalıŐıyorsa, topuk kanları, aşılar, yine bunlar DSÖ’nn verdiği Şeyler, işte aylık aşıları falan, herhangi bir sıkıntı yaŐamaz. Bebekle anne arasındaki bağını kuvvetlendirecek. Emzirme en önemli bağ anne ile bebek arasında bunu destekleyecek. Bununla ilgili bir sıkıntı yaŐamayacaktır.” (Ebe 2)*

- **Kadın ve danışmanlık**

Ebelerin yalnızca gebelik öncesi, süreci ve sonunda yer almadığı kadının hayatının her alanında ebelerin yer aldığı ifade edilmiştir. Bu bağlamda kadın var olduğu ebeler, ebeler var olduğu kadınlar var olacaktır demek mümkündür.

*“15-49 yaş arası bütün kadınların takibinde bulunuyor.” (Ebe 4)*

*“Yani hani böyle menopoz süreçleri aslında jinekolojik süreçte de ebeler aktif olabiliyor ama yani daha ağırlıklı kısım bizim perinatoloji kısmı gibi yani hani gebelik doğum doğum sonrası süreç. Ama aslında baktığınızda kadın sağlığı süreçlerinde de ebe aktif olabilir mi? Evet yani o süreçte de destek olabilir.” (Akademisyen Ebe 3)*

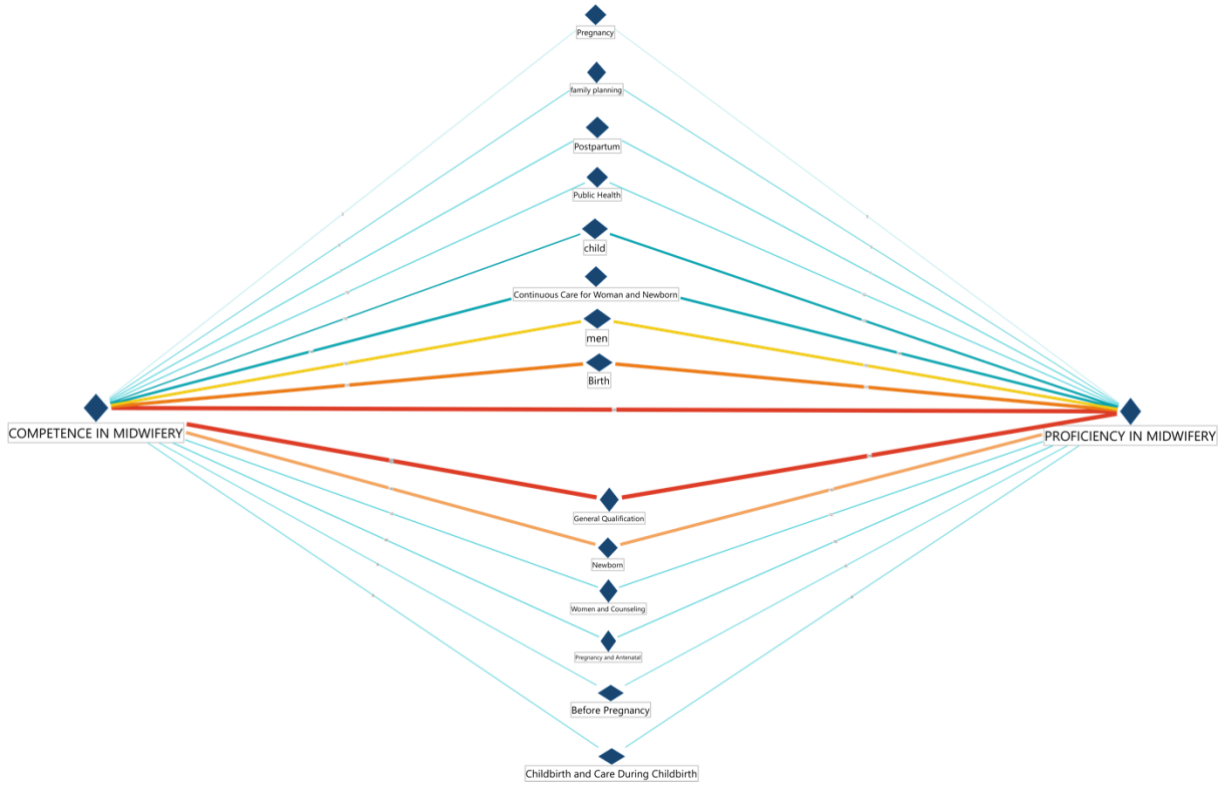
*“Hani gebe olmasa dahi kadınlara da eğitim verebilir bence. Vücutları hakkında meme kanserine karşı mesela ya da meme muayenesi yaptırması meme kendi kendine meme muayenesi yapmaları konusunda ve benzeri şekilde. Kadınlara da bu şekilde eğitim verebilir bence.” (Öğrenci Ebe 3)*

*“Kadına yönelik her şekilde yardım edilebilir diye düşünüyorum. Kadını ve kadını ilgilendiren bütün alanlarda çalışabilmeli.” (Öğrenci Ebe 5)*

*“Hani şöyle kadın temeliyle bakarsak gebelik süreci işte yenidoğan süreci doğum süreci, doğum sonrası süreci, işte menopozal dönemi menopoz öncesi adölesan dönemi yani aslında her alvea acil durumlarında bile o var. Hani sevk etme anlamında, danışma anlamında, işte danışmanlık yapma anlamında her alvea var aslında.” (Akademisyen Ebe 2)*

*“Kadın hayatı sona erene kadarda devam eder. Sonuçta menopozal dönemde geçiriyoruz biz. Sağlık ocaklarında bunun içinde smear testi gibi taramalar yapılıyor. Bunda da ebeler görev alıyor. O yüzden kadının her dönüm noktasında ebeler yer alıyor.” (Ebe 2)*

Çalışmada ortaya çıkan ana temalar arasında birlikte oluşma sıklığı modeli oluşturulmuştur. Ana temalar arasında yoğun/ güçlü ilişki olduğu saptanmıştır (birlikte oluşum sıklığı 20) (Şekil 2).



Şekil 2: Birlikte oluşma sıklığı modeli

Kod sistemine göre katılımcıların birinci sırada yoğunlukla ebelikte yeterlilik başlığı altında genel yeterlilik konusunda görüş bildirdikleri görülmektedir. Oluşturulan temalar arasında yoğunlukla bahsedilen diğer bir konu ise kadın ve yenidoğan için sürekli bakımdır. Yetkinlik başlığı altında ise kadın ve danışmanlık, yenidoğan, doğum ve toplum sağlığı alt temaları konusunda görüş bildirmişlerdir (Şekil 3).

| Code System                           | PARTICIPANTS |
|---------------------------------------|--------------|
| PROFICIENCY IN MIDWIFERY              | ●            |
| Continuous Care for Woman and Newborn | ●            |
| Childbirth and Care During Childbirth | ●            |
| Pregnancy and Antenatal               | ●            |
| Before Pregnancy                      | ●            |
| General Qualification                 | ●            |
| COMPETENCE IN MIDWIFERY               | ●            |
| Women and Counseling                  | ●            |
| Newborn                               | ●            |
| Postpartum                            | ●            |
| Birth                                 | ●            |
| Pregnancy                             | ●            |
| Public Health                         | ●            |
| child                                 | ●            |
| men                                   | ●            |
| family planning                       | ●            |



Afrika’da yapılan bir çalışmada ebelik mesleğini seçecek olan bireylerin lisans eğitimine başlarken yazılı ve sözlü sınavlara girerek mesleğe yönelik yeterlilik durumunun değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Aynı zamanda bu yeterlilik durumunun denetlenmesinin kişinin meslek hayatına başladıktan sonrada devam etmesi gerektiği belirtilmiştir.<sup>16</sup> Benzer şekilde Amerika’da yapılan çalışmada ebelik eğitime ve mesleğine başlanmadan önce yeterliliği temel alan bir değerlendirmenin yapılmasının gerektiği belirtilmiştir.<sup>17</sup> Yeni Zelanda ve İskoçya’da yapılan çalışmada ebelerin yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesinin anne ve yenidoğan için mortalite ve morbidite riskinin azaltılması açısından önemi vurgulanmıştır.<sup>18</sup>

ICM’in temasına uygun olarak mevcut çalışmada katılımcıların gebelik öncesi dönem için ebelerin, evlilik, doğurganlığı düzenleme ve gebe kadınlara danışmanlık sağladığına yönelik düşünceleri olduğu görülmektedir. İrlanda’da yapılan çalışmada ebelerin yeterlilik alanlarından doğum öncesi süreçte kadınlara eğitim ve danışmanlık vermesinin ebelerin yeterlilik alanı kapsamında olduğunun üzerinde durulmuştur.<sup>19</sup> Kenya’da yapılan bir çalışmada, ebelerin, prekonsepsiyonel ve gebelik döneminde sağladıkları danışmanlığın, ebelerin yeterlilik alanı kapsamında olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda çalışmada prekonsepsiyonel ve gebelik dönemine yönelik danışmanlığın birinci basamak sağlık sistemine entegre edilmesinin de önemini vurgulamaktadır.<sup>20</sup>

Çalışmada görüşmeler sonucunda katılımcıların, ebelerin, doğum eylemini yönetme ve doğum ağrısı ile baş etme yolları konusunda danışmanlık sağlama rolünün yeterlilik alanları kapsamında düşünüldüğü görülmektedir. Benzer şekilde Belçika’da yapılan çalışmada doğum eyleminde en temel sağlık profesyonelinin ebe olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda ebelerin ICM’in belirlediği yeterlilik alanlarından en fazla sorumlu olduğu alanın doğum ve doğum sürecinde bakım olduğu vurgulanmıştır.<sup>21</sup>

Çalışmada katılımcıların ebeğin doğum yaptırma, doğum sonu anne ve yenidoğan bakımı sağlama, emzirmeyi destekleme, doğum sonu süreç konusunda eğitim verme ve yenidoğanın büyüme gelişmesini takip etmesinin yeterlilik alanları kapsamında olduğunu düşündükleri görülmektedir. Birleşik Krallık’ta yapılan bir çalışmada ebelerin yeterlilik alanları kapsamında yenidoğan sağlığının geliştirilmesi ve takibinin önemi vurgulanmıştır.<sup>22</sup> Afrika’da yapılan başka bir çalışmada da doğum sonu dönem, anne ve yenidoğan sağlığının ebelerin yeterlilik alanları kapsamında olduğu belirtilmiştir.<sup>23</sup> Benzer şekilde İngiltere’de yapılan bir çalışmada ebelerin yenidoğan ve anne sağlığı bakımındaki önemi vurgulanmış ve ebelerin en önemli yeterlilik alanlarından biri olduğu belirtilmiştir.<sup>24</sup>

Mevcut çalışma katılımcıların görüşleri ebelerin yeterlilik alanlarını 5 tema altında toplamıştır. Bu beş temaya ek olarak 24 ülkeyi kapsayan çok merkezli bir çalışmada ebelerin yeterlilik alanlarının menapoz dönemi, küretaj ve aile planlaması, kadınların bulaşıcı hastalıklara yönelik bağışıklamanın sağlanması, kanser taraması ve infertilite alanlarında da yeterliliklere sahip olduğu ifade edilmiştir. Ancak bu yeterliliklerin kazanılmasında ülkelerin politikalarının temel etken olduğu vurgulanmıştır.<sup>16</sup>

## **Ebelikte Yetkinlik Bulgularının Tartışılması**

Türkiye’de yapılan mevcut çalışmanın verilerinden elde edilen sonuçlar ICM’in belirlediği ebelik yetkinlik alanları ile örtüşmektedir. Görüşmelerin sonuçlarına göre katılımcıların, primer sağlık hizmeti veren konumda ebelerin olduğunu, sadece kadına değil aynı zamanda bireye ve topluma da hizmet veren olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Benzer şekilde Avustralya ve İsveç’te ebeler doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakımın birincil sağlayıcıları olarak görülmektedir. İsveç’te ancak bakım kısmında bölünmüştür. Hamilelik sırasında bakım, birinci basamak sağlık sisteminin bir parçası olan yerel bir ebelik kliniğinde bir ebe tarafından sağlanmakta ve hamile kadınlar hamileliği boyunca genellikle aynı ebeden hizmet almaktadırlar.<sup>25,26</sup> Belçika’da ise ebeler fizyoloji alanında uzmandır ve hem hastanelerde hem de birinci basamakta hizmet sunar. Sağlıklı kadınlara ve yeni doğanlara gebelik öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde danışmanlık ve denetim sağlarlar. Ek olarak, Belçika’da çalışan ebelerin dört ana uygulama alanında sorumlulukları vardır: doğum, üreme tıbbı, jinekoloji ve neonatoloji ve reçete yazma hakları vardır.<sup>27</sup> Hollanda’da ise birinci basamak ebelerinin, yapay membran rüptürü, epizyotomi ve doğum sonrası oksitosin uygulaması gibi bazı doğum müdahalelerini gerçekleştirmek için kadınla birlikte özerk kararlar aldığı görülmektedir.<sup>28</sup> Çalışmaların aksine Almanya’daki ebeler yüksek kaliteli ebelik bakımının tam olarak gerçekleştirilmediğini düşünmektedirler. Ebelerin bireysel olarak sınırlı zaman kapasitesi, genel olarak ebelik hizmetlerinin kapsamını ve özelde ebelik bakımının kalitesini etkilemektedir. Genel olarak, ebeler, kadınların doğum bakımına ve kimin hizmetlerinden yararlanmak istediklerine karar vermede özgür olmaları gerektiği görüşündedir. Almanya’daki ebeler ve doğum uzmanları arasındaki yetkinlik alanlarının diğer Avrupa ülkelerindeki örneklerin rehberliğinde daha net bir şekilde tanımlanmasını önermektedirler: bu bağlamda ebelerin fizyolojik süreçlerde birinci basamak sağlık hizmeti vermelerini ve kadın doğum uzmanlarının patolojik gelişmeler durumunda ağırlıklı olarak (ikincil) hizmetler sunmaları gerektiğini düşünmektedirler. Bu, ebeleri, kadın doğum uzmanından aldıkları ve kendilerine tam olarak açıklanmayan teşhisler nedeniyle üzülen kadınlara güvence vermek zorunda kalmaları durumundan kurtaracağı ifade edilmiştir.<sup>29</sup> Kenya’da hamile kadınların %95’i doğum öncesi bakıma giderken, ancak hükümetin daha iyi altyapı, daha düşük kullanıcı ücretleri ve hizmet sunum noktalarının yakınlığı yoluyla erişimi iyileştirme çabalarına rağmen, yalnızca %40’ı nitelikli doğum bakımı alabilmektedir. Bu da nitelikli ebeler yerine geleneksel ebeler ve geleneksel şifacılar gibi toplum hizmetlerinden yüksek oranda faydalanılması, kadınlar arasında mevcut sağlayıcı tercihlerini etkilemektedir.<sup>30</sup> Günümüzde ebelerin çoğu kadın doğum uzmanlarının yönettiği hastanelerde çalışmaktadır ve bu nedenle özerklikleri sınırlıdır.

Mevcut çalışmada ebelerin kadın ve erkeği ilgilendiren ve aile planlaması gibi konularda herhangi birine danışmadan eğitim verdikleri görülmüştür. Benzer şekilde Endonezya’da köy ebeleri, aile planlaması da dahil olmak üzere çeşitli anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin sağlanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Ülke genelinde, ebeler aile planlaması hizmeti sağlayıcılarıdır.<sup>31</sup> Yeni Zelanda, İsveç ve İskoçya gibi ülkelerde ebelerin implant yerleştirilmesi yaygın bir uygulama iken, ancak Avustralya’da bu hala esas olarak doktorlar tarafından üstlenilmektedir. Avustralya’daki pek çok ebe doğum kontrolü



bilgisi sağlar ve bunun görevlerinin önemli bir parçası olduğuna inanırken, çoğu resmi eğitim almamıştır. İmplant yerleştirme için ebelerin kullanılması, kadınların doğum sonrası bu yöntemde erişimde karşılaştıkları birçok engeli azaltabilir.<sup>26</sup>

Çalışma bulgularında ebelerin doğumu tek başına yaptırabilecekleri ancak riskli bir durumda hekime haber verilmesi gerektiği görülmektedir. Benzer şekilde Hollanda ve İsveç'te ebeler, olumsuz sonuç riskleri arttığında veya komplikasyonlar ortaya çıktığında kadınları doğum uzmanı liderliğindeki bakıma yönlendirmektedir.<sup>25,28</sup> Bu çalışmaların aksine Çin' de ebeler, intrapartum bakımdaki temel yeterlilikleri konusunda kendilerini daha yüksek ve operatif vajinal doğuma yardımcı olma veya gerçekleştirmedeki temel yeterlilikleri konusunda daha düşük olarak değerlendirmişlerdir. Spesifik olarak, anne ölüm oranlarının düşük olduğu bölgelerdekilerle karşılaştırıldığında, anne ölüm oranlarının yüksek olduğu bölgelerdeki ebeler, özellikle hamilelik ve doğumla ilgili komplikasyonları tespit etme ve tedavi etme alanında, kendi kendine algılanan temel yetkinliklerin nispeten zayıf olduğunu bildirmiştir. Ebelerin kendi algıladıkları temel yeterlilikleri etkileyen faktörler arasında branşlar, eğitim düzeyleri, ebe olarak yılların deneyimi, öğretime katılım ve hizmet içi eğitime erişim yer almaktadır.<sup>32</sup> Anne ölüm oranlarının yüksek olduğu bölgelerde ebelerin temel yetkinliklerinin geliştirilmesi kilit bir önceliktir. Ayrıca, ebelik eğitiminin üniversitelerde verilmesi ve ebelerin daha geniş bir bakım kapsamı sunabilmesi için ilgili düzenlemelerin geliştirilmesi ve böylece ebelik işgücünün gelişiminin teşvik edilmesi önerilebilir. Uganda'da ebelerin vajinal makat doğumlarına yardımcı yetkinliği ve ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmada, genel olarak ebelerin yetkinliğinin orta düzeyde olduğu, çoğunluğun Pinard manevrasının uygulanması konusunda yetkin olduğu görülmüştür. Lovset ve Mauricea Smelie Viet ortalamasının altında puan almıştır. Önemli ölçüde ilişkili faktörler, herhangi bir manevra türünden bahsedebilmek ve bir güven duygusu bildirebilmektir. Bu bulgular, hizmet içi vajinal makat doğum eğitimine ve yetkinliği geliştirmek için uygulamalı vajinal makat doğum uygulamasına olan ihtiyacı vurgulamaktadır.<sup>33</sup>

ICM postpartum dönemde ebenin, doğumdan 2 aylık döneme kadar sağlıklı yenidoğan için yüksek kaliteli, kapsamlı bakım sağlayacağını vurgulamaktadır.<sup>5</sup> Çalışmaya katılan katılımcıların da benzer şekilde düşündüğü görülmüştür. Dört Avrupa ülkesinde ebelerin bilgi ve becerilerini ICM'in temel yetkinlikleriyle karşılaştırmak için senaryoların geliştirildiği bir çalışmada yenidoğan döneminde sürekli uyuyan ve hipotermiye yatkınlığı olan bebeklerle ilgili senaryoda bir grup ebenin bebeğe glikoz ve ek besinler verilmesi gerektiğini söylerken, diğer bir grubun ise bebeğin uyanmaması ve memeyi almaması durumunda sütün sağılarak emzirilmesi ve ebeveynlerin ihtiyaç duydukları konularda eğitilmesi gerektiği vurgulanmıştır.<sup>34</sup> Singapur'da ebe liderliğindeki bakım ve doğum uzmanı liderliğindeki bakımın anne ve yenidoğan sonuçları üzerinde karşılaştırıldığı bir çalışmada, ebe liderliğindeki bakımın, düşük riskli kadınlar için daha yüksek olumsuzluk riski olmaksızın, optimal doğum sonuçlarına ulaşmada doğum uzmanı tarafından yönetilen bakım kadar güvenli ve etkili olduğunu göstermektedir.<sup>35</sup> Etiyopya' da ebe liderliğinde bakımın spontan vajinal doğumu arttırırken sezaryeni ve epizyotomiye

azalttığı, yenidoğan apgar skorunu, doğum ağırlığını ve emzirmeyi erken başlattığı görülmüştür.<sup>8</sup> İsveç'te doğumdan sonraki haftadan başlayarak, birinci basamak sisteminin bir parçası olan çocuk sağlığı kliniklerindeki çocuk sağlığı hemşireleri (ebeler değil) yenidoğanın bakımını sağlamaktadır. Ebelik klinikleri ile çocuk sağlığı klinikleri arasındaki iş birliği azdır. Yeni anneler için doğum sonrası takip bakımının, doğumdan yaklaşık 6-12 hafta sonra ebelik kliniğine yapılan bir gönüllü ziyaretle sınırlı olduğu görülmektedir.<sup>25</sup>

## **Sonuç ve Öneriler**

Sonuç olarak Türkiye'de ebeler mezuniyet alanları dışındaki alanlarda görev yapmaları, meslekle ilgili yetki ve yeterlilik alanlarında sapmalara sebep olmaktadır. Bu durum meslekte profesyonelleşmenin önünde engel oluşturmakta ve ebelik mesleğinin güçlenmesini engellenmektedir. Her geçen gün artan sezaryen oranlarının sebebi olarak ebelerin yetkinlik ve yeterlilik alanları dışında görev almaları gösterilebilir. Bu bağlamda sağlık bakım hizmetlerinde kalitenin artırılması için ebelerin yetkinlik ve yeterlilik alanlarında istihdam edilmesi gerekmektedir. Politika yapıcıların bu konu hakkında yasal düzenlemeler getirmeleri ayrıca ebelerin özlük haklarının korunması için mevzuatta değişikliklere gidilmesi gerekmektedir. Çalışmada yer alan katılımcıların ebelik yetkinlik- yeterlilik alanlarına hakim olduğu görülmüş olup, yeni yapılacak çalışmalarda ebelik diplomasına sahip olup farklı alanlarda istihdam edilen ebelerle çalışmaların yapılması var olan problemleri göz önüne serecektir.

## **Kaynaklar**

1. Çolak, M.B., Can, H.Ö., 2021. Competence, Competency and Use of Technology in Midwives. *Turkiye Klinikleri J Health Sci*, 6(2), 340-9.
2. World Health Organization. Regional Office for Europe. Nurses and Midwives for Health, WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education Section 1-8 Guidelines for Member States on The Implementation of The Strategy, Copenhagen, 8-9. 2001 (Access Date: 16.08.2022)
3. World Health Organization. Nursing and midwifery. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>; Erişim Tarihi: 30.08.2022
4. Mala, O., Forster, EM., Kain, VJ., 2021. Neonatal Nurse and Midwife Competence Regarding Pain Management in Neonates: A Systematic Review. *Adv Neonatal Care*. 2022 Apr 1;22(2):E34-E42. doi: 10.1097/ANC.0000000000000911. Epub 2021 Jul 1. PMID: 34224481.
5. International Confederation of Midwives. Essential Competencies for Midwifery Practice. 2018 update. Final Version published january 2019. [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies\\_english\\_final\\_jan-2019-update\\_final-web\\_v1.0.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf) Access Date: 30.10.2022

6. Nove, A., Hoope-Bender, PT., Moyo, NT., Bokosi, M., 2017. The Midwifery services framework: What is it, and why is it needed? *Midwifery*. 2018 Feb;57:54-58. doi: 10.1016/j.midw.2017.11.003. Epub 2017 Nov 15. PMID: 29197787; PMCID: PMC5770185.
7. Pre-Graduation Midwifery National Core Education Program (EUÇEP), 2016. Ankara.
8. Hailemeskel, S., Alemu, K., Christensson, K., Tesfahun, E., Lindgren, H., 2021. Midwife-led continuity of care improved maternal and neonatal health outcomes in north Shoa zone, Amhara regional state, Ethiopia: A quasi-experimental study. *Women Birth*. 2022 Jul;35(4):340-348. doi: 10.1016/j.wombi.2021.08.008. Epub 2021 Sep 3. PMID: 34489211.
9. Özilice, Ö., Günay, T., 2018. Breastfeeding and sustainable development. *Journal of Behçet Uz children's hospital*, 8(1), 1-7.
10. Gökdoğan Keleş, M., Altinkaya, S., 2022. The Opinions Of Midwives About Their Competence; A Qualitative Study. *Journal of Health Sciences*, 31 (2), 145-151. DOI: 10.34108/eujhs.915118
11. Yıldırım, A., Şimşek, H., 2016. *Qualitative research methods in the social sciences*.10. Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık.
12. Baltacı, A., 2019. Qualitative research process: How to conduct a qualitative research?. *Ahi Evran University Journal of Social Sciences Institute*, 5(2), 368-388.
13. Baltacı, A., 2018. A conceptual review on sampling methods and sample size problem in qualitative research. *Bitlis Eren University Journal of Social Sciences Institute*, 7(1), 231-274.
14. Emami Zeydi, A., Ghazanfari, MJ., Azizi, E., Darvishi-Khezri, H., Mortazavi, H., Osuji, J., Karkhah, S., 2022. Clinical competence of Iranian nurses: A systematic review and meta-analysis. *J Educ Health Promot*. 2022 Mar 23;11:102. doi: 10.4103/jehp.jehp\_352\_21. PMID: 35573626; PMCID: PMC9093629.
15. Gu, C., Lindgren, H., Wang, X., Zhang, Z., Liang, S., Ding, Y., Qian, X., 2021. Developing a midwifery service task list for Chinese midwives in the task-shifting context: a Delphi study. *BMJ Open*. 2021 Jul 15;11(7):e044792. doi: 10.1136/bmjopen-2020-044792. PMID: 34266838; PMCID: PMC8286777.
16. Butler, MM., Fullerton, JT., Aman, C., 2018. Competence for basic midwifery practice: Updating the ICM essential competencies. *Midwifery*. 66:168-175. doi: 10.1016/j.midw.2018.08.011.
17. Woeber, K., 2018. Development and implementation of a competency-based clinical evaluation tool for midwifery education. *Midwifery*. 62:92-95. doi: 10.1016/j.midw.2018.03.004.
18. Gilkison, A., Rankin, J., Kensington, M., Daellenbach, R., Davies, L., Deery, R., Crowther, S. A., 2017. Woman's hand and a lion's heart: Skills and attributes for rural midwifery practice in New Zealand and Scotland. *Midwifery*. 2018 Mar;58:109-116. doi: 10.1016/j.midw.2017.12.009. Epub 2017 Dec 19. PMID: 29331533.

19. Traynor, M., Dunleavy, S., McIlfratrick, S., Fitzsimons, D., Stevenson, M., McEvoy, R., Mulvenna, C., 2022. Design and implementation of an online admissions interview for selection to nursing and midwifery programmes: a partnership approach. *BMC Nurs.* 17;21(1):280. doi: 10.1186/s12912-022-01058-y.
20. Shikuku, DN., Tanui, G., Wabomba, M., Wanjala, D., Friday, J., Peru, T., Atamba, E., Sisimwo, K., 2020. The effect of the community midwifery model on maternal and newborn health service utilization and outcomes in Busia County of Kenya: a quasi-experimental study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 19;20(1):708. doi: 10.1186/s12884-020-03405-w.
21. Embo, M., Valcke, M., 2016. Workplace learning in midwifery education in Flanders (Belgium). *Midwifery*, 33, 24-27.
22. Meegan, S., 2020. Revised standards of proficiencies for midwives: an opportunity to influence childhood health?. *British Journal of Midwifery*, 28(3), 150–154. doi:10.12968/bjom.2020.28.3.150
23. Sharma, B., Christensson, K., Bäck, L., Karlström, A., Lindgren, H., Mudokwenyu-Rawdon, C., Maimbolwa, MC., Laisser, RM., Omoni, G., Chimwaza, A., Mwebaza, E., Kiruja, J., Hildingsson, I., 2021. African midwifery students' self-assessed confidence in postnatal and newborn care: A multi-country survey. *Midwifery.* 2021 Oct;101:103051. doi: 10.1016/j.midw.2021.103051. Epub 2021 May 29. PMID: 34153740.
24. Renfrew, MJ., Cheyne, H., Burnett, A., Crozier, K., Downe, S., Heazell, A., Hundley, V., Hunter, B., King, K., Marshall, JE., McCourt, C., McFadden, A., Mondeh, K., Nightingale, P., Sandall, J., Sinclair, M., Way, S., Page, L., Gamble, J., 2022. Responding to the Ockenden Review: Safe care for all needs evidence-based system change - and strengthened midwifery. *Midwifery.* 2022 Sep;112:103391. doi: 10.1016/j.midw.2022.103391. Epub 2022 Jun 1. PMID: 35676100.
25. Eikemo, R., Vikström, A., Nyman, V., Jonas, W., Barimani, M., 2022. Support during the postnatal period: Evaluating new mothers' and midwives' experiences of a new, coordinated postnatal care model in a midwifery clinic in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.*
26. Botfield, J.R., Tulloch, M., Contziu, H., Wright, S.M., Phipps, H., McGeechan, K., Black, K.I., 2022. Feasibility, acceptability and sustainability of postpartum contraceptive implant provision by midwives in NSW public hospitals. *Women and Birth*, 35(5), e439-e445.
27. Vermeulen, J., Luyben, A., Buyl, R., Debonnet, S., Castiaux, G., Niset, A., Fobelets, M., 2021. The state of professionalisation of midwifery in Belgium: A discussion paper. *Women and Birth*, 34(1), 7-13.
28. Zondag, L.D., Maas, V.Y., Beuckens, A., Nieuwenhuijze, M.J., 2022. Experiences, Beliefs, and Values Influencing Midwives' Attitudes Toward the Use of Childbirth Interventions. *Journal of Midwifery & Women's Health.*

29. Lohmann, S., Mattern, E., Ayerle, G.M., 2018. Midwives' perceptions of women's preferences related to midwifery care in Germany: A focus group study. *Midwifery*, 61, 53-62.
30. Ngotie, T.K., Kaura, D.K., Mash, B., 2022. Awareness of cultural practices by skilled birth attendants during pregnancy and birth in Kenya: An interpretive phenomenological study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 16, 100394.
31. Titaley, C.R., Wijayanti, R.U., Damayanti, R., Setiawan, A.D., Dachlia, D., Siagian, F., Storey, D., 2017. Increasing the uptake of long-acting and permanent methods of family planning: A qualitative study with village midwives in East Java and Nusa Tenggara Barat provinces, Indonesia. *Midwifery*, 53, 55-62.
32. Huang, J., Lu, H., Li, J., Zhou, N., Zang, Y., Ren, L., Wang, J., 2020. Comparison of midwives' self-perceived essential competencies between low and high maternal mortality ratio provinces in China. *Journal of Clinical Nursing*, 29(23-24), 4733-4747.
33. Nandawula, P., Elizabeth, A., Nyashanu, M., Telfer, M., Mbalinda, S.N., 2022. Competency of Midwives in Assisting Vaginal Breech Births and associated factors: A Cross-sectional study in Lower Level Health Facilities of Hoima District, Uganda. *Student's Journal of Health Research Africa*, 3(9), 21. <https://doi.org/10.51168/sjhrafrica.v3i9.243>
34. Fleming, V., Pehlke-Milde Hebamme, J., Davies, S., Zaksek, T., 2011. Developing and validating scenarios to compare midwives' knowledge and skills with the International Confederation of Midwives' essential competencies in four European countries. *Midwifery*. 2011 Dec;27(6):854-60. doi: 10.1016/j.midw.2010.09.003.
35. Voon, S.T., Lay, J.T.S., San, W.T.W., Shorey, S., Lin, S.K.S., 2017. Comparison of midwife-led care and obstetrician-led care on maternal and neonatal outcomes in Singapore: A retrospective cohort study. *Midwifery*, 53, 71-79.

# PREKONSEPSİYONEL DÖNEMDE BAKIM ALMA DURUMUNUN GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI ÜZERİNE ETKİSİ: KESİTSEL GÖZLEMSEL ÇALIŞMA

Betul Uncu<sup>1,2</sup>, Tülay Yılmaz<sup>1</sup>, Muazez Küçükkaya<sup>2</sup>, Hüsniye Dinç Kaya<sup>1</sup>

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup> İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

## ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Gebelik öncesi bakım, anne ve fetal sağlığını tehdit eden riskli fiziksel, tıbbi ve psikososyal durumların gebelik öncesinde uygun şekilde tespit edilmesi, çözülmesi veya danışılmasına yönelik önleyici bir girişimdir. Bu çalışma prekonsepsiyonel dönemde bakım alma durumunun gebelikte sağlık uygulamaları üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

**Gereç ve Yöntem:** Bu kesitsel gözlem çalışması, Eylül 2022- Ocak 2023 tarihleri arasında İstanbul'da bir Aile Sağlığı Merkezinde üçüncü trimester gebeliğe sahip 245 gebe kadımla gerçekleştirildi. Verilerin elde edilmesinde literatür doğrultusunda hazırlanan Tanımlayıcı Bilgi Formu ve Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği-II (GSÜÖ-II) kullanıldı.

**Bulgular:** Gebelerin Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği-II (GSÜÖ-II)'den 118,99±14,26 puan aldıkları belirlendi. Gebelerin yaş, öğrenim düzeyi, eş öğrenim düzeyi, mevcut gebeliğinde danışmanlık alma durumu, eşinin danışmanlık alma durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara kullanımı, aile tipi, gebeliğin planlı olma durumlarının GSÜÖ-II toplam puan ortalamalarını etkilediği görüldü ( $p<0.05$ ). Prekonsepsiyonel dönemde bakım alan gebelerin GSÜÖ-II toplam puan ortalamalarının bakım almayan gebelere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edildi ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Prekonsepsiyonel dönemde bakım alan kadınların, gebelikleri esnasında olumlu sağlık uygulamaları gösterdiği belirlenmiştir. Prekonsepsiyonel dönemde olup gebelik düşünen ve düşünmeyen tüm kadınlarda ve partnerlerinde gebelikte olumlu sağlık uygulamaları geliştirebilmek amacıyla danışmanlık hizmetleri bu dönemde başlatılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Prekonsepsiyonel dönem, gebelik, sağlık uygulamaları, danışmanlık

# THE EFFECT OF RECEIVING CARE IN THE PRECONCEPTION PERIOD ON HEALTH PRACTICES IN PREGNANCY: A CROSS-SECTIONAL OBSERVATIONAL STUDY

Betul Uncu<sup>1,2</sup>, Tülay Yılmaz<sup>1</sup>, Muazez Küçükkaya<sup>2</sup>, Hüsnüye Dinç Kaya<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Istanbul University-Cerrahpasa, Faculty of Health Science, Department of Midwifery,

<sup>2</sup> Department of Midwifery, Institute of Graduate Studies, Istanbul University-Cerrahpasa, Turkey

## ABSTRACT

**Background and Aim:** Preconception care is a preventive attempt to detect, solve or consult the risky physical, medical, and psychosocial conditions that threaten maternal and fetal health in an appropriate way before pregnancy. This study was conducted to identify the effect of receiving care in the preconception period on health practices in pregnancy.

**Materials and Methods:** This cross-sectional observation study was conducted with 245 pregnant women with third trimester pregnancy at a Family Health Center in Istanbul between September 2022 and January 2023. The Descriptive Information Form prepared in line with the literature and the Testing the Health Practices in Pregnancy Questionnaire-II (HPQ-II) were used to obtain the data.

**Results:** The pregnant women were found to receive a mean score of  $118.99 \pm 14.26$  from Testing the Health Practices in Pregnancy Questionnaire-II. It was observed that the pregnant women's ages, education levels, spouses' education levels, status of receiving counseling during the current pregnancy, spouses' status of receiving counseling, employment status, income levels, smoking, family types, and whether their pregnancies were planned affected the mean HPQ-II total scores ( $p < 0.05$ ). The mean HPQ-II total scores of pregnant women who received care in the preconception period were significantly higher than those of pregnant women who did not receive care ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** It has been determined that women who receive care during the preconception period demonstrate positive health practices during their pregnancy. Consultancy services should be initiated during this period in order to develop positive health practices during pregnancy for all women and their partners in the preconception period, whether they are considering pregnancy or not.

**Key Words:** Preconceptional period, pregnancy, health practices, counseling

## **Giriş**

Gebelik süreci kadının hayatını fiziksel, psikolojik, sosyal yönden etkileyen çok yönlü ve önemli yaşam deneyimidir. Anne olmayı düşünen her kadın sağlıklı bir gebelik geçirmek istemektedir. Sağlıklı nesiller için bakım süreci gebelik, doğum anı ve doğum sonu süreçlerden daha önce, prekonsepsiyonel dönemde başlatılmalıdır.<sup>1-3</sup>

Amerika Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri prekonsepsiyonel sağlığı bebek ve annenin sağlığını optimal düzeyde geliştirmeyi hedefleyen gebelik öncesi sağlık bakımı olarak tanımlamaktadır.<sup>4</sup> Prekonsepsiyonel dönem, gebeliği isteme kararının düşünölmeye başlandığı andan itibaren çiftlere bilinç kazandırmada ve risk faktörlerinin belirlenip, düzenlenmesinde yardımcı olacak koruyucu sağlık hizmetidir. Gebeliğin oluşması için korunmasız cinsel ilişkinin olmasıyla birlikte çiftlerin bu kararı vermesinden sonra yaşam tarzları gebelik isteğiyle örtüşmelidir.<sup>5,6</sup> Temelde anne-bebek sağlığını geliştirmeye yönelik önlemlerden oluşan bu dönem, gebeliği 1 ila 2 yıl içerisinde düşünen çiftleri öncelikli kılmaktadır.<sup>7</sup> Ayrıca gebelik fikrine sahip olmayan doğurganlık çağındaki tüm bireylerin bu hizmete erişimi oldukça önemlidir. Verilen hizmetler gebelik düşüncesine sahip olanlarla sınırlandırılmamalı, kişilerin tüm yaşam dönemlerinde bütüncül olarak bu hizmet sunulmalıdır.<sup>6,7,4</sup>

Dünya Sağlık Örgütü gebelik öncesinde müdahale edildiği takdirde gebelikteki müdahalelere kıyasla kronik hastalıkların, kötü alışkanlıkların ve enfeksiyonların yarattığı olumsuzlukların büyük oranda azaldığını bildirmektedir.<sup>8</sup> Maas ve ark., (2021)<sup>9</sup> çalışmasında sigarayı bırakmanın, normal beden kitle indeksine (BKİ) sahip olmanın ve gebelik öncesinde folik asit takviyesine başlamanın olumsuz gebelik sonuçları riskini azaltabileceğini göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde maternal prekonsepsiyonel beslenme kalitesinin, maternal ve neonatal sonuçlar üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.<sup>10</sup>

Doğum öncesi bakım alma oranı yıllar içinde olumlu şekilde artış gösterse de prekonsepsiyonel dönemde bakım alma oranı düşüktür.<sup>8</sup> Yapılan bir çalışmaya göre prekonsepsiyonel dönemde bakım oranı %34.4 bulunmuştur.<sup>1</sup> Günümüzde prekonsepsiyonel hizmetler yaygın değildir ve prekonsepsiyonel dönemin önemine vurgu yapan çalışma sayısı da oldukça sınırlıdır. Bu nedenle prekonsepsiyonel bakımın önemine dikkat çekmek ve gebelerin prekonsepsiyonel dönemde bakım alma durumunun gebelikteki sağlık uygulamaları üzerine etkisinin belirlenmesi oldukça önemlidir.

## **Gereç ve Yöntem**

Bu çalışma prekonsepsiyonel dönemde bakım alma durumunun, gebelikte sağlık uygulamaları üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla kesitsel- gözlemsel olarak yapılmıştır.

### **Araştırma Sorusu:**

- Gebelerin prekonsepsiyonel dönemde bakım alma durumları nasıldır?
- Gebelerin gebelikte sağlık uygulamaları nasıldır?



- Prekonsepsiyonel dönemde bakım alma durumunun gebelikte sağlık uygulamaları üzerine etkisi nasıldır?

## **Evren ve Örneklem**

Araştırmanın evrenini 1 Eylül 2022 ile 31 Ocak 2023 tarihleri arasında İstanbul Bayrampaşa ilçesinde yer alan 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezine başvuran gebeler oluşturmaktadır. Çalışmaya gebeliğinin üçüncü trimesterinde olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm gebeler dahil edilmiştir. 18 yaşından küçük, okur yazar olmayan ve ruhsal hastalık tanısına sahip olan gebeler çalışmadan dışlanmıştır. 10 gebe çalışmaya katılmayı kabul etmediği, 5 gebe anket sorularını tamamlamadığı ve 10 gebe dahil edilme kriterlerini taşımadığı gerekçesiyle çalışma dışı bırakılmıştır. Veri toplama tarihleri arasında ulaşılan 270 gebenin uygunluğu değerlendirildi. Araştırma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 245 gebe araştırma örneğine alındı ve istatistiksel analizleri yapıldı. Ulaşılan örneklem sayısının gücü G Power 3.1.9.2. programında post hoc t testi ile belirlenmiş ve 0,30 etki büyüklüğünde ve 0,05 hata payı ile 0,99 olarak bulunmuş ve örneklem sayısının yeterli olduğuna karar verilmiştir.

## **Değişkenler**

**Bağımsız değişkenler:** Gebelerin demografik özellikleri, prekonsepsiyonel döneme ilişkin özellikleri

**Bağımlı değişkenler:** Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği -II (GSÜÖ-II) alınan puan

## **Veri Kaynakları/Ölçüm**

Katılımcıların bireysel ve prekonsepsiyonel döneme ilişkin özellikleri “Tanımlayıcı Bilgi Formu” ile tarandı. Ayrıca çalışmada “Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği -II (GSÜÖ-II)” kullanıldı.

## **Tanımlayıcı Bilgi Formu**

Tanımlayıcı bilgi formu araştırmacılar tarafından literatür taraması yapılarak oluşturulmuş olup iki kısımdan oluşmakta idi. <sup>1,2,11-14</sup> Birinci kısımda, gebe kadınların tanımlayıcı özelliklerini belirlemeye (yaş, öğrenim düzeyi, eş öğrenim düzeyi, sigara kullanım durumu, kronik hastalıklar gibi) ilişkin 30 soruya yer verildi. İkinci kısımda ise prekonsepsiyonel döneme ilişkin 19 soruya yer verildi.

## **Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği-II (GSÜÖ-II)**

Ölçek gebelik ile ilgili sağlık uygulamalarını değerlendirmek amacıyla Lindgren (2005) tarafından geliştirilmiştir.<sup>15</sup> Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde Er ve Şirin (2007) tarafından yapılmıştır.<sup>16</sup> Ölçeğin Türkçe formu 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutu bulunmamaktadır. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 33, en yüksek puan 165’tir. Alınan puanın yükselmesi gebelikte sağlık uygulamalarının iyi derecede olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.74’tür. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach’s Alpha güvenilirlik katsayısı 0.78 olarak saptanmıştır.

## İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirmede Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 24 version programı kullanıldı. GSÜÖ-II ölçeğinin puan ortalamalarının skewness ve kurtosis değerlerine bakılarak normal dağılım gösterdiği belirlendi. Bağımsız iki grup arası farkın önemlilik testi için t testi, ikiden fazla gruplarda gruplar arası farkların önemlilik testi için One-way ANOVA ve Bonferroni post hoc testleri kullanıldı. İstatistiki anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  kabul edildi.

## Etik

Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığından 05.11.2021 tarihli ve 2971 sayılı izin alındı. Ayrıca araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alındı. Çalışmaya katılan gebelerden yazılı ve sözlü onam alındı. Testing the Health Practices in Pregnancy Questionnaire-II'nin Türkçe versiyonunun (Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği-II) sorumlu yazarından, bu çalışmada kullanılması konusunda izin alındı. Araştırma sürecinde Helsinki Deklarasyonu'na uygun davranıldı.

## Bulgular

Çalışma verilerinin yer aldığı Tablo 1'e göre; yer alan gebelerin yaş ortalaması  $28.86 \pm 5.21$  (18-45), eşlerinin yaş ortalamaları  $32.82 \pm 5.67$  (20-49) olarak belirlendi. Gebelerin GSÜÖ-II'den  $118,99 \pm 14,26$  (80-153) puan aldıkları belirlendi. Gebelerin %28'inin (n=68), eşlerinin %25'inin (n=61) öğrenim düzeyi yükseköğretimdir. Gebe kadınların %30'u (n=74) gelir getiren bir işte çalışmakta olup, %58'inin (n=141) gelir gider dengesi mevcuttur. Gebe kadınların %13'ü sigara (n=31) ve %1'i (n=3) alkol kullanmaktadır. %80 (n=196) oranında çekirdek aile tipine sahip kadınların, %23'ü (n=56) mevcut gebeliklerinde danışmanlık alırken eşlerinde bu oran %13 (n=31) olarak tespit edildi. Gebeliklerin %35'i (n=85) plansızdı. Daha önce doğum deneyimi olan gebe kadınların %62'si (n=85) vaginal doğum yapmıştı. Gebelerin %8'inin (n=19) kronik hastalığı bulunmakta, %4'ünün (n=9) şu an sağlık problemi mevcutken %9'u (n=22) sürekli ilaç kullanmaktadır.

Tablo 1. Gebe kadınların tanımlayıcı özellikleri ile Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği-II (GSUÖ-II) puan ortalamaları karşılaştırması (N=245)

| Variables        | Ort±SD             | Min-Max |
|------------------|--------------------|---------|
| Yaş              | $28.86 \pm 5.21$   | 18-45   |
| Eş Yaşı          | $32.82 \pm 5.67$   | 20-49   |
| GSUÖ Toplam Puan | $118.99 \pm 14.26$ | 80-153  |

|     | n | % | GSUÖ-II<br>Ortalama±SD | Test | p | Puan Karşılaştırma |
|-----|---|---|------------------------|------|---|--------------------|
| Yaş |   |   |                        |      |   |                    |

|  |     |    |              |         |      |        |
|--|-----|----|--------------|---------|------|--------|
| 18-24 <sup>a</sup>                       | 62  | 25 | 118.20±13.32 | 3.386*  | .035 | b>c*** |
| 25-34 <sup>b</sup>                       | 149 | 61 | 120.53±13.35 |         |      |        |
| 35 <sup>+</sup>                          | 34  | 14 | 113.67±18.30 |         |      |        |
| Eş Yaşı                                  |     |    |              |         |      |        |
| 18-24                                    | 8   | 3  | 118.62±08.55 | .691*   | .502 |        |
| 25-34                                    | 150 | 61 | 119.83±13.36 |         |      |        |
| 35 <sup>+</sup>                          | 87  | 36 | 117.57±16.07 |         |      |        |
| Öğrenim Düzeyi                           |     |    |              |         |      |        |
| Okuryazar <sup>b</sup>                   | 6   | 2  | 110.33±08.54 | 18.808* | .000 | d>a*** |
| İlköğretim <sup>b</sup>                  | 54  | 22 | 112.20±13.73 |         |      | d>b*** |
| Ortaöğretim <sup>c</sup>                 | 117 | 48 | 117.08±11.84 |         |      | d>c*** |
| Yükseköğretim <sup>d</sup>               | 68  | 28 | 128.42±14.23 |         |      |        |
| Eş Öğrenim Düzeyi                        |     |    |              |         |      |        |
| Okuryazar <sup>b</sup>                   | 3   | 1  | 119.33±19.50 | 4.492*  | .004 | d>b*** |
| İlköğretim <sup>b</sup>                  | 56  | 23 | 115.07±11.49 |         |      | d>c*** |
| Ortaöğretim <sup>c</sup>                 | 125 | 51 | 118.17±14.52 |         |      |        |
| Yükseköğretim <sup>d</sup>               | 61  | 25 | 124.24±14.60 |         |      |        |
| Mevcut Gebelikte Danışmanlık Alma Durumu |     |    |              |         |      |        |
| Evet                                     | 56  | 23 | 127.50±13.90 | 5.256** | .000 |        |
| Hayır                                    | 189 | 77 | 116.47±13.39 |         |      |        |
| Eş Danışmanlık Alma Durumu               |     |    |              |         |      |        |
| Evet                                     | 31  | 13 | 131.41±12.39 | 5.492** | .000 |        |
| Hayır                                    | 214 | 87 | 117.19±13.62 |         |      |        |
| Çalışma Durumu                           |     |    |              |         |      |        |
| Çalışıyor                                | 74  | 30 | 123.62±15.57 | 3.200** | .002 |        |
| Çalışmıyor                               | 171 | 70 | 116.98±13.20 |         |      |        |
| Eş Çalışma Durumu                        |     |    |              |         |      |        |
| Çalışıyor                                | 239 | 98 | 118.87±14.29 | -.841** | .401 |        |
| Çalışmıyor                               | 6   | 2  | 123.83±12.84 |         |      |        |
| Gelir Düzeyi                             |     |    |              |         |      |        |
| Gelir giderden az <sup>a</sup>           | 57  | 23 | 120.01±11.79 | 3.330*  | .037 | c>b*** |
| Gelir gidere denk <sup>b</sup>           | 141 | 58 | 117.19±14.35 |         |      |        |

|                                   |     |    |              |          |      |
|-----------------------------------|-----|----|--------------|----------|------|
| Gelir giderden fazla <sup>c</sup> | 47  | 19 | 123.14±15.92 |          |      |
| Sigara Kullanımı                  |     |    |              |          |      |
| Evet                              | 31  | 13 | 112.83±13.19 | -2.600** | .010 |
| Hayır                             | 214 | 87 | 119.88±14.21 |          |      |
| Alkol Tüketimi                    |     |    |              |          |      |
| Evet                              | 3   | 1  | 129.00±12.76 | 1.364**  | .302 |
| Hayır                             | 242 | 99 | 118.86±14.25 |          |      |
| Aile Tipi                         |     |    |              |          |      |
| Çekirdek Aile                     | 196 | 80 | 120.57±13.17 | 3.084**  | .003 |
| Geniş Aile                        | 49  | 20 | 112.67±16.67 |          |      |
| Gebeliği Planlama                 |     |    |              |          |      |
| Planlı                            | 160 | 65 | 120.69±13.09 | 2.448**  | .016 |
| Plansız                           | 85  | 35 | 115.78±15.82 |          |      |
| Bebeğin Cinsiyeti                 |     |    |              |          |      |
| Kız                               | 121 | 49 | 119.47±13.55 | .528**   | .598 |
| Erkek                             | 124 | 51 | 118.51±14.95 |          |      |
| Doğum Şekli (n=137)               |     |    |              |          |      |
| Vajinal Doğum                     | 85  | 62 | 114.75±13.82 | -.571**  | .569 |
| Sezaryen Doğum                    | 52  | 38 | 116.13±13.71 |          |      |
| Kronik Hastalık                   |     |    |              |          |      |
| Hayır                             | 226 | 92 | 119.53±13.80 | 1.664**  | .112 |
| Evet                              | 19  | 8  | 112.47±18.07 |          |      |
| Sağlık Problemi                   |     |    |              |          |      |
| Hayır                             | 236 | 96 | 119.30±14.14 | 1.577**  | .151 |
| Evet                              | 9   | 4  | 110.88±15.75 |          |      |
| Sürekli Kullanılan İlaç           |     |    |              |          |      |
| Hayır                             | 223 | 91 | 119.60±13.71 | 1.698**  | .103 |
| Evet                              | 22  | 9  | 112.81±18.23 |          |      |

p< 0.05 was considered significant. \*ANOVA; \*\*T-Test=Independent sample test; \*\*\* Post hoc=Bonferroni

Tablo 2' de yer alan sonuçlara göre; prekonsepsiyonel dönemde kadınların %26'sı (n=63) demir taraması yaptırdı, %29'u (n=72) folik asit takviyesi aldı. Gebelik öncesi ideal kilo hakkında bilgi

alanların oranı %14 (n=34) iken, %22'si (n=55) sağlıklı beslenme önerileri aldı. Çiğ et yeme/temas etme konusunda %9'u (n=21) bilgilendirildi. Egzersiz önerileri alan kadınların oranı %18 (n=45), ağız ve diş sağlığı konusunda bilgilendirme yapılan kadınların oranı %7 (n=18) idi. Prekonsepsiyonel dönemde sigara içilmemesine yönelik bilgilendirme yapılan kadınların oranı %18 (n=44) iken, alkol ve madde kullanımına ilişkin bilgilendirme alanların oranı %16 (n=40) idi. Gebelik öncesi cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda tarama yapılan kadınlar %12 (n=30), bağışıklama yapılan %15 (n=37), kronik hastalıklar konusunda tarananlar %25 (n=62), kronik hastalığı olup bilgilendirme yapılanların oranı %20 (n=50) olarak tespit edildi.

İlaç kullanımı sorgulananların oranı %20 (n=50), aile içi şiddete maruziyeti sorgulananların oranı ise %9 (n=23) olarak saptandı. Stres durumu sorgulananlar %8 (n=20) iken, kimyasal/radyasyona maruziyeti sorgulananlar %8 (n=19) olarak belirlendi.

Prekonsepsiyonel dönemde kadınların eşleri ile ilgili sağlık sorgulaması yapılanların oranı %20 (n=49) iken, eşinin kronik hastalık varlığı sorgulananların oranı %21 (n=51) olarak saptandı. Çalışmada prekonsepsiyonel dönemde bakım alma durumuna göre GSÜÖ-II ölçek puanları karşılaştırıldığında; prekonsepsiyonel dönemde demir taraması yapılan, folik asit verilen, ideal kilosu hakkında bilgi verilen, çiğ et yeme ve temas konularında bilgi verilen, egzersiz önerileri alan, ağız ve diş sağlığı muayenesi için yönlendirilen, sigara, alkol ve madde kullanımı konusunda bilgilendirme yapılan, cinsel yolla bulaşan hastalıklar yönünden taranan, kronik hastalık sorgulanan ve bilgilendirilen, reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanımı sorgulanan, aile içi şiddete maruziyet durumu sorgulanan, stres durumu sorgulanan, evinde veya işyerinde kimyasal/zararlı/radyasyon maruziyeti sorgulanan, gebelik öncesi cinsel partnerine ilişkin sorgulamalar yapılarak öyküsü alınan kadınların ölçek puanları yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sağlıklı beslenme önerileri alan ve aşılama durumu sorgulanan kadınların GSÜÖ-II ölçek puanları arasında anlamlılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 2).

Tablo 2. Gebelik öncesi bakım alma durumunun GSUÖ-II puan ortalamaları ile karşılaştırılması (N=245)

| Değişkenler  |       | n   | %  | Ortalama±SD  | Test* | p    |
|--|-------|-----|----|--------------|-------|------|
| Gebelik öncesi demir eksikliği ile ilgili tarama yapıldı.          | Evet  |     |    |              |       |      |
|  | Hayır | 63  | 26 | 124.03±15.13 | 3.320 | .001 |
|  |       | 182 | 74 | 117.25±13.56 |       |      |
| Gebelik öncesinde folik asit verildi.                              | Evet  | 72  | 29 | 123.32±14.82 | 3.118 | .002 |
|  | Hayır | 173 | 71 | 117.19±13.67 |       |      |
| Gebelik öncesinde olmam gereken ideal kilo hakkında bilgi verildi. | Evet  | 34  | 14 | 126.47±14.31 | 3.364 | .001 |
|  | Hayır | 211 | 86 | 117.79±13.92 |       |      |

---

|   |       |     |    |              |       |      |
|---|-------|-----|----|--------------|-------|------|
| Sağlıklı beslenme önerilerinde bulundu.   |       |     |    |              |       |      |
|   | Evet  | 55  | 22 | 122.35±16.07 | 1.817 | .073 |
|   | Hayır | 190 | 78 | 118.02±13.59 |       |      |
| Gebelik öncesi çiğ et yeme/çiğ ete temas etme konularında bilgi verildi.                                  |       |     |    |              |       |      |
|   | Evet  | 21  | 9  | 133.10±11.40 | 4.963 | .000 |
|   | Hayır | 224 | 91 | 117.67±13.80 |       |      |
| Egzersiz önerilerinde bulunuldu.  |       |     |    |              |       |      |
|   | Evet  | 45  | 18 | 123.82±16.35 | 2.259 | .028 |
|   | Hayır | 200 | 82 | 117.91±13.56 |       |      |
| Gebelik öncesi ağız ve diş sağlığı muayenesi için yönlendirildim.   |       |     |    |              |       |      |
|   | Evet  | 18  | 7  | 132.06±11.13 | 4.171 | .000 |
|   | Hayır | 227 | 93 | 117.96±13.99 |       |      |
| Gebelikten önce anne ve çocuk sağlığının korunması açısından sigara ile ilgili bir bilgilendirme yapıldı. |       |     |    |              |       |      |
|   | Evet  | 44  | 18 | 124.82±15.62 | 2.791 | .007 |
|   | Hayır | 201 | 82 | 117.72±13.66 |       |      |
| Alkol ve madde kullanımı ile ilgili bir bilgilendirmede bulunuldu.  |       |     |    |              |       |      |
|   | Evet  | 40  | 16 | 125.88±14.92 | 3.409 | .001 |
|   | Hayır | 205 | 84 | 117.65±13.77 |       |      |
| Cinsel yolla bulaşan hastalıklar yönünden tarama yapıldı.   |       |     |    |              |       |      |
|   | Evet  | 30  | 12 | 126.07±13.99 | 2.946 | .004 |
|   | Hayır | 215 | 88 | 118.00±14.05 |       |      |
| Gebelik öncesi aşılama durumum sorgulanıp eksik aşularım yapıldı.   |       |     |    |              |       |      |
|   | Evet  |     |    |              |       |      |
|   | Hayır | 37  | 15 | 119.19±15.10 | .091  | .927 |
|   |       | 208 | 85 | 118.96±14.15 |       |      |
| Gebelik öncesinde kronik bir hastalığının olup olmadığı sorgulandı.                                       |       |     |    |              |       |      |
|   | Evet  | 62  | 25 | 125.21±14.77 | 4.098 | .000 |
|   | Hayır | 183 | 75 | 116.89±13.49 |       |      |
| Mevcut bir kronik hastalığınız varsa kontrol altına alınması gerektiği ile ilgili bilgi verildi.          |       |     |    |              |       |      |
|   | Evet  | 50  | 20 | 126.52±15.05 | 4.333 | .000 |
|   | Hayır | 195 | 80 | 117.06±13.43 |       |      |

---

|   |     |    |              |       |      |  |
|---|-----|----|--------------|-------|------|--|
| Reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanımların sorgulandı.  |     |    |              |       |      |  |
| Evet  | 50  | 20 | 128.40±15.36 | 5.006 | .000 |  |
| Hayır   | 195 | 80 | 116.58±12.95 |       |      |  |
| Aile içi şiddete maruz kalıp kalmadığımı sorgulandı.  |     |    |              |       |      |  |
|   | 23  | 9  | 134.65±10.05 | 5.903 | .000 |  |
| Evet  | 222 | 91 | 117.37±13.65 |       |      |  |
| Hayır   |     |    |              |       |      |  |
| Hekime başvurmamı gerektirecek düzeyde bir stres yaşayıp yaşamadığımı sorgulandı.   |     |    |              |       |      |  |
| Evet  | 20  | 8  | 129.25±12.66 | 3.430 | .001 |  |
| Hayır   | 225 | 92 | 118.08±14.06 |       |      |  |
| Evde veya işyerinde kimyasal/zararlı madde/radyasyon maruziyetim olup olmadığını sorgulandı.                                      |     |    |              |       |      |  |
| Evet  | 19  | 8  | 132.68±11.71 | 4.528 | .000 |  |
| Hayır   | 226 | 92 | 117.84±13.87 |       |      |  |
| Gebelik öncesinde babaya ait öykü alındı. (madde-alkol-sigara kullanımı, bulaşıcı hastalık, kan grubu, talasemi taşıyıcılığı vb.) |     |    |              |       |      |  |
| Evet  | 49  | 20 | 126.57±16.39 | 3.760 | .000 |  |
| Hayır   | 196 | 80 | 117.10±13.05 |       |      |  |
| Eşimin kronik hastalığının olup olmadığını sorgulandı.  |     |    |              |       |      |  |
| Evet  | 51  | 21 | 127.37±14.52 | 4.936 | .000 |  |
| Hayır   | 194 | 79 | 116.79±13.38 |       |      |  |

p< 0.05 was considered significant. \* T-Test=Independent sample test

## Tartışma

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 sonuçları kadınların önemli bir oranının anne ve bebek sağlığını etkileyen riskli gebelik davranışlarına sahip olduğunu göstermektedir.

Bu risk faktörlerinin prekonsepsiyonel dönemde saptanması sağlıklı bir gebelik ve doğum sonu dönem için oldukça önemlidir.<sup>1,17</sup> Türkiye’de prekonsepsiyonel dönemde bakım alma konusunda olumlu adımlar atılmış olsa da standart bir bakım hizmeti haline getirilmemiştir.<sup>18</sup>

Literatürde bulunan bir çalışmada katılımcıların GSÜÖ-II’den ortalama 138.49±12.42 puan aldıkları, Türkiye’de aynı ölçek ile yapılan bir diğer çalışmada ise gebelerin 127.19±11.89 puan aldığı saptanmıştır.<sup>15,16</sup> İran’da 3. trimesterde olan 315 gebenin dahil edildiği çalışmada GSÜÖ-II ölçeğinden alınan puan ortalaması 123.57 olarak belirlenmiş olup, gebelik esnasında

gösterilen olumlu sağlık uygulamalarının obstetrik çıktılar üzerinde pozitif etkisinin olduğu belirlenmiştir.<sup>19</sup> Beyaz ve ark., (2020)'nın çalışmasında ölçek toplam puanını  $109.8 \pm 12.9$  bulurken, Özcan ve Beji çalışmalarında (2015)  $111.76 \pm 18.53$  olarak saptamıştır.<sup>14,20</sup> Mevcut çalışmada GSÜÖ-II'den alınan toplam puanın  $118.99 \pm 14.26$  olduğu belirlenmiştir. Elde edilen veriler doğrultusunda gebelerin olumlu sağlık uygulamaları gösterdiği, sonucun literatürle benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Demir eksikliği, gebelikteki aneminin en sık sebebidir. Demir eksikliği anemisi; maternal-perinatal mortalite ve morbitide artışına, yenidoğan ve ileri çocukluk döneminde de motor-mental gelişmede gerilik gibi olumsuz sonuçlara neden olur.<sup>21</sup> Literatürde bulunan bir sistematik derleme sonucuna göre gebe kadınların gebe kalmadan önce beslenme takviyelerine dikkat etmediği ve demir alımlarının yetersiz olduğu belirtilmektedir.<sup>22</sup> Yapılan randomize kontrollü çalışmada ise gebelik öncesi demir seviyesinin ölçülerek demir takviyesi yapılan kadınların gebelik döneminde anemi prevalansının artmadığı ifade edilmiştir.<sup>23</sup> Mevcut çalışmada kadınların yalnızca dörtte birine gebelik öncesi demir seviyesinin ölçülmesi konusunda bilgi verildiği bulunmuştur. Gebelik öncesi demir eksikliğine yönelik tarama yapılarak önemli bir halk sağlığı sorunu olan aneminin önüne geçilebilir.

Mevcut çalışmada gebelerin yalnızca üçte birinin folik asit kullandığı bulunmuştur. Bu çalışma sonucu literatürde bulunan diğer çalışmalarda da prekonsepsiyonel dönemde folik asit kullanımının düşük olduğu sonucu ile benzerdir.<sup>24-26</sup> Güney Etiyopya'da yapılan bir çalışmada ise annelerin yarısından fazlasının folik asit takviyesi aldığını bildirilmiştir.<sup>27</sup> Ayrıca bu çalışmada folik asit kullananların kullanmayanlara göre GSÜÖ-II puan ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gebelere prekonsepsiyonel dönemde folik asit kullanımına ilişkin bilgi verilmesi oldukça önemlidir.

Prekonsepsiyonel dönemi değerlendiren bir çalışmada kadınların %42.8'inin BKİ'nin 25 ve üzerinde olduğu, %88.4'ünün düzenli egzersiz yapmadığı, %71.2'sinin ağız ve diş sağlığı kontrolüne gitmediği, %58.4'ünün çiğ et yediği ya da çiğ ete temas etmesi nedeni ile prekonsepsiyonel risk taşıdığı belirlenmiştir.<sup>1</sup> Başka bir çalışmada gebelerin yarısından fazlasının çiğ et yediği ve temas ettiği bildirilmiştir.<sup>28</sup> Mevcut çalışmada da literatür bilgileri ile uyumlu olarak kilo kontrolü, beslenme, çiğ et yeme/temas etme, egzersiz, ağız ve diş sağlığı konularında yetersiz danışmanlık yapıldığı saptanmıştır.

Gebelikte sigara, alkol ve reçetesiz ilaç kullanımı gebeliği olumsuz yönde etkilemektedir. Karataş ve Gölbaşı (2021)'nin çalışmasında, kadınların %13.2'sinin sigara içtiği, %53.2'sinin ise sigara dumanına maruz kalması nedeniyle risk taşıdıkları ifade edilmiştir.<sup>1</sup> Aynı çalışmada



kadınların %24'ünün sürekli ilaç kullandığı, %36'sının kontrolsüz ve reçetesiz ilaç kullanma alışkanlığının olduğu, %31.6'sının ilaç dışı takviye kullanma alışkanlığı olduğu, bu açıdan prekonsepsiyonel risk taşıdıkları belirlenmiştir. Fransa'da 2016 yılında yapılan bir çalışmada ise gebelerin %45.8'inin gebelik sırasında sigarayı bıraktığı, %37.2'sinin sigara kullanım oranını yarıdan fazla azalttığı bildirilmiştir.<sup>29</sup> Süt ve Seçil (2019) ise gebe kadınların %13.3'ünün sigara, %0.6'sının alkol kullandıklarını ifade etmiştir.<sup>30</sup> Başka bir çalışmada ise kadınların yarısından fazlasının kontrolsüz ve reçetesiz ilaç kullanmakta olduğu, pasif içiciliğe maruz kaldıkları bildirilmiştir.<sup>28</sup> Mevcut çalışmada da sigara ve alkol konusunda yetersiz bilgi verildiği saptanmıştır. Literatür tarandığında gebe kalan kadınların sigara ve alkol tüketimini azaltmakla beraber tüketmeye devam ettikleri görülmektedir. Riskler konusunda yeterli bilgi verilmesi gebelerin tüketimini azaltabilir.

Literatürde yapılan bir çalışmada gebelerin %38.4'ünün aile içi şiddet öyküsü olması nedeniyle risk taşıdıkları belirlenmiştir.<sup>1</sup> Amaje ve ark., (2022) çalışmasında gebelerin %26.5'in psikolojik açıdan tarandığını bildirmiştir.<sup>31</sup> Yapılan bir diğer çalışmada ise gebelikte fiziksel şiddet sıklığı %24.8 bulunmuş, gebelik öncesi fiziksel şiddete uğrayanların %30.3'ünün gebeliğinde de fiziksel şiddete uğradığı saptanmıştır.<sup>2</sup> Mevcut çalışmada aile içi şiddet maruziyeti ve stres yaşama durumu sorgulanan gebelerin oranının yetersiz olduğu saptanmıştır. Gebelikte aile içi şiddet öyküsü ve stresin sorgulanması oldukça önemlidir.

## **Sonuç ve Öneriler**

Çalışmanın sonuçlarına göre prekonsepsiyonel dönemde bakım almanın gebelikte sağlık uygulamalarını arttırdığı görülmektedir. Sağlıklı uygulamaların artırılması gebeliği olumlu yönde etkilemektedir. Yaş, öğrenim düzeyi, eş öğrenim düzeyi, mevcut gebeliğinde danışmanlık alma, eşin danışmanlık alması, çalışma durumu ve gelir düzeyi, sigara kullanımı, aile tipi ve gebeliğin planlı oluşu gebelikte sağlık uygulamalarını etkilemektedir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Gebelik düşünen veya düşünmeyen tüm kadınlara prekonsepsiyonel dönemde sağlık uygulamaları eğitimlerinin verilmesi,
- Tüm erkeklere prekonsepsiyonel dönemde sağlık uygulamaları eğitimleri verilmesi,
- Yükseköğretim programlarında müfredatlarına prekonsepsiyonel döneme özgü derslerin eklenmesi,

- Prekonsepsiyonel dönemde bakım alan ve almayan gebelerin postpartum dönemdeki sağlık uygulamalarının değerlendirilmesi önerilebilir.
- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen 15- 49 yaş kadın izlemde tüm kadınların gebelik isteme durumları sorgulanıp prekonsepsiyonel dönemde bakım almaları sağlanmalıdır.

### **Sınırlılıklar**

Çalışma gebeliğinin üçüncü trimesterında Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran gebeler ile sınırlıdır. Araştırmanın tek merkezde yapılması önemli sınırlılıklardan biridir. Ayrıca veri toplama araçları gebelerin beyanına dayalı olarak doldurulmuştur.

## KAYNAKLAR

1. Karataş M, Gölbaşı Z. Determination health risks and healthy lifestyle behaviors of women in the preconceptional period. *Journal of Duzce University Health Sciences Institute* 2021;11(2):151-158. <https://dx.doi.org/10.33631/duzcesbed.747905>
2. Aksoy A, Yılmaz DV. A new service model to increase community health: Preconceptional care and the nurse's role. *JERN (Online)* 2019;16(1):60-67. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2019.060>
3. Altun E, Kaplan S. Effects of birth trauma on mother-infant bonding. *Turkish Journal of Health Sciences and Research* 2021;4(1):54-66. <https://doi.org/10.51536/tusbad.817966>
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). Before Pregnancy. Available from: <https://www.cdc.gov/preconception/index.html> Access Date: 14.09.2022
5. Stephenson J, Heslehurst N, Hall J, Schoenaker DAJM, Hutchinson J. Before the beginning: Nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *The Lancet* 2018;391(10132):1830–1841. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30311-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30311-8)
6. Gökdemir F, Eryılmaz G. Preconceptional health services. *Turkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics* 2017;3(3):204-212.
7. The American Collage of Obstetricians and Gynecologists. (2019).Prepregnancy Counseling. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/01/prepregnancy-counseling> Access Date: 14.09.2022
8. World Health Organization (WHO). (2021). WHO's World Patient Safety Day Goals 2021 promote safe maternal and newborn practices. Available from: <https://www.who.int/news/item/16-09-2021-who-s-world-patient-safety-day-goals-2021-promote-safe-maternal-and-newborn-practices> Access Date: 14.09.2022
9. Maas VYF, Poels M, Lamain-de Ruiters M, Kwee A, Bekker MN, Franx A, Koster MPH. Associations between periconceptional lifestyle behaviours and adverse pregnancy outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021;21(2):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03935-x>.
10. Yee LM, Silver RM, Haas DM, Parry S, Mercer BM, Iams J, Wing D, Parker CB, Reddy UM, Wapner RJ, Grobman WA. Quality of periconceptional dietary intake and maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223(1):121.e1-121.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.01.042>
11. Başı M, Aksu H. Preconception counseling and care. *Journal of Ege University Nursing Faculty* 2018;34(3):128-140.

12. Başlı M, Bilgiç D. Preconception care in improving maternal and fetal health: Current literature review. *SSSJ* 2021;7:350-366. <https://doi.org/10.26449/sss.2970>
13. Sis Çelik A, Aksoy Derya Y. Determining the self-care agency and the health practice levels of the pregnant women and the effective factors. *GUJHS* 2019;8(1):111-119.
14. Beyaz E, Gökçeoğlu S, Özdemir N. Determination the health practice levels of pregnant women in the Muş city center. *Van Health Sciences Journal* 2020;13(2):9-16.
15. Lindgren K. Testing the health practices in pregnancy questionnaire-II. *JOGNN* 2005;34(4):465–472. <https://doi.org/10.1177/0884217505276308>
16. Er S, Şirin A. Testing the health practices in pregnancy questionnaire-II validity and reliability study of the Turkish form. *5.Reproductive Health and Family Planning Congress* 2007;19-22 June.
17. Hacettepe University Institute of Population Studies, 2018 Turkey Demographic and Health Survey (TDHS), Available from: [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018\\_ana\\_Rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf).
18. Güler Baysoy N, Özkan S. Preconception care: A public health perspective. *Gazi Med J* 2012;23(3):77-90. <https://doi.org/10.5152/gmj.2012.25>
19. Maddahi MS, Dolatian M, Khoramabadi M, Talebi A. Correlation of maternal-fetal attachment and health practices during pregnancy with neonatal outcomes. *Electron physician* 2016;8(7):2639–2644. <https://doi.org/10.19082/2639>
20. Ozcan H, Beji NK. Health practices of pregnant women in Gumushane City Center. *Perinatal Journal* 2015;23(1):13-19. <https://doi.org/10.2399/prn.15.0231003>
21. Vural T, Özcan A, Sancı M. Current information about iron deficiency anemia in pregnancy: Iron supplementation for whom? When? How much? *Van Med J* 2016;23(4):369-376. <https://doi.org/10.5505/vtd.2016.58070>
22. Caut C, Leach M, Steel A. Dietary guideline adherence during preconception and pregnancy: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2020;16(2):e12916. <https://doi.org/10.1111/mcn.12916>
23. Nguyen PH, Young M, Gonzalez-Casanova I, et al. Impact of preconception micronutrient supplementation on anemia and iron status during pregnancy and postpartum: A randomized controlled trial in rural Vietnam. *PLoS One* 2016;11(12):e0167416. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167416>
24. Çakır H, Layık M. Evaluation of knowledge levels of 18-49 years old women and female health workers applying to Van Yüzüncü Yıl University Faculty of Medicine on folic acid use in the preconceptional period. *Turkish Family Medicine Foundation*, Electronic Book, pp: 174

25. Nishigori H, Obara T, Nishigori T, et al. Preconception folic acid supplementation use and the occurrence of neural tube defects in Japan: A nationwide birth cohort study of the Japan Environment and Children's Study. *Congenital Anomalies* 2019;59(4):110-117. <https://doi.org/10.1111/cga.12293>
26. Teshome F, Kebede Y, Girma K, Birhanu Z. A survey on women's awareness of iron and folic acid intake during preconception period and its associated factors in Manna District, Oromia region, Southwest Ethiopia. *Nursing Open* 2022;9(2):950-958. <https://doi.org/10.1002/nop2.1041>
27. Habte A, Dessu S, Haile D. Determinants of practice of preconception care among women of reproductive age group in southern Ethiopia, 2020: Content analysis. *Reprod Health*, 2021;18(1):100. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01154-3>
28. Aksoy YE, Özentürk MG. Women's health behaviors stages of change (transtheoretical model) in preconception period: A randomized control study. *Journal of General Medicine* 2021;31(4):330-338. <https://doi.org/10.54005/geneltip.1036367>
29. Demiguel V, Blondel B, Bonnet C, Andler R, Saurel-Cubizolles M, Regnault N. Tobacco smoking in pregnant women: Fifty years of evolution in France. *Eur. J. Public Health* 2019;29(4):438. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz185.438>
30. Süt HK, Seçil H. Assesment of healthy lifestyle behaviors of reproductive age, pregnant and postpartum women. *ESTUDAM Public Health Journal* 2020;5(2);243-256. <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.677437>
31. Amaje E, Fikrie A, Utura T. Utilization of preconception care and its associated factors among pregnant women of West Guji Zone, Oromia, Ethiopia, 2021: A community-based cross-sectional study. *Health serv. res. manag. epidemiol. Health Serv. Res. Manag. Epidemiol.* 2022;9. <https://doi.org/10.1177/23333928221088720>

# ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE CİNSEL MITLERE İNANMA DÜZEYİ İLE KADINA YÖNELİK NAMUS ANLAYIŞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Rukiye Duman<sup>1</sup>, Hüsnüye Dinç Kaya<sup>1</sup>, Sevil Günaydın<sup>1</sup>

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

## ÖZET

**Giriş-Amaç:** Üniversite öğrencilerinin cinsel mitlere inanma düzeyi ile kadına yönelik namus anlayışı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç- Yöntem:** Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı desene sahip çalışma Eylül- Kasım 2022 tarihleri arasında 361 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Veriler literatür doğrultusunda hazırlanan tanıtıcı bilgi formu, Kadına İlişkin Namus Anlayışı Tutum Ölçeği (KİNATÖ) ve Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ) kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamaları 20,18±2,19 yıl olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %85,30'ünün kadın olup %71,50'i cinsellik ile ilgili bilgi almıştır. Ayrıca %77,8'i cinsel deneyim yaşamamış olup %55,10'i evlilik öncesi cinsel deneyimin yaşanmaması gerektiğini düşünmektedir. Öğrencilerin CMÖ puan ortalamaları 57,48±15,31; KİNATÖ 108,19±14,22'dir. Evlilik öncesi cinsel deneyim yaşanabileceğini düşünen öğrencilerin KİNATÖ toplam puanları anlamlı olarak daha yüksek ( $p<0,001$ ), CMÖ toplam puanı ise anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Korelasyon analizi sonucunda CMÖ ile KİNATÖ toplam puanı arasında güçlü düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r = -0,70$ ;  $p<0,001$ ).

**Sonuç:** Katılımcıların kadına ilişkin namus anlayışı ve tutum açısından eşitlikçi bir yaklaşıma sahip olduğu ve erkek öğrencilerde cinsel mitlerin daha yaygın olduğu saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Cinsel mit, namus, kadın, üniversite, öğrenci

## **The Relationship Between the Level of Belief in Sexual Myths and the Perception of Honor towards Women in University Students**

### **Abstract**

**Introduction-Purpose:** It was conducted to examine the relationship between university students' level of belief in sexual myths and their understanding of honor towards women.

**Material-Method:** The study, which had a descriptive and correlation-seeking design, was conducted with 361 students between September and November 2022. In the collection of study data; Descriptive Information Form prepared in accordance with the literature, Attitude Scale for the Women-Related Conception of Honor (ASWRCH) and, Sexual Myths Scale (SMS) were used.

**Results:** The mean age of the students participating in the study was  $20.18 \pm 2.19$ . 85.3% of the students were women and 71.5% of them received information about sexuality. Also 77.8% of them did not have sexual experience and 55.1% of them think that premarital sexual experience should not be experienced. The students' mean SMS score was  $57.48 \pm 15.31$ ; ASWRCH is  $108.19 \pm 14.22$ . The total ASWRCH score of the students who thought that they could have sexual experience before marriage was found to be significantly higher ( $p < 0.001$ ), and the total score of SMS was found to be significantly lower ( $p < 0.001$ ). As a result of the correlation analysis between SMS and ASWRCH total score, a strong negative significant correlation was found ( $r = -0.70$ ;  $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** It was determined that the participants had an egalitarian approach in terms of honor and attitude towards women, and sexual myths were more common in male students.

**Keywords:** Sexual myth, honor, woman, university, student

## **Giriş**

Cinsel mitler kişinin doğru olduğuna inandığı ancak bilimsel bir temeli bulunmayan cinsellikle ilgili abartılı yargılardır. Cinsel mitler cinsel sağlık ve üreme sağlığını olumsuz etkilemekte, kişinin kendini başarısız ve yetersiz hissetmesine neden olarak cinsel işlev bozukluklarına da yol açmaktadır.<sup>1</sup>

Türk Dil Kurumu tarafından namus; “Bir toplum içinde ahlak kurallarına ve toplumsal değerlere bağlılık, iffet” olarak tanımlanmıştır.<sup>2</sup> Ülkemizde namus kavramı kadın cinsiyeti ve cinselliği ile eş tutulmaktadır.<sup>3</sup> Toplumda kadının namusu, erkeğin ve ailenin namusu olarak görülmektedir.<sup>4</sup> Ülkemizde toplum temelli namus algısı, kadın cinayetleri sayısını arttırmaktadır. Kadın yaşamını olumsuz etkileyen bu anlayışın temelinde namus kavramının algılanma biçimi yer almaktadır.<sup>3</sup>

Üniversite döneminde; aile kontrolünün azalması, kişinin kendini keşfetmesi, farklı kültürden insanlarla vakit geçirmesi cinselliğe yönelik tutum, davranış ve namus anlayışını etkilemektedir.<sup>5</sup> Literatür tarandığında üniversite öğrencilerinin cinsel mitlere inanma ve namus anlayışını inceleyen çalışmalara rastlanmaktadır.<sup>3,6,7</sup> Müezzini ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada kadının evlenmeden önce bakire olması gerektiğini düşünmeyenlerin kadına ilişkin namus anlayışında daha eşitlikçi tutuma sahip olduğu saptanmıştır.<sup>8</sup> Hatalı namus anlayışının cinselliğe yönelik olumsuz fikirlere neden olduğu bilinmektedir. Namus kavramının kadınlar için evlilik öncesi ve evlilik dışı cinsel ilişkinin olmaması anlamına geldiğini ve bu yöndeki cinsel mitlere inanma durumunu etkilediğini, özellikle erkek öğrenciler arasında bekâretin büyük önem taşıdığını göstermektedir.<sup>3</sup>

Üniversite öğrenimi sonrası öğrencilerin farklı mesleki alanlara yönelerek toplum hayatında var olacakları göz önüne alınırsa kadına yönelik namus anlayışı tutumları oldukça önemlidir.<sup>9</sup> Özellikle sağlık ile ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin cinsel konularda aldıkları eğitimle birlikte cinsel mitlere ve namus olgusuna yönelik bakış açısı, tutum ve davranışlarının değişmesi beklenmektedir. Sağlık profesyonellerinin cinsellik konularında bakım verme, danışmanlık yapma gibi rol ve sorumlulukları bulunmaktadır.<sup>10</sup> Bu araştırmanın amacı, gençlerin kendilerini daha özgürce ifade edebildikleri üniversite döneminde cinsel mitlere inanma düzeyleri ile kadına yönelik namus anlayışı arasındaki ilişkiyi incelemektir.

## **Gereç- Yöntem**

**Araştırmanın Türü:** Çalışma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapılmıştır.



### **Araştırma Soruları:**

- Üniversite öğrencilerinin cinsel mitlere inanma düzeyi nedir?
- Üniversite öğrencilerinin kadına yönelik namus anlayışı nasıldır?
- Üniversite öğrencilerinin cinsel mitlere inanma düzeyleri ile kadına yönelik namus anlayışı tutumları arasındaki ilişki var mıdır?

**Araştırmanın Zamanı:** Çalışma, Eylül- Kasım 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

**Çalışmanın Evreni ve Örnekleme:** Çalışmanın evrenini İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde eğitim öğretim gören tüm öğrenciler (N=2221) oluşturmuştur. Örneklem seçilirken ilgili evrenden çalışmaya katılmaya gönüllü ve üniversite eğitimine devam eden öğrenciler seçilmiştir. Yabancı uyruklu öğrenciler çalışma dışı bırakılmıştır. Power analizi ile örneklem, %95 güven aralığı ve %80 güç ile en az 328 olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan 361 öğrenci ile araştırma tamamlanmıştır.

### **Veri Toplama Araçları:**

Veriler, üniversite öğrencilerinden google form üzerinden çevrim içi anket yöntemiyle toplanmıştır. Yapılan çevrim içi anket giriş kısmında çalışmayı kabul etme durumu katılımcılara sorulmuş ve onay alınmıştır. Çalışma verileri “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Cinsel Mitler Ölçeği” ve “Kadına İlişkin Namus Anlayışı Ölçeği” ile elde edilmiştir.

**Tanıtıcı Bilgi Formu:** Literatür taraması sonucu oluşturulan formda katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, okuduğu bölüm, sınıf, vb.) ve cinsellik ile ilgili bilgilerine dair (bilgi kaynağı, bilgi düzeyleri, ailelerinin cinselliğe bakışı, bekâret vs.) 19 adet soru bulunmaktadır.<sup>3,6,11-12</sup> Formun anlaşılabilirliğini kontrol etmek için 10 öğrenciye pilot uygulama yapılmış ve son hali verilmiştir

**Kadına İlişkin Namus Anlayışı Tutum Ölçeği (KİNATÖ):** Ölçek gençlerin kadına ilişkin “namus” kavramı hakkındaki tutumlarını ölçmek amacıyla Gürsoy ve Arslan tarafından geliştirilmiştir.<sup>13</sup> Beşli likert tipindedir. KİNATÖ, üç alt boyuttan oluşmaktadır. Geleneksel namus anlayışını değerlendiren alt boyut 9 maddeden oluşmaktadır. Eşitlikçi yaklaşımla ilgili olan ikinci alt boyut 11 maddeden, evlilik öncesi cinsellik/namus anlayışıyla ilgili olan üçüncü alt boyut ise 5 maddeden oluşmaktadır. Ölçek toplam 25 madde içermektedir. Ölçeğin toplamından elde edilebilecek puan, maksimum 125, minimum ise 25'tir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça, öğrencilerin kadın cinsiyete bağlı namus algısı ve

tutumları olumlu değerlendirilmektedir. Ölçeğin alt boyutların güvenilirlik katsayılarının sırasıyla 0,88, 0,85, 0,88 olduğu ve Cronbach's Alpha değeri 0,93 olarak hesaplanmıştır. Mevcut çalışmada alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0,89, 0,83, 0,88 hesaplanmıştır. Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri ise 0,93 olarak bulunmuştur.

**Cinsel Mitler Ölçeği (CMÖ):** Cinsel mitlere inanama düzeyini gösteren, Gölbaşı ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek, beşli likert tipindedir ve 28 maddeden oluşmaktadır.<sup>14</sup> Ölçekte sekiz alt boyut bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 140 iken en düşük puan 28'dir. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puanın artması cinsel mitlerin daha yaygın olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.91'dir. Bu çalışmadaki Cronbach's Alpha değeri ise 0.91 olarak hesaplanmıştır.

### **Verilerin Analizi**

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 23.0 programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediği diklik (Kurtosis) ve çarpıklık (Skewness) değerleri hesaplanarak değerlendirilmiştir. İki bağımsız grup ortalamaları arasındaki fark bağımsız gruplarda t testi ile ölçülmüştür. İki'den fazla bağımsız grup arasındaki ilişki varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Tüm analizlerde  $p < 0,05$  olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki sebep- sonuç ilişkisini saptamak için doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır.

### **Etik Kurul İzni**

Araştırmayı yapabilmek için İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmalar Etik Kurulundan onay (Tarih: 08.11.2022 Sayı: 2022/325) ve İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden kurum izni (Tarih: 30.09.2022 Sayı: E-61910594-900-496975) alınmıştır. Ayrıca çalışmaya katılan üniversite öğrencilerine araştırmanın amacı, yöntemi, araştırmaya katılmada gönüllülüğün esas olduğu, istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları, bilgilerinin gizli tutulacağı ve bilimsel amaçlı kullanılacağı açıklanmış ve onam alınmıştır. Araştırmada Helsinki Bildirgesi kurallarına uyulmuş ve ölçek kullanım izinleri alınmıştır.

## Bulgular

Çalışmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde yaş ortalamaları  $20,18 \pm 2,19$  yıl (min=17,00, max=36,00) olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %71,5'i (n=258) cinsellik ile ilgili bilgi almıştır; %63,4'ü bilgi düzeyini yeterli olarak ifade etmiştir; %77,8'i cinsel deneyim yaşamamıştır. Öğrencilerin %70'i ise cinsellik ile ilgili bilgiye internet yoluyla ulaşmıştır. Cinselliğin temel ihtiyaçlardan biri olduğu düşünen öğrenci sayısı %72,9'tür. Öğrencilerin %55,1'i evlilik öncesi cinsel deneyim yaşanmaması gerektiğini düşünmektedir.

Öğrencilerin "Cinsel Mitler Ölçeği" puan ortalamaları  $57,48 \pm 15,31$ 'dir. KİNATÖ puan ortalamaları  $108,19 \pm 14,22$ 'dir. KİNATÖ alt boyutlarına bakıldığında "Geleneksel namus anlayışı" alt boyutu puan ortalaması  $40,19 \pm 5,51$ ; "Eşitlikçi Yaklaşım" alt boyut puan ortalaması  $48,68 \pm 5,54$  ve "Evlilik Öncesi Cinsellik/Namus Anlayışı" alt boyut puan ortalaması ise  $19,32 \pm 4,95$  olarak saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. CMÖ ve KİNATÖ puan ortalamaları

|  | n   | Ort    | Ss    | Min. | Max. |
|--|-----|--------|-------|------|------|
| <b>CMÖ Toplam Puanı</b>                        | 361 | 57.48  | 15.31 | 28   | 106  |
| <b>KİNATÖ Toplam Puanı</b>                     | 361 | 108.19 | 14.22 | 46   | 125  |
| <b>KİNATÖ Alt Boyutları</b>                    |     |        |       |      |      |
| <b>Geleneksel Namus Anlayışı</b>               | 361 | 40.19  | 5.51  | 15   | 45   |
| <b>Eşitlikçi Yaklaşım</b>                      | 361 | 48.68  | 5.54  | 21   | 55   |
| <b>Evlilik Öncesi Cinsellik/Namus Anlayışı</b> | 361 | 19.32  | 4.95  | 7    | 25   |

Yapılan analiz sonucunda erkek öğrencilerin CMÖ toplam puan ortalaması  $69 \pm 17,56$ , kadın öğrencilerin  $55 \pm 13,84$  olarak bulunmuştur. Kadın ve erkek öğrencilerin aldıkları ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,001$ ). Erkek öğrencilerin KİNATÖ toplam puan ortalaması  $98 \pm 17,18$ , kadın öğrencilerin  $109 \pm 12,96$  olarak bulunmuştur. Kadın ve erkek öğrencilerin ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,001$ ). Ayrıca KİNATÖ alt boyutlarına bakıldığında kadın ve erkek öğrencilerin ölçek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,001$ ) (Tablo 2).

Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre ölçek puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Anne ve baba eğitim düzeyi, gelir düzeyi, okudukları bölüm, yaşadıkları yer, şu an kaldıkları yere göre yapılan analizlerde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Öğrenim gördükleri sınıf düzeyine göre analiz yapıldığında 2. sınıf öğrencilerininin CMÖ toplam puanı 3. sınıf öğrencilerinden anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ( $F=8,573$ ;  $p < 0,001$ ). Öğrencilerin yaşamlarını daha çok geçirdiği bölgeye göre

analiz yapıldığında Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan öğrencilerin KİNATÖ toplam puanları Karadeniz ve Marmara Bölgesi'nde yaşayan öğrencilerden anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (F=3,50; p<0,005).

Tablo 2. Öğrencilerin cinsiyete göre CMÖ ve KİNATÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=361)

| Cinsiyet           | Geleneksel Namus Anlayışı<br>$\bar{X}\pm SS$ | Eşitlikçi Yaklaşım<br>$\bar{X}\pm SS$ | Evlilik Öncesi Cinsellik/Namus Anlayışı<br>$\bar{X}\pm SS$ | KİNATÖ Toplam Puanı<br>$\bar{X}\pm SS$ | CMÖ Toplam Puanı<br>$\bar{X}\pm SS$ |
|--------------------|--|---------------------------------------|--|--|-------------------------------------|
| <b>Kadın</b>       | 41±4.65                                      | 49±5.15                               | 19±4.75  | 109±12.96                              | 55±13.84                            |
| <b>Erkek</b>       | 35±7.23                                      | 46±6.90                               | 17±5.55  | 98±17.18                               | 69±17.56                            |
| <b>Test Değeri</b> | 5.72   | 3.68                                  | 3.43   | 5.59                                   | -6.75                               |
| <b>P</b>           | 0.001*                                       | 0.001*                                | 0.001*   | 0.001*                                 | 0.001*                              |

Evlilik öncesi cinsel deneyim yaşanabileceğini düşünen öğrencilerin KİNATÖ toplam puanları daha yüksek bulunmuştur (p<0,001). CMÖ toplam puanına bakıldığı zaman evlilik öncesi cinsel deneyimin yaşanabileceğini düşünen öğrencilerin toplam puanları daha düşük bulunmuştur (p<0,001). Cinselliğin temel bir ihtiyaç olduğunu düşünen öğrencilerin KİNATÖ toplam puanları daha yüksek bulunmuştur (p<0,001).

CMÖ ile KİNATÖ toplam puanları ve ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişki incelenmiştir. Analiz sonucunda CMÖ ile KİNATÖ toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r = -0,70; p<0,001). CMÖ ile KİNATÖ alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r = -0,66; -0,56; -0,64; p<0,001) (Tablo 3).

Tablo 3. CMÖ ve KİNATÖ toplam puanı ve alt boyutları arasındaki ilişki (n= 361)

| KİNATÖ Alt Boyutları                           | CMÖ Toplam Puanı          |
|--|---------------------------|
| <b>Geleneksel Namus Anlayışı</b>               | r = - 0.662<br>p < 0.001* |
| <b>Eşitlikçi Yaklaşım</b>                      | r = - 0.564<br>p < 0.001* |
| <b>Evlilik Öncesi Cinsellik/Namus Anlayışı</b> | r = - 0.641<br>p < 0.001* |
| <b>KİNATÖ Toplam Puanı</b>                     | r = - 0.700<br>p < 0.001* |

\* = p<0.05

Çalışmada CMÖ ile KİNATÖ arasında yapılan doğrusal regresyon analizine göre CMÖ toplam puanı KİNATÖ toplam puanının %49,00'unu açıklamaktadır (R:-0.700; R<sup>2</sup> : 0.490; F: 344,370 p<0.001) (Tablo 4). Cinsel mitler kadına ilişkin namus anlayışını orta düzeyde negatif yönde yordamaktadır.

Tablo 4. CMÖ ile KİNATÖ toplam puanı arasında basit doğrusal regresyon analizi (n= 361)

| Bağımsız Değişken | Bağımlı Değişken | F      | R <sup>2</sup> | p       |
|-------------------|------------------|--------|----------------|---------|
| CMÖ               | KİNATÖ           | 344.37 | 0.49           | p<0.001 |

## Tartışma

Çalışma üniversite öğrencilerinin cinsel mitlere inanma düzeyi ile kadına yönelik namus anlayışı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma bulguları sonucunda katılımcıların kadına ilişkin namus anlayışı ve tutum açısından eşitlikçi bir yaklaşıma sahip olduğu ve erkek öğrencilerde cinsel mitlerin daha yaygın olduğu saptanmıştır.

Türkiye gibi nüfusunun çoğunluğu Müslümanlardan oluşan ülkelerde namus kavramı cinsel saflık olarak algılanmaktadır. Müslüman toplumların “namuslu kadın” algısı evlilik öncesi cinsel ilişki yaşamamış, görgü kurallarına uyan, kocasına itaat eden kadın olarak oluşmaktadır.<sup>15</sup> Bir kadının evlilik öncesi cinsel birliktelik yaşamaması sahtekarlık olarak algılanmaktadır.<sup>16</sup>

Literatürde üniversite öğrencilerinin namus anlayışına ilişkin pek çok çalışma bulunmaktadır. Güneri (2018)'nin yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinin kadına ilişkin namus anlayışında eşitlikçi bir tutuma (97,75±17,73) sahip olduğu bulunmuştur.<sup>9</sup> Vural ve Körpe (2018)'nin çalışmasında da üniversite öğrencilerinin, kadına ilişkin namus algısında eşitlikçi tutuma (82,43±6,42) sahip olduklarını saptamıştır.<sup>17</sup> Aktaş ve Külcü Polat (2020)'in çalışmalarında KİNATÖ puan ortalamaları 99,70±14,57 olarak saptamışlardır.<sup>11</sup> Ebeoğlu ve Karacan (2019)'in yaptığı çalışmada üniversite öğrencilerinin namusa ilişkin tutumlarında cinsiyetler arası fark olmadığı saptamışlardır.<sup>5</sup> Mevcut çalışmada da benzer şekilde üniversite öğrencilerinin kadına ilişkin namus anlayışında eşitlikçi bir tutuma (108,19±14,22) sahip oldukları bulunmuştur. Çalışma sonuçlarına göre üniversite eğitiminin bakış açısını olumlu yönde etkilediği ve namus anlayışını eşitlikçi yönde geliştirdiği söylenebilir.

Çağlayan ve Topatan (2020)'in erkek öğrencilerle yaptıkları çalışmalarında KİNATÖ toplam puan ortalamaları 88,84±17,64 olarak saptamışlardır.<sup>18</sup> Literatürdeki diğer çalışmalarda kadın öğrencilerin erkek öğrencilere kıyasla daha eşitlikçi tutuma sahip olduğu saptanmıştır.<sup>19,20</sup> Mevcut çalışmada KİNATÖ toplam puan ortalamaları kadın öğrencilerde (109±12,96) erkek öğrencilere (98±17,18) göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Kadın öğrencilerin erkek öğrencilerle karşılaştırıldıklarında

daha eşitlikçi tutuma sahip olmalarının nedeni kadın olmaları sebebiyle toplumda daha fazla eşitsizlik mağduru olmaları ve son yıllarda kadına yönelik şiddetin artması ile ilişkili olabilir.

Çalışmada evlilik öncesi cinsel deneyim yaşanabileceğini düşünen öğrencilerin cinsel mitlere inanma düzeyi daha düşük bulunmuş ve bu öğrencilerin kadına ilişkin namus anlayışında eşitlikçi tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Kızılırmak ve Çakıcı (2021) hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları çalışmalarında öğrencilerin evlilik öncesinde cinselliğe ilişkin olumlu tutum sergiledikleri ve kadına ilişkin namus anlayışında eşitlikçi tutuma sahip olduklarını saptamışlardır.<sup>20</sup>

Çalışmada öğrencilerin %72,9'u cinselliğin bireyin temel ihtiyaçlarından biri olduğunu düşünmektedir. Cinselliğin bireyin temel ihtiyaçlarından biri olduğunu düşünen öğrencilerin kadına ilişkin namus anlayışında eşitlikçi tutuma sahip oldukları bulunmuştur. Bu sonuç çalışmanın sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören öğrencilerle yapılmış ve ders kapsamında anatomi, fizyoloji ve üreme sağlığı derslerinin bulunmasından kaynaklanıyor olabilir. Sağlık alanı ile ilgili bölümde okuma üniversite öğrencilerinin cinselliğe ilişkin bakış açılarını, tutum ve davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir.<sup>21</sup>

Ülkemizde genç nüfus çoğunluktadır ve sosyal medya gençler tarafından aktif bir şekilde kullanılmaktadır. 16-24 yaş arası genç nüfusun internet kullanım oranları %95,5 olarak belirlenmiştir.<sup>22</sup> Gençler zamanlarının büyük bir çoğunluğunu internette geçirmektedir. Gençler internet ortamında sosyal medya aracılığıyla cinsellik ile ilgili bilgiye rahatça ulaşabilmektedir. Torun ve ark. (2011)'nin çalışmasında bireylerin cinsellikle ilgili bilgiyi arkadaş çevresi, pornografik film-dergi, televizyon ve aileden edindiği bildirilmiştir.<sup>23</sup> Yine aynı çalışmada bireylerin pornografik yayınlardan aldıkları abartılı, yanlış ve eksik bilgilendirmelerin cinsel mite inanma düzeylerinde artışa yol açtığı saptanmıştır. Bouclaous ve ark. (2021)'nin çalışmalarında üniversite öğrencilerinin cinsel bilgi kaynağı olarak ilk olarak internetten yararlandığını daha sonra arkadaş çevresi, anne ve öğretmenlere danıştıklarını bulmuştur.<sup>24</sup> Mevcut çalışmada da öğrencilerin %70,00'i cinsellik ile ilgili bilgiyi internet yoluyla almıştır. Bu durumun avantajı bireylerin herhangi bir kısıtlama olmadan bilgiye ulaşması iken dezavantajı ise internet ortamında cinsellik ile ilgili yanlış, abartılı ve eksik bilgiye de ulaşmalarına neden olabilir.

Çalışmada CMÖ puan ortalaması  $57,48 \pm 15,31$  bulunmuştur. Örüklü ve ark. (2021)'nin çalışmalarında CMÖ puan ortalaması  $61,02 \pm 19,10$  olarak saptamışlardır.<sup>25</sup> Evcili ve Gölbaşı (2017)'nin Edebiyat ve İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinde öğrenim gören üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmalarında CMÖ puan ortalamalarını  $82,21 \pm 17,37$  olarak bulmuşlardır.<sup>6</sup> Cinsel mitlere inanma düzeyi çalışmada daha düşük olması katılımcıların yaş ortalamasından ve örneklemimizin sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören öğrencilerden oluşmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada öğrencilerin %71'i cinsellik ile ilgili bilgi aldığını ifade etmiştir. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencileri müfredatlarında cinsel sağlık üreme sağlığına ilişkin dersler görmektedir. Öz ve ark. (2021)'nin çalışmalarında cinsel sağlık dersinin hemşirelik öğrencilerinde cinsel mitleri azaltmada etkili olduğunu bulmuşlardır.<sup>26</sup> Çalışmada Evcili ve Gölbaşı (2017)'nin bulgularıyla uyumlu şekilde erkek öğrencilerin cinsel mitlere inanma durumları kadın öğrencilerden anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.<sup>6</sup> Yine aynı çalışmada akran eğitiminin üniversite öğrencilerinde cinsel mitleri azalttığı ve cinsel sağlık bilgi düzeylerini arttırdığını saptamışlardır. Karabulutlu ve Yılmaz (2018)'in çalışmalarında hemşirelik öğrencilerinin cinsel mitlere inanma düzeyinin yüksek olduğunu; erkek öğrencilerin kadın öğrencilere oranla cinsel mitlere inanma seviyelerinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Cinsel mitlere inanma cinsiyete göre değişiklik göstermektedir.<sup>27</sup>

Ogur ve ark. (2016) çalışmalarında öğrenim gördüğü sınıf düzeyi arttıkça öğrencilerin cinsel mitlere inanma düzeylerinin azaldığı saptamışlardır.<sup>7</sup> Bulgularımız bu çalışmadan farklı bir sonuca ulaşmıştır. Çalışmada 2. sınıf öğrencilerinin 3. sınıf öğrencilerine kıyasla cinsel mitlere inanma düzeyi daha düşük bulunmuştur. Aygün ve ark. (2017)'nin çalışmasında üniversite öğrencilerinde ebeveyn eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik düzey, yaş, okunan bölüm ve yaşanılan bölgenin cinsel mitlere ilişkin görüşleri üzerinde etkisi olmadığını saptamışlardır.<sup>12</sup> Mevcut çalışmada da benzer şekilde ebeveyn eğitim düzeyi, gelir düzeyi, okunan bölüm, yaşadıkları yer ve şu an kaldıkları yere göre yapılan analizlerde anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Araştırmamızda CMÖ ile KİNATÖ puanları arasında pearson korelasyon testi yapılmış olup iki ölçek puanı arasında güçlü düzeyde negatif yönde ( $r = -0,700$ ;  $p < 0,001$ ) anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sağlık ile ilgili bölümlerde eğitim gören öğrencilerin cinsel mitlere inanma düzeyi arttıkça kadına ilişkin namus anlayışı da olumsuz yönde etkilenmektedir. Ayrıca kişilerin çocukluktan itibaren toplum ve aile

içerisinde duyduğu ve öğrendiği cinsel mitler doğrultusunda kafasında bir namus kavramı şekillenmektedir. Mevcut çalışmada yapılan doğrusal regresyon analizi sonucunda kişilerin cinsel mitler inanma durumunun kadına ilişkin namus anlayışını %49 oranında öngörülmesini sağladığı saptanmıştır. Literatürde bulunan Vural ve Körpe (2018) ve Aktaş ve Külçü (2020)'nün sonuçları da çalışmamızı destekler niteliktedir.<sup>11,17</sup>

## **Sonuç ve Öneriler**

Çalışma sonucunda kadın öğrencilerin kadına yönelik cinsiyete yönelik namus algısı ve tutumlarının erkek öğrencilerden daha olumlu olduğu ve erkek öğrencilerde cinsel mitler inanmanın daha yaygın olduğu saptanmıştır. Bunun yanında kadın cinsiyetine yönelik namus algısı ve tutumları daha olumsuz olan kişilerde cinsel mitlere inanma daha yüksektir. Geleceğin sağlık profesyonelleri olacak öğrencilerin cinsel mitlerle ilgili doğru bilgiler ve inançlar kazanması için ilgili derslerde mitlere yönelik konulara yer verilmeli, mevcut öğretim yöntemleri ve ders içerikleri yeniden gözden geçirilmelidir. Ayrıca bu sonuçtan yola çıkarak özellikle sağlık ile ilgili bölümlerde eğitim gören üniversite öğrencilerinin cinsel mit ve namus algılarını daha detaylı ve derinlemesine ortaya çıkaracak, yaşanan coğrafya ve kültürel özelliklerin etkilerini gösterecek nicel ve nitel çalışmalar yapılması önerilebilir.

## **Kaynaklar**

1. Jagdish RK. (2022). Sexual dysfunctions and their treatment in liver diseases. *World Journal of Hepatology*, 14(8), 1530-1540.
2. Türk Dil Kurumu (TDK) 2022. Erişim tarihi: 01.01.2023, <https://sozluk.gov.tr>
3. Gürsoy E, Özkan HA. (2014). Türkiye'de üniversite öğrencilerinin kadına ilişkin "namus" algısı. *Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 5(3), 149-159.
4. Işık R, Uğurlu NS. (2009). Namusa ve namus adına kadına uygulanan şiddete ilişkin tutumlar ölçeklerinin öğrenci örneklemiyle geliştirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 12, 16-24.
5. Ebeoğlu M, Karacan E. (2019). Cinsellikle ilgili konularda iletişim ile evlilik öncesi cinselliğe yönelik tutum: Üniversite sınıf düzeyinin ve cinsiyetin rolü. *Ege Eğitim Dergisi*, 20(1), 1-19.



6. Evcili F, Gölbaşı Z. (2017). Sexual myths and sexual health knowledge levels of Turkish university students. *Sexuality & Culture*, 21(4), 976-990.
7. Ogur P, Utkualp N, Aydınoglu N. (2016). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin cinsellikle ilgili inanışları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 25(1), 13-21.
8. Müezzın EE, Üzül G, Yiğit C. (2023). Toplumda kadına yönelik namus algısının incelenmesi. *Sosyal ve Beşerî Bilimler Dergisi*, 15(1), 65-78.
9. Güneri SE. (2018). Üniversite öğrencilerinin kadına ilişkin namus anlayışı tutumları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(4), 258-266.
10. Resmi Gazete. (2011). Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Erişim tarihi: 10.03.2023 <https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.html>
11. Aktaş D, Külcü Polat D. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rolleri ile kadına ilişkin namus algıları arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği – Hukuku -Tarihi Dergisi*, 28(1), 1-9.
12. Aygın D, Açıl H, Yaman Ö, Çelik-Yılmaz A. (2017). Üniversitede okuyan kadın öğrencilerin cinsel mitler ile ilgili görüşleri. *Androloji Bülteni*, 19(2), 44–49.
13. Gürsoy E, Arslan H. (2011). Üniversite öğrencilerinde kadına ilişkin “namus” anlayışı tutum ölçeği (KINATÖ) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 21(3), 28-37.
14. Gölbaşı Z, Evcili F, Eroğlu K, Bircan H. (2016). Sexual myths scale (SMS): Development, validity and reliability in Turkey. *Sexuality and Disability*, 34(1), 75-87.
15. El-Solh CF, Mabro J. (2020). Introduction: Islam and Muslim women. In *Muslim Women's Choices*. Routledge, p. 1-32.
16. Kardam F. (2005). Türkiye’de namus cinayetlerinin dinamikleri: Eylem programı için öneriler sonuç raporu. Ankara: Koza.
17. Vural PI, Körpe G. (2018). Üniversite öğrencilerinin kadınlık-erkeklik ve kadınlara ilişkin namus anlayışı. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 2(3), 155-166.
18. Çağlayan MÇ, Topatan S. (2020). Erkek üniversite öğrencilerinin kadın algıları ve namusa ilişkin tutumları. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği – Hukuku -Tarihi Dergisi*, 28(1), 77-89.

19. Demirel G, Kaya Nurdan K, Ertkin Pınar Ş, Değerli B, Gökmen E. (2019). Üniversite öğrencilerinin kadına ilişkin namusa, şiddete ve cinsiyetçiliğe yönelik tutumları. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 6(3), 479-490.
20. Kızılırmak A, Çakıcı N. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin evlilik öncesi cinselliğe karşı tutumları ile kadına yönelik namus anlayışları arasındaki ilişki. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 9(2), 655-671.
21. Ergün G, Çakır C. (2015). Sağlık yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin cinsel sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranış özelliklerinin incelenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (2), 99-104.
22. Türkiye İstatistik Kurumu (2022). Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması. Erişim tarihi: 10.01.2023 [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2022-45587](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2022-45587)
23. Torun F, Torun SD, Özaydın AN. (2011). Erkeklerde cinsel mitlere inanma oranları ve mitlere inanmayı etkileyen faktörler. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 24(1), 24-31.
24. Bouclaous CH, Alrazim A, Chababi J, Jamaledine W, Nassar E, Maalouf A, ve ark. (2021). Association between sources of sexuality education, sexual beliefs and behaviours in Lebanese young adults: A university-based cross-sectional study. Sex Education, 21(1), 1-12.
25. Örüklü C, Dağcı DG, Çakmak S. (2021). Üniversite öğrencilerinin cinsel mitlere bakış açısı ve ilişkili faktörler. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 13, 71-87.
26. Öz HG, Yangın HB, Sözer GA. (2021). Cinsel sağlık dersinin hemşirelik öğrencilerinin cinsel mitleri üzerine etkisi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 30(6), 400-408.
27. Karabulutlu Ö, Yılmaz D. (2018). Üniversite öğrencilerinde cinsiyete göre cinsel mitler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 27(3), 155-164.

# EBELERİN İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLER YÖNÜNDEN MESLEKİ YETKİ ALGILARI

Elif Doğan<sup>1</sup>, Rukiye Duman<sup>1</sup>, Betül Uncu<sup>1</sup>, Nurten Kaya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

## ÖZ

**Giriş:** Ebelik mesleğinin gelişebilmesi için mesleki kimliğini ve felsefesini benimsemiş, yeterli bilgi ve beceri ile donanmış, yasal düzenlemelerle belirlenmiş görev, yetki ve sorumluluklarının bilincinde olan meslek üyelerine gereksinim vardır.

**Amaç:** Bu çalışma, ebelerin mesleki yetki algılarını ilişkili değişkenler yönünden inceleyerek, mevcut durumu ve bu durumun nedenlerini saptamak amacıyla yapıldı.

**Gereç-Yöntem:** Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipteki bu araştırmanın evreni Türkiye’de ebelik diplomasına sahip ve çalışan ebelerden, örnekleme ise gelişigüzel örnekleme yöntemiyle seçilen Türkiye’nin her bölgesinden 35-43 ebe olmak üzere toplam 278 ebeden oluştu. Veriler çevrimiçi platform Google Formlarda oluşturulan “Ebe Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Ebelik Mesleğinin Yetkileri ile İlgili Algı Ölçeği” kullanılarak toplandı.

**Bulgular:** Çalışmada yer alan ebelerin yaş ortalaması 32,94 (SD=7,55), mesleki deneyim ortalaması 10,95 (SD=7,89) yıldır. Ebelerin “Ebelik Mesleğinin Yetkileri ile İlgili Algı Ölçeği” alt boyutlarından ortalama “Destek ve Yönetim” 2,85 (SD=0,58), “Beceri” 3,66 (SD=0,55), “Kaynak” 3,01 (SD=0,58), toplamından ise 3,60 (SD=0,54) puan aldığı belirlendi. Ebelerin yaşı, mesleki deneyim süresi, çalıştığı birim, mesleği isteyerek seçme ve mesleğini isteyerek yapma, ebelik mesleğini kendine uygun bulma, ebelik mesleğini önerme, ebelikle ilgili bilimsel faaliyetleri takip etme, mesleki sorunlarını sosyal yaşantıya yansıtma, toplum tarafından mesleki saygı görme durumlarının Ebelik Mesleğinin Yetkileri ile İlgili Algı Ölçeği toplam veya alt boyut puanlarını etkilediği görüldü ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ).

**Sonuç:** Ebelerin mesleki yetkileri ile ilgili algıları güçlendirilerek kadın, yenidoğan, çocuk, toplum sağlığı ve refah düzeyi geliştirilebilir. Bu nedenle etkileyen faktörler dikkate alınarak ebelerin mesleki yetki algıları geliştirilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** ebeler, ebelik, mesleki yetki, ebelik mesleğinin yetkileri ile ilgili algı ölçeği

## MIDWIVES’ PERCEPTIONS OF EMPOWERMENT IN TERMS OF RELEVANT

## VARIABLES

## ABSTRACT

**Background:** To develop the profession of midwifery, there is a need for professional members who have adopted their professional identities and philosophy, are equipped with adequate knowledge and skills, and are aware of their duties, competencies, and responsibilities determined by legal regulations.

**Aim:** This study was conducted to reveal the current situation and the reasons for this situation by examining the perception of empowerment in midwifery in terms of relevant variables.

**Method:** The population of this descriptive and correlational study consisted of midwives with diplomas in midwifery and working in Turkey. Its sample included a total of 278 midwives, 35-43 midwives from each region of Turkey, who were randomly selected. The data were collected using the "Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale" and the "Descriptive Information Form for Midwives" created on the online platform.

**Results:** The mean age of the midwives participating in the study was 32.94 years (SD=7.55), and their mean professional experience was 10.95 years (SD=7.89). The mean scores obtained on the factors of the Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale (PEMS) were 2.85 (SD=0.58) for "Support and Management," 3.66 (SD=0.55) for "Skill," 3.01 (SD=0.58) for "Source," and 3.60 (SD=0.54) for the overall. It was observed that midwives' ages, durations of professional experience, the units they worked in, the status of choosing their profession willingly and practicing their profession willingly, finding the midwifery profession suitable for themselves, recommending the midwifery profession, following the scientific activities related to midwifery, reflecting their professional problems on their social life, and being professionally respected by society affected the total or factor scores of the PEMS ( $p<0.05$ ,  $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ).

**Conclusion:** Midwives' perceptions of empowerment in midwifery can be enhanced, and the health of women, newborns, children, and communities and welfare levels can be improved. Therefore, midwives' perceptions of empowerment in midwifery should be improved by considering the influential factors.

**Keywords:** midwives, midwifery, empowerment, perceptions of empowerment in midwifery scal

## Giriş

Maternal ve neonatal ölümler, ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösteren önemli bir sağlığı değerlendirme ölçütüdür. Bu nedenle anne ve bebek ölümlerini azaltmada kilit rol oynayan ebelerin, mesleklerinde yeterli olmaları gerekmektedir.<sup>1,2</sup> Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ: World Health Organisation-WHO) ve Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (International Confederation of Midwives-ICM) 2000'li yılların başında ebeler eğitimi reform çağrısında bulundu. Bu reformların merkezinde ebelerin eğitimi için yetkinlik temelli modellerin benimsenmesi yer almaktadır.<sup>3</sup>

DSÖ'ye göre ebelikte yetkinlik, ebelik uygulamalarının bilgi, tutum ve psikomotor unsurlarını yansıtan bir çerçevedir.<sup>4</sup> ICM'e göre ise yetkinlik; bilgi, beceri ve tutumların güvenli ve etkili bir şekilde uygulanmasıdır.<sup>5</sup> Mezuniyet sonrası yetkin olma, kanıtlara dayalı karar verme yeteneği, sezgi ve deneyim, teorik bilgi ve uygulama becerilerinin sentezidir.<sup>6</sup> ICM ebelik yetkinlik alanlarını; toplum sağlığı, gebelik, doğum, doğum sonu, yenidoğan, araştırma ve kadın, danışmanlık başlıkları altında belirtmiştir.<sup>7</sup>

Ebelikte yeterlilik ‘‘ebelik uygulamasında ve eğitiminde, doğru bilgi, yetenek, profesyonel davranış ve spesifik becerilerin bir arada olması’’ olarak tanımlanmaktadır. ICM'in ilk kez 2002 yılında geliştirdiği ebelikte çekirdek yeterlilik standartları ebelerin yeterliliğini ölçmek için önemli ve kapsamlı bir endekstir.<sup>8</sup> ‘‘Ebelik Uygulamaları İçin Temel Yeterlilikler’’ (1) genel yeterlilikler, (2) gebelik öncesi, gebelik ve antenatal, (3) doğum ve doğum sırasında bakım ve (4) kadın ve yenidoğan için sürekli bakım olmak üzere birbiriyle ilişkili dört kategoride, ICM tarafından düzenlenmiştir. Temel yeterliliklerin her birinin içinde bilgi ve beceri/davranışlar tanımlanmıştır.<sup>7</sup>

Ebelik mesleğinin gelişebilmesi için mesleki felsefeyi benimsemiş, yeterli bilgi ve beceri ile donanmış, yasal düzenlemelerle belirlenmiş görev, yetki ve sorumluluklarının bilincinde olan meslek üyelerine gereksinim vardır.<sup>9</sup> Türkiye’de ebelerin, mesleki uygulama, yetkinlik ve yeterliliklerine uygun alanlarda değil, ihtiyaç olan birimlerde çalıştırıldıkları görülmektedir. Ebelerin görev tanımları dışındaki alanlarda rol alması, ebelik bakımının yetersiz kalmasına neden olmakta ve ebelerin mesleklerinde yeterli ve yetkin olmasını, ebelik mesleğinin güçlenmesini ve profesyonelleşmesini engellemektedir.<sup>6</sup> Ebelerin yeterli ve yetkin oldukları alanlarda rol almasının ön koşulu bu konudaki farkındalıkları ve algılarıdır. Nitekim Koç ve Dolgun (2016) çalışmalarında ebelerin görev yetki ve sorumluluklarını bilme ve uygulamalarının orta düzeyde olduğunu belirtmişlerdir.<sup>10</sup> Ebelerin mesleki yetki algısını inceleyen çalışmaların, kök neden analizi yapılarak, artırılması gerekmektedir. Bu bağlamda çalışmada, ebelerde mesleki yetki algısını ilişkili değişkenler yönünden inceleyerek, mevcut durumu ve bu durumun nedenlerini saptamak hedeflenmektedir.

## **Gereç ve Yöntem**

**Araştırmanın Amacı ve Türü:** Bu çalışma ebelerin mesleki yetki algılarını, ilişkili değişkenler yönünden incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapıldı. Araştırma soruları aşağıda yer almaktadır:

- Ebelerin mesleki yetki algıları nedir?
- Ebelerin mesleki yetki algılarını etkileyen faktörler nelerdir?

**Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi:** WHO verilerine göre Türkiye’de 55.972 ebe görev yapmaktadır. Araştırmanın evrenini ebelik diplomasına sahip, çalışan ebeler oluşturdu. Evreni bilinen örneklem hesabına göre  $p=0,05$ , %90 güç ve %5 hata payı ile en az 270 ebeye ulaşılması gerekmektedir. Bu çalışma, Türkiye’nin her bölgesinden 35-43 ebe olmak üzere toplam 278 ebe ile yapıldı. Veriler, Aralık 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında çevrimiçi platform Google Anketler aracılığıyla gelişigüzel örnekleme yöntemiyle toplandı. Araştırmaya dahil edilme kriterleri ebelik diplomasına sahip olan, klinik deneyimi en az 3 yıl olan, internet erişimi ve kullanım bilgisi olan ebeler; araştırmadan dışlanma kriterleri ise ebelik bölümü dışında eğitim almış olup ICM’in tanımladığı ebelerin yeterlilik alanlarında çalışan sağlık ekibi üyeleri ve yabancı uyruklu ebeler olarak belirlendi.

## **Veri Toplama Araçları**

**Ebe Tanıtıcı Bilgi Formu:** Bu form literatür doğrultusunda hazırlanmış olup katılımcıların sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin soruları içermektedir. <sup>6, 11- 12</sup>

**Ebelik Mesleğinin Yetkileri ile İlgili Algı Ölçeği (The Perceptions Empowerment in Midwifery Scale):** Ölçek Matthews ve ark. (2009) tarafından geliştirilmiş olup (22 madde), Türkçe şeklinin geçerlik güvenirliği Murat Öztürk ve ark. (2018) tarafından yapılmıştır. <sup>13,14</sup> Ölçeğin Türkçe Versiyonu cevap seçenekleri beşli likert olan 19 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte “Destek ve Yönetim”, “Beceri” ve “Kaynak” olmak üzere üç alt boyut bulunmaktadır. “Destek ve Yönetim” alt boyutu ebelerin idari yetkileri, “Beceri” alt boyutu ebelerin bilgi, görev ve sorumlulukları, “Kaynak” alt boyutu kaynaklara erişim ve yeterli kaynakların sağlanması ile ilişkili ifadeleri içermektedir. Ölçeğin toplam ve alt boyut puanları, ilgili bölümün toplamının madde sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir ve bu nedenle potansiyel dağılım 1-5 arasındadır. Puanların yüksekliği ebelik mesleği yetki algısının arttığına işaret etmektedir.

### **Araştırma Süreci**

Türkiye'nin yedi bölgesinde aktif çalışan ebelere ulaşılması amacıyla her bölgeden ebelere ulaşılarak çalışmaya davet edildi. Çalışmaya katılmayı sözel olarak kabul eden ebelere Google Anketler aracılığı ile anket formu gönderildi. Ayrıca anket formunda yer alan “Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum” seçeneğini işaretleyen ebeler, veri toplama araçlarını doldurabildi.

### **Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yürütülmesi için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 06.12.2022 tarihli ve 567991 sayılı izin alındı. Ayrıca katılımcılara kimlik bilgilerinin gizli tutulacağına ve bilgilerin yalnızca bu çalışma için kullanılacağına dair bilgilendirilmiş gönüllü onam formu iletildi. Ebelik Mesleğinin Yetkileri ile İlgili Algı Ölçeğinin sorumlu yazarından, bu çalışmada kullanılması konusunda izin alındı.

### **Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi**

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Version 25.0 paket programı kullanıldı. Sürekli değişkenler aritmetik ortalama ( $\bar{x}$ ), standart sapma (SS), minimum, maksimum, ortanca; kategorik değişkenler ise sayı (n) ve yüzde (%) ile gösterildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğuna skewness ve kurtosis değerlerine bakılarak karar verildi. İkili gruplar arası karşılaştırma yapılan parametrik sürekli değişkenler için Bağımsız Gruplarda T Testi; nonparametrik sürekli değişkenler için ise Mann – Whitney U Testi uygulandı. Üç ve daha fazla gruplar arasında karşılaştırma yapılan parametrik sürekli değişkenler için tek-yönlü ANOVA ve ileri düzey analizde Bonferroni düzeltmesi; nonparametrik sürekli değişkenler için ise Kruskal-Wallis testi ve ileri düzey analizde Bonferroni Adjusted Mann-Whitney düzeltmesi yapıldı. Parametrik veriler ile ordinal değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson korelasyon; nonparametrik veriler ile ordinal değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Spearman's rho korelasyon tekniği kullanıldı. Yapılan tüm analizlerde anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  kabul edildi.

### **Bulgular**

Ebelerin, Ebelik Mesleğinin Yetkileri İle İlgili Algı Ölçeği (EMYÖ)'nin toplamından ortalama 3,60 (SD=0,54), “Destek ve Yönetim” alt boyutundan ortalama 2,85 (SD=0,58), “Beceri” alt boyutundan ortalama 3,66 (SD=0,55), “Kaynak” alt boyutundan ortalama 3,01 (SD=3,58) puan aldığı belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1: Ebelerin ebelikte yetki algıları ölçeği alınan puanların dağılımı(n=278)

| Ebelikte Yetki Algıları Ölçeği ve Altboyutları | Minimum | Maximum | Median | X±SS      |
|--|---------|---------|--------|-----------|
| Destek ve Yönetim                              | 1,67    | 4,17    | 2,83   | 2,85±0,58 |
| Beceri   | 1,83    | 4,83    | 3,66   | 3,66±0,55 |
| Kaynak   | 1,57    | 4,29    | 3,00   | 3,01±0,58 |
| <b>TOPLAM</b>                                  | 2,21    | 4,79    | 3,55   | 3,60±0,54 |

Tablo 2. Ebelerin bireysel ve mesleki özelliklerine göre ebelerde yetki algıları ölçeği puanlarının karşılaştırılması (n=278)

| Ebelerin Bireysel ve Mesleki Özellikleri                   | n                     | %    | Destek ve Yönetim X±SS    | Beceri X±SS               | Kaynak X±SS               | Toplam X±SS               |
|--|-----------------------|------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| <b>Yaş grupları (yıl)</b>                                  |                       |      |                           |                           |                           |                           |
| 20-29 (a)  | 102                   | 36,7 | 3,03±0,54 (a>b,c)         | 3,75±0,55                 | 3,04±0,57                 | 3,70±0,52 (a>b)           |
| 30-39 (b)  | 116                   | 41,7 | 2,78±0,59 (b<a)           | 3,61±0,53                 | 2,96±0,59                 | 3,52±0,55 (b<a)           |
| 40 ve ↑ (c)  | 60                    | 21,6 | 2,70±0,55 (c<a)           | 3,60±0,59                 | 3,05±0,58                 | 3,55±0,55                 |
|  |                       |      | <b>x=14.962; p=0.001</b>  | x=4.363; p=0.113          | F=0.723; p=0.486          | <b>F=3.278; p=0.039</b>   |
| Yaş (X±SS)<br>(Min.-Max.)                                  | 32,94±7,55<br>(20-54) |      | <b>r=-0.225; p=0.000</b>  | <b>r=-0.139; p=0.020</b>  | r=-0.004; p=0.945         | <b>r=-0.127; p=0.035</b>  |
| <b>Mesleki deneyim (yıl)</b>                               |                       |      |                           |                           |                           |                           |
| 3-9 (a)  | 157                   | 56,5 | 2,95±0,57 (a>c)           | 3,70±0,52                 | 3,01±0,56                 | 3,64±0,52                 |
| 10-16 (b)  | 66                    | 27,3 | 2,77±0,60                 | 3,58±0,59                 | 2,97±0,64                 | 3,53±0,59                 |
| 17 ve ↑ (c)  | 55                    | 19,8 | 2,70±0,54 (c<a)           | 3,61±0,59                 | 3,05±0,56                 | 3,55±0,54                 |
|  |                       |      | <b>F=4,665; p=0.010</b>   | F=1.321; p=0.268          | F=0.301; p=0.740          | x=1.526; p=0.466          |
| <b>Mesleki deneyim (X±SS)<br/>(Min.-Max.)</b>              | 10,95±7,89<br>(3-33)  |      | <b>r=-0.225; p=0.000</b>  | r=-0.113; p=0.060         | r=-0.015; p=0.809         | r=-0.104; p=0.082         |
| <b>Şu an Çalıştığı Birim</b>                               |                       |      |                           |                           |                           |                           |
| Doğumhane (a)  | 96                    | 34,5 | 2,98±0,56                 | 3,82±0,49 (a>d,e,g)       | 3,10±0,49                 | 3,73±0,47                 |
| Kadın- doğum servisi (b)                                   | 29                    | 10,4 | 2,76±0,54                 | 3,71±0,45                 | 3,02±0,57                 | 3,59±0,52                 |
| Bebek odası (c)  | 12                    | 4,3  | 2,80±0,64                 | 3,80±0,55                 | 3,01±0,52                 | 3,67±0,60                 |
| Yenidoğan Yoğun Bakım (d)                                  | 8                     | 2,9  | 2,64±0,40                 | 3,14±0,49 (d<a)           | 2,58±0,52                 | 3,18±0,38                 |
| Aile Sağlığı Merkezir (e)                                  | 38                    | 13,7 | 2,88±0,52                 | 3,48±0,53 (e<a)           | 2,85±0,63                 | 3,46±0,55                 |
| Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği (f)                    | 31                    | 11,2 | 2,84±0,66                 | 3,67±0,53                 | 3,09±0,61                 | 3,63±0,56                 |
| Ebelik Alanı Dışında (g)                                   | 64                    | 23,0 | 2,73±0,61                 | 3,53±0,63 (g<a)           | 2,97±0,65                 | 3,49±0,59                 |
|  |                       |      | x=9.905; p=0.129          | <b>x=22.371; p=0.001</b>  | F=1.712; p=0.118          | F=2.682; p=0.015          |
| <b>Mesleği İsteyerek Seçme Durumu</b>                      |                       |      |                           |                           |                           |                           |
| Evet   | 175                   | 62,9 | 2,98±0,48                 | 3,79±0,50                 | 3,17±0,53                 | 3,75±0,48                 |
| Hayır  | 103                   | 37,1 | 2,64±0,54                 | 3,43±0,57                 | 2,73±0,55                 | 3,34±0,54                 |
|  |                       |      | <b>Zr=-4.864; p=0.000</b> | <b>Zr=-4.987; p=0.000</b> | <b>Zr=-5.813; p=0.000</b> | <b>Zr=-5.742; p=0.000</b> |
| <b>Mesleğini Severek Yapma</b>                             |                       |      |                           |                           |                           |                           |
| Evet   | 215                   | 77,3 | 2,93±0,52                 | 3,74±0,53                 | 3,08±0,57                 | 3,68±0,52                 |
| Hayır  | 63                    | 22,7 | 2,61±0,52                 | 3,38±0,56                 | 2,75±0,52                 | 3,30±0,50                 |
|  |                       |      | <b>Zr=-3.599; p=0.000</b> | <b>Zr=-4.820; p=0.000</b> | <b>Zr=-3.912; p=0.000</b> | <b>t=5.057; p=0.000</b>   |
| <b>Ebelik Mesleğini Kendine Uygun Bulma</b>                |                       |      |                           |                           |                           |                           |
| Evet   | 242                   | 87,1 | 2,89±0,58                 | 3,71±0,52                 | 3,07±0,55                 | 3,66±0,51                 |
| Hayır  | 36                    | 12,9 | 2,59±0,49                 | 3,26±0,59                 | 2,59±0,58                 | 3,18±0,55                 |
|  |                       |      | <b>Zr=-2.876; p=0.004</b> | <b>Zr=-4.250; p=0.000</b> | <b>Zr=-4.396; p=0.000</b> | <b>Zr=-4.381; p=0.000</b> |
| <b>Ebelik Mesleğini Önerme</b>                             |                       |      |                           |                           |                           |                           |
| Evet   | 201                   | 72,3 | 2,98±0,57                 | 3,78±0,49                 | 3,15±0,54                 | 3,73±0,50                 |
| Hayır  | 77                    | 27,7 | 2,53±0,47                 | 3,34±0,58                 | 2,64±0,50                 | 3,24±0,49                 |
|  |                       |      | <b>Zr=-5.825; p=0.000</b> | <b>Zr=-5.613; p=0.000</b> | <b>Zr=-6.480; p=0.000</b> | <b>Zr=-6.449; p=0.000</b> |
| <b>Ebelik ile İlgili Bilimsel Faaliyetlerin Takip Etme</b> |                       |      |                           |                           |                           |                           |
| Evet   | 212                   | 76,3 | 2,93±0,58                 | 3,70±0,53                 | 3,07±0,57                 | 3,67±0,53                 |
| Hayır  | 66                    | 23,7 | 2,62±0,52                 | 3,50±0,59                 | 2,79±0,56                 | 3,36±0,52                 |
|  |                       |      | <b>Zr=-3.545; p=0.000</b> | <b>Zr=-2.418; p=0.016</b> | <b>t=3,567; p=0.000</b>   | <b>t=4.200; p=0.000</b>   |

| <b>Mesleki Sorunların Sosyal Hayata Yansıtma</b> |     |      |                          |                          |                           |                           |
|--|-----|------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Evet   | 112 | 40,3 | 2,73±0,55                | 3,50±0,57                | 2,86±0,58                 | 3,44±0,55                 |
| Hayır  | 166 | 59,7 | 2,94±0,59                | 3,76±0,52                | 3,11±0,56                 | 3,70±0,51                 |
|  |     |      | <b>Z=-3.137; p=0.002</b> | <b>Z=-3.954; p=0.000</b> | <b>t =-3.605; p=0.000</b> | <b>t =-3.945; p=0.000</b> |
| <b>Toplum Tarafından Mesleki Saygı Görmek</b>    |     |      |                          |                          |                           |                           |
| Evet   | 148 | 53,2 | 3,01±0,58                | 3,83±0,48                | 3,22±0,55                 | 3,79±0,50                 |
| Hayır  | 130 | 46,8 | 2,68±0,53                | 3,46±0,57                | 2,76±0,51                 | 3,38±0,51                 |
|  |     |      | <b>Z=-4.711; p=0.000</b> | <b>Z=-5.460; p=0.000</b> | <b>Z=-6.681; p=0.000</b>  | <b>t =6.647; p=0.000</b>  |

§ Kruskal Wallis Test and Bonferoni Adjusted Mann-Whitney in further analysis; ¶ One-way analysis of variance (Anova) and Posthoc Bonferroni; ¶ Independent Samples Test; æ Mann-Whitney U; rs: Spearman's correlation

Ebelerin bireysel ve mesleki özellikleri ve bu özelliklere göre EMYÖ toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 2’de görülmektedir. Buna göre ebelerin yaşı, mesleki deneyim süresi, çalıştığı birim, mesleği isteyerek seçme ve mesleğini isteyerek yapma, ebelik mesleğini kendine uygun bulma, ebelik mesleğini önerme, ebelle ilgili bilimsel faaliyetleri takip etme, mesleki sorunlarını sosyal yaşantıya yansıtma, toplum tarafından mesleki saygı görme durumlarının EMYÖ toplam veya alt boyut puanlarını etkilediği görüldü ( $p < 0.05$ ,  $p < 0.01$ ,  $p < 0.001$ ).

Tablo 2’de yer almayan “şu an çalışılan birimdeki deneyim yılı” (3 – 10 yıl çalışanlar  $n=180$ , %64,7), “öğrenim düzeyi” (lisans mezunu olanlar  $n=189$ , %68), “çalıştığı bölge” (İç Anadolu  $n=38$ , %13,7; Doğu Anadolu  $n=39$ , %14; Karadeniz  $n=35$ , %12,6; Güneydoğu Anadolu  $n=39$ , %14; Ege  $n=45$ , %16,2; Marmara  $n=43$ , %15,5; Akdeniz  $n=39$ , %14) ve “ebelle ilgili derneklere üyelik” (üyeliği olmayanlar  $n=208$ , %74,8) değişkenleri incelendi, ancak bu değişkenlere göre EMYÖ alt boyut ve toplam puanlarında farklılık saptanmadı ( $p > 0.05$ ).

## Tartışma

Ölçeğin geliştirilme çalışmasında katılımcıların “kadın merkezli uygulama” alt boyutundan ortalama 2.07 (SD = 0.563), etkili yönetim alt boyutundan ortalama 2.58 (SD = 0.786) ve özerk/otonom uygulama alt boyutundan ortalama 2,55 (SD = 0,684) puan aldıkları belirtildi.<sup>13</sup> 2015 yılında Yeni Zelanda’daki bir grup ebe üzerinde ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği tekrar çalışıldı ve dört alt boyutlu bir yapı elde edildi. Bu alt boyutlar özerklik/güçlendirme (autonomy/empowerment), yönetici desteği (manager support), mesleki tanınma (professional recognition), beceriler ve kaynaklar (skills and resources) olarak isimlendirildi ve katılımcıların sırası ile ortalama 3.99 (SD=0.67), 3.48 (SD=0.97), 3.86 (SD=0.66), 4.15 (SD=0.55) puan aldıkları bildirildi.<sup>15</sup> Lukasse ve Pajalic (2016), Norveçteki ebelerin yetki algısını inceledikleri çalışmada, destekleyici yönetim (supportive management) alt boyutundan 3.72 (SD=0.72), özerk/otonom profesyonel rol (autonomous professional role) alt boyutundan 4.00 (SD=0.47), uygulamada yeterlilik (equipped for practice) alt boyutundan 4.50 (0.46) ortalama puanları alındığı saptandı.<sup>16</sup> Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışmasında katılımcıların “Destek ve Yönetim” alt boyutundan ortalama 3,42 (SD=0,57), “Beceri” alt boyutundan ortalama 4,05 (SD=0,91), “Kaynak” alt boyutundan ortalama 3,30 (SD=0,51) puan aldığı belirlendi.<sup>14</sup> Ölçeğin Farsça versiyonunda katılımcıların alt boyutlardan ortalama olarak Destek ve Yönetimde 3.51 (SD=0.54), Beceride 4.10 (SD=0.44), Kaynakta 3.70 (SD=0.47) puan aldığı belirlendi.<sup>17</sup> Bu araştırma kapsamındaki ebelerin ortalama olarak “Destek ve Yönetim” alt boyutundan 2,85 (SD=0,58), “Beceri” alt boyutundan ortalama 3,66 (SD=0,55), “Kaynak” alt boyutundan ortalama 3,01 (SD=0,58) ve ölçeğin genelinden 3,60 (SD=0,54) puan aldığı saptandı. Ölçeğin ilk geliştirilme çalışması 2009’da yayınlanmasına karşın araştırma verilerinin 2005 yılında toplandığı belirtilmektedir. Tüm bu verilere dayanarak ebelerin mesleki yetki algısının ulusal ve uluslararası alanda yıl içinde arttığı söylenebilir.

Çalışmada ebelerin yaş ortalaması  $32,94 \pm 7,55$  olarak hesaplandı. Elde ettiğimiz bulgulara göre “Destek ve Yönetim”, “Beceri” alt boyutları ve toplam ölçek puanı ile yaş arasında negatif yönde korelasyon mevcuttur. Bu sonuç ebelerin yaşı arttıkça EMYÖ puanlarının düştüğüne işaret etmektedir. Tallam ve ark. (2022)’in çalışmasında ebelerin yaşının yeterlilik düzeylerini etkilemediği bulunmasına



karşın, Tanzania’ da yapılan bir araştırmada yaş arttıkça mesleki yeterlilik algısının yükseldiği belirlendi.<sup>18,19</sup> Yaş ile mesleki yetki algısı arasındaki bu değişken literatür verisine rağmen şimdiki çalışmada gençlerin mesleki yetki algısının yüksek olması, mesleki yetki konusundaki bilgilerinin güncel olması ile ilişkili olabileceğini düşündürdü. Bununla birlikte elde edilen sonucun, yakın zamana kadar ülkemizde ebelik literatürünün sınırlı olması nedeni ile hemşirelik bilgisinin ebelere temel bilgi olarak verildiği ve ebeliğe özgü yetkilerin yeterince vurgulanmadığı ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Çalışmaya katılan ebelerin ortalama mesleki deneyim süresi 10,95 (SD=7,89) yıldır. Çalışmada mesleki deneyim süresi arttıkça “Destek ve Yönetim” alt boyutu puanında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma görüldü ( $p<0.01$ ) ve ebelerin mesleki deneyim süresinin EMYÖ’nün diğer alt boyut ve toplam puanlarını etkilemediği saptandı ( $p>0.05$ ). Lukasse ve Pajalic (2016) çalışmalarında 20 yıl üzeri çalışan ebelerin ölçeğin her bir alt boyutundan anlamlı olarak daha yüksek puan aldıklarını saptadı.<sup>16</sup> Netshisaulu & Maputle (2018) çalışmalarında mesleki deneyimi az olan ebelerin ebelik mesleğine ilişkin yetkinliklerinin yetersiz olduğunu bildirdi.<sup>20</sup> Huang ve ark. (2020) çalışmalarında mesleki deneyimin arttıkça ebelerin mesleki yetki algılarının yükseldiğini buldu.<sup>21</sup> Kenya’ da yapılan bir çalışmada ebelerin çalışma sürelerinin yeterlilik düzeylerini etkilemediği saptandı.<sup>18</sup> Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise ebelerin mesleki deneyimlerinin artması yetki ve sorumluluklarını bilme düzeyini olumsuz yönde etkilediği görüldü.<sup>10</sup> Ulusal ve uluslararası literatür verileri karşılaştırıldığında, gelişmiş ülkelerin aksine ülkemizde mesleki deneyim süresinin ebelerin yetki algısını olumsuz etkilediğini, bu çalışma sonuçlarına göre de sadece destek ve yönetim algısını genç ebelerin lehine etkilediğini söylemek mümkündür. Yaş ve ebelerin yetki algısı ilişkisi verisinde olduğu gibi elde edilen bu veriyi, ebeliğe özgü yetkinliğin son yıllarda vurgulayıcı ve ebelik literatürü doğrultusunda tartışıldığı yorumu ile açıklamak mümkün görünmektedir. Nitekim ebelerin yaşı ve mesleki deneyim süresi birbiri ile doğrudan ilişkili değişkenlerdir.

Çalışmaya katılan ebelerin önemli çoğunluğu doğumhanede (%34,5) görev yapmaktadır. Doğumhanede çalışan ebelerin “Beceri” alt boyutu puanları yenidoğan yoğun bakım ünitesinde, aile sağlığı merkezinde veya ebelik alanı dışında çalışan ebelerden istatistiksel anlamlılıkla daha yüksek bulundu. Avustralya, Yeni Zelanda ve İsveç’teki 2585 ebenin dahil edildiği bir çalışmaya göre; birinci basamak sağlık hizmetleri odaklı sağlık sisteminde görev yapıyor olmak ve doğumun normal olduğu bir kültürde görev sürdürmek ebelerin profesyonellik ve yetki algılarını güçlendirmektedir.<sup>22</sup> Türkiye’de yapılan bir çalışmada da çalıştıkları birimde ebe olarak görev yapmaları mesleki yetki ve sorumluluklarını bilme düzeyini arttırmaktadır.<sup>10</sup> Ebelerin öz yetkinlik algılarını etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada ise ebeler en çok intrapartum bakım için yetkin olduklarını; en az operatif vajinal doğumda yetkin olduklarını ifade etmişlerdir.<sup>21</sup> İncelenen bu çalışma verileri ve literatür bilgisinin aksine bir çalışmada yıllık doğum sayısı <2500 olan birimlerde çalışan ebelerin, destekleyici yönetim, özerk/otonom profesyonel rol, uygulamada yeterlilik alt boyutlarından, doğum sayısı  $\geq 2500$  olan birimlerde çalışan ebelerden daha yüksek puan aldığı bildirildi.<sup>16</sup> Ebelerin çalıştıkları birimin yetkinlik algısını etkilememesi, beklenen bir sonuç olmasına karşın ulusal ve uluslararası literatürde anlamlı sonuçların bulunduğu görüldü. Bu ilişkinin açıklanabilmesi için derinlemesine görüşmelere dayalı çalışmalara gereksinim olduğu düşünüldü.

Bu çalışma kapsamındaki ebelerin %62,9’unun mesleği isteyerek seçtiği, %77,3’ünün mesleğini isteyerek yaptığı, %87,1’inin mesleği kendine uygun bulduğu ve %72,3’ünün ebeliği başkalarına da önerdiği belirlendi. Mesleği isteyerek seçen ve yapan, kendine uygun bulan ve başkalarına öneren ebelerin EMYÖ toplam ve tüm alt boyut puanları bu değişkenlere hayır yanıtını veren gruptan yüksek bulundu. Bir çalışmada mesleğini severek yapan ve çalıştığı birimden memnun olan ebelerin profesyonel tutumlarının daha yüksek olduğu bildirildi.<sup>23</sup> Yeni Zelanda’da yapılan bir çalışmada ise mesleği bırakmayı düşünen ebelerin kendilerini profesyonel olarak görmedikleri ifade edildi.<sup>15</sup> Yeni mezun hemşirelerin mesleki yetki durumlarını etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada ise; hemşirelik mesleğinden memnun olanların mesleki yetki seviyesi oldukça yüksektir.<sup>24</sup> Ayrıca bu

çalışmada ebelerin %76,3'ü ebelle ilgili bilimsel faaliyetleri takip etmektedir ve bilimsel faaliyetleri takip eden ebelerin mesleki yetki algıları istatistiksel anlamlılık ile daha yüksek bulundu. Wang ve ark. (2022)'a göre ebelle ilgili bilimsel çalışmalarda yer almak mesleki yeterliliği olumlu yönde etkilemektedir.<sup>25</sup> Benzer şekilde diğer bir çalışmaya göre mesleki bilimsel faaliyetleri takip eden ve mesleki derneklere üye olan ebelerin profesyonel değerleri daha yüksektir.<sup>23</sup> Mesleğe aidiyet ve o mesleğin etik değerlerinin benimsenmesi, doğru mesleki bilgiye ulaşma ve geliştirmenin, ideal uygulamalar yapmanın ilk koşuludur. Dolayısı ile elde edilen sonuçlar beklenen doğrultudadır ve memnuniyet vericidir.

Bu çalışma kapsamındaki ebelerin %59,7'sinin mesleki sorunlarını sosyal yaşantılarına yansıtmadığı ve bu grubun EMYÖ toplam ve alt boyut puanlarının yansıtan gruba göre anlamlı olarak yüksek, dolayısı ile mesleki yetki algısının olumlu olduğu görüldü. Elde edilen bu veriyi bireysel baş etmenin bir sonucu olarak açıklamak mümkün görünmekle birlikte ayrıntılı incelenmesi gereken bir konu olduğu düşünüldü.

Bu çalışmada toplum tarafından saygı gördüğünü ifade eden ebelerin (%53.2) mesleki yetki algısı yüksek bulundu. Koç ve Dolgun (2016) çalışmalarında mesleki doyum arttıkça ebelerin yetki ve sorumluluklarını bilme düzeylerinin arttığını saptadı.<sup>10</sup> Ebelerle yapılan derinlemesine görüşmelerde, ebelerin hizmet verdikleri bireylerin optimal bakıma yapmış oldukları katkı, çevreden gördükleri saygı ve desteğin verdikleri hizmetin mükemmelliğine katkı sağlayacağı sonucuna varılmıştır.<sup>26</sup> Sonuç olarak toplum tarafından saygı görmek, ebelerin mesleğe bakış açılarını ve mesleki doyumlarını olumlu etkilemektedir. Bu çalışmanın verileri, literatür bilgisi kapsamında, beklenen bir sonuçtur.

Bu çalışmada mesleki öğrenim durumunun mesleki yetki algılarını etkilemediği saptandı. Oysa literatürde mesleki eğitim düzeyinin mesleki yetki algısını etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır.<sup>10,19, 21</sup> 12 hastaneden 890 ebe ve hemşirenin dahil edildiği ve meslek yeterliliği etkileyen faktörlerin incelendiğinde bir çalışmada yüksek eğitim seviyesinin mesleki yeterliliği pozitif yönde etkilediği belirtilmektedir.<sup>25</sup> Yeni Zelanda'da mezun ebelerle yapılan çalışma sonucunda ebelle ilgili bilgi ve uygulama becerilerini öğrenmenin yanı sıra yönetim becerilerinin, güven oluşturma stratejilerinin ve sürekli desteğin kazanılmasının meslek yeterliliği için önemli olduğu sonucuna varılmıştır.<sup>27</sup> Sonuç olarak mesleki öğrenim düzeyi yetki algısını etkileyebilecek bir özelliktir. Bu çalışmada beklenen sonucun elde edilememesi, örneklemin gelişigüzel örnekleme yöntemiyle seçilmesi nedeni ile örnekleme bağlı bir durum olarak açıklanabileceği düşünüldü.

## **Sonuç ve Öneriler**

Bu çalışmanın bulgularına göre ebelerin yaşı, mesleki deneyimi, çalışılan birim, mesleği isteyerek yapma, mesleği isteyerek seçme, mesleği kendine uygun bulma, mesleği başkalarına önerme, bilimsel faaliyetleri takip etme, mesleki sorunları sosyal yaşantıya yansıtma ve mesleki saygı görme faktörleri ebelle ilgili mesleki yetki algısını etkilemektedir. Ebelle ilgili 2014 yılında ülkemizde yapılan yasal düzenlemeler ile hemşirelik mesleğinden ayrılarak görev ve yetkileri belirlenmiştir (Resmi Gazete, 2014). Bu tarih dikkate alındığında, çalışmanın sonuçları, ilgili literatür ve uygulama alanındaki durum dikkate alınarak geliştirilen sorulara beklenen yanıtları oluşturmuştur. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Ebelerin bulunduğu sağlık bakımı kurumlarında ebelle ilgili yetkinlik alanlarına özgü eğitimlerin verilmesi ve ebelerin yetkin oldukları alanlarda güçlendirilmesi,
- Yetkinlik eğitimlerinin planlanmasında mezuniyet yılı 2014 öncesi olan ve deneyim süresi fazla ebelerin dikkate alınması,
- Ebelerin mesleki sorunlarının saptanması, baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi ve bu sorunlarının sosyal yaşantılarına etkilerinin belirlenmesi,

- Ebelerin yetkinlik ve yeterlilik algıları konusunda kalitatif çalışmalar yapılarak sorunlu alanları belirleme konusunda yapılan çalışmalara katkı sağlanması ve bu konuda çözüm seçeneklerinin geliştirilmesi önerilebilir.

## Kaynaklar

1. Ozimek, J. A., & Kilpatrick, S. J. (2018). Maternal Mortality in the Twenty-First Century. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 45(2), 175–186. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.01.004>
2. Risnah, Amiruddin, R., Mustamin, Irwan, M., Mukhtar, M., Nurhidayah, Gani, N. F., Hadrayani, E., Muthahharah, & Yustilawati, E. (2021). Increasing midwifery capability on maternal health service. *Gaceta sanitaria*, 35 Suppl 2, S519–S523. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.084>
3. Nyoni, C. N., & Botma, Y. (2019). Implementing a competency-based midwifery programme in Lesotho: A gap analysis. *Nurse education in practice*, 34, 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.11.005>
4. World Health Organization (WHO). (2001). Regional Office for Europe. Nurses and Midwives for Health, WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education Section 1-8 Guidelines for Member States on The Implementation of The Strategy, Copenhagen, 8-9. 2001.
5. International Confederation of Midwives (ICM). (2015). Strengthening Midwifery Globally. Midwifery Services Framework Guidelines for Developing SRMNAH services by Midwives. Field-Test Version.
6. Çolak, M.B., & Can, H.Ö. (2021). Ebelikte yeterlilik, yetkinlik ve teknoloji kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*, 6(2), 340-9.
7. International Confederation of Midwives (ICM). (2019). The International Confederation of Midwives (ICM) Essential Competencies for Midwifery Practice Framework 2019.
8. Li, S., Dai, Y., Chen, Y., Gao, Y. & Pan, C. (2020). Midwifery Core Competency Assessment Tool: A Systematic Review Protocol. PREPRINT (Version 1) available at Research Square. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-53318/v1>
9. Özdelikara, A., Boğa, N. M., & Alkan, S. A. (2016). Hemşirelik öğrencilerinde mesleki örgütlenme tutumunun belirlenmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 2(3), 58-70.

10. Koç, E. & Dolgun, G. (2016). Ebelerin Görev Yetki ve Sorumluluklarını Algılamaları İle İş Doyumu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi . *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* , 3 (1) , 23-30 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/hsp/issue/25147/265533>
11. Emami Zeydi A, Ghazanfari MJ, Azizi E, Darvishi-Khezri H, Mortazavi H, Osuji J, Karkhah S. Clinical competence of Iranian nurses: A systematic review and meta-analysis. *J Educ Health Promot.* 2022 Mar 23;11:102. doi: 10.4103/jehp.jehp\_352\_21. PMID: 35573626; PMCID: PMC9093629.
12. Gökdoğan Keleş, M. & Altinkaya, S. (2022). Ebelerin Yetkileri Hakkında Görüşleri; Nitel Bir Çalışma . *Sağlık Bilimleri Dergisi* , 31 (2) , 145-151 . DOI: 10.34108/eujhs.915118
13. Matthews, A., Scott, P. A., & Gallagher, P. (2009). The development and psychometric evaluation of the Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale. *Midwifery*, 25(3), 327-335.
14. Murat Öztürk, D, Saymer, F , Bayar, A . (2018). Ebelik Mesleğinin Yetkileri ile İlgili Algı Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7 (1), 28-34. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/gumussagbil/issue/36260/375087>
15. Pallant, J. F., Dixon, L., Sidebotham, M., & Fenwick, J. (2015). Further validation of the Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale. *Midwifery*, 31(10), 941–945. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.05.008>
16. Lukasse, M., & Pajalic, Z. (2016). Norwegian midwives' perceptions of empowerment. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 58-64.
17. Hajiesmaello, M., Kariman, N., Sharif Nia, H., Ozgoli, G., Hajian, S., Bazzazian, S., & Mokhtarian-Gilani, T. (2020). The translation and psychometric assessment of the perception of empowerment in midwifery scale: the Persian version. *BMC health services research*, 20, 1-9.
18. Tallam EC, Kaura D, Mash R. Self-perceived competency of midwives in Kenya: A descriptive cross-sectional study. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2022 Dec 14;14(1):e1-e9. doi: 10.4102/phcfm.v14i1.3477. PMID: 36546487; PMCID: PMC9772721.
19. Tarimo, E. A. M., Moyo, G., Masenga, H., Magesa, P., & Mzava, D. (2018). Performance and self-perceived competencies of enrolled nurse/midwives: a mixed methods study from rural Tanzania. *BMC health services research*, 18(1), 277. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3096-8>
20. Netshisaulu, K. G., & Maputle, M. S. (2018). Expected clinical competence from midwifery graduates during community service placement in Limpopo province, South Africa. *Health SA = SA Gesondheid*, 23, 1166. <https://doi.org/10.4102/hsag.v23i0.1166>
21. Huang, J., Lu, H., Li, J., Zhou, N., Zang, Y., Ren, L., & Wang, J. (2020). Comparison of midwives' self-perceived essential competencies between low and high maternal mortality ratio provinces in China. *Journal of clinical nursing*, 29(23-24), 4733–4747. <https://doi.org/10.1111/jocn.15514>

22. Hildingsson, I., Gamble, J., Sidebotham, M., Creedy, D. K., Guilliland, K., Dixon, L., Pallant, J., & Fenwick, J. (2016). Midwifery empowerment: National surveys of midwives from Australia, New Zealand and Sweden. *Midwifery*, 40, 62–69. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.008>
23. Sökmen, Y., & Taşpınar, A. (2018). Ebelerin Mesleki Profesyonel Tutumları ve Etkileyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(2), 156-166. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.615169>
24. Numminen, O., Leino-Kilpi, H., Isoaho, H., & Meretoja, R. (2016). Newly graduated nurses' occupational commitment and its associations with professional competence and work-related factors. *Journal of clinical nursing*, 25(1-2), 117–126. <https://doi.org/10.1111/jocn.13005>
25. Wang, R., Chen, S., Cong, S., Sun, X., Sha, L., Zhu, Z., ... & Zhang, A. (2022). Status and influencing factors of nursing and midwifery professionals' core competence-a cross sectional study. *Journal of Nursing Management*, 30(8), 3891-3899.
26. Froneman, C., Wyk, N. C. V., & Mogale, R. S. (2019). Enhancing the professional dignity of midwives: A phenomenological study. *Nursing ethics*, 26(4), 1062–1074. <https://doi.org/10.1177/0969733017739781>
27. Patterson, J., Mącznik, A. K., Miller, S., Kerkin, B., & Baddock, S. (2019). Becoming a midwife: A survey study of midwifery alumni. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 32(3), e399–e408. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.022>

# Ebelere Göre Mesleki Yetkinlik ve Yeterlilikler: Kalitatif Bir alışma

## Professional Proficiency and Competency According to Midwives: A Qualitative Study

Betül UNCU<sup>1</sup>, Elif DOĞAN<sup>1</sup>, Rukiye DUMAN<sup>1</sup>, Nurten

KAYA<sup>1</sup> <sup>1</sup>İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

### zet

**Arkaplan:** Kadın ve yakınlarının, ailelerin ve toplumun kaliteli ebelik bakımı alması, sağlık koruma ve geliştirmede anahtar rol oynamakta, ayrıca birçok sosyo-kültürel sorunun çözümüne katkı sağlamaktadır. Ebelik bakımının kalitesi mesleki yetkinlik ve yeterlilik ile yakından ilişkilidir.

**Amaç:** Bu alışma ebelerin mesleki yetkinlik ve yeterlilik konusundaki görüşlerini saptamak amacıyla kalitatif türde yapıldı.

**Gereç ve Yöntem:** rnekleme alınacak bireylerin belirlenmesinde sıralı karma desen yöntemi kullanıldı. Bu amaçla bir n çalışma yapıldı ve 278 ebelenin "Ebelik Mesleğinin Yetkileri ile İlgili Algı leği (The Perceptions Empowerment in Midwifery Scale - PEMS)"den aldıkları puanlar belirlendi. Bu ebeler arasından PEMS puan ortalaması en yüksek 5 ebe ve en düşük 5 ebe seçildi. Veriler Ebe Tanıtıcı Bilgi Formu ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu ile evrimii ortamda yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Görüşme sırasında kaydedilen veriler ereve analizi yapılarak değerlendirildi. Çalışma ncesi etik kurul izni ve katılımcılardan sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş olur alındı.

**Bulgular:** Ebelerin görüşlerinin; Yetkinlik (Proficiency) için "halk sağlığı", "gebelik", "doğum", "doğum sonu", "yenidoğan", "kadın", "danışmanlık", ve "araştırma"; Yeterlilik (Competence) için "genel yeterlilikler", "gebelik öncesi ve antenatal", "doğum ve doğum sırasında bakım", "kadın ve yenidoğan için sürekli bakım" temalarına uyumu değerlendirildi. Yüksek uyumun yetkinlik için "gebelik", "doğum" "doğum sonu", "yenidoğan" ve "danışmanlık"; Yeterlilik için "genel yeterlilikler", "antenatal" ve "doğum ve doğum sırasında bakım" temalarında olduğu, düşük uyumun

yetkinlik için “halk sağlığı”, “kadın”, “araştırma”; yeterlilik için “gebelik öncesi” temalarında olduğu görüldü.

**Sonuç:** Ebeler gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde kendilerini yetkin ve yeterli görürken; toplum sağlığı, gebelik öncesi dönem ve araştırmaya ilişkin yetkinlik ve yeterliliklerinden sınırlı olarak bahsettiler. Oysaki ebelik sadece gebelik ve doğum odaklı

olmayıp, fertilizasyon öncesinden ölüme kadar yaşamın her basamağında bir bilim ve sanat olarak yer almaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Ebeler, Ebelik, Mesleki Yeterlilik, Mesleki Yetkinlik

## Abstract

**Background:** Providing quality midwifery care to the woman, relatives of family and to families and society plays key role in protecting and improving health. It also contributes to the solving many socio-cultural problems. Quality of midwifery care is closely tied with professional proficiency and competency.

**Purpose:** This study was conducted in a qualitative method in order to determine the thoughts of midwives on professional proficiency and competency.

**Method:** The sequential mixed design method was used to determine the individuals to be sampled. For this purpose, a preliminary study was conducted and the scores of 278 midwives from The Perceptions Empowerment in Midwifery Scale (PEMS) were determined. Between those individuals, 5 midwives with highest and 5 midwives with lowest PEMS score were chosen. The data were collected with the Midwife Descriptive Information Form and Semi-Structured Interview Form and online face-to-face interview method. The data recorded during the interview were evaluated by making frame analysis. Ethics committee approval and verbal and written informed consent were obtained from the participants before the study.

**Findings:** The opinions of the midwives; themes of Proficiency (“Public Health”, “Pregnancy”, “Birth”, “Postpartum”, “Newborn”, “Women”, “Counseling”, and “Research”) and Competency (“General Competencies”, “Pre-pregnancy and Antenatal”, “Care during labor and birth”, “Ongoing care of women and newborns”) was evaluated. It was observed that there was high compatibility in Proficiency for the themes of “Pregnancy”, “Birth” “Postpartum”, “Newborn” and “Counseling” and in Competency for the themes of “General Competencies”, “Antenatal” and “Care during labour and birth”. While it was observed that there was low compatibility in Proficiency for the themes of “Public Health”, “Women”, “Research”, and in Competence for the theme of “Pre-pregnancy”

**Results:** While midwives consider themselves competent and proficient during pregnancy, childbirth and postpartum periods; limited mention of their competencies and proficiencies in community health, pre-pregnancy and research. However, midwifery is not only focused on



pregnancy and birth, but also takes place as a science and art in every step of life from pre-fertilization to death.

**Keywords:** Midwives, Midwifery, Professional Competency, Professional Proficiency

## GİRİŞ

Kadınların doğumda yardım gereksiniminden doğan ebelik, kökleri insanlığın varoluşuna dayanan en eski meslektir. Kadim bir meslek olan ebeliğin bilim ve sanata dayandırılması gerekliliği günümüzde daha fazla önem kazanmıştır. Ebeliğin meslekleşmesinde birincil araç, ebeliğin eğitim ve mesleki standartlarının belirlenmesidir. Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (International Confederation of Midwives-ICM) ebelik eğitiminin standartlarının ve yetkinlik alanlarının dünya çapında bilinmesi ve uygulamaya aktarılabilmesi için sürekli gelişen ve değişen araştırmalara dayalı olarak güncellemeler yapmakta ve rehberler yayınlamaktadır (ICM 2018; ICM 2019). Türkiye’de ebelik eğitimi ICM’in temel yeterlilik ve yetkinlik alanlarına dayandırılarak hazırlanan Ebelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı’na göre verilmektedir (Yüksek Öğretim Kurumu, 2016).

Türk Dil Kurumu (TDK)’nda yetkinlik “yetkin olma durumu, mükemmeliyet” yeterlilik ise, “yeterli olma durumu” veya “bir işi yapma gücünü sağlayan özel bilgi, yeterlik”; olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2023). Cambridge Sözlüğü yetkinlik (proficiency) için; “bir şeyi çok iyi yapabilme yeteneği” , yeterlilik (competency) için; “bir işi yapmak için gerekli olan önemli bir beceri” olarak tanımlanmaktadır (Cambridge Sözlüğü, 2023). Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization – WHO) ebelikte yetkinlik tanımını ebelik uygulamalarından türetilen bilgi, tutum ve psikomotor unsurlarını yansıtan bir beceri çerçevesi olarak tanımlamıştır (WHO, 2001). ICM ise ebelikte yeterliliği “kişinin ebe unvanını kullanabilmesi için gerekli minimum bilgi, beceri ve profesyonel davranışların bütünü” olarak özetlemektedir (ICM, 2019). Yeterlilik, etkin performansı belirleyen sonuçlardır. Yetkinlik ise bu sonuçları elde etmek için gösterilmesi gereken davranışlardır. Yeterlilik kişinin yerine getirmek için yeterli olduğu işin özelliklerini gösterirken, yetkinlik kişinin işinde yeterli olmasını sağlayan kişiye ait özellikleri göstermektedir. Başka bir deyişle, biri insanların neler yapabileceğini tanımlarken diğeri nasıl yaptıklarına odaklanmaktadır (Güdücü, 2022).

Çolak ve Can (2021)’a göre ebelik yetkinlik alanları “toplum sağlığı, gebelik, doğum, doğum sonu, yenidoğan, kadın, danışmanlık ve araştırmadır”. ICM ebelik yeterliliklerini birbirleriyle ilişkili 4 kategori altında düzenlemiştir. Bunlar; (1) genel yeterlilikler (general competencies),

(2) gebelik öncesi ve antenatal (pre-pregnancy and antenatal), (3) doğum ve doğum sırasında bakım (care during labour and birth), (4) kadın ve yenidoğan için sürekli bakım (ongoing care of women and newborns) (ICM, 2019).

Ebelerin rol ve sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için yetkin oldukları alanların ve yeterliliklerinin farkında olmaları gerekmektedir. Ebelerin yetkinlik ve yeterliliklerinin incelendiği kantitatif çalışmalar bulunmaktadır (Matthews ve ark., 2009; Murat Öztürk ve ark., 2018; Lukasse ve Pajalic, 2016; Tallam ve ark., 2022). Bu tür araştırmalar, ebelerin yetkinlik ve yeterlilikleri konusundaki genel yargılarını yansıtmaktadır. Oysa ebelerin kendi yetkinlik ve yeterlilik alanlarına ilişkin görüşlerini neden ve nasılları ile irdelemek ve anlamak, bu konudaki sorunların belirlenmesine ve çözüm seçeneklerinin oluşturulmasına önemli katkılar sağlayacaktır. Nitekim kalitatif araştırmalardan elde edilen sonuçların, uygulamaya yansımaları kantitatif araştırmaya oranla daha yüksektir. Bununla birlikte kalitatif ve kantitatif yöntemlerin birbirleriyle çelişmekten çok birbirlerini tamamlayıcı araştırmalar olduğu dikkate alınmalıdır (Choy, 2014).

Kadın ve yakınlarının, ailelerin ve toplumun kaliteli ebelik bakımı alması, sağlığı koruma ve geliştirmede anahtar rol oynamakta, ayrıca birçok sosyo-kültürel sorunların da çözümüne katkı sağlamaktadır. Bu çalışma kapsamında yapılan derinlemesine görüşmelerden yararlanılarak; ebelerin yetkinlik ve yeterlilik konusundaki görüşleri anlamlandırılacak, bu konudaki sorunlar saptanacak ve çözüm önerileri geliştirilecektir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

**Araştırmanın amacı ve türü:** Bu çalışma ebelerin mesleki yetkinlik ve yeterlilik konusundaki görüşlerini belirlemek amacıyla kalitatif türde yapıldı. Aşağıda araştırma soruları yer almaktadır:

- Ebelerin mesleki yetkinlik konusundaki görüşleri literatür ile nasıl uyumludur?
- Ebelerin mesleki yeterlilik konusundaki görüşleri ICM'in yeterlilikleri ile nasıl uyumludur?

**Çalışmanın Evreni ve Örneklem Seçimi:** Çalışmada, örnekleme alınacak ebelerin belirlenmesinde sıralı karma desen yönteminden yararlanıldı. Sıralı karma desen, ilk olarak nicel sonra nitel ya da tersi bir zaman sırası ile yürütülen araştırma desendir. İlk araştırmanın çıktıları, sonraki fazda yapılacak uygulamaya yön verir (Tashakkori ve ark., 2021). Bu

çalışmanın ön araştırması olan “Ebelerin İlişkili Değişkenler Yönünden Mesleki Yetki Algıları” başlıklı henüz yayınlanmamış olan çalışmada, araştırma kapsamındaki ebelerin “Ebelik Mesleğinin Yetkileri ile İlgili Algı Ölçeği (The Perceptions Empowerment in Midwifery Scale - PEMS)” puanları belirlendi. PEMS puanı en yüksek ve en düşük olan beşerkişi araştırma kapsamına alındı ve bu araştırmanın örneklemini oluşturdu.

## Veri Toplama Araçları

**Ebe Tanıtıcı Bilgi Formu:** Bu form literatür doğrultusunda (Gökdoğan Keleş ve Altınkaya, 2022; Çolak ve Can, 2021) hazırlanmış olup katılımcıların bireysel ve mesleki özelliklerine (yaş, eğitim vs.) ilişkin 4 adet sorudan oluşmaktadır.

**Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu:** Araştırmada, katılımcıların ebelikte yeterlilik ve yetkinlik algılarını derinlemesine ortaya çıkarma amacıyla, alan yazındaki benzer çalışmalar ışığında hazırlanan (Gökdoğan Keleş ve Altınkaya, 2022; Çolak ve Can, 2021) yarı yapılandırılmış görüşme formu, 3 adet açık uçlu sorudan ve alt sorulardan oluşmaktadır.

## Araştırma Süreci

Türkiye'nin tüm bölgelerinde aktif çalışan ebelerden Aralık 2022- Ocak 2023 tarihleri arasında gelişigüzel örnekleme yöntemiyle 278 ebe seçildi. Çevrimiçi platformda veriler toplanarak henüz yayınlanmamış olan “Ebelerin İlişkili Değişkenler Yönünden Mesleki Yetki Algıları” isimli çalışma yapıldı. Bu çalışma sonuçlarına göre PEMS puan ortalaması en yüksek 5 ebe ve en düşük 5 ebe belirlendi. Belirlenen ebelere e-posta aracılığı ile yeniden ulaşılarak kalitatif çalışmaya katılma konusundaki gönüllülükleri sorgulandı ve 10 ebeinin çalışmaya katılmak istedikleri belirlendi. Bu ebelerle birlikte görüşme saatleri belirlendi ve görüşmeler Mart 2023 tarihinde çevrimiçi platformda gerçekleştirildi. Ayrıca görüşme ortamına ilişkin bir yönerge hazırlanarak (sakin ve sessiz, katılımcının yalnız olduğu bir ortam vb.) katılımcılara sunuldu. Görüşmeler Zoom ve Google Meet uygulamaları aracılığı ile yapıldı. Katılımcılara araştırmanın amacı, ses ve video kaydının alınacağı ve araştırmacının gerektiğinde not tutabileceği, görüşme nedeniyle görüşülen bireye herhangi bir zarar gelmeyeceği anlatıldı. Ayrıca katılımcıların ifadelerinin, isminin herhangi bir yerde deşifre edilmeyeceği, görüşmeyi sonlandırmak isterse buna saygı duyulacağı, açıklaması yapıldı. Açıklama yapıldıktan sonra araştırmayı kabul eden katılımcılardan sözlü ve yazılı onam (e- postalarına gönderilen onam formları ile) alındı. Görüşmeler yaklaşık 45 dakika sürdü ve görüşmeleri yazarlar arasında yer alan bir araştırmacı (BU) gerçekleştirdi.

# Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülmesi için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 2023 tarihli ve 115 sayılı izin alındı. Ayrıca katılımcılara, kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı ve verilerin yalnızca bu çalışma için kullanılacağı konusunda bilgi verildi. Kişisel Verilerin Korunması ve Saklanması (KVK) kapsamında kayıtların saklanması, korunması ve imha edilmesine ilişkin önlemler alındı.

**Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi:** Görüşmeden elde edilen veriler, çerçeve analizi (framework analysis) yoluyla çözümlendi. Çerçeve analizi, nicel araştırmalardan farklı olarak veri toplama ve veri analizi süreçlerinin ardışık olduğu ve araştırma sürecinin birbirini dışlamadığı veri toplama, analiz ve teori geliştirme arasında devam eden etkileşimdir (Gale ve ark., 2013). Verilerin analizinde ilk aşamada hafıza faktörü göz önüne alınarak transkripsiyon yapıldı. Katılımcıların ses kayıtları, iki kez dinlendi ve transkripsiyon okundu. Böylece araştırmacıların aşinalığı (familiarisation with the interview) sağlandı. Çerçeve analizi kapsamında önceden belirlenen temalara katılımcıların ifadeleri kodlandı. Kodlama sonrası araştırmacılar bir araya gelerek, tüm transkriptlere uygulanacak bir dizi kod üzerinde anlaştılar. Kodlar, daha sonra açıkça tanımlanan kategoriler halinde gruplandırıldı. Temaları oluşturan alt temaların kendi aralarındaki ilişkisi ile her bir temanın diğerleriyle ilişkisi kontrol edilerek bütünlük sağlandı. Oluşturulan temalar ve bu temaların alt temaları oluşturulup hiyerarşik kod haritası Şekil 1'de verildi.



**Şekil 1.** Ebelere Göre Mesleki Yetki ve Yeterliliklere Ait Oluşan Tema ve Alt Temaların Hiyerarşik Kod Haritası

Araştırmanın iç geçerliliğini (tutarlık) sağlamak için bulguların tamamı yorum yapılmadan doğrudan verildi. Verilerin analizini her dört araştırmacı birlikte tartışarak, uzlaşarak ve karar vererek yaptı. Görüşme verileri, bulgular bölümünde, aynen ifade edildiği gibi tırnak işareti içerisinde ve italik yazı tipiyle belirtildi. İfadelerin sonunda yer alan rakam görüşmeciyeye verilen numaraya; DP PEMS puanı düşük olan ebeye, YP ise PEMS puanı yüksek olan ebeye işaret etmektedir.

## BULGULAR

### Bireysel Özelliklere İlişkin Bulgular

Çalışmaya 10 ebe dahil edildi. Katılımcıların yaş aralığı 27-41, mesleki deneyim yılları aralığı 5-17 yıl olarak belirlendi. Öğrenim düzeyi incelendiğinde ebelerin çoğunlukla lisans mezunu oldukları (n=7) anlaşıldı. Ebelerin çalışma alanlarının aile sağlığı merkezi (n=3), doğumsalonu (n=3), kadın doğum ameliyathanesi (n=2), anne sütü ve emzirme polikliniği (n=1), kadın doğum servisi (n=1) olduğu belirlendi. Puan aralığı tüm alt boyutlarda 1-5 arasında olan PEMS'in "Destek ve Yönetim" alt boyutundan en düşük 1,83, en yüksek 4,17 puan; "Beceri" alt boyutundan en düşük 1,83, en yüksek 4,83 puan; "Kaynak" alt boyutundan ise en düşük 1,57, en yüksek 4,29 puan alındığı belirlendi (Tablo 1).

**Tablo 1.** Ebelerin Bireysel Özellikleri ve PEMS Alt Boyutları Puanları

| Katılımcı | Yaş | Mesleki Deneyim (yıl) | Öğrenim Düzeyi | Çalışılan Birim                  | PEMS Destek ve Yönetim Alt Boyutu | PEMS Beceri Alt Boyutu | PEMS Kaynak Alt Boyutu |
|-----------|-----|-----------------------|----------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------|------------------------|
| DP,G1     | 32  | 10                    | Lisans         | Aile Sağlığı Merkezi             | 2.50                              | 1.83                   | 1.71                   |
| YP,G2     | 33  | 10                    | Lisans         | Doğum Salonu                     | 4.17                              | 4.83                   | 3.85                   |
| DP,G3     | 33  | 9                     | Lisans         | Kadın Doğum Servisi              | 2.00                              | 2.61                   | 2.00                   |
| YP,G4     | 27  | 6                     | Lisans         | Doğum Salonu                     | 4.17                              | 4.33                   | 4.29                   |
| YP,G5     | 41  | 17                    | Yüksek Lisans  | Anne Sütü ve Emzirme Polikliniği | 4.00                              | 4.33                   | 4.14                   |
| DP,G6     | 33  | 8                     | Lisans         | Aile Sağlığı Merkezi             | 2.00                              | 2.33                   | 1.57                   |
| DP,G7     | 28  | 5                     | Lisans         | Kadın Doğum Ameliyathane         | 2.00                              | 2.33                   | 2.00                   |
| YP,G8     | 31  | 5                     | Lisans         | Doğum Salonu                     | 4.17                              | 4.16                   | 4.14                   |

|            |    |    |                      |                          |      |      |      |
|------------|----|----|----------------------|--------------------------|------|------|------|
| YP,G9      | 36 | 16 | Yüksek Lisans        | Kadın Doğum Ameliyathane | 4.00 | 4.33 | 4.29 |
| DP,G1<br>0 | 34 | 16 | Sağlık Meslek Lisesi | Aile Sağlığı Merkezi     | 1.83 | 2.83 | 1.57 |

## Ebelikte Yetkinlik ve Yeterliliğe İlişkin Bulgular

Türkiye'de ebelik mesleğinin yetkinlik ve yeterliliğini ebelerin görüşleri ile değerlendiren bu nitel çalışmada, Yetkinlik alanı için “halk sağlığı”, “gebelik”, “doğum”, “doğum sonu”, “yenidoğan”, “kadın”, “danışmanlık” ve “araştırma”; Yeterlilik alanı için “genel yeterlilikler”, “gebelik öncesi ve antenatal”, “doğum ve doğum sırasında bakım”, “kadın ve yenidoğan için sürekli bakım” temalarına uyum PEMS puanları düşük olan 5 ebe ve yüksek olan 5 ebe görüşlerine göre irdelendi (Şekil 2).

| Code System                           | DÜŞÜK SKOR | YÜKSEK SKOR | TOPLAM |
|---------------------------------------|------------|-------------|--------|
| YETKİNLİK                             | ●          | ●           | 183    |
| Halk Sağlığı                          | ●          | ●           | 12     |
| Gebelik                               | ●          | ●           | 19     |
| Doğum                                 | ●          | ●           | 36     |
| Doğum Sonu                            | ●          | ●           | 19     |
| Yenidoğan                             | ●          | ●           | 33     |
| Kadın                                 | ●          | ●           | 5      |
| Danışmanlık                           | ●          | ●           | 58     |
| Araştırma                             | ●          | ●           | 0      |
| YETERLİLİK                            | ●          | ●           | 97     |
| Genel Yeterlilikler                   | ●          | ●           | 26     |
| Gebelik Öncesi ve Antenatal           | ●          | ●           | 10     |
| Doğum ve Doğum Sırasında Bakım        | ●          | ●           | 36     |
| Kadın ve Yenidoğan İçin Sürekli Bakım | ●          | ●           | 26     |
| TOPLAM                                | 275        | 285         | 560    |

Şekil 2. Ebelerin İfadelerine Göre Tema ve Alt Temalara Uyum

## Ebelere Göre Yetkinlik Alanları

### 1-Toplum Sağlığı

Ebeler toplum sağlığına ilişkin ifadelerinde çoğunlukla cinsel sağlık ve üreme sağlığı üzerinde durdukları ve bu konuda da daha çok ergenlere odaklandıkları görüldü. Katılımcı ifadeleri içinde toplum sağlığından bahseden sadece bir ebe bulunduğuna belirlendi ve ifadesine aşağıda yer verildi.

*“İşte ebe, doğumhane demek, doğumhanede ebe demek öyle bir şey yok. Yani gebe, bebek, kadın... toplumsallığı olan her yerde ebe olarak rol alabilir.” (YP, G5)*

## 2- Gebelik

Ebelerden bazıları gebelik dönemine ilişkin bakımda daha çok hekimlerin denetimi ve yönetimi altında olduklarını ifade etti. Yanı sıra çoğu ebe gebelik döneminde fetüs sağlığının sürdürülmesi konularını da belirterek gebeliği takip etme ve yönetmede yetkin olduklarını söyledi. Ayrıca gebe okullarındaki rollerinden kapsamlı şekilde bahsettiler. Katılımcılara ait örnek ifadeler aşağıda yer almaktadır.

*"Doğum öncesinde gebeyi bilgilendirmek ben kendim bizzat gebelik sınıflarında da eğitim veriyorum gebelere. Doğum öncesinde gebeyi bilgilendirmek, gebeyi cesaretlendirmek, riskli durumları gebeye öğretmek" (YP, G2)*

*"Türkiye’de olsa şey olur ama şimdi nasıl ifade edebilirim bilmiyorum yani çok eee şey değilim hakim değilim ama mesela yurtdışında ee ebe çok güzel tanımlar yapılmış. Mesela reçete yazabilmesi, ultrason muayene yapabilmesi yani şu anda bir doktorun yapabildiği birçoğu şeyi ebeler yapabilmekte. Keşke bizim Türkiye’imizde de bunlar olabilmesi ama bizde maalesef her şey sınırlı. Bizde sadece bağımsız rol olarak işte anne hımm gebeyi takip etme işte doğumu takip etme, yenidoğanı takip etme şeklinde diye ben biliyorum. Bilmiyorum yanlış mı biliyorum ama eee fazla bir şeyimiz yok diye biliyorum bağımsızlık olarak." (YP, G9)*

### 3- Doğum

Ebelerin ifadelerine göre doğum konusunda Türkiye’de ebeler, aşağıda verilen örnek ifadede olduğu gibi, kendilerini uygulama ve karar verme konularında yetkin görmektedir.

*"Yani şöyle bir şey var hani ee bir ebe ne olursa olsun doğumun her türlü şeklini makat olsun eee işte omuz takılması olsun, ikiz gebelik olsun şartlar el verdiğince tüm doğumlarda eee ilk baştaki başroldeki kişi olabilmeli. Ama yeri geldiğinde de baktı ki eeeee şeyde gebe ve anne eee yani gebe ve bebe yenidoğan riske giriy o zamanda bunun ee bir sezaryen olması gerektiğini ve yardım istemesi gerektiğinde de yardım isteyebilmeli doktordan ya da çevresinden." (YP, G9)*

Bazı ebeler, çalışılan kurumun özelliğine bağlı olarak hekimlerin gölgelerinde kaldıklarını ifade etseler de cesur olmaları, doğumun yönetimine sahip çıkmaları gerektiğini düşünmektedir. Bu konudaki örnek ifade aşağıdadır.

*"Ne konumda bulunuyorsa hani bazı yerlerde doktor doğum yaptırıyor ebe sadece eşlikçi gibi oluyor özellikle özel hastanelerde. Ama bir devlet hastanesi ya da doğum evlerinde ebe direkt başrolde yani doktorun görevini de üstlenerek doğumu tamamen kendisi yaptırıyor süreçten kastım bu." (DP, G10)*

### 4- Doğum Sonu

Ebeler, doğum sonu dönemdeki rol ve sorumluluklarını benimsediklerini ifade etti. Sıklıkla değinilen konular arasında emzirme, aile planlaması, meme bakımı, annelerin bakım verici rollerine ilişkin destekleri yer almaktadır. Bu konudaki örnek ifade aşağıdadır.



*"Bir kere lohusa döneminde depresyonu var mı kadının bu çok önemli mesela onu takip etmemiz lazım. İşte demıştim kanama kontrolü yapmamız lazım. Rahim masajı söylememiz*

*lazım. Meme bakımından bahsetmemiz lazım. Yani bu kadar. Belki hatırlayabildiklerim bu kadar. Bir de doğum sonu dönemde kadın aile planlaması yöntemlerini de veriyoruz. Ben aile planlaması yöntemi de veriyorum. Kadınlar mesela emzirirken bazen eski yöntemine devam edeceğini düşünüyor. Bunları engellemek adına aile planlaması yöntemi kesinlikle veriyoruz her kadına. Ve her geldiğinde de soruyoruz aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz kullanmıyor musunuz diye." (DP, G1)*

Ayrıca doğum sonu dönemin yalnızca hastanedeki bakım ile sınırlı olmadığı vurgulandı ve aşağıdaki örnek ifade seçildi.

*"doğum sonrası süreçte de eee yine annenin lohusalık döneminde takip etmek, bebeği takip etmek yani sadece doğum değil açıkçası. Eee bir annenin gebe kaldığı ve ııı doğumun yine lohusalık sürecinde altı haftalık sürecin bitimine kadar olan süreçte bence hepsini ebe yönetiyor tamamiyle." (YP, G2)*

## 5- Yenidoğan

Aşağıdaki örnek ifadede olduğu gibi araştırma kapsamındaki ebelerin yenidoğan sağlığının sürdürülmesi ve yükseltilmesi açısından yetkin oldukları görülmektedir.

*"Burada bebeğin kriterlerini çok iyi bilmek lazım. Burada birazcık bilimsel gitmek lazım. Yani kilo kontrolünü yapmamız gerekiyor. Ebenin rolü bu da rol bebeğin bir kere gelişme bulgularını iyi bilmesi gerekiyor. Bebeğin hangi ayda ne kadar olması gerekiyor? Persentil eğrisi bizim işimizi görüyor zaten ondan sonra ve bebeğin işte sosyal becerileri hangi ayda geçmiş oluyor? Atak dönem denilen dönemlerde neler olabiliyor, bunları iyi takip etmek gerekiyor." (YP, G5)*

Özellikle aile sağlığı merkezinde görev yapan ebelerin, yenidoğan sağlığının sürdürülmesi konusunda oldukça yetkin oldukları görüldü.

*"Aile hekimliğinde çalışan ebeleri düşündüğümüzde yani onların aşı takiplerinin yapılması gerekiyor. Eee... onunla alakalı bilgiler verilmesi gerekiyor. Yenidoğanla alakalı ..... Bu kadar....." (DP, G7)*

*"Büyüme ve gelişme açısından takip eden kesim daha çok sağlık ocaklarından ASM'lerde çalışan ebelerimiz." (YP, G8)*

## 6- Kadın

Ebelerin ifadelerine göre kadın sağlığının korunması ve güçlendirilmesi hususunda yetkinliklerinin farkında olmadıkları belirlendi. Daha çok hekim istemi doğrultusunda hareket ettikleri görüldü.

*"Smear testi verebilir. Mamografi çektirebilir. Onun dışında pek fazla yapabileceği bir şey yok diye düşünüyorum." (DP, G3)*

Araştırma kapsamında yer alan ebelerden çok azı ise kadın hayatının tüm evrelerinde rol oynadıklarını ve sağlığın korunması sürdürülmesi kapsamında yetkin olduklarını ifade ettiler.

*"kadının bütün evrelerinde biz varız. Menopoza giren bir kadında bize geldiğinde gerçekten hani bizim tabi bu tedavi edici olarak söylemiyorum. Sadece bilgilendirme aşamasında söylüyorum. Eee bir vajina enfeksiyonunda da yine biz kadınlara bilgi veriyoruz. Bir perine hijyeni olsun bütün aşamasında biz varız yani. Sadece doğum ya da gebelik sürecinde değil."* (YP, G2)

## 7- Danışmanlık

Ebeler danışmanlık konusundaki rollerini benimsemiş olup, bu alanda yetkin oldukları görülmektedir. Katılımcılara ait örnek ifadeler aşağıda yer almaktadır.

*"Bir kere eee sosyal anlamda yani kadını anlamak anlamda iş. Yani bir kadınla karşılaştığı zaman sadece onunla hasta çalışan ilişkisi olmuyor. Yani bazen onu psikolojik olarak da onu anlamak gerekebiliyor ya da sosyal imkanları doğrultusunda da onu anlamak gerekebiliyor. Burada birazcık bazen aile danışmanı olman gerekebilir, bazen sosyal danışmanı olman gerekebilir, bazen bir psikolog olman gerekebilir."* (YP, G5)

*"Emzirme konusunda danışmanlık veriyoruz yine. Çok fazla eğitim veriyoruz aslında bu konuda ama şu anda hepsi aklıma gelmiyor."* (DP, G6)

## 8- Araştırma

Ebeler araştırma teması ile ilgili herhangi bir konudan bahsetmedi.

## Ebelere Göre Yeterlilik Alanları

### 1- Genel Yeterlilikler

Aşağıdaki örnekte görüldüğü gibi ebelerin genel yeterliliklerinin daha çok temel klinik becerilere dayalı olduğu görüldü.

*"Enjeksiyon, pansuman, basit sütür atma işlemlerini yapmak; gebe, bebek, çocuk muayenelerini ve rutin takiplerini yapmak, rutin olmayan durumlarda doktoruna bildirmek. Doğum salonu gibi bir yerlerde çalıştığımız zaman normal doğumun seyrini takibini yapmak. Doğuma eşlik etmek ya da doğumu yaptırmak yasa da belirtilen dozla ilaçları uygulayabilmek. Bir kaç ilaçtan bahsediyor sadece. Doğum sonu dönemde gebeye destek olmak. Gebeyi diyorum lohusaya destek olmak takibini yapmak bebeğin takibini yapmak emzirme eğitimini vermek. Onun haricinde ebeler mesleği içinde anlatılmayan servis gibi yerlerde çalışılırsa oradaki prosedürlere uygun şekilde işlem yapmak şeklinde"* (DP, G10)

Bazı katılımcılar hemşirelik alanlarında görevlendirilebildiklerini ifade etti.

"ebe bir sahada ebe olarak bizi hemşirelerin çalıştığı her yerde çalıştırabiliyorlar. Ee... yani doğum dışındaki mesleki tanımımızda daha çok bakım vermek olduğu için hani hemşireler de bu şekilde çalıştıkları için hani doğum dışında bir fark olduğunu düşünmüyorum." (DP, G7)

## 2- Gebelik Öncesi ve Antenatal

### Gebelik Öncesi

Ebeler ifadelerinde gebelik öncesi dönemde daha çok danışmanlık ve bilgilendirme rollerinin olduklarından bahsetmiş olup, sağlığın korunması ve sürdürülmesi konularına değinmemişlerdir.

"Hani zaten gebelik planlanıyorsa eee biz açıkçası öncesinde rutin tahlillerini yaptırması ben kendim öneriyorum. Folik asit ilk üç ay ıı öncesinde başlamasını öneriyorum. Herhangi bir anemik durumu varsa ya da kronik bir rahatsızlığı bir problemi varsa bunları bitirmesine yönelik bilgilendirmesini yapıyorum. Ya da diyelim ki gebelik planlamıyor aile planlaması yöntemlerini de anlatıp bilgilendiriyorum. Hani şeyyy bayanları." (YP, G2)

"gebe kalmak isteyen kadını doğuma her yönüyle fizyolojik, psikolojik, ilaç vesaire hazırlayabilir." (YP, G4)

Ayrıca gebelik öncesi döneme ilişkin yeterliliklerinin sınırlı olduğu aşağıdaki ifadelerden belirlendi.

"Diş sağlığı konusunda uyarılarda bulunabilir." (DP, G1)

"Eee..... öncelikle..... gebelik düşünen bir kişi bana geldiğinde ne yaparım.....(Çok uzun süre düşündü). Vallahi hiç bilmiyorum....." (DP, G7)

### Antenatal

Ebelerin ifadelerinden gebelik döneminde yeterli oldukları sonucu elde edildi. Örnek ifadeler aşağıda yer almaktadır.

"gebelik sürecinde eee e gebeliğin bütün aşamalarında biz kendimiz bizzat hani yönetiyoruz." (YP, G2)

*"Gebelikte yine takviye, vitaminleri, kilo alımını takip ederek bebeğin beslenmesi işte ultrasonla takip ederek, gelişim konusunda bilgi sahibi olmak, gerekli yönlendirmeleri yapmak.. Daha sonrasında da gerekli aylarda ya da bir sorun gördüğümüzde kan testlerini göndererek gelişimin sorgulanması. Hani burada kan testi anlaşılacak gelişimler. Onun haricinde de boy kilo ölçümleri, baş çevresi gibi ölçümlerle rutinde ilerliyor mu ilerlemiyor mu diye kontrol edilebilir." (DP, G10)*

"Gebelik süresince herhangi bir..... şöyle normal bir gidişatta, gebeliğin normal bir gidişatında olabilecek herhangi bir anormallikler hakkında hastayı bilgilendirmek, bu tür takipler aslında hakkında hastayı bilgilendirmek, neyin normal neyin anormal olduğunu hastaya anlatmak, ee yine aynı şekilde gerekli durumlarda zaten hani belirli süreçlerdekontrollerini yapıyoruz. Ee anormal bir durumda ne yapacağı hastayı bilgilendirmek. Yine aynı şekilde böyle bir durumda nasıl bir yol izleyeceğini anlatmak. Aşı vesaire gibi koruyucu sağlık hizmetlerini sağlamak. Yine aynı şekilde kan takviyesi vesaire yani demir ilacından bahsediyorum. Bunlar gibi... ee ekstra takviye alması gerekiyorsa bunlar içinbilgilendirmek... bu şekilde. Doğuma hazırlamak, doğum hakkında bilgilendirmek, doğum sonrası hakkında son haftalarında sonraki bekleyen süreç hakkında bilgi vermek. Hatta son aylarda aile planlaması yöntemleri hakkında aynı şekilde bilgi vermek, bu şekilde. Biraz uzun.Unuttuğum ayrıntılar olabilir." (DP, G6)

### 3- Doğum ve Doğum Sırasında Bakım

Ebeler doğum sürecini yönetme, riskleri saptama ve acil durum müdahalelerini uygulama konularında yeterli olduklarını ifade etti. Ayrıca doğum sonu erken dönemde acil durum belirtilerini tanıyarak gerekli girişimlerin yapılması konularında yeterli oldukları belirlendi.

"doğum sürecini yönetebilir... ee... doğum yaptırabilir, ee.. eğer gerekiyorsa.... Epizyotamiri yapabilir ya da işte hani deşüri tamiri yapabilir, gerekiyorsa eğer. Ve bence en önemlisi psikolojik olarak anne adayına destek sağlayabilir." (YP, G8)

"Ebe bir kere kanama kontrolünü yapmalı... Bir de biz genelde kanamada koku var mı, pis bir koku var mı enfeksiyon açısından değerlendiriyoruz hastaları... D vitamini başlıyoruz bebeklere buna ne zaman başlanması gerektiği, işte kalça ultrasonuna yada çocuğu işitme testine yada göz muayenesine götürmesi gerektiğini söylüyoruz. " (DP, G1)

### 4- Kadın ve Yenidoğan İçin Sürekli Bakım

#### Kadın

Ebeler kadına ilişkin ifadelerinde sadece doğum sonu, menopoz ve aile planlaması hizmetlerine ait yeterliliklerinden bahsetmişlerdir. Örnek ifadeler aşağıda yer almaktadır.

"Doğum sonrası dönemde.... " (YP, G8)

"Yani menopoz dönemiyle ilgili nasıl başlayıp nasıl ilerlediği ile ilgili bilgi verebilirler diye düşünüyorum." (DP, G7)

"Ve her geldiğinde de soruyoruz aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz kullanmıyor musunuz diye." (DP, G1)

Yenidoğan

Ebeler doğumdan itibaren yenidoğan sağlığının korunması ve sürdürülmesi kapsamında aldıkları eğitimler doğrultusunda yeterliliklere sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Örnek ifade aşağıda yer almaktadır.

*"Yenidoğan sağlığının geliştirilmesi işte D vitaminin başlatılması, taramalarının yapılması, işte banyosu nasıl yapılır, göbek bağı düştükten sonra mı yapılır ya da nasıl yapılması gerektiği. Ondan sonra başka, işte oda ısısı dahil anneler çok bilmiyor mesela onlardan bahsediyoruz. Ya da işte emzirme eğitimi kesinlikle anneye veriyoruz ki bebek sağlıklı şekilde emsin sarılığı olmasın. Zaten ilk geldiğinde de sarılık yönünden de çok böyle şey çok sarı duruyorsa anneye sık sık emzirmesini öneriyoruz. Ondan sonra mesela 9. aydayken kan tahlili yapıyoruz. Gerçi o yenidoğan 0-3 ay şekilde." (DP, G1)*

*"Sonrasında eee aşılarını takip etmeli. ASM deyse ya da sonrasında hastanedeyseniz aşılara çağırılmalı." (DP, G3)*

## TARTIŞMA

Bu çalışma ebelerin yetkinlik ve yeterlilik konusunda görüşlerini belirlemek amacıyla yapıldı. Çalışmada yer alan ebelerin yetkinlik ve yeterlilik konusunda görüş bildirecek klinik alanlarda çalıştığı görüldü. Görüşmeler sonucu elde edilen ifadelerin, ICM'in ebeler için belirlediği yeterlilikler ile kısmen uyumlu olduğu saptandı. Aşağıda araştırma kapsamındaki ebelerin yetkinlik ve yeterlilik konusundaki görüşleri literatür dikkate alınarak tartışıldı.

## Ebelikte Yetkinlik Temalarının Tartışması

Ebelikte yetkinlik alanları tanımlanarak ebelerin neleri yapabilecekleri ifade edilmektedir ve literatüre göre ebeler "halk sağlığı", "gebelik", "doğum", "doğum sonu", "yenidoğan", "kadın", "danışmanlık" ve "araştırma" alanlarında yetkindir (Çolak ve Can, 2021). Araştırma kapsamındaki ebelerin ifadelerinin yetkinlik temalarına önemli oranda uyumlu olduğu görüldü.

### Halk Sağlığı

Ebenin halk sağlığına ilişkin yetkinlikleri içerisinde kadın, yenidoğan ve çocuk sahibi ailelere kaliteli ve kültürel açıdan uygun bakımı sunmak yer almaktadır. Ebenin toplum sağlığına yönelik optimal bakımı verebilmesi için obstetri, jinekoloji, neonatoloji, sosyal bilimler, etik vb. konulara hakim olması gerekmektedir. Ebeler, toplum sağlığının sürdürülmesi ve



yükseltilmesi, danışmanlık hizmetleri, aile planlaması gibi alanlarda yetkindir (Kessel ve Phillippi, 2015; McNeill ve ark., 2012; Nove ve ark., 2021). Ayrıca Royal Ebelik Koleji (Royal College of Midwives – RCM) toplum sağlığını herkese sağlıklı bir yaşam sürme şansı

vermek için sağlık risklerini belirlemeye ve bunları en aza indirmenin en iyi yollarını bulmaya çalışmak olarak tanımlamaktadır. Sağlığın korunması (bağışıklama, test ve taramalar gibi), iyileştirilmesi (sigaray1 bırakmaya teşvik, kilo kontrolü gibi) ve erişilebilir olması (ebelerin her zaman toplum sağlığına ilişkin bilgilendirmeler yapması) konularında ebelerin yetkin oldukları bilinmektedir (RCM, 2023).

Ebelerin aile planlaması konusundaki hizmetlerini belgeleyen birçok çalışma bulunmaktadır (Botfield ve ark., 2023; Yurdakul ve Ardiç Çobaner, 2016). Fakat araştırma kapsamındaki ebeler toplum sağlığına ilişkin sağlıklı yaşam becerileri içerisinde yer alan beslenme, fiziksel aktivite ve egzersiz, düzenli uyku, ruhsal ve sosyal sağlık gibi; sağlığın sürdürülmesi konusunda kendi kendine meme muayenesi, kanser taramaları gibi konulardan bahsetmediler. Ebeler sıralanan bu sağlık göstergelerinin yanı sıra kadın hakları savunucusu olup, bu rolü kapsamında kadın haklarının korunması, aile içi şiddetle mücadele gibi konularda da yer almaktadır. Sonuç olarak çalışmada yer alan ebeler toplum sağlığına ilişkin yetkinliklerinin çoğundan bahsetmemiştir.

## Gebelik

Bir metaanaliz sonucu gebelik sürecinde kadınların ebe desteğine ihtiyaç duyduklarını ve ebe desteğı alan gebelerin erken doğum riskinde azalma olduğunu göstermiştir (East ve ark., 2019). Bu çalışmada ebeler kadınların gebelik dönemindeki bakımında kendilerini yetkin görmesine karşın takiplerde hekimlere bağılı olmaktan yakındıkları görüldü.

## Doğum

Doğumda ebe desteğinin yanı sıra doğumu kolaylaştıracak teknik ve uygulamaların uygulandığı Çin'de doğum yapan kadınların ebe eşliğinde doğum deneyiminden memnun oldukları görülmektedir (Liu ve ark., 2021). Almanya'da ise bu durumun aksine kaliteli ebelik bakımının sürdürülemediğı anlaşılmaktadır. Almanya'daki ebeler, doğum bakımı ve yönetiminde bu araştırmanın bulgularına benzer olarak özgür olmaları gerektiğini düşünmektedir. Yapılan bir çalışmada ebeler ve kadın doğum hekimleri arasındaki yetkinlik alanlarının diğere Avrupa ülkelerindeki örneklerin rehberliğinde daha net bir şekilde tanımlanması önerilmektedir (Lohmann ve ark., 2018). Almanya'da yapılan diğere bir çalışmaya göre kadınlar ebe liderliğinde doğum yerine, endişelerine rağmen hekimlerin bulunduğu merkezlerde doğumu tercih etmişlerdir (Gerzen ve ark., 2022). Hollanda'da 20 ebe ile derinlemesine görüşme tekniğı ile yapılan bir çalışmanın sonucuna göre doğum sırasında

kadın doğum uzmanları ebelerin tutumlarını etkilemektedir (Zondag ve ark.,2022). Türkiye’de doğum yapan annelerle yapılan kalitatif bir çalışmada doğum sürecintamamında kadınların sosyal desteğe ihtiyaç duydukları görülmüş ve ebe desteğinin olumlu etkisinden bahsedilmiştir (Demir, 2023). Türkiye’de tüm doğumlarda ebe desteği olmasına rağmen, sigorta sistemine göre ücretini hekimler almakta ve tüm doğumları hekim yaptırıyor gibi görülmektedir. Bu durum ebelik bakımının göstere olarak sağlık verileri arasında yer almasını sınırlamaktadır (TNSA, 2018). Bu çalışmada ebeler doğum konusunda yetkin olduklarını bildirmiş, fakat uygulamada hekim merkezli bir yaklaşımın bulunduğunu söylemişlerdir.

## Doğum sonu

İsveç’te ebelerle yapılan bir çalışma sonuçlarına göre doğum sonu dönemde olumsuz sonuç riskleri arttığında veya komplikasyonlar ortaya çıktığında kadınlar, tıp doktoru liderliğindeki bakıma yönlendirilmektedir (Eikemo, 2022). Bu çalışmada ebeler doğum sonu emzirme konusuna sıklıkla değinmiş, annenin ruhsal durumunun takibinden söz etmiş ve postpartum dönem yetkinlik alanı olarak görülmüştür.

## Yenidoğan

Doğumun ebe tarafından gerçekleştirilmesinin sonucunda, yenidoğanın anne sütü alımı oranlarının arttığı, yenidoğanın yoğun bakıma kabulünün azaldığı, hastanede yatış süresinin kısaldığı bilinmektedir (Dani ve ark., 2020). Bu çalışmada ebeler yenidoğan sağlığının korunması, sürdürülmesi ve yükseltilmesi konularında kendilerini yetkin görmüştür.

## Kadın

Ebenin kadına ilişkin yetkinlikleri arasında kadının insan haklarını koruma, kendi ile ilgili konularda bağımsız kararlar verebilmesi için onu bilgilendirme ve cesaretlendirme yer almaktadır. Ebeler kadının insan hakları savunucusu olarak verdikleri bakım sayesinde kadınlara güçlenme duygusu aşılacaktır (Menage ve ark., 2020). Yapılan bir çalışmada ebeler kadına bakım verirken güvene dayalı ilişkinin önemini vurgulamış ve bu ilişkidekadının yanı sıra önemli diğer kişiler (significant other) ve ailenin de yer alması gerektiğini söylemiştir (Bradfield ve ark., 2019). Araştırma kapsamındaki ebeler, kadını sosyal yaşamı içinde değerlendirerek güçlendirilmesi konusundan az söz etmiş, daha çok gebelik, doğum ve yenidoğan konularına odaklanmışlardır.

## Danışmanlık

Ebenin danışmanlığa ilişkin yetkinlikler arasında sağlığın korunması ve geliştirilmesi kapsamında sağlıklı beslenme, demir ve folik asit takviyelerinin tavsiyesi, egzersiz, bağışıklama, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları önleme ve aile planlaması yöntemleri, yenidoğana ilişkin ölü doğum, neonatal ölüm, konjenital malformasyon durumunda bakım yer almaktadır (ICM,2019). Yapılan bir çalışmada ebe danışmanlığında obez gebelerde kilo kontrolü ve fiziksel aktivite danışmanlığının etkili olduğu görülmüştür (Gonzalez-Plaza ve ark., 2022). Ebeler danışmanlık konusunda kendilerini yetkin olarak tanımlamakla birlikte daha çok gebelik, emzirme gibi konularda danışmanlık yaptıklarını ifade etmiştir.

## Araştırma

Ebelerin araştırma yapmaları mesleki uygulamalarında özerklik, liderlik, uzmanlık sağlamanın yanı sıra araştırma becerilerinin gelişmesine ve kanıtların kullanılmasına katkı sağlamaktadır (Goemaes ve ark., 2016). Bu çalışmada yer alan ebeler, araştırma konusuna hiç değinmedi ve bu durum olumsuz bir sonuç olarak yorumlandı. Ebelerin araştırmaya merak duymamaları ve ebenin bağımsız rolleri arasında araştırmadan söz edilmemesi, üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. Bu durum meslekte gelişim ve uzmanlaşma konularına olumsuz etki etmektedir. Ebelikte lisansüstü eğitim programlarının artırılması ve ebelerin bu programlara katılımının desteklenmesi ebelerin araştırmaya yönelik yetkinlik ve yeterliliklerini geliştireceği düşünülmektedir.

## Ebelikte Yeterlilik Temalarının Tartışması

Ebelikte yeterlilik, ebelerin rol, görev ve sorumluluklarını nasıl yaptıklarını ifade etmektedir ve ICM ebelik uygulamasında yeterliliği (1) genel yeterlilikler (general competencies), (2) gebelik öncesi ve antenatal (pre-pregnancy and antenatal), (3) doğum ve doğum sırasında bakım (care during labour and birth), (4) kadın ve yenidoğan için sürekli bakım (ongoing care of women and newborns) şeklinde sınıflandırmıştır (ICM, 2019). Araştırma kapsamındaki ebelerin ifadelerinin ICM'in belirlediği yeterliliklere büyük oranda uyumlu olduğu görüldü.

## Genel Yeterlilikler

ICM ebelikte genel yeterlilik için; ebelerin sağlık konularında sorumluluklar aldığını, kendini ve ebelik mesleğini geliştirmek için çaba sarf ettiğini, bilimsel araştırmaları takip ettiğini, ebelik bakımında temel insan haklarını desteklediğini, yasalara, belirlenmiş etik kodlara ve kurallara uyduğunu, bakım konusunda kadınların bireysel seçimlerini önemseydiğini, kadını ailesi, sağlık ekibi ve toplum ile etkileşim içerisinde kabul ettiğini, normal doğum süreçlerini

kolaylaştırdığını, kadın ve yenidoğan için genel sağlık ve iyilik halini değerlendirdiğini,

üreme sağlığına ilişkin erken dönemden itibaren problemleri önlediğini ve gerektiğinde tedavi ettiğini, ilgili komplikasyonları tanıyıp zamanında sevk ettiğini, fiziksel ve cinsel şiddet ve istismara maruz kalan kadınlara bakım verdiğini bildirmiştir (ICM, 2019).

Yeni Zelanda ve İskoçya'da yapılan bir çalışmada ebelerin yeterlilik düzeylerinin değerlendirmesinin anne ve yenidoğan mortalite ve morbiditesi üzerinde risk azaltıcı etkisinin olacağı ileri sürülmüştür (Gilkison ve ark., 2017). Huang ve ark. (2020)'a göre ebelerin genel yeterlilik algısı yüksektir. Ancak bir diğer çalışmada, 5 yıl üzeri deneyime sahip olan ebeler kendilerini yeterli görmelerine rağmen yeni mezun ebelerin bağımsızlık duygusundan yoksun, bakım ve görev paylaşımı becerilerinin eksik olduklarını ifade etmişlerdir (Netshisaulu ve ark., 2018). Bu çalışma kapsamındaki ebelerin genel yeterliliklerinin daha çok temel klinik becerilere dayalı olduğu, bu bağlamda kadın ve yenidoğan için genel sağlık ve iyilik halini değerlendirme, üreme sağlığına ilişkin ergenlik döneminden itibaren problemleri önleme ve danışmanlık yapma ve yenidoğan sağlığının korunması, sürdürülmesi konularında kendilerini yeterli görmüşler fakat ebelik mesleğini geliştirme ve bilimsel araştırmaları takip etme, fiziksel ve cinsel şiddet ve istismara maruz kalan kadınlara bakım verme konularını hatırlamamışlardır.

## Gebelik öncesi ve Antenatal

ICM (2019)'e göre ebeler gebelik öncesi ve gebelikte kadının sağlık durumunu tanırlar, gebelik sürecini ve fetal iyilik halini izler, komplike gebelikleri saptar ve yönetir, kadının pozitif sağlık davranışlarını geliştirir, gebelik, doğum, emzirme ve ebeveynlik konularında rehberlik yapar, istenmeyen gebeliklerde bakım verir, uygun bir doğum yeri planı için rehberlik yapar. Yapılan nitel bir çalışmada, ebelerin gebelik döneminde verdikleri danışmanlıkların, gebelik süreci ve doğumda karşılaşılan obstetrik komplikasyonları azalttığı bulunmuştur (Siegle ve ark., 2021). Kenya'da yapılan diğer bir çalışmada ise ebelerin gebelik öncesi ve gebelik döneminde etkin olmaları gerektiği vurgulanmıştır (Shikuku ve ark., 2020).

Bu çalışma kapsamındaki ebeler, gebelik öncesi kadının sağlık durumunu saptama, gebelik öncesi sağlığı olumlu etkileyecek davranışları geliştirme, komplike gebelikleri yönetme ve istenmeyen gebeliklerde bakım verme konularından bahsetmemişlerdir. Gebelik öncesi yeterliliklerini az benimsemelerine rağmen ebeler genel olarak gebelik dönemine ait yeterliliklerinin farkındalardı. Ebelerin gebelik öncesi dönemde kadınlara erişimlerinin sınırlı olması, gebelik döneminde hekimlerin gölgelerinde kalması nedeni ile motivasyonların zedelendiği ve bu durumun bu çalışma sonuçlarında etkili olduğu düşünüldü.

## Doğum ve Doğum Sırasında Bakım

Ebenin doğuma ilişkin yetkinlikleri arasında gebenin fizyolojisini ve normal doğumu destekleme, normal doğumun savunucusu olma, gebenin rızasını koruma, gereksiz müdahaleleri azaltma gibi kanıta dayalı uygulamaları teşvik etme, gebeyi değerlendirme ve teşhis koyup harekete geçme, danışma ve sevk etme, acil durum müdahaleleri yer almaktadır (ICM, 2019). ICM (2019)'e göre ebeler doğum sırasında, kadını psikolojik olarak destekler, güvenli vajinal doğumu sağlar ve komplikasyonları önler, doğumdan hemen sonra yenidoğan bakımını sağlar. Kalitatif bir çalışmada ebelerin doğum sürecine ait yeterliliklerinin farkında oldukları bildirilmiştir (Aune ve ark., 2014)

Bu çalışmada ebeler, kendilerini doğum konusunda yeterli görmüştür. Türkiye'de ebeler eğitimi sürecinde mezuniyet için zorunlu kriterler tanımlanmıştır ve bu kapsamda ebeler eğitimi sırasında ebeler öğrencilerinin 40 doğum yaptırılmaları gerekmektedir. Ebelerin doğum konusundaki yeterliliklerinin bu durum ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir.

## Kadın ve Yenidoğan İçin Sürekli Bakım

Ebenin doğum sonuna ilişkin anneye bakım verme ve normalden sapmaları önleme, aile planlaması konusunda bilgi verme, yenidoğan bebeğin bakımı, anne sütünün önemi konularında rol alması gerektiği bildirilmiştir. Ebeler yenidoğan bakımı ve beslenmesi, komplikasyonların tespiti ve önlenmesi, yenidoğan takipleri konusunda yeterlidir (ICM, 2019). Ebelerin postpartum komplikasyonlar ve yenidoğan bakımı hakkında bilgi düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada ebelerin en çok postpartum hemoraji ve emzirmehakkında bilgi sahibi oldukları saptanmıştır (Adams ve ark., 2023). Benzer şekilde bir sistematik derlemede, ebelerin büyük çoğunluğunun emzirmeyi profesyonel bir tutumla destekledikleri bildirilmektedir (Swerts ve ark., 2016). Yapılan diğer bir çalışmada ise ebelerin başta postpartum hemoraji olmak üzere postpartum komplikasyonları yönetebilmede kendilerini yeterli gördükleri bildirilmektedir (Adams ve Sladek, 2022).

Bu çalışmada ebeler emzirme ve anne sütü, yenidoğan bakımı, aile planlaması konularında kendilerini yeterli görmekte olup kadın sağlığına yönelik yeterlilik konularından az söz etmişlerdir. Küresel olarak 900.000 ebe açığı bulunmakla birlikte, Türkiye'de 56.352 ebe bulunmakta ve 10.000 kişiye 6.75 sayısında ebe düşmektedir (WHO, 2021; UNFPA 2021).

Sınırlı sayıdaki ebe bazı rollerini öncelikli görmekte ve zamanı kalmadığı için özellikle kadın sağlığı konusundaki bazı gereksinimleri gözden kaçırabilmektedir. Elde edilen sonucun missing care ile ilişkili bir durum olduğu düşünüldü.

## Sonuç ve Öneriler

Ebelikte yetkinlik ve yeterlilik alanları konusundaki çalışmaların bakımın bireyselleştirilmesine, sürekliliğinin sağlanmasına, kalitesinin yükseltilmesine ve geliştirilmesi gereken noktaların belirlenmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca ebelerin yetkinlik ve yeterlilik konusundaki görüşleri politikaların belirlenmesinde rol oynamaktadır. Ebelerin mesleki yetkinlik ve yeterlilik algılarını belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi ve bu sonuçlara yönelik öneriler sunuldu:

- Toplum sağlığına ilişkin yetkinlik ve yeterlilik ifadeleri yetersizdir ve ebelerin bu alandaki görevlerine ilişkin becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir.
- Doğum konusunda ebeler kendilerini yetkin ve yeterli görmekte fakat ülkedeki düzenlemeler nedeniyle bu görevlerini yerine getirememektedir.
- Ebelerin genel klinik uygulamalarda yeterli olduğu görülmüştür ve bu olumlu özelliğin sürekliliği sağlanmalıdır.
- Ebelerin prekonsepsiyonel bakıma ilişkin rol ve sorumluluk algılarının kapsamlı olmadığı görülmüştür. Ebelik eğitim programlarında ve ulusal sağlık programlarında bu konu dikkate alınmalıdır.
- Ebeler gebelik dönemine ilişkin sorun saptama ve takip konularında yetkilerinin artırılması gerektiğini istemektedir. Örneğin ebenin ultrason kullanma konusunda yeterli olması, gebenin diğer bir sağlık ekibi üyesine gerek kalmadan takibini kolaylaştıracak, bu ve benzeri yöntemler ile sağlık hizmeti yükü azalacaktır.
- Ebeler kadın ile ilgili yetkinlik ve yeterlilik alanlarında en çok doğuma odaklanmaktadır. Oysa ebeler sosyal açıdan kadının güçlenmesi ve bilinçlendirilmesi konularında yetkin sağlık profesyonelleridir. Ebeler sosyal duyarlılık projeleri geliştirebilmeleri ve mevcut projelerde yer almaları için desteklenmelidir.
- Ebeler çalıştıkları birimlerde daha yetkin ve yeterli olduklarını düşünmekte olup, diğer ebelik alanlarında köreltiklerini ifade etmiştir. Bu nedenle ebelerin yaşam boyu mesleki konularda öğrenmelerini destekleyecek düzenlemeler yapılmalıdır.
- Ebeler araştırma konusuna hiç değinmemiştir. Ebelerin bağımsız araştırma yapabilme becerilerinin lisans eğitimi sürecinde kazandırılması ve meslek mensubu olduklarında araştırma becerilerinin gelişimi ve kanıtları uygulamaya aktarabilmeleri için teşvik edici iyileştirmelerin yapılması önerilmektedir.



# KAYNAKLAR

1. Adams, Y. J., & Sladek, L. (2022). A descriptive, cross-sectional study of postpartum education: midwives' self-reported knowledge and teaching of postpartum complications in Ghana. *Reproductive health*, 19(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01376-z>
2. Adams, Y. J., Ray, H. E., Sladek, L., & Amason, J. (2023). Knowledge of immediate newborn care and management of complications among midwives in Ghana. *Midwifery*, 121, 103654. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103654>
3. Aune, I., Amundsen, H. H., & Skaget Aas, L. C. (2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labour. *Midwifery*, 30(1), 89–95. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.02.001>
4. Botfield, J. R., Tulloch, M., Contziu, H., Bateson, D., Phipps, H., Wright, S. M., Mcgeechean, K., & Black, K. I. (2023). Who is responsible for postpartum contraception advice and provision? The perspective of hospital-based maternity clinicians in New South Wales, Australia. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 63(3), 464–468. <https://doi.org/10.1111/ajo.13627>
5. Bradfield, Z., Hauck, Y., Kelly, M., & Duggan, R. (2019). "It's what midwifery is all about": Western Australian midwives' experiences of being 'with woman' during labour and birth in the known midwife model. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2144-z>
6. Cambridge Dictionary. (2023). <https://dictionary.cambridge.org> Erişim Tarihi: 03.10.2023
7. Choy, L. T. (2014). The strengths and weaknesses of research methodology: Comparison and complimentary between qualitative and quantitative approaches. *IOSR journal of humanities and social science*, 19(4), 99-104.

8. Çolak, M. B., & Can, H. Ö. (2021). Ebelikte Yeterlilik, Yetkinlik ve Teknoloji Kullanımı. *Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 6(2), s. 340- 349. <https://doi.org/10.5336/healthsci.2020-75575>
9. Dani, C., Papini, S., Iannuzzi, L., & Pratesi, S. (2020). Midwife-to-newborn ratio and neonatal outcome in healthy term infants. *Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 109(9), 1787–1790. <https://doi.org/10.1111/apa.15180>
10. Demir, R. (2023). Kadınların Doğumda Sosyal Destek Tercihleri ve Deneyimleri: Nitel Bir Çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12 (1), 201-210. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1125091>
11. East, C. E., Biro, M. A., Fredericks, S., & Lau, R. (2019). Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD000198. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000198.pub3>
12. Eikemo, R., Vikström, A., Nyman, V., Jonas, W., & Barimani, M. (2023). Support during the postnatal period: Evaluating new mothers' and midwives' experiences of a new, coordinated postnatal care model in a midwifery clinic in Sweden. *Scandinavian journal of caring sciences*, 37(1), 260–270. <https://doi.org/10.1111/scs.13103>
13. Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., & Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC medical research methodology*, 13, 117. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>
14. Gerzen, L., Tietjen, S. L., Heep, A., Puth, M. T., Schmid, M., Gembruch, U., & Merz, W. M. (2022). Why are women deciding against birth in alongside midwifery units? A prospective single-center study from Germany. *Journal of perinatal medicine*, 50(8), 1124–1134. <https://doi.org/10.1515/jpm-2022-0041>
15. Gilkison, A., Rankin, J., Kensington, M., Daellenbach, R., Davies, L., Deery, R., & Crowther, S. (2018). A woman's hand and a lion's heart: Skills and attributes for rural midwifery practice in New Zealand and Scotland. *Midwifery*, 58, 109– 116. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.009>

16. Goemaes, R., Beeckman, D., Goossens, J., Shawe, J., Verhaeghe, S., & Van Hecke, A. (2016). Advanced midwifery practice: An evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 42, 29–37. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.09.004>
17. Gonzalez-Plaza, E., Bellart, J., Arranz, Á., Luján-Barroso, L., Crespo Mirasol, E., & Seguranyes, G. (2022). Effectiveness of a Step Counter Smartband and Midwife Counseling Intervention on Gestational Weight Gain and Physical Activity in Pregnant Women With Obesity (Pas and Pes Study): Randomized Controlled Trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 10(2), e28886. <https://doi.org/10.2196/28886>
18. Gökduman Keleş, M., & Altinkaya, S. (2022). Ebelerin Yetkileri Hakkında Görüşleri: Nitel Bir Çalışma. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 31 (2), 145- 151. <https://doi.org/10.34108/eujhs.915118>
19. Güdücü, N. (2022). International Midwifery Competencies and Accreditation of Midwifery Education. N. Kaya (Ed.) In *Philosophy of Midwifery* (p. 97-140). Academy Press and Publishing.
20. Huang, J., Lu, H., Li, J., Zhou, N., Zang, Y., Ren, L., & Wang, J. (2020). Comparison of midwives' self-perceived essential competencies between low and high maternal mortality ratio provinces in China. *Journal of clinical nursing*, 29(23-24), 4733– 4747. <https://doi.org/10.1111/jocn.15514>
21. Kessler, J. L., & Phillippi, J. C. (2015). Incorporating a primary care practicum in midwifery education. *Journal of midwifery & women's health*, 60(3), 258– 262. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12296>
22. Liu, Y., Li, T., Guo, N., Jiang, H., Li, Y., Xu, C., & Yao, X. (2021). Women's experience and satisfaction with midwife-led maternity care: a cross-sectional survey in China. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 151. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03638-3>
23. Lohmann, S., Mattern, E., & Ayerle, G. M. (2018). Midwives' perceptions of women's preferences related to midwifery care in Germany: A focus group study. *Midwifery*, 61, 53–62. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.005>

24. Lukasse, M., & Pajalic, Z. (2016). Norwegian midwives' perceptions of empowerment. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 7, 58–64. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.11.010>
25. Matthews, A., Scott, P. A., & Gallagher, P. (2009). The development and psychometric evaluation of the Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale. *Midwifery*, 25(3), 327–335. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.02.006>
26. McNeill, J., Doran, J., Lynn, F., Anderson, G., & Alderdice, F. (2012). Public health education for midwives and midwifery students: a mixed methods study. *BMC pregnancy and childbirth*, 12, 142. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-142>
27. Menage, D., Bailey, E., Lees, S., & Coad, J. (2020). Women's lived experience of compassionate midwifery: Human and professional. *Midwifery*, 85, 102662. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102662>
28. Murat Öztürk, D., Sayiner, F. D., & Bayar, A. (2018). Turkish Adaptation of Perceptions of Empowerment in Midwifery Scale: Validity and Reliability Study. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7 (1), 28-34.
29. Netshisaulu, K. G., & Maputle, M. S. (2018). Expected clinical competence from midwifery graduates during community service placement in Limpopo province, South Africa. *Health SA=SA Gesondheid*, 23, 1166. <https://doi.org/10.4102/hsag.v23i0.1166>
30. Nove, A., Ten Hoop-Bender, P., Boyce, M., Bar-Zeev, S., de Bernis, L., Lal, G., Matthews, Z., Mekuria, M., & Homer, C. S. E. (2021). The State of the World's Midwifery 2021 report: findings to drive global policy and practice. *Human resources for health*, 19(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00694-w>
31. Royal College of Midwives (RCOG). (2023). Midwives and Public Health. İnternet Adresi: <https://www.rcm.org.uk/promoting/professional-practice/midwives-public-health/> Erişim Tarihi: 03.10.2023
32. Shikuku, D. N., Tanui, G., Wabomba, M., Wanjala, D., Friday, J., Peru, T., Atamba, E., & Sisimwo, K. (2020). The effect of the community midwifery model on maternal and newborn health service utilization and outcomes in Busia County of Kenya: a

quasi-experimental study. BMC pregnancy and childbirth, 20(1), 708. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03405-w>

33. Siegle, A., Sayn-Wittgenstein, F. Z., & Roes, M. (2021). Sustainability of hospital- based midwife-led antenatal care consultation - a qualitative study. BMC health services research, 21(1), 858. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06863-w>
34. Swerts, M., Westhof, E., Bogaerts, A., & Lemiengre, J. (2016). Supporting breast-feeding women from the perspective of the midwife: A systematic review of the literature. Midwifery, 37, 32–40. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.016>
35. Tallam, E. C., Kaura, D., & Mash, R. (2022). Self-perceived competency of midwives in Kenya: A descriptive cross-sectional study. African journal of primary health care& family medicine, 14(1), e1–e9. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v14i1.3477>
36. Tashakkori, A., Johnson, R. B., & Teddlie, C. (2021). Foundations of mixed methods research: Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
37. The International Confederation of Midwives (ICM). (2018). Philosophy and Model of Midwifery Care.  
İnternetAdresi:  
[https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions\\_-\\_files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions_-_files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf) Erişim Tarihi:04.10.2023
38. The International Confederation of Midwives (ICM). (2019). The International Confederation of Midwives (ICM) Essential Competencies for Midwifery Practice Framework 2019. İnternet Adresi: <https://internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>— Erişim Tarihi: 03.10.2023
39. Türk Dil Kurumu. (2023). <https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 05.10.2023
40. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). (2018). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı.  
İnternet Adresi:  
[https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/TNSA\\_2018\\_ileri\\_analiz\\_raporu.pdf](https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/TNSA_2018_ileri_analiz_raporu.pdf) Erişim Tarihi:

03.10.2023

41. United Nations Population Fund (UNFPA). (2021). The State of the World's Midwifery. İnternet Adresi: <https://www.unfpa.org/sowmy> Erişim Tarihi: 05.10.2023
42. World Health Organization (WHO). (2001). Regional Office for Europe. Nurses and Midwives for Health, WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education Section 1-8 Guidelines for Member States on The Implementation of The Strategy, Copenhagen, 8-9.
43. World Health Organization (WHO). (2021). New report sounds the alarm on global shortage of 900 000 midwives. İnternet Adresi: <https://www.who.int/news/item/05-05-2021-new-report-sounds-the-alarm-on-global-shortage-of-900-000-midwives> Erişim Tarihi: 05.10.2023
44. Yurdakul, M., & Ardiç Çobaner, A. (2016). A qualitative resarch on the changing role of family health centers' midwives and nurses in family planning services. International Refereed Journal of Gynaecological Diseases and Maternal Child Health,6, 34-47. <https://doi.org/10.17367/JACSD.2016619468>
45. Yüksek Öğretim Kurumu (Türkiye) (2016). Mezuniyet Öncesi Ebelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (EUÇEP). İnternet Adresi: [https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim\\_ogretim\\_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/ebelik.pdf](https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/ebelik.pdf) Erişim Tarihi: 03.10.2023
46. Zondag, L. D. C., Maas, V. Y. F., Beuckens, A., & Nieuwenhuijze, M. J. (2022). Experiences, Beliefs, and Values Influencing Midwives' Attitudes Toward the Use of Childbirth Interventions. Journal of midwifery & women's health, 67(5), 618– 625. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13392>

# EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN TAMPON KULLANIMINA YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARI

Tuğba Tahta<sup>1</sup>, Esra Nur Erdoğan<sup>2</sup>, Rümeyza Bülbül<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Medipol Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Ameliyathane Hizmetleri Programı, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Ankara

## Özet

**Giriş-Amaç:** Vajinal tamponlar adet döneminde hijyen amaçlı kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı ebelik öğrencilerinin tampon kullanımına yönelik bilgi ve tutumlarını araştırmaktır.

**Gereç-Yöntem:** Tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen çalışma 78 kız öğrenci ile yürütülmüştür. Araştırma verileri tanıtıcı soru formu ve araştırmacılar tarafından uzman görüşü olarak oluşturulan Tampon Kullanımı Görüş Formu ile toplanmıştır. Tanıtıcı Soru Formu'nda öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin yer aldığı 5 soru yer almaktadır. Tampon Kullanımı Görüş Formu'nda 22 tane tampon ile ilgili bilgi sorusu içermektedir. Formda yer alan tampon ile ilgili bilgi sorularının değerlendirilmesinde doğru bilinen her soruya "2" puan verilmiştir. Öğrencilerin alacakları puanlar 0-44 arasında değişmektedir. Bilgi sorularından alınan puanlar arttıkça tampon bilgi düzeyi de artmaktadır.

**Bulgular:** Katılımcı öğrencilerin %51,3 'ü 2.sınıf, %48,7'si 3.sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin %97,4'ü 18-24 yaş aralığındadır. 74 öğrenci (%94,9'u) şehir merkezinde ikametgah etmektedir. 2. ve 3. sınıf öğrencilerin tampon kullanımı görüş formundaki toplam skorları incelendiğinde sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ( $p=0,001$ ). 3. sınıf öğrencilerinin ( $34\pm 4,91$ ) 2. sınıf öğrencilerine ( $30\pm 4,00$ ) göre bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

**Sonuç:** Çalışmamızda ebelik öğrencilerinin okul dönemi arttıkça vajinal tamponlar hakkında bilgi ve farkındalık seviyelerinin de arttığı tespit edilmiştir. Vajinal tamponlar ile ilgili bilgi boşlukları olan öğrencilere öğrenimin erken dönemlerinde daha entegre bir eğitim verilmesi ve benzer çalışmanın yapılması önerilir.

**Anahtar kelimeler:** Ebelik, öğrenci, tampon, vajina



# KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF MIDWIFERY STUDENTS ON THE USE OF TAMPON

Tuğba Tahta<sup>1</sup>, Esra Nur Erdoğan<sup>2</sup>, Rümeysa Bülbül<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Medipol University, Vocational School of Health Services, Department of Medical Services and Techniques, Operating Room Services Program

<sup>2</sup>Ankara Medipol University, Faculty of Health Sciences, Department of Midwifery

## Abstract

**Introduction-Aim:** Vaginal tampons are used for hygiene purposes during menstruation. The aim of this study is to investigate the knowledge and attitudes of midwifery students towards tampon use.

**Material- Method:** The descriptive study was conducted with 78 female students. The research data were collected with an introductory questionnaire and the Tampon Usage Opinion Form, which was created by the researchers by taking expert opinion. In the introductory question form, there are 5 questions about the sociodemographic characteristics of the students. The Tampon Usage Opinion Form includes 22 tampon-related information questions. In the evaluation of the information questions about the tampon in the form, "2" point was given to each correct question. The scores that students will receive vary between 0 and 44. As the scores obtained from the knowledge questions increase, the level of buffer knowledge also increases.

**Results:** 51.3% of the participant students were second year students and 48.7% were third year students. 97.4% of the students are between the ages of 18-24. 74 students (94.9%) reside in the city center. 97.4% of the students are between the ages of 18-24. 74 students (94.9%) reside in the city center. When the total scores of the 2nd and 3rd grade students in the tampon use opinion form were examined, statistically significant differences were found between the classes ( $p= 0.001$ ). The level of knowledge of the 3rd year students ( $34\pm 4.91$ ) was higher than the 2nd year students ( $30\pm 4.00$ ).

**Conclusion:** In our study, it was determined that as the school period of midwifery students increased, their level of knowledge and awareness about vaginal tampons also increased. It is recommended that students with knowledge gaps about vaginal tampons should be given a more integrated education in the early stages of education and a similar study should be done.

**Keywords:** Midwifery, student, tampon, vagina

## GİRİŞ

Vajinal tamponlar kadının vajinasında kullanılmak üzere tasarlanmış araçlardır. Tamponlar ilk olarak 30'lu yılların ortalarında endometriozis, servisit ve vajinit gibi çeşitli endikasyonlar için kullanılmaya başlanmıştır<sup>1,2</sup>. Günümüzde tamponlar adet döneminde hijyen amaçlı yaygın olarak kullanılmaktadır<sup>2,3</sup>. Tampon kullanımı yaygın olsa da bazı riskleri taşımaktadır. Bunlar; kusurlu kullanım, unutulmuş veya uzun süre tutulan tampon gibi durumları kapsamaktadır<sup>3,4</sup>. Ayrıca tamponlar, adet gören ergenler arasında pek bilinmemekte ve yabancı cisim temsil etmektedir<sup>5</sup>. Tampon kullanımının güvenliği ve unutulmuş tamponla ilgili endişeler ile birlikte tampon kullanımı ile toksik şok sendromu arasında bir ilişki bildiren çalışmalarla son yıllarda artmaya başlamıştır<sup>6,7</sup>. Ayrıca, toksik şok sendromunun ergenleri orantısız bir şekilde etkilediği çalışmalarda gösterilmiştir<sup>7,8</sup>. Tampon kullanımındaki kusurlara bağlı olarak vajinadaki en yaygın semptomlar kanama veya kötü kokulu vajinal akıntıdır<sup>9</sup>. Alışılmış vajina çapından veya *introitus* boyutundan daha büyük olan olağandışı tamponlar, distansiyona ve ağrıya neden olabilir<sup>8,9</sup>. Ayrıca vajinada uzun süre yabancı cisim bulunması *vezikovajinal fistül* ve *idrar* kaçırma neden olabilir. Bu nedenle, özellikle lisans öğrencilerinde tampon sorununun ele alınması son derece önemlidir.

Bu çalışmanın amacı ebeklik öğrencilerinin tampon kullanımına yönelik bilgi ve tutumlarını araştırmaktır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın Tipi, Evren ve Örneklem

Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini Ankara Medipol Üniversite (AMÜ) Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebeklik Bölümü'nde okuyan kız öğrenciler oluşturmuştur. Örneklemi ise 18 yaş üzeri AMÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde 2 ve 3. sınıfta okuyan 102 kız öğrenci oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü power analizi yapılarak; %5 yanılma düzeyi çift yönlü önem düzeyi, %95 güven aralığı, %80 evreni temsil etme yeteneği ve  $d=0,322$  etki büyüklüğü ile toplamda 75 öğrenci olarak hesaplanmıştır.

### Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri tanıtıcı soru formu ve araştırmacılar tarafından uzman görüşü olarak oluşturulan Tampon Kullanımı Görüş Formu ile toplanmıştır.

**Tanıtıcı Soru Formu:** Bu soru formunda öğrencilerin bazı özelliklerini (yaşı, fakülte adı, sınıfı, yerleşim yeri, mezun olduğu lise, anne-baba öğrenim ve çalışma durumu, aile tipi, aile gelir durumu, kaldığı yer) yer almaktadır.

**Tampon Kullanımı Görüş Formu:** Bu çalışmada öğrencilerin tampon hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla literatürden de faydalanılarak bir görüş formu hazırlandı (2,7,8). Tampon Kullanımı Görüş Formu'nda 22 tane tampon ile ilgili bilgi sorusu içermektedir. Formda yer alan tampon ile ilgili bilgi sorularının değerlendirilmesinde doğru bilinen her soruya "2" puan verildi. Öğrencilerin alacakları puanlar 0–44 arasında değişmektedir. Bilgi sorularından alınan puanlar arttıkça tampon bilgi düzeyi de artmaktadır.

### Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 21.0 paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Sayısal değişkenlerin normallik varsayımları Kolmogorov Smirnov normallik testi ile incelenmiştir. Bağımsız iki sayısal değişken arasındaki ilişkilere Pearson Korelasyon Katsayısı, iki bağımsız grup arasındaki farklılıklara Bağımsız Örneklem T Testi ile bakılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık  $p \leq 0,05$  düzeyinden yorumlanmıştır.

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi, araştırmanın yapıldığı kurumdaki Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (03.01.23, Karar No:02) etik izin alınmıştır. Araştırmada veriler ebeklik bölüm öğrencilerinin gönüllü onam formunu okumaları sağlanarak onay verdiklerini belirttikten sonra araştırmacı tarafından veriler toplanmıştır.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın Ankara'da bir üniversitenin yalnızca ebeklik bölümlerinde öğrenim gören öğrencilerle yürütülmüş olması nedeniyle sonuçların tüm üniversite öğrencilerine genellenememesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

## BULGULAR

**Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=78)**

|                               | <i>n</i> | %    |
|-------------------------------|----------|------|
| <u>Sınıf</u>                  |          |      |
| 2                             | 40       | 51,3 |
| 3                             | 38       | 48,7 |
| <u>Yaş</u>                    |          |      |
| 18-24                         | 76       | 97,4 |
| 25-29                         | 1        | 1,3  |
| 30                            | 1        | 1,3  |
| <u>İkametgah</u>              |          |      |
| Köy                           | 2        | 2,6  |
| Kasaba                        | 2        | 2,6  |
| Şehir                         | 74       | 94,9 |
| <u>Gelir Durumu (Ailenin)</u> |          |      |
| Düşük                         | 9        | 11,5 |
| Orta                          | 49       | 62,8 |
| Yüksek                        | 20       | 25,6 |
| <u>Şu anda kaldığı yer</u>    |          |      |
| Ev-Aile yanında               | 40       | 51,3 |
| Ev-Arkadaş yanında            | 5        | 6,4  |
| Yurt-Devlet                   | 20       | 25,6 |
| Yurt-Özel                     | 13       | 16,7 |

Araştırma kapsamında toplam 78 ebeklik öğrencisi sorulara cevap vermiştir. Öğrencilerin eğitim düzeyleri incelendiğinde 40'ı (%51,3) 2.sınıf, 38'i (%48,7) 3.sınıf olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin %97,4'ü 18-24 yaş aralığındadır. 74 öğrenci (%94,9'u) şehir merkezinde ikametgâh etmektedir. Öğrencilerin 49'u (%62,8'i) ailesinin gelir durumunu orta olarak bildirmiştir.40 öğrenci (%51,3'ü) aile yanında yaşamaktadır (Tablo 1).

**Tablo 2. Katılımcıların Tampon Kullanımı Görüş Formu Sonuçları (2. Sınıf) (n:40)**

| Tampon Kullanımı (Beklenen Yanıt)   | Bilen<br>n(%) | Bilmeyen<br>n (%) | Kararsız<br>n (%) |
|---|---------------|-------------------|-------------------|
| 1. Vajinal tamponlar, tıpkı hijyenik pedler gibi menstrüasyon sırasında vajinal yoldan vücut dışına atılan kanı emmek amacıyla kullanılan ürünlerdir. (D) | 32 (80)       | 3 (7,5)           | 5 (12,5)          |
| 2. Vajinal tamponlar sadece adet kanaması sırasında kullanılırlar. (D)  | 25(62,5)      | 5(12,5)           | 10(25)            |
| 3. Tamponu yerleştirmeden önce eller mutlaka yıkanmalıdır. (D)  | 40(100)       | 0(0)              | 0(0)              |
| 4. Tampon varken tuvalete gidilebilir. (D)  | 15(37,5)      | 8(20)             | 17(42,5)          |
| 5. Tampon kullanırken yüzülebilir. (D)  | 21(52,5)      | 7(17,5)           | 12(30)            |
| 6. Tampon kullanırken spor yapılabilir. (D)   | 24(60)        | 2(5)              | 14(35)            |
| 7. Tampon kullanırken duş/banyo yapılabilir. (D)  | 16(40)        | 7(17,5)           | 17(42,5)          |
| 8. Tampon alerjiye neden olmaz. (Y)   | 23 (57,5)     | 3 (7,5)           | 14 (35)           |
| 9. Tampon kullanılırken hijyenik pet kullanılabilir. (Y)  | 14(35)        | 11(27,5)          | 15(37,5)          |
| 10. Aynı anda birden fazla tampon kullanılabilir. (Y)   | 33(82,5)      | 3(7,5)            | 4(10)             |
| 11. Tampon kullanılırken cinsel ilişkide bulunulabilir. (Y)   | 31(77,5)      | 1(2,5)            | 8(20)             |
| 12. Tampon cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korur. (Y)   | 24(60)        | 4(10)             | 12(30)            |
| 13. Tamponun vajinada kalma süresi 4-8 saattir. (D)   | 16(40)        | 7(17,5)           | 17(42,5)          |
| 14. Adet dönemi dışında akıntı nedeni ile tampon kullanılabilir. (Y)  | 16(40)        | 9(22,5)           | 15(37,5)          |
| 15. Tampon vajina içerisinde çok uzun süre kaldığında toksik şok sendromuna neden olur. (D)   | 30(75)        | 3(7,5)            | 7(17,5)           |
| 16. Tamponu bariyer yöntemlerle (kondom, vajinal halka, diyafram vb.) beraber kullanabilir.(Y)  | 21(52,5)      | 2(5)              | 17(42,5)          |
| 17. Tampon vajinal prolapsus varlığında da kullanılabilir. (Y)  | 13(32,5)      | 5(12,5)           | 22(55)            |
| 18. Tampon cinsel yolla bulaşan enfeksiyon varlığında da güvenle kullanılabilir. (Y)  | 17(42,5)      | 5(12,5)           | 18(45)            |
| 19. Tampon jinekolojik kanser varlığında da (vajina, vulva) kullanılabilir. (Y)   | 12(30)        | 7(17,5)           | 21(52,5)          |
| 20. Tampon gebelikten korur. (Y)  | 29(72,5)      | 3(7,5)            | 8(20)             |
| 21. Tampon düşük sonrası kullanılabilir. (Y)  | 10(25)        | 11(27,5)          | 19(47,5)          |
| 22. Tampon doğum sonu dönemde kullanılabilir. (Y)   | 9(22,5)       | 12(30)            | 19(47,5)          |

\*D: Doğru, Y: Yanlış

Öğrencilerin tamamı tamponu yerleştirmeden önce ellerin mutlaka yıkanması gerektiğini belirtmişlerdir. %62,5'i tamponun sadece adet kanaması sırasında kullanıldığını, %40'ı tamponun vajinada kalma süresinin 4-8 saat olduğunu, %75'i tamponun vajina içerisinde çok uzun süre kaldığında

toksik şok sendromuna neden olacağını ifade etmiştir. Öğrencilerin %42,5'i tampon kullanırken duş/banyo yapılabilceği, tuvalete gidilebileceği konusunda kararsız kalmıştır.

**Tablo 3. Katılımcıların Tampon Kullanımı Görüş Formu Sonuçları (3. Sınıf) (n:38)**

| Tampon Kullanımı (Beklenen Yanıt)   | Bilen<br>n(%) | Bilmeyen<br>n (%) | Kararsız<br>n (%) |
|---|---------------|-------------------|-------------------|
| 1. Vajinal tamponlar, tıpkı hijyenik pedler gibi menstrüasyon sırasında vajinal yoldan vücut dışına atılan kanı emmek amacıyla kullanılan ürünlerdir. (D) | 35 (92,1)     | 0 (0)             | 3 (7,9)           |
| 2. Vajinal tamponlar sadece adet kanaması sırasında kullanılırlar. (D)  | 28(73,7)      | 9(23,7)           | 1(2,6)            |
| 3. Tamponu yerleştirmeden önce eller mutlaka yıkanmalıdır. (D)  | 37(97,4)      | 0(0)              | 1(2,6)            |
| 4. Tampon varken tuvalete gidilebilir. (D)  | 25(65,8)      | 7(18,4)           | 6(15,8)           |
| 5. Tampon kullanırken yüzülebilir. (D)  | 28(73,7)      | 2(5,3)            | 8(21,1)           |
| 6. Tampon kullanırken spor yapılabilir. (D)   | 33(86,8)      | 1(2,6)            | 4(10,5)           |
| 7. Tampon kullanırken duş/banyo yapılabilir. (D)  | 20(52,6)      | 6(15,8)           | 12(31,6)          |
| 8. Tampon alerjiye neden olmaz. (Y)   | 24 (63,2)     | 2 (5,3)           | 12 (31,6)         |
| 9. Tampon kullanılırken hijyenik pet kullanılabilir. (Y)  | 23(60,5)      | 7(18,4)           | 8(21,1)           |
| 10. Aynı anda birden fazla tampon kullanılabilir. (Y)   | 36(94,7)      | 1(2,6)            | 1(2,6)            |
| 11. Tampon kullanılırken cinsel ilişkide bulunulabilir. (Y)   | 32(84,2)      | 1(2,6)            | 5(13,2)           |
| 12. Tampon cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korur. (Y)   | 32(84,2)      | 2(5,3)            | 4(10,5)           |
| 13. Tamponun vajinada kalma süresi 4-8 saattir. (D)   | 19(50)        | 5(13,2)           | 14(36,8)          |
| 14. Adet dönemi dışında akıntı nedeni ile tampon kullanılabilir. (Y)  | 19(50)        | 7(18,4)           | 12(31,6)          |
| 15. Tampon vajina içerisinde çok uzun süre kaldığında toksik şok sendromuna neden olur. (D)   | 30(78,9)      | 0(0)              | 8(21,1)           |
| 16. Tamponu bariyer yöntemlerle (kondom, vajinal halka, diyafram vb.) beraber kullanılabilir.(Y)  | 24(63,2)      | 3(7,9)            | 11(28,9)          |
| 17. Tampon vajinal prolapsus varlığında da kullanılabilir. (Y)  | 16(42,1)      | 1(2,6)            | 21(55,3)          |
| 18. Tampon cinsel yolla bulaşan enfeksiyon varlığında da güvenle kullanılabilir. (Y)  | 21(53,3)      | 3(7,9)            | 14(36,8)          |
| 19. Tampon jinekolojik kanser varlığında da (vajina, vulva) kullanılabilir. (Y)   | 14(36,8)      | 4(10,5)           | 20(52,6)          |
| 20. Tampon gebelikten korur. (Y)  | 33(86,8)      | 1(2,6)            | 4(10,5)           |
| 21. Tampon düşük sonrası kullanılabilir. (Y)  | 12(31,6)      | 10(26,3)          | 16(42,1)          |
| 22. Tampon doğum sonu dönemde kullanılabilir. (Y)   | 10(26,3)      | 12(31,6)          | 16(42,1)          |

\*D: Doğru, Y: Yanlış

Üçüncü sınıf öğrencilerinin % 97,4'ü tampon yerleştirmeden önce ellerin mutlaka yıkanması gerektiğini, %73,7'si tamponun sadece adet kanaması sırasında kullanıldığını, %50'si tamponun vajinada kalma süresinin 4-8 saat olduğunu, %78,9'u tamponun vajina içerisinde çok uzun süre

kaldığında toksik şok sendromuna neden olacağını ifade etmiştir. Öğrencilerin %31,62'si tampon kullanırken duş/banyo yapılabileceği konusunda kararsız kalmıştır. Öğrencilerin %94,7'si aynı anda birden fazla tampon kullanılmayacağını, %84,2'si tampon kullanırken cinsel ilişkide bulunulamayacağını ve tamponun cinsel yolla bulaşıcı hastalıklara karşı koruyucu olmadığını belirtmiştir.

**Tablo 4. Katılımcıların Tampon Kullanımı Görüş Formu Sonuçları**

|   | 2.Sınıf<br>(X±SD) | 3.Sınıf<br>(X±SD) | p*           | t      |
|---|-------------------|-------------------|--------------|--------|
| Tampon Kullanımı<br>Görüş Formu<br>Toplam Skoru | 30±4,00           | 34±4,91           | <u>0,001</u> | -3,376 |

\*Independent sample t test, X±SD: Ortalama, standart sapma

2. ve 3. sınıf öğrencilerin tampon kullanımı görüş formundaki toplam skorları incelendiğinde sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (p= 0,001). Tampon kullanımı görüş formu toplam skorunda bilgi sorularından alınan puanlar arttıkça tampon bilgi düzeyi de artmaktadır. 3. sınıf öğrencilerinin (34±4,91) 2. sınıf öğrencilerine (30±4,00) göre bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.

### TARTIŞMA

Vajinal tamponların geçmişi çok eskiye dayanmaktadır ve o zamanlarda doğada bulunan çeşitli malzemelerden yapılmıştır. Modern tamponlar ise suni ipek, pamuk veya bu liflerin karışımından oluşan selüloz emici malzemeden oluşur<sup>10</sup>. Literatür incelendiğinde vajinal tamponlar ile ilgili çok az çalışmaya rastlanılmaktadır. Yapılan çalışmaların birçoğu ise vajinal tampon kullanımı ve toksik şok sendromu arasındaki ilişkidir<sup>11,12</sup>.

Tamponlar kadınların adet akıntılarını toplamak için kullanılan ürünlerdir<sup>11</sup>. Çalışmamızda 2.sınıf öğrencilerinin %80'i; 3. sınıf öğrencilerin ise %92,1'i vajinal tamponların, menstrüasyon sırasında vajinal yoldan vücut dışına atılan kanı emmek amacıyla kullanılan ürünler olduğunu doğru bilmiştir. 2.sınıf öğrencilerin %62,5'i 3. sınıf öğrencilerin ise %73,7'si vajinal tamponların sadece adet kanaması sırasında kullanıldığını ifade etmiştir. Her iki bilgi sorusunda da öğrencilerin okul dönemi arttıkça vajinal tamponlar hakkında bilgi ve farkındalık seviyelerinin de arttığı düşünülmektedir.

Vajinal tamponlar, vajinal mukoza ile doğrudan temas halindedir ve normal florayı etkileyebilir. Menstrüasyondan hemen önceki hormon değişiklikleri vajinal pH'ı etkileyerek enfeksiyonlara neden olabilir. Çalışmamızda 2. sınıfların %60'ı, 3. sınıfların %84,2'si vajinal tamponların cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korumayacağını ve tamponların vajina içerisinde çok uzun süre kaldığında toksik şok sendromuna neden olacağını (%75; %78,9) bilmiştir. Yapılan çalışmalarda vajinal tampon kullanımı sonrasında görülen en sık şikayet nedenleri enfeksiyon ve normal floradaki değişikliklerdir<sup>12,14</sup>.

Çalışmamızda öğrenciler aynı anda birden fazla tampon kullanılmayacağını (%82,5; 94,7) bilirken; adet dönemi dışında akıntı nedeni ile tampon kullanılmayacağı konusunda (%40; %50) kararsız kalmışlardır. Tamponların sadece adet döneminde kullanılması ve tampon emiciliğinin adet akış hızına uygun olması önerilmektedir<sup>12</sup>. Menstrüasyon normal bir vücut fonksiyonudur ve üreme sağlığının bir işaretidir<sup>13,14</sup>. Yapılan çalışmalarda düşük kaliteli vajinal tamponların kullanımının, kadınları bakteriyel vajinoz da dahil olmak üzere ürogenital enfeksiyon riskinde artışa yatkın hale getirdiği gösterilmiştir<sup>15,16</sup>.

20. gebelik haftasından önce gebeliğin sonlanması abortus olarak isimlendirilmektedir<sup>17, 18</sup>. Doğum sonu dönem postpartum dönem olarak adlandırılır. Postpartum dönemde ve abortus durumunda kadınlarda vajinal kanama görülmektedir. Tamponlar adet dönemlerinde kullanılan vajinal kanın toplandığı araçlardır<sup>19</sup>. Tampon sadece regl kanının toplanması amacıyla kullanılır. Çalışmamızda öğrenciler düşük sonrası tampon kullanımının doğru olmadığı (%47,5; %42,1) ve postpartum dönemde tampon kullanımı konularında (%47,5; %42,1) kararsız kalmış olup ikinci sınıf öğrencilerinde bu oranın daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni olarak ikinci sınıf öğrencilerinin aile planlaması ve jinekoloji derslerini daha almamış olması olabilir. Üçüncü sınıf öğrencilerinin de kararsızlık yaşanmasının nedeni ise kanama durumunda tampon kullanılabileceği düşüncesi olabilir.

### SONUÇ

Öğrencilerin vajinal tampon kullanımı ile ilgili bilgilerinde eksikler olduğu görülmüştür. Vajinal tamponlar ile ilgili bilgi boşlukları olan öğrencilere öğrenimin erken dönemlerinde daha entegre bir eğitim verilmesi ve benzer çalışmanın yapılması önerilir.

#### KAYNAKLAR

1. Chopra, S., Singh, Y., Magon, N. (2010). A case of intravaginal foreign body. *Medical Journal Armed Forces India*.66:266–268.
2. Czerwinski, BS. (2000). Variation in feminine hygiene practices as a function of age. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 29:625–633.
3. Davis, JP., Chesney, PJ., Wand, PJ., Laventure, M., Vergeront, JM. (1982). Toxic shock syndrome: a critique of the 1980 Wisconsin case-control study. *Annals of Internal Medicine*. 96:892–894.
4. Finkelstein, JW., von Eye, A. (1990). Sanitary product use by white, black, and Mexican American women. *Public Health Reports*.105:491–496.
5. Friedrich, EG., Siegesmund, KA. (1980). Tampon-associated vaginal ulcerations. *Obstetrics and Gynecology*. 55:149–156.
6. Middleman, AB., Varughese, J. (2012). Perceptions among adolescent girls and their mothers regarding tampon use. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 25:267–269.
7. Olson, RM. and García-Moreno, C. (2017). Virginity testing: a systematic review. *Reproductive Health*. 14:61.
8. Romo, LF., Berenson, AB. (2012). Tampon use in adolescence: differences among European American, African American and Latina women in practices, concerns, and barriers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 25:328–333.
9. US Food and Drug Administration—Center for Devices and Radiological Health [Internet]. (2005). Guidance for Industry and FDA Staff—Menstrual Tampons and Pads: Information for Premarket Notification Submissions. [cited 2015 Jan 16]. Available from: <http://www.fda.gov/medicaldevices/deviceregulationandguidance/guidancedocuments/ucm071781.htm> .
10. Ajmeri, JR and Ajmeri, CJ. (2011). *Handbook of medical textiles -Nonwoven material for medical applications*, p106–131. Philadelphia, PA: Woodhead Publishing.
11. Chiaruzzi, M., Barbry, A., Muggeo, A., Tristan, A., Jacquemond, I., Badiou, C., Cluzeau, L., Bourdeau, S. et al. (2020). Vaginal Tampon Colonization by Staphylococcus aureus in Healthy Women. *Appl Environ Microbiol*. Sep; 86(18):e01249-20.
12. Schlievert, PM. and Davis, CC. (2020). Device-Associated Menstrual Toxic Shock Syndrome. *Clin Microbiol Rev*. May 27;33(3):e00032-19.
13. Berkley, SF., Hightower, AW., Broome, CV., Reingold, AL. (1987). The relationship of tampon characteristics to menstrual toxic shock syndrome. *JAMA* 258:917–920.
14. Mason, L., Nyothach, E., Alexander, K. Odhiambo, FO., Eleveld, A, Vulule ,J.et al. (2013). ‘We keep it secret so no one should know’ - a qualitative study to explore young schoolgirls attitudes and experiences with menstruation in rural Western kenya. *PLoS One*. Nov 14;8(11):e79132.
15. van Eijk, AM., Zulaika, G., Lenchner, M., Mason, L., Sivakami, M., Nyothach, E. et al. (2019). Menstrual cup use, leakage, acceptability, safety, and availability: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. Aug;4(8):e376-e393.
16. Sebert Kuhlmann, A., Peters Bergquist, E., Danjoint, D. and Wall, LI. (2019). Unmet menstrual hygiene needs among low-income women. *Obstet Gynecol*. Feb;133(2):238-244.
17. Yeşilçiçek Çalık, K. ve Coşar Çetin, F. (2021). *Doğum Öncesi Dönem-II*. syf:1. Ankara: Nobel Tıp.
18. T.C Sağlık Bakanlığı. [Internet]. (2015). Sağlık Çalışanlara Yönelik Düşük Yönetimi Rehberi. 09.04.2023 tarihinde <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/Eklenti/21956/0/dusuk-yonetim-rehberipdf.pdf> adresinden erişildi.
19. Rojas, H. O. and García-Perdomo, H. A. (2022). Association between tampons and toxic shock syndrome in menstruating women: A systematic review and meta-analysis. *Sexologies*. 31:444-452.

## EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN HASTANEDE MAHREMİYETİ KORUMA DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Esra Nur Erdoğan<sup>1</sup>, Tuğba Tahta<sup>2</sup>, Sinem Ceylan<sup>1</sup>, Nezahat Ceren Özdemir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Medipol Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikleri Bölümü, Ameliyathane Hizmetleri Programı, Ankara

### Özet

**Giriş-Amaç:** Mahremiyet temel insan gereksinimidir. Etik ilke ve değerler üzerine temellenmiş ebelik mesleği için de mahremiyet kavramı önemlidir. Bu çalışmanın amacı ebelik öğrencilerinin hastanede mahremiyeti koruma davranışlarının belirlenmesidir.

**Gereç-Yöntem:** Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışma Ankara Medipol Üniversitesi Ebelik Bölümü'nde öğrenim gören 70 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri "Tanıtıcı Soru Formu" ve "Obstetri ve Jinekolojide Mahremiyeti Koruma Ölçeği" ile toplanmıştır. Ölçek, farkındalık düzeyi ve uygulama sıklığı olmak üzere 2 bölüm; fiziksel-sosyal mahremiyet ve psikolojik-bilgi mahremiyeti olmak üzere 2 alt boyuttan oluşmaktadır.

**Bulgular:** Katılımcıların %55.7'si (n=39) 2. sınıf, %44.3'ü (n=31) 3. sınıf öğrencilerden oluşmaktadır. Mahremiyete en çok ihtiyaç duyulan alan doğumhane (%52.9) olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin farkındalık düzeyi puanı 92.08; uygulama sıklığı puanı 88.33 olarak belirlenmiştir. İkinci sınıf öğrencilerinin farkındalık düzeyi puanı 92.50, uygulama sıklığı puanı 88.33; üçüncü sınıf öğrencilerinin farkındalık düzeyi puanı 90.00, uygulama sıklığı puanı 87.50 olarak saptanmıştır. 2. ve 3. sınıf öğrencileri arasında sadece farkındalık düzeyi puanı -psikolojik bilgi mahremiyeti alt boyutunda (p=0.011) istatistiksel anlamlı bulunmuştur.

**Sonuç:** Çalışmamızda ebelik öğrencilerinin hastanede mahremiyeti korumada farkındalık ve uygulama sıklıkları sınıflara göre farklılık göstermektedir. Ebelik öğrencilerinin kadınların mahremiyetini koruma davranışlarının belirlenmesinde daha büyük örnekleme çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ebelik, mahremiyet, öğrenci

## DETERMINING THE PRIVACY PROTECTION BEHAVIORS OF MIDWIFERY STUDENTS IN THE HOSPITAL

Esra Nur Erdoğan<sup>1</sup>, Tuğba Tahta<sup>2</sup>, Sinem Ceylan<sup>1</sup>, Nezahat Ceren Özdemir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Medipol University, Faculty of Health Sciences, Department of Midwifery, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Medipol University, Vocational School of Health Services, Department of Medical Services and Techniques, Operating Room Services Program, Ankara

### Abstract

**Introduction-Aim:** Privacy is a basic human need. The concept of privacy is also important for the midwifery profession, which is based on ethical principles and values. The aim of this study is to determine the privacy protection behaviors of midwifery students in the hospital.

### Materials-Methods:

This descriptive study was conducted with 70 students enrolled in the Department of Midwifery at Ankara Medipol University. Research data were collected with the "Descriptive Questionnaire" and the "The Privacy Protection Scale in Obstetrics and Gynecology". " The scale consists of two sections: level of awareness and frequency of application. It has two sub-dimensions: physical-social privacy subdimension and psychological-informational privacy subdimension."

**Results:** The participants consist of 55.7% (n=39) 2nd grade students and 44.3% (n=31) 3rd grade students. The area where privacy is most needed was determined to be the delivery room. Students' awareness level score is 92.08; the frequency of application score was determined as 88.33. The level of awareness score for second-year students was 92.50, and the frequency of application score was 88.33; for third-year students, the awareness level score was 90.00, and the frequency of application score was 87.50. Among 2nd and 3rd grade students, only the level of awareness section score - psychological information privacy sub-dimension (p=0.011) was found to be statistically significant.

**Conclusion:** In our study, midwifery students' awareness and frequency of practice in protecting privacy in the hospital varies according to classes. It is recommended to conduct studies on larger samples to determine the behaviors of midwifery students in protecting women's privacy.

**Keywords:** Midwifery, privacy, student



## GİRİŞ

Mahremiyet kavramı ilk kez Irwin Altman tarafından tanımlanmış ve her ortamda önemi vurgulanmıştır<sup>1</sup>. Mahremiyetin temel insan gereksinimi olduğu genel görüş olarak belirlenmiştir<sup>2-4</sup>. Bilim ve sanatı bir arada ele alarak etik ilke ve değerler üzerine temellenmiş bir meslek olan ebelik mesleği için de mahremiyet kavramı önemli olmaktadır<sup>5</sup>. Uluslararası Ebeler Derneği, uygulamalarda yol göstermesi ve profesyonel ilişkilerin kaliteli olması amacıyla ebeler için etik kodları belirlemiştir<sup>6</sup>. Özerklik ilkesinin ön koşulu olan mahremiyet kavramı etik ilkelerin temelinde yer alan bir insan hakkı olarak görülmektedir<sup>5</sup>. Mahremiyet hakkı "Hasta Hakları Yönetmeliği"nin 21. maddesinde "Mahremiyete Saygı Gösterilmesi" başlığında ve "Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği"nde belirtilmiştir<sup>7,8</sup>. Belsey ve Chadwick mahremiyet kavramını zihinsel-iletişimsel, bedensel-fiziksel ve bilgi mahremiyeti şeklinde sınıflandırmış ve sağlık alanında da mahremiyet bu yönleriyle ele alınmıştır<sup>2,9,10</sup>.

Jinekolojik muayene hizmetleri; kişinin kontrolünün azaldığı, mahremiyetini koruyamama endişesi yaşadığı, bilgi ve gereksinime ihtiyaç duyduğu bir alandır<sup>11</sup>. Kadınlar, genital bölgenin açık olması, muayene pozisyonu, konu ile ilgili yeterli bilgi sahibi olamama, sağlık personelinin negatif tutumu, mahremiyetin korunmaması gibi nedenlerden dolayı olumsuz sonuçlanan bir deneyim yaşamakta ve muayeneden kaçınmayı tercih edebilmektedirler. Bundan dolayı ciddi bir yakınması olmayan kadınlar kontrol ve tarama amaçlı jinekolojik muayeneden kaçınmaktadır<sup>11,12</sup>.

Ebelik bakımında kadının memnuniyet düzeyinin yükseltilmesinde mahremiyetin korunması önemli bir yer tutmaktadır<sup>13</sup>. Kadın sağlığının her evresinde var olan ebeler; kadının sağlığına, bedenine ve bakım tercihlerine ilişkin kararlarında kadının mahremiyet hakkını göz önünde bulundurmalıdır. Ebelerin hasta odasına girmeden önce kapıya vurması, sağlık kayıtları tutması, cinsel tercihlerine veya aile ilişkilerine ilişkin bilgilerini paylaşmaması, gizlilik gerektiren verileri özenle koruyarak bireyin bilgi mahremiyet hakkını da savunması beklenir<sup>5</sup>.

Ebelerin mahremiyet algısını artırmak için mahremiyet kavramına yönelik alguları, görüşleri ve uygulamalarının değerlendirilmesi ve farkındalıklarının mezuniyet öncesinde oluşturulmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda ebelik öğrencilerinin hastanede mahremiyeti koruma davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın Tipi, Evren ve Örneklem

Tanımlayıcı tipte olan araştırmanın evrenini Ankara'da faaliyet gösteren bir vakıf üniversitesinin Ebelik Bölümü'nde okuyan kız öğrenciler oluşturmuştur. Örneklem ise 18 yaş üzeri 2. sınıf (n=50) ve 3. sınıfta (n=52) okuyan 102 kız öğrenciden oluşmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 3.sınıf öğrencilerin %62 (n=31)'si; 2. Sınıf öğrencilerin %75 (n=39)' i dahil edilmiştir. Evrenin %69'una ulaşılmıştır.

### Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin oluşturulmasında "Tanıtıcı Soru Formu" ve "Obstetri ve Jinekolojide Mahremiyeti Koruma Ölçeği" kullanılmıştır.

**Tanıtıcı Soru Formu:** Araştırmacılar tarafından, literatür taraması<sup>4,11,14</sup> sonucunda tanıtıcı soru formu hazırlanmıştır. Bu soru formunda öğrencilerin yaşı, kaldığı yer, ailesinin gelir durumu, mahremiyet ile ilgili seminere katılma durumu, klinik uygulamalarda hasta mahremiyetine özen gösterme sıklığı gibi öğrencilere ait sosyodemografik bilgiler ve mahremiyet ile ilgili düşüncelerine yönelik olarak toplam 16 soru bulunmaktadır.

**Obstetri ve Jinekolojide Mahremiyeti Koruma Ölçeği:** Karakoç ve Özerdoğan tarafından sağlık çalışanlarının obstetri ve jinekoloji alanında birey mahremiyetini koruma durumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olup geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılmaktadır<sup>15</sup>. Ölçek farkındalık düzeyi ve uygulama sıklığı olmak üzere 2 bölüm; fiziksel-sosyal mahremiyet ve psikolojik-bilgi mahremiyeti olmak üzere 2 alt boyuttan oluşmaktadır. Toplam ölçek puanının hesaplanmasında tersine çevrilmesi gereken madde bulunmamaktadır. Toplam ve alt ölçek puanları 0-100 arasında puana eşitlenerek kullanılmaktadır. Ölçek puanının hesaplanması için; 30 maddenin puanı toplanarak 30 ile 150 arasında ham puan, ham puan toplam madde sayısı olan 30'a bölünerek 1-

5 arası puan elde edilmektedir. Bulunan toplam puandan 1 çıkarılarak 0-4 arası puan elde edilir ve 25 ile çarpılarak 0-100 arasında ölçek puanı bulunmaktadır. Alt boyutların puan hesaplaması, toplam ölçek puan hesaplanması ile aynı şekilde yapılmaktadır. Alt boyutlarda bulunan 15 maddenin puanı toplanarak 15-75 arasında alt boyut puanları elde edilmektedir. Toplam alt boyut puanları madde sayısı olan 15'e bölünerek 1-5 arası bulunan puandan 1 çıkarılarak 0-4 arası elde edilen değer 25 ile çarpılarak ve 0-100 arası puan elde edilmektedir. Bireylerin ölçekten aldıkları puanın artması, mahremiyet farkındalık düzeylerinin yüksek ve mahremiyete yönelik uygulama sıklıklarının fazla olduğunu ifade etmektedir.

#### **Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi**

İstatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 21.0 paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Analizlere başlamadan önce normallik varsayımının sınanmasında çarpıklık ve basıklık katsayıları ile Shaphiro-Wilk ve Kolmogrov-Smirnov testi sonuçları incelenmiştir; Obstetri ve Jinekolojide Mahremiyeti Koruma Ölçeği'nin her iki ana bölümü için elde edilen puanların normal dağılım göstermediği şeklinde yorumlanmıştır (Her biri için  $p=0.000$ ).

#### **Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapıldığı kurumdan Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (03.01.23, Karar No:05) etik izin alınmıştır. Araştırmada veriler ebelik bölüm öğrencilerinin gönüllü onam formunu okumaları sağlanarak onay verdiklerini belirttikten sonra araştırmacılar tarafından toplanmıştır.

#### **Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma Ankara'daki bir üniversitenin yalnızca ebelik bölümlerinde öğrenim gören öğrencileriyle yürütülmüştür. Bu nedenle sonuçların tüm üniversite öğrencilerine genellenememesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

#### **BULGULAR**

Tablo 1'de katılımcıların sosyodemografik özellikleri verilmektedir.

**Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=70)**

| <i>Sınıf</i>                         | <b>n</b> | <b>%</b> |
|--------------------------------------|----------|----------|
| 2                                    | 39       | 55.7     |
| 3                                    | 31       | 44.3     |
| <i>Yaş</i>                           |          |          |
| 18-24                                | 69       | 98.6     |
| >25                                  | 1        | 1.4      |
| <i>İkametgâh</i>                     |          |          |
| Köy                                  | 2        | 2.9      |
| Kasaba                               | 1        | 1.4      |
| Şehir Merkezi                        | 67       | 95.7     |
| <i>Ailenin Gelir Durumu</i>          |          |          |
| Düşük                                | 6        | 8.6      |
| Orta                                 | 46       | 65.7     |
| Yüksek                               | 18       | 25.7     |
| <i>Şu anda kaldığı yer</i>           |          |          |
| Ev-Aile yanında                      | 34       | 48.6     |
| Ev-Arkadaş yanında                   | 5        | 7.1      |
| Yurt-Devlet                          | 21       | 30.0     |
| Yurt-Özel                            | 10       | 14.3     |
| <i>Bölümü isteyerek seçme durumu</i> |          |          |
| Evet                                 | 55       | 78.6     |
| Hayır                                | 15       | 21.4     |

Çalışmadaki katılımcıların (n=70) yaş ortalaması  $20.97 \pm 1.47$  olup %55.7'si (n=39) 2. sınıf, %44.3 (n=31) 3. sınıf öğrencilerinden oluşmaktadır. Öğrencilerin %95.7'si (n=67) şehir merkezinde, %48.6'sı (n=34) ailesinin yanında ikamet ettiği, %65.7'si (n=46) orta gelir düzeyine sahip olup %78.6'sı (n=55) okuduğu bölümü isteyerek seçtiği görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 2’de katılımcıların mahremiyete ilişkin görüşleri yer almaktadır.

**Tablo 2. Katılımcıların mahremiyetle ilişkili görüşleri (n=70)**

| <b><u>Mahremiyetle İlişkili Görüşleri</u></b>                                 | <b>n</b> | <b>%</b> |
|---|----------|----------|
| <i>Genital muayene olma durumu</i>  |          |          |
| Evet  | 4        | 5.7      |
| Hayır   | 66       | 94.3     |
| <i>Genital muayene deneyimini(n:4)</i>  |          |          |
| Olumlu  | 2        | 50.0     |
| Olumsuz   | 2        | 50.0     |
| <i>Hasta hakları yönetmeliğini okuma</i>                                      |          |          |
| Evet  | 29       | 41.4     |
| Hayır   | 41       | 58.6     |
| <i>Hasta hakları ve mahremiyetine ilişkin bir seminere katılma durumu</i>     |          |          |
| Evet  | 8        | 11.4     |
| Hayır   | 62       | 88.6     |
| <i>Eğitim-konferans verilmesinin mahremiyet algısını değiştirmede durumu</i>  |          |          |
| Etkili  | 68       | 97.1     |
| Etkili değil  | 2        | 2.9      |
| <i>Mahremiyete ve gizliliğe ilişkin yazılı politikalara gereklilik durumu</i> |          |          |
| Var   | 69       | 98.6     |
| Yok   | 1        | 1.4      |
| <i>Uygun fiziksel ve çevresel ortam mahremiyet için önemi</i>                 |          |          |
| Önemli  | 70       | 100      |
| Önemli değil  | 0        | 0        |
| <i>Paravan-örtü varlığının mahremiyet için önemi</i>                          |          |          |
| Önemli  | 70       | 100      |
| Önemli değil  | 0        | 0        |
| <i>Mahremiyete en çok ihtiyaç duyulan alan</i>                                |          |          |
| Doğumhane   | 37       | 52.9     |
| Jinekolojik muayene alanı   | 32       | 45.7     |
| Perinatoloji polikliniği  | 1        | 1.4      |

Araştırmaya dahil olan bireylerin %5.7’si (n=4) genital muayene ile ilgili deneyim sahibi olup bu kişilerin %50.0’si (n=2) olumlu deneyime sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların %98.6’sının (n=69) mahremiyete ve gizliliğe ilişkin yazılı politikalara gerekliliğine inanmakta olup, %41.4’ünün (n=29) hasta hakları yönetmeliğini okuduğu, % 97.1’inin (n=68) eğitim-konferans verilmesinin mahremiyet algısını değiştirmeye etkili olacağını düşündüğü ancak %11.4’ünün (n=8) hasta hakları ve mahremiyetine ilişkin bir seminere katılım sağladığı görülmektedir. Katılımcıların tamamının mahremiyet için (n=70) uygun fiziksel ve çevresel ortam ve paravan-örtü varlığını önemsendiği görülmektedir. Öğrencilerin % 52.9’u (n=37) doğumhaneyi, %45.7’si (n=32) jinekolojik muayene alanını, %1.4’ü (n=1) perinatoloji polikliniğini mahremiyete en çok ihtiyaç duyulan alan olarak görmektedir (Tablo 2).

**Tablo 3. Ebelik 2. sınıf ve 3. sınıf öğrencilerinin Obstetri ve Jinekolojide Mahremiyeti Koruma Ölçeği bölümleri ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması**

| Obstetri ve Jinekolojide Mahremiyeti Koruma Ölçeği | Tüm katılımcılar        | 2. sınıf                | 3. sınıf                | Gruplar arası analiz |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------|
|  | Median (min-max)        | Median (min-max)        | Median (min-max)        | t/z;p                |
| Farkındalık Düzeyi Bölümü                          | 92.08<br>(26.67_100.00) | 92.50<br>(69.17_100.00) | 90.00<br>(26.67_100.00) | 475.000;0.125        |
| Fiziksel-Sosyal Mahremiyet Alt Boyutu              | 83.33<br>(45.00_91.67)  | 85.00<br>(55.0_91.67)   | 81.66<br>(45.00_91.67)  | 561.00;0.606         |
| Psikolojik-Bilgi Mahremiyeti Alt Boyutu            | 96.66<br>(3.33_100.00)  | 98.33<br>(75.00_100.00) | 93.33<br>(3.33_100.00)  | <b>393.500;0.011</b> |
| Uygulama Sıklığı Bölümü                            | 88.33<br>(47.50_95.83)  | 88.33<br>(47.50_95.83)  | 87.50<br>(47.50_95.83)  | 551,500;0.530        |
| Fiziksel-Sosyal Mahremiyet Alt Boyutu              | 90.00<br>(46.67_100.0)  | 90.00<br>(50.00_100.00) | 83.33<br>(46.67_100.00) | 540.000;0.442        |
| Psikolojik-Bilgi Mahremiyeti Alt Boyutu            | 93.00<br>(50.00_100.00) | 95.00<br>(50.00_100.00) | 91.66<br>(50.00_100.00) | 543.000;0.459        |

t: Student t, z: Man Whitney U testi

Tablo 3’de ebelik 2. sınıf ve 3. sınıf öğrencilerinin Obstetri ve Jinekolojide Mahremiyeti Koruma Ölçeği farkındalık düzeyi bölümü ve uygulama sıklığı bölümü ile bu bölümlerin fiziksel-sosyal mahremiyet alt boyutu ve psikolojik-bilgi mahremiyeti alt boyutu puanları karşılaştırılmaktadır. Farkındalık düzeyi bölümüne bakıldığında; tüm ebelik öğrencilerinin toplam puanının 92.08, 2. sınıf ebelik öğrencilerinin toplam puanının 92.50 ve 3. sınıf ebelik öğrencilerinin toplam puanının 90.00 olduğu görülmektedir. Uygulama sıklığı bölümüne bakıldığında ise tüm öğrencilerin toplam puanının 88.33, 2. sınıf ebelik öğrencilerinin toplam puanının 88.33 ve 3. sınıf ebelik öğrencilerinin toplam puanının 87.50 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin farkındalık düzeyi bölümü (p=0.125), farkındalık düzeyi bölümü fiziksel-sosyal mahremiyet alt boyutu (p=0.606) ortalamaları yönünden 2. ve 3. sınıf öğrencileri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Katılımcıların uygulama sıklığı bölümü (p=0.530), uygulama sıklığı bölümü fiziksel-sosyal mahremiyet alt boyutu (p=0.442), uygulama sıklığı bölümü psikolojik-bilgi mahremiyeti alt boyutu (p=0.459) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamaktadır. Ebelik öğrencileri farkındalık düzeyi bölümü psikolojik-bilgi mahremiyeti alt boyutu (p=0.011) puanları ortalamaları yönünden 2. ve 3. sınıf ebelik öğrencileri arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır.

## TARTIŞMA

Bireylere verilen bakımda, mahremiyetin psikolojik, fiziksel, sosyal ve bilgisel tüm boyutlarının ele alınması<sup>16</sup> ve ihlal edilmemesi önemlidir. Mahremiyetin korunmasında en büyük rol sağlık bakım profesyonellerinden ebeler ve hemşirelere düşmektedir<sup>3</sup>. Bu nedenle ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin mesleğe hazırlanırken bu bilinci edinmesi ve uygulamalarına yansıtması gerekmektedir. Çalışmamızda ebelik öğrencilerinin %86.6'sının hasta hakları ve mahremiyetine ilişkin bir seminare katılmaması ve yarısından fazlasının (%58.6) hasta hakları yönetmeliğini okumamasına rağmen öğrencilerin hepsi uygun fiziksel ve çevresel ortam ile paravan-örtü varlığının mahremiyet için önemli olduğunu düşünmektedir ve sınıf fark etmeksizin ebelik öğrencilerinin mahremiyet farkındalığı ve uygulama sıklığı yüksek bulunmuştur. Literatürde bir çalışma hemşirelerin hasta mahremiyetine özen gösterme durumunun kurumların konferans fırsatı sunması (%52), uygun fiziksel ortam varlığı (%90.8) ve paravan-örtü varlığının (%88.8) olumlu şekilde etkilediğini belirtmiştir<sup>14</sup>. Yataklı servislerde görev yapan sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada ise hastanede mahremiyetin uygulanabilmesi için çalışanların %57.5'i perde ve paravanların kapatılması gerektiğine kesinlikle katıldığını ifade etmiştir<sup>17</sup>. Bu sonuç öğrencilerin mahremiyet için gerekli uygulamaları bilme farkındalığından dolayı uygulamalara yansıtılabilmeye başarılı olduğunu düşündürmektedir. Uygulamaların hastanedeki tüm bölümlerde sürdürülmesi önemlidir.

Doğumhanede genital bölgenin açık kalması ve yaşanan utanç, obstetri ve jinekoloji hizmetlerinde yaşanan endişeler nedeniyle mahremiyete özen gösterilmesine ihtiyaç vardır<sup>11,16</sup>. Çalışmamızda mahremiyete en çok ihtiyaç duyulan alanlar öğrenciler tarafından sırasıyla doğumhane (%52.9), jinekolojik muayene (%45.7) ve perinatoloji polikliniği (%1.4) olarak bildirilmiştir. Literatürde Özata ve Özer'in (2017) çalışmasında ise acil serviste mahremiyet ihtiyacının fazla olduğu vurgulanmıştır<sup>18</sup>. Hasta memnuniyetlerini değerlendirmek için Taşlıhan ve Akyüz'ün yapmış olduğu çalışma ise hastaların %78'i muayene olurken mahremiyetinin korunduğunu belirlenmiştir<sup>19</sup>. Bizim çalışmamızda en çok ihtiyaç duyulan alanın doğumhane olarak saptanması öğrencilerin ders dönemi içinde klinik uygulamalarında karşılaştıkları durumlardan dolayı kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda tüm ebelik öğrencilerinin mahremiyet farkındalığının (92.08) ve mahremiyeti uygulama sıklığının (88.33) yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Sağiroğlu ve Alpoğuz'un doğumhane klinik uygulamasında ebelik öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmada ebelik öğrencilerinin mahremiyet düzeyinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır<sup>20</sup>. Bu çalışma çalışmamız sonucuyla benzerlik göstermektedir. Yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin hasta mahremiyetine yönelik tutum ortalamalarının orta düzeyde olduğu görülmüştür<sup>21</sup>. Hemşire ve ebelerle (2018) yapılan bir diğer çalışmada da mahremiyet algısının orta düzeyde olduğu belirtilmiştir<sup>4</sup>. Bu sonuçlar gelecekteki meslek üyeleri olacak öğrencilerin etik kurallara duyarlı şekilde yetiştirilmesinde üniversite eğitim sürecinin ve staj uygulamalarının önemli olduğunu düşündürmektedir. Aynı zamanda literatürdeki farklı bir çalışmada öğrencilerin etik sorunlar karşısında pasif bir tutum gösterdiği bildirilmiştir<sup>22</sup>. Bu da öğrencilerin mahremiyeti korunmasına ilişkin bilgi ve beceriye sahip olsalar bile uygulama konusunda farklılıklar gösterebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda ebelik öğrencilerinin sadece mahremiyet farkındalık düzeyinin psikolojik ve bilgi mahremiyeti alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmasına rağmen 2. sınıf ebelik öğrencilerinin 3. sınıf ebelik öğrencilerine göre mahremiyet farkındalıkları ve uygulama sıklıkları daha yüksek olarak belirlenmektedir. Bu sonuç 2. sınıf öğrencilerinin daha az klinik uygulamaya çıkması kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde yapılan bazı çalışmalarda deneyim yılının mahremiyet üzerine anlamlı etkisi bulunmazken<sup>23,24</sup>; Özata ve Özer'in yapmış olduğu çalışmada deneyim yılı az olan sağlık çalışanlarının mahremiyete yönelik daha olumlu tutum sergilediklerini göstermesi<sup>18</sup> çalışmamız bulgusunu desteklemektedir.

## SONUÇ

Ebelik öğrencilerinin hastanede mahremiyeti koruma davranışlarının belirlenmesini amaçladığımız bu çalışmada; öğrencilerin mahremiyet kavramı ile ilgili farkındalığı ve uygulaması genel olarak yüksek bulunsa da sınıflar arasında çok farklılık görülmemiştir. Klinik uygulama yapan öğrencilerin etik ve profesyonel değerlere ilişkin yeterli yetkinliği okul zamanında kazanamaması meslek hayatlarında ikilem yaşayabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle öğrencilerin mahremiyeti korumayı içselleştirebilmesi için müfredata tüm etik ilkelerin dahil edilmesi, farklı simülasyon uygulamalarının eğitim içeriğine katılması, staj oryantasyon programlarına dahil edilmesi, mesleki etik kuralların ve

yönetmeliklerin içine entegre edilmesi, bu konuda kurs ve seminerlerin düzenlenmesi ve benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

### KAYNAKLAR

1. Altman, I. (1977). Privacy regulation: Culturally universal or culturally specific?..*Journal of Social Issues*, 33(3):66-84.
2. Akyüz, E., ve Erdemir, F. (2013). Surgical patients' and nurses' opinions and expectations about privacy in care. *Nursing Ethics*, 20(1): 660-671.
3. Karabulut, C. and Tugut, N. (2023) Evaluation of The Behaviors of Nurses and Midwives Working in The Field of Obstetrics and Gynecology Towards Patient Privacy, *Journal of Health Sciences Institute*, 8(1): 11-17.
4. Candan, M. ve Bilgili, N. (2018). Hemşire ve Ebelerin Hasta Mahremiyetine İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3):34-43.
5. Tosun, H. ve Aksoy, N. (2019). Ebelik Uygulamalarında Mahremiyet. *J. Pro. Health Res* 2019; 1(1):21-27.
6. ICM. (2014). International code of ethics for midwives. Erişim: [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/01/cd2008\\_001-eng-code-of-ethics-for-midwives.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/01/cd2008_001-eng-code-of-ethics-for-midwives.pdf).
7. Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998). *T.C. Resmi Gazete* (23420, 01.08.1998).
8. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (1983). *T.C. Resmi Gazete* (17927,13.01.1983).
9. Belsey, A. (1998). Mahremiyet, Aleniyet, Siyaset. A. Belsey and R. Chadwick (Ed.). (N. Türkoğlu çev.). *Medya ve Gazetecilikte Etik Sorunlar*. İstanbul: Ayrıntı Yayınevi.
10. Sezen, A. and Erden, M. (2018). Mahremiyetin psikososyal yansımaları. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(20): 83-92.
11. Karakoç, H. (2019). Sağlık Çalışanlarının Obstetri ve Jinekoloji Alanında Birey Mahremiyetini Koruma Durumları (Doktora Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi: Eskişehir.
12. Tandoğan Ö., Mecdi Kaydırak M., Doğan B. (2023). Jinekolojik Muayene Sırasında Kadınların Yaşadığı Utangaçlık Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *TOĞÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3(2): 128-138.
13. Srivastava, A., Avan, B., Rajbangshi, P., and Bhattacharyya, S. (2015). Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancyand Childbirth*, 15(1): 97-109.
14. Öztürk, H., Özçelik, S. ve Bahçecik, N. (2014). Hemşirelerin Hasta Mahremiyetine Özen Gösterme Durumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 30(3):19-31.
15. Karakoc, H. and Özerdoğan, N. (2022). The privacy protection scale in obstetrics and gynecology: a scale development study, *Health Care for Women International*, DOI: 10.1080/07399332.2022.2081329
16. Atasever İ, Özçırpan Yücel Ç. (2023). Öğrenci Hemşirelerin Gözüyle Perinatal Kliniklerde Hasta Mahremiyeti: Nitel Bir Çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 16(1): 63-78.

17. Gündüz, N. ve Altıntaş, S. (2019). Hasta Mahremiyetine Yönelik Sağlıkta Kalite Standartlarının Hastane Çalışanları Üzerinde Algularının Ölçülmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 16. Kongre Özel Sayısı, 11-30.
18. Özata, M. ve Özer, K. (2017). Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyeti Konusundaki Tutumlarının İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20 (1), 81-92.
19. Taşlıyan, M., Taşlıyan, M. ve Akyüz, M. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Araştırması: Malatya Devlet Hastanesi'nde Bir Alan Çalışması. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2010 (2), 61-66.
20. Sağıroğlu, E., ve Alpoğuz, A. (2022). Doğumhane Klinik Uygulamasında Ebelik Öğrencilerinin Mahremiyet Bilincinin Değerlendirilmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-8.
21. Fallahmortezejad S, Pourhabibi Z, Mashayekhipirbazari M, Delpasand K. (2021). Nursing students' attitude toward the importance of patient privacy. *Nurs Midwifery* 10:52-6.
22. Cameron ME., Schaffer M., Park HA. Nursing students' experience of ethical problems and use of ethical decision-making models. *Nursing Ethics*. 2001; 8(5): 432-447. doi: 10.1177/096973300100800507
23. Kim K, Han Y and Kim J. (2016). Nurses' and patients' perceptions of privacy protection behaviours and information provision. *Nurs Ethics*. 2016; 24(5): 1-14.
24. Aktan, G.G., Eşer, İ. ve Kocaçal, (2019). Hemşirelerin hasta mahremiyetini koruma ve sürdürme durumları ile etkileyen faktörler. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(4), 301-305.

## Türk ve Suriyeli Annelerin Emzirme Tutumlarının Karşılaştırılması

Tuba Büyükkal<sup>1</sup>, Betül Uncu<sup>1,2</sup>, Meral Kurt Durmuş<sup>3</sup>

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı

<sup>2</sup> İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Lisans Programı

<sup>3</sup> İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi

### ÖZET

**Giriş-Amaç:** Emzirmenin doğum sonu en erken dönemde başlatılarak devam ettirilmesi süreci, anne-bebek sağlığı açısından önem arz etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, Amerikan Pediatri Akademisi gibi birçok önemli kurum ve kuruluş tarafından emzirmenin desteklenmesi ve teşvik edilmesi ile ilgili çalışmalar yürütülmektedir. Bu çalışma etnik kökene bağlı olarak Türk ve Suriyeli annelerin emzirme ile ilgili tutumlarını belirlemek ve aralarındaki farkı incelemek amacıyla vaka kontrol deseninde yapıldı.

**Gereç-Yöntem:** Vaka kontrol desende tasarlanan bu çalışmanın örneklemini dahil edilme kriterlerini karşılayan ve postpartum dönemde emziren Türk ve Suriyeli Mülteci 131 kadın oluşturmuştur. Çalışma verileri yüz yüze anket olarak toplanmıştır. Verilerin toplanmasında "Tanımlayıcı Bilgi Formu" ve "Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği" kullanıldı. Elde edilen bulgular yüzde, ortalama ve standart sapma ile gösterildi. Verilerin analizinde Mann-Whitney U, t-testi ve ki-kare testleri kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırmada sadece anne sütü ile bebeğini emziren Türk Annelerde oran oldukça yüksek iken (%93,9), Suriyeli Mülteci Annelerde emzirme oranı (%76,9) Türk annelere göre anlamlı derecede daha düşük tespit edildi ( $p<0.05$ ). Türk Annelerde Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçek puan ortalaması, Suriyeli Mülteci Annelere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ( $p=0.00$ ). Bu durum Türk annelerin emzirmeye ilişkin daha olumlu tutumları olduğunu göstermektedir.

**Sonuç:** Ülkemize göç ile gelen Suriyeli kadınlara gebelik ve doğum süreçlerinde verilecek eğitimlerle emzirme oranlarında artış olacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda sağlık çalışanlarının kültürel farklılıkları göz önüne alarak Suriyeli göçmen kadınlara emzirme süreçleri ile ilgili danışmanlık vermeleri oldukça önemlidir. Toplum sağlığını ilgilendiren bu konunun politika yapıcıları tarafından ele alınarak uygun politikalar geliştirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** anne sütü, emzirme, doğum, postpartum, mülteci



## Comparison of Turkish and Syrian Mothers' Breastfeeding Attitudes

Tuba Büyükkal<sup>1</sup>, Betül Uncu<sup>1,2</sup>, Meral Kurt Durmuş<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Istanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Midwifery

<sup>2</sup> Istanbul University-Cerrahpasa, Faculty of Health Sciences, Department of Midwifery, Istanbul, Turkey

<sup>3</sup> Istanbul Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey

### ABSTRACT

**Objectives-Aim:** This study was conducted in a case-control design in order to determine the attitudes of Turkish and Syrian mothers about breastfeeding depending on ethnicity and to examine the difference between them.

**Material-Methods:** The sample of this study, which was designed in a case-control design, consisted of 131 Turkish and Syrian immigrant women who met the inclusion criteria and breastfed in the postpartum period. "Descriptive Information Form" and "Breastfeeding Attitude Assessment Scale" were used to collect data. The obtained results were shown with percentage, mean and standard deviation. Mann-Whitney U, t-test and chi-square tests were used to analyze the data.

**Results:** In the study, while the rate of Turkish mothers who breastfeed their babies only with breast milk (93.9%), the rate of breastfeeding in Syrian immigrant mothers (76.9%) was found to be significantly lower than that of Turkish mothers ( $p < 0.05$ ). The mean score of the Breastfeeding Attitude Assessment Scale was found to be statistically significantly higher in Turkish Mothers than in Syrian immigrant mothers ( $p = 0.00$ ). This shows that Turkish mothers have more positive attitudes towards breastfeeding.

**Conclusions:** It is thought that there will be an increase in breastfeeding rates with prenatal trainings to be given to Syrian women who have immigrated to our country. In this context, it is very important for healthcare professionals to provide counseling to Syrian migrant women regarding breastfeeding processes, taking into account cultural differences. This issue, which concerns public health, should be handled by policy makers and appropriate policies should be developed.

**Keywords:** Birth, breastfeeding, ethnicity, immigrant, postpartum period

## GİRİŞ

Anne sütü, bebeğin büyüme ve gelişme süreci açısından birincil beslenme kaynağıdır. Hem ana sağlığı hem de bebek sağlığı açısından yararları oldukça fazladır. Bebeğin fiziksel, bilişsel ve sosyal gelişimini desteklemesi, sindirimini kolay olması, annenin involüsyon sürecini olumlu yönde etkilemesi, anne bebek arasındaki bağlanma sürecini desteklemesi gibi daha birçok durum yararları arasında sayılmaktadır. Tüm bu yararlar açısından bakıldığında toplum sağlığı da olumlu yönde etkilenmektedir. Dolayısıyla doğum sonu dönemde annenin emzirme süreci konusunda desteklenmesi son derece önemlidir. <sup>1-3</sup>

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) bebeklere, ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesini ve 2 yıl boyunca ek gıda ile birlikte anne sütü vermeye devam edilmesini önermektedir. Ülkemizdeki değerlere bakıldığında 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) raporuna göre sadece anne sütü verme oranı ilk 6 ayda %41'dir. Yetersiz görülen emzirme oranlarının artırılması için eğitimler, doğum sonu destek ve bakım hizmetleri, anne/bebek dostu hastane uygulamaları gibi birçok sağlık politikası yürütülmektedir. Yürütülen bu politikalarda annelerin yakından takip edilmesi, desteklenmesi ve emzirme davranışları gözlemlenmelidir. <sup>4-6</sup>

Tutum, insanın herhangi bir olay karşısında tavrını, davranış tarzını oluşturma biçimidir. Bireyin her davranışının kaynağında tutum yer almakta ve davranışlarına göre tutumları şekillenmektedir. Emzirme davranışları da annenin emzirmeye dair tutumlarına göre değişebilmektedir. Bir insanın tutumları zamanla değişen çevreye, yaşanan olaylara, insanların kişiliklerine, değişen demografik özelliklere göre değişebildiği için davranışları bu açıardan incelemek oldukça önemlidir. Yapılan çalışmalarda emzirme sürecinin; annenin yaşı, doğurganlık sayısı, doğum şekli, sosyal destek, annenin emzirmeye karşı tutumu, göç durumu gibi birçok faktörden etkilendiği ve emzirme davranışlarının da bu faktörlere göre şekillenebildiği belirtilmektedir. <sup>7,8</sup>

Kadın sağlığını etkileyen faktörlerden biri sayılan göç durumu kadınların yaşamlarında farklılıklara sebep olmaktadır. Bu farklılıklardan biri de üreme sağlığı sorunlarıdır. Göç sürecinde aile yapısının bozulma riski ile karşı karşıya kalan kadınlarda, aile yapılarını korumak amacı ile çoğalma içgüdüğü ortaya çıkmakta ya da bu konuda baskılanmaktadır. Dolayısıyla aile planlaması yöntemlerinin daha az kullanıldığı görülmekte ve doğurganlığın arttığı ortaya çıkmaktadır. <sup>9-11</sup> Ülkemiz 3 milyondan fazla Suriyeli göçmene ev sahipliği yapmaktadır. Bu sebeple Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2018 verilerinde Suriyeli göçmenler örnekleme tabii tutulmuştur. TNSA 2018 verilerine göre; Türkiye'ye göç eden Suriyeli kadınlar yaklaşık olarak 5,3 çocuk doğurmaktadır. Kısa doğum aralıkları, adölesan gebelikler ve ileri anne yaşı parametrelerinde Türk annelere oranla Suriye'li annelerin oranı daha fazla bulunmuş ve bunlar da emzirme oranlarını etkilemiştir. 2018 verilerinde Suriyeli annelerin ilk 6 ay sadece anne sütü verme oranı %52 iken ortanca emzirme süresi 13,7 ay ile Türk annelerden daha düşük olarak rapor edilmiştir. <sup>12</sup> (TNSA 2018). Yapılan çalışmalarda emzirme oranlarındaki bu farklılığın göç durumu, savaş kayıpları ve çoğalma güdüsüne bağlı kültürel sebeplerden kaynaklandığı

düşünülmektedir. <sup>13,14</sup> Bu çalışmada Suriyeli mülteci annelerin emzirme tutumlarını saptamak, Türk annelerinden farklılıklarını belirlemek amacıyla yapıldı.

## **MATERYAL VE METOD**

**Çalışma Tasarımı:** Bu çalışma Türk ve Suriyeli Annelerin emzirme tutumunu belirlemek ve aralarındaki farkı incelemek amacıyla vaka kontrol deseninde yapıldı. Aşağıda araştırma hipotezleri yer almaktadır.

1. H1: Türk Annelerin ve Suriyeli Annelerin emzirme tutumunu etkileyebilecek sosyodemografik ve emzirme özellikleri benzerdir.
2. H1: Türk Annelerin ve Suriyeli Annelerin emzirme tutumları benzerdir.

## **Etik Karar**

Araştırmanın yapıldığı hastanenin Klinik Araştırmalar Etik Kurulu bu çalışma için etik onay verdi (286/16.09.2022). Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındı. Çalışmanın tüm aşamaları Helsinki Bildirgesi'ne uyularak yürütüldü.

**Örneklem:** Araştırmanın evrenini İstanbul' da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kadın Doğum Birimlerinde 1 Ekim 2022- 31 Aralık 2022 tarihleri arasında hizmet alan Türk ve Suriyeli Mülteci kadınlar oluşturdu. Örneklemine ise Türk anneler için; normal doğum yapma, 18 yaş ve üzeri olma, sağlıklı bebeğe sahip olup emziriyor olma kriterlerini karşılayan kadınlar dahil edildi. Suriyeli Mülteci Annelerde ise en az 4 yıldır Türkiye'de yaşama, Türkçe bilip konuşabilme, normal doğum yapmış olma, 18 yaş ve üzeri olma, sağlıklı bebeğe sahip olup emziriyor olma kriterlerini karşılayan kadınlar dahil edilmiştir. Örneklem büyüklüğü G\*Power (3.1.9.2) programı kullanılarak 0.05 hata payı ve %80 güçle hesaplandı. Bağımsız gruplarda yapılacak olan değerlendirmelerin orta düzeyde etki büyüklüğüne sahip olacağı varsayılarak, F testi kullanılarak yapılan hesaplama göre gruplarda en az 64 kişi olması gerektiği belirlendi.

## **Verilerin toplanması ve analizi**

Katılımcıların sosyo demografik ve obstetrik özellikleri araştırmacılar tarafından literatür taraması yapılarak oluşturulan "Tanımlayıcı Bilgi Formu" ile elde edilmiştir <sup>15</sup> Emzirmeye ilişkin veriler "Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Tanımlayıcı bilgi formunda kadınların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini belirlemeye (yaş, eğitim durumu, gebeliği isteme durumu gibi) yönelik 17 soruya yer verilmiştir.

## **Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği**

Özkan tarafından 1997 yılında geliştirilen ölçek 5'li likert tipinde olup 46 maddeden oluşmaktadır. <sup>3</sup> Ölçek puanlaması yapılırken; "Tamamen katılıyorum" için 4, "katılıyorum" için 3, "kararsızım" için 2, "az katılıyorum" için 1, "hiç katılmıyorum" ifadesi için 0 puan verilmektedir. Ölçek toplam puanı 184 olup, ölçekte ters maddeler bulunmaktadır. Olumlu maddelerin puanı 88 iken olumsuz maddelerin puanı 96'dır. Puanın yükselmesi emzirme tutumunun pozitif olduğunu göstermektedir. Ölçek kullanımı için ölçek sahiplerinden izinler e-posta aracılığıyla alınmıştır.

## **İstatistik Analizi**

Veri analizi Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 24 programı kullanılarak yapıldı. Öncelikle Shapiro-Wilks testi kullanılarak verilerin normalliği test edildi ve normal dağılım elde edildi. Kategorik değişkenler için frekans ve yüzde, sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma verildi. Gruplar arasındaki farklılıkları karşılaştırmak için bağımsız gruplarda Mann Whitney U, t-testi ve ki-kare testi kullanıldı. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi <0.05 kabul edildi.

## Bulgular

Türk ve Suriyeli mülteci annelere ait tanımlayıcı özellikler ve karşılaştırılmasına ilişkin veriler Tablo 1’de gösterilmiştir. Türk annelerde yaş ortalaması  $28,6 \pm 4,9$ ; evlilik süresi  $6,8 \pm 5,0$  yıl; planlanan emzirme süresi ise ortalama  $21,7 \pm 8,0$  ay olmuştur. Suriyeli mülteci annelerde ise yaş ortalaması  $28,4 \pm 8,6$ ; evlilik süresi  $8,6 \pm 4,6$  yıl; planlanan emzirme süresi ise ortalama  $17,2 \pm 8,6$  ay olmuştur. Evlilik süresi Suriyeli mülteci annelerde daha yüksek iken planlanan emzirme süresi daha düşük olmak üzere gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Yaş ortalaması ise gruplar arasında benzerdi ( $p>0.05$ ).

Türk Annelerde öğrenim düzeyi Suriyeli Mülteci Annelere göre daha yüksek saptanmıştır. Bu bulguya benzer olarak Türk Annelerde çalışma durumu daha yaygın ve gelir düzeyi daha yüksek saptanmıştır. Aile tipine bakıldığında Türk Anneler çekirdek aileye sahipken, Suriyeli Mülteci Annelerde kalabalık aileler daha yaygın görülmüştür. Öğrenim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi ve aile tipi açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Bebeğin cinsiyeti, gebelikte gebeliğe dair eğitim alma, gebeliğin planlı olma durumu, gravida, parite, yaşayan çocuk sayısı, abortus öyküsü, ölü doğum öyküsü açısından ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Tablo 1. Gruplar arası tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması

|                               | Türk Anneler<br>(n=66) |          | Suriyeli mülteci<br>Anneler (n=65) |          | p                  |
|-------------------------------|------------------------|----------|------------------------------------|----------|--------------------|
|                               | Ort.                   | SD       | Ort.                               | SD       |                    |
| Yaş                           | 28,6                   | 4,9      | 28,4                               | 5,4      | .858 <sup>a</sup>  |
| Evlilik süresi (yıl)          | 6,8                    | 5,0      | 8,6                                | 4,6      | .015 <sup>b*</sup> |
| Planlanan emzirme süresi (ay) | 21,7                   | 8,0      | 17,2                               | 8,6      | .002 <sup>a*</sup> |
|                               | <b>N</b>               | <b>%</b> | <b>N</b>                           | <b>%</b> |                    |
| <b>Öğrenim Düzeyi</b>         |                        |          |                                    |          | .000 <sup>c*</sup> |
| Okuryazar                     | 11                     | 16,7     | 26                                 | 40       |                    |
| İlköğretim                    | 15                     | 22,7     | 25                                 | 38,5     |                    |
| Ortaöğretim                   | 30                     | 45,5     | 14                                 | 21,5     |                    |
| Yükseköğretim                 | 10                     | 15,2     | -                                  | -        |                    |
| <b>Çalışma Durumu</b>         |                        |          |                                    |          | .028 <sup>c*</sup> |

|                                  |    |      |    |      |                    |
|----------------------------------|----|------|----|------|--------------------|
| Çalışıyor                        | 14 | 21,2 | 5  | 7,7  |                    |
| Çalışmıyor                       | 52 | 78,8 | 60 | 92,3 |                    |
| <b>Gelir Düzeyi</b>              |    |      |    |      | .001 <sup>c*</sup> |
| Gelir giderden az                | 30 | 45,5 | 46 | 70,8 |                    |
| Gelir gidere denk                | 28 | 42,4 | 19 | 29,2 |                    |
| Gelir giderden çok               | 8  | 12,1 | -  | -    |                    |
| <b>Bebek Cinsiyeti</b>           |    |      |    |      | .640               |
| Kız                              | 39 | 59,1 | 41 | 63,1 |                    |
| Erkek                            | 27 | 40,9 | 24 | 36,9 |                    |
| <b>Gebeliğe Dair Eğitim Alma</b> |    |      |    |      | .177               |
| Evet                             | 4  | 6,1  | 1  | 1,5  |                    |
| Hayır                            | 62 | 93,9 | 64 | 98,5 |                    |
| <b>Gebeliğin Planlanması</b>     |    |      |    |      | .187               |
| Planlı gebelik                   | 43 | 65,2 | 35 | 53,8 |                    |
| Plansız gebelik                  | 23 | 34,8 | 30 | 46,2 |                    |
| <b>Aile Tipi</b>                 |    |      |    |      | .016 <sup>c*</sup> |
| Çekirdek aile                    | 47 | 71,2 | 33 | 50,8 |                    |
| Geniş aile                       | 19 | 28,8 | 32 | 49,2 |                    |
| <b>Gravida</b>                   |    |      |    |      | .510               |
| 1                                | 17 | 25,8 | 12 | 18,5 |                    |
| 2                                | 17 | 25,8 | 17 | 26,2 |                    |
| 3 ve üzeri                       | 32 | 48,5 | 36 | 55,4 |                    |
| <b>Parite</b>                    |    |      |    |      | .368               |
| 1                                | 24 | 36,4 | 27 | 41,5 |                    |
| 2                                | 15 | 22,7 | 17 | 26,2 |                    |
| 3 ve üzeri                       | 27 | 40,8 | 21 | 32,3 |                    |
| <b>Yaşayan Çocuk</b>             |    |      |    |      | .363               |
| 1                                | 24 | 36,4 | 27 | 41,5 |                    |
| 2                                | 15 | 22,7 | 16 | 24,6 |                    |
| 3 ve üzeri                       | 27 | 40,8 | 22 | 33,8 |                    |

|                         |    |      |    |      |      |
|-------------------------|----|------|----|------|------|
| <b>Abortus Öyküsü</b>   |    |      |    |      | .219 |
| 0                       | 48 | 72,7 | 36 | 55,4 |      |
| 1                       | 12 | 18,2 | 14 | 21,5 |      |
| 2                       | 6  | 9,1  | 9  | 13,8 |      |
| 3                       | -  | -    | 4  | 6,2  |      |
| 4                       | -  | -    | 2  | 3,1  |      |
| <b>Ölü Doğum Öyküsü</b> |    |      |    |      | .576 |
| 0                       | 65 | 98,5 | 61 | 93,8 |      |
| 1                       | 1  | 1,5  | 3  | 4,6  |      |
| 2                       | -  | -    | 1  | 1,5  |      |

<sup>a</sup>: Student-t Test, <sup>b</sup>:Mann-Whitney U Test, <sup>c</sup>:Ki-kare Test

Tablo 2' de yer alan bilgilere göre doğumdan hemen sonra emzirmeye başlama süresi açısından Türk ve Suriyeli Mülteci Annelerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0.05$ ). Türk Annelerde sadece anne sütü ile besleme oranı oldukça yüksek iken (%93,9), Suriyeli Mülteci Annelerde emzirme oranı (%76,9) Türk Annelere göre anlamlı derecede daha düşüktü ( $p<0.05$ ).

Tablo 2. Emzirmeye ilişkin özelliklerin karşılaştırılması

|                                     | Türk Anneler<br>(n=66) |      | Suriyeli mülteci<br>Anneler (n=65) |      | p                  |
|-------------------------------------|------------------------|------|------------------------------------|------|--------------------|
|                                     | Ort.                   | SD   | Ort.                               | SD   |                    |
| <b>İlk Emzirme Zamanı</b>           |                        |      |                                    |      | .599               |
| İlk yarım saat içinde               | 61                     | 92,4 | 59                                 | 90,8 |                    |
| Yarım saatten sonraki 2 saat içinde | 5                      | 7,6  | 5                                  | 7,7  |                    |
| 2 saatten sonra                     | -                      | -    | 1                                  | 1,5  |                    |
| <b>Bebeğin Beslenme Şekli</b>       |                        |      |                                    |      | .018 <sup>c*</sup> |
| Yalnız anne sütü                    | 62                     | 93,9 | 50                                 | 76,9 |                    |
| Anne sütü ve mama                   | 4                      | 6,1  | 15                                 | 23,1 |                    |

<sup>a</sup>: Student-t Test, <sup>b</sup>:Mann-Whitney U Test, <sup>c</sup>:Ki-kare Test

Türk ve Suriyeli Mülteci Annelere ait Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği (ETDÖ)'nden alınan puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin veriler Tablo 3'te gösterilmiştir. Elde ettiğimiz bulgulara göre Türk Annelerde ölçek puan ortalaması çok ileri düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.00$ ).

Tablo 3. gruplar arası ETDÖ puanlarının karşılaştırılması

|                    | <b>Türk Anneler (n=66)</b><br><b>(ort±SD)</b> | <b>Suriyeli mülteci Anneler</b><br><b>(n=65) (ort±SD)</b> | <b>Test</b> | <b>p</b> |
|--------------------|---|---|-------------|----------|
| Toplam Ölçek Puanı | 109,15±13,52                                  | 96,12±13,60   | t=5,496     | .000     |

t: Student-t  
Test

## Tartışma

Çalışmada Tablo 1 verilerine göre; Türk annelerin öğrenim düzeyinin Suriyeli mülteci annelerden daha yüksek olduğu belirlendi. Planlanan emzirme süreleri arasında Türk ve Suriyeli mülteci annelerde farklılık olup, Türk annelerde planlanan emzirme süresi daha yüksek ve istatistiksel anlamda anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızda Suriyeli annelerin öğrenim düzeyi ve ekonomik durumları düşük olmasına rağmen anne sütü verme oranı Türk annelere oranla daha düşüktür (%76.9'a karşın %93.9). Bayram Değer ve ark. çalışmasında da eğitim düzeyi ve ekonomik durumu düşük olan Suriyeli mülteci kadınlarda emzirme davranışı ve süresi Türk annelere kıyasla daha düşük bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışmada ilk bir saat içinde emzirme oranı Suriyeli mülteci annelerde %61.4 iken Türk annelerde %71.1'dir. Çalışmada Türk annelerin emzirmeye başlama ve sürdürme oranı Suriyeli mülteci annelere oranla daha yüksek bulunmuştur. <sup>14</sup>

ABD' de yapılan sistematik inceleme sonucuna göre etnik farklılıklar nedeniyle emzirme sonuçları hakkında eşitsizliklerin devam ettiği görülmektedir. <sup>16</sup> Bir sistematik inceleme sonucuna göre Suriyeli mülteci kadınların emzirmeye ilişkin olumlu tutuma sahip olmalarına rağmen emzirme sürelerinin 6 aydan daha az olduğu belirlenmiştir. Suriyeli mülteci kadınlarda yapılan nitel bir çalışma sonucunda ise, emzirme bilgi ve davranışlarının yetersiz olduğu saptanmıştır. <sup>11</sup>

Literatür bilgileri çalışma sonucumuzu destekler nitelikte olup çalışmamızdan farklı olarak 4992 Suriyeli mülteci anne ile 6846 Türk annenin doğum sonu döneminde emzirme davranışları karşılaştırılmış, %37.5 oranında Türk annelerin, %60.9 oranında mülteci annelerin emzirdiği sonucuna ulaşılmıştır. <sup>18</sup> Sonuçlardaki farklılıkların çalışmaya dahil edilen kadınların farklı bölgelerde yaşamalarından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Göçün etkisiyle birlikte savaşlarda verilen kayıpların yerine konma güdüsüyle

üremeye ilişkin artış görülmektedir. Bu durumun emzirmeyi engelleyen faktörler arasında olduğu varsayılmaktadır.

Türkiye’de göçün yoğun yaşandığı illerde yapılan Türk ve Suriyeli mülteci annelerin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada odak gruplu görüşmeler sonucunda Suriyeli annelerde emzirme süresinin kısa olduğu görülmüştür. Nedenleri arasında emzirme konusunda eğitim almamış oldukları saptanmıştır.<sup>19</sup> Bektaş ve Arkan çalışmasında Suriyeli mülteci annelerin emzirme konusunda eğitim almadıklarını belirtip 6 aydan önce ek gıdaya geçtiklerini ifade etmişlerdir.<sup>20</sup> Çalışmamızda Suriyeli annelerde emzirmenin yetersiz oluşunun gebelik döneminde emzirme konusunda eğitim almadıkları ile ilişkili olduğu görülmüştür.

## **Sonuç ve Öneriler**

Zorunlu göç ve mülteci olmak emzirme davranışı üzerinde olumsuz etkiye sahiptir. Göç etmek zorunda kalan kadınlarda, ana çocuk sağlığının sürdürülmesi açısından büyük önem taşıyan emzirme hakkında gereken eğitimlerin gebelik döneminde verilmesi gerekmektedir. Göç eden mülteci kadınlara bakım sunan sağlık profesyonelleri mülteci kadınların kültürel özelliklerine göre eğitimler vermeleri bakımın kalitesini arttıracaktır. Ayrıca politika yapıcılar mülteci gebe kadınlara sosyal destek sağlayarak sağlıklı nesillerin yetiştirilmesinde yer almalıdır.

## **Sınırlılıklar**

Çalışmada yalnızca Türkçe konuşmayı bilen veya öğrenen Suriyeli Mülteci Anneler dahil edilmiştir. Yapılacak yeni çalışmalarda Türkçe bilmeyen Suriyeli Mülteci Annelerin dahil edildiği ve sosyodemografik özellikler açısından eşlenik olan gruplarda yapılması önerilmektedir.

## **Kaynakça**

1. Balcı, E. (2011). Anne sütünün çocuk büyüme ve gelişmesine etkisi. Türk Aile Hekimliği Dergisi;15(3):135-138.
2. Çakmak, S., Dengi A.S.D. (2019). Postpartum dönemdeki annelerin emzirme ve anne sütünün önemi hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 23 (1): 9-19
3. Özkan, H. A. (2015). Emzirme tutumunu değerlendirme ölçeği. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 2(1), 53-58.
4. UNICEF. (2002). From the first hour of life. Making the case for improved infant and young child feeding everywhere. <https://data.unicef.org/resources/first-hour-life-new-report-breastfeeding-practices/>
5. World Health Organization. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. 2009. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241594950>
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye 2018 Nüfus ve Sağlık Araştırması Ankara, 2019. [https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018\\_tnsa\\_analiz\\_ve\\_rapor-56](https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018_tnsa_analiz_ve_rapor-56)
7. İnceoğlu, M. (2010). Tutum algı iletişim. İyi İşler Yayıncılık; p.7-25.
8. Kurnaz, D. (2014) Erken Postpartum dönemde annelerin emzirmeye ilişkin tutum ve başarılarını etkileyen faktörler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Ebe-YI-002;40



9. World Health Organization. Refugee and migrant health. World Health Organization. Published 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>
10. Yılmaz F, Ergül S. Health Policy Analysis: Syrian Refugees in the Scope of Migrant Health. *J Heal Soc Welf Res*. 2021;3(2):119-128.
11. Demirhan, I. L., Peksoy Kaya, S., Sahin, S., & Kaplan, S. (2022). Syrian refugee women's breastfeeding behaviors and use of contraceptive methods: a qualitative study. *Women & health*, 62(8), 741–749. <https://doi.org/10.1080/03630242.2022.2125141>
12. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye 2018 Nüfus ve Sağlık Araştırması Suriyeli Göçmen Örneklemi Temel Bulgular. Ankara, 2019. [https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018\\_tnsa\\_analiz\\_ve\\_rapor-56](https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018_tnsa_analiz_ve_rapor-56)
13. Diwakar V, Malcolm M, Naufal G. Violent conflict and breastfeeding: the case of Iraq. *Confl Health*. 2019;13(1):61. doi:10.1186/s13031-019-0244-7
14. Bayram Değer, V., Ertem, M., & Çifçi, S. (2020). Comparison of the Breastfeeding Practices of Refugee Syrian Mothers and Native Turkish Mothers. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 15(3), 170–175. <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.0233>
15. Öztürk, Y. (2022). Göçmen Kadınların Ebelik Hizmetlerine Gereksinimi. *Göç Dergisi (GD)*, 9(3), 337-343.
16. Segura-Pérez, S., Hromi-Fiedler, A., Adnew, M., Nyhan, K., & Pérez-Escamilla, R. (2021). Impact of breastfeeding interventions among United States minority women on breastfeeding outcomes: a systematic review. *International journal for equity in health*, 20(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01388-4>
17. Ozkaya, M., Korukcu, O., & Aune, I. (2022). Breastfeeding attitudes of refugee women from Syria and influencing factors: a study based on the transition theory. *Perspectives in public health*, 142(1), 46–55. <https://doi.org/10.1177/1757913920964520>
18. İleri A. , Ata C. , İleri H. , Yıldırım Karaca S. , Şenkaya A. R. Perinatal trends and birth outcomes of Syrian refugee and turkish women. *Ege Tıp Dergisi*. 2022; 61(2): 276-283.
19. Yalçın, S. S., Erat Nergiz, M., Elci, Ö. C., Zikusooka, M., Yalçın, S., Sucakli, M. B., & Keklik, K. (2022). Breastfeeding practices among Syrian refugees in Turkey. *International breastfeeding journal*, 17(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00450-3>
20. Bektas, I., & Arkan, G. (2021). The Effect of Perceived Social Support of Syrian Mothers on Their Infant Feeding Attitudes. *Journal of pediatric nursing*, 57, e40–e45. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.10.005>

# EBELİK, LİDERLİK VE KLİNİK LİDERLİK ÜZERİNE BİBLİYOMETRİK BİR ANALİZ

Sema Üstgörül, Carla Freijomil Vázquez, Bülent Akkaya

## Özet

Bu çalışmanın amacı ebelik, liderlik ve klinik liderlik kavramlar ile ilgili yapılan çalışmaların bibliyometrik analiz ile haritasını çıkarmaktır. Analiz birimi olarak Web of Science veri tabanında taranan yayınlanmış 2013- 2022 yılları arasında yayınlanan eserlerin bibliyometrik verisi baz alınmıştır. Bu üç kavram ile ilgili WOS endeks türüne bakıldığında SCI-EXPANDED (850), SSCI (301) ve ESCI (225) toplam 1376 olduğu tespit edilmiştir. Eserlerin yayın yıllarına göre dağılımına bakıldığında, en fazla 2021 (171 yayın), 2020 (138 yayın) ve 2022 (135 yayın) yıllarında olduğu; en fazla eser veren isimlerin Judy McKimm (16), Mary, Casey (10) ve Begley, Cecily (9) olduğu; en çok atıf alan yazarların ise Mckimm, Judy (287), Casey, Mary (287) ve Daly, John(260) olduğu görülmektedir. Araştırma alanları açısından incelendiğinde hemşirelik (499), sağlık bilimleri hizmetleri (350), sağlık politikaları yönetimi (173) alanlarında eser verildiği; yayınların ülkelere göre dağılımı konusunda İngiltere (444), Avusturya (289) ve Amerika (287), Türkiye ise (14) eser yayınlandığı tespit edilmiştir. Ebelik, liderlik ve klinik liderlik kavramları ve bu kavramların birbirleriyle ilişkisi ile ilgili yayınlarda en sık kullanılan anahtar sözcüklere bakıldığında 331 tekrar ile klinik liderlik, 180 tekrar ile liderlik, 119 tekrar ile ebelik, 85 tekrar ile hemşirelik, 31 tekrar ile hasta güvenliği kelimesi yer almaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Ebelik, Klinik liderlik, Liderlik, Hemşirelik, Hasta güvenliği

## Giriş

Anne adaylarına doğum öncesi, doğumda ve doğum sonrasında kapsamlı bakım sağlamak olan ebelik mesleği, günümüz sağlık ortamında önemli dönüşümlerden geçmektedir.<sup>1</sup> Liderlik, özellikle de klinik liderlik, ebeliğin geleceğini şekillendirmede, anne ve bebek sağlığı sonuçlarında iyileştirmeleri teşvik etmede ve ebelerin mümkün olan en iyi bakımı sunabilmesini sağlamada çok önemli bir rol oynamaktadır.<sup>2,3</sup>

Sağlık sektörü, insan hayatının en önemli yönlerinden birini etkileyen kritik bir alan olarak kabul edilir. Bu sektörde etkili liderlik, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve hasta bakımını iyileştirmek için temel bir bileşendir.<sup>4,5</sup>

Son yıllarda akademik çalışma, araştırma ve yayınların hızlı artması doğru literatüre ulaşmayı zorlaştırmıştır. Bundan dolayı ilgili alanda doğru bilgiye ulaşmak hem emek hem de zaman açısından araştırmacıları zorlamaktadır. Günümüzde literatürde doğru bilgiye ulaşmak için farklı analiz türleri geliştirilmiştir. Bibliyometrik analiz de bunlardan bir tanesidir. Bibliyometrik analiz farklı veri tabanlarında bulunan araştırma ve çalışmaları sistematik literatür incelemeleri olarak tanımlanmaktadır.<sup>6,7</sup> Yapılmış ve literatüre katkıda bulunmuş araştırmaları bir bibliyometrik analiz ile

haritalandırma ve görselleştirme yapılarak ebelik, liderlik ve klinik liderlik kavramlarına ilişkin yayın ve araştırma eğilimlerini analiz etmek için yapılan bu çalışmada aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

2014–2022 yılları arasında Web of Science veri tabanında ebelik, liderlik ve klinik liderlik ile ilgili yapılan çalışmaların öncü ülkeleri, yazarları ve yazarların yayın eğilimi nedir?

Yazarlar arasında en çok kullanılan anahtar kelimeleri, bağlamsal ilişkileri ve iş birliği eğilimini nedir?

### **Kavramsal Çerçeve ve Literatür**

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (nternational Confederation of Midwives -ICM) ebelik tanımını “bulunduğu ülkede kabul edilen ve ICM’in temel ebelik uygulamaları için temel yeterliliklerine ve ICM’in global eğitim standartlarına dayalı ebelik eğitim programını başarıyla tamamlayarak ebelik becerilerini kazanmış, yetkinliği yasal olarak onaylanarak ebe belgesi almış kişi” olarak yapmıştır.<sup>8</sup> Sağlık Bakanlığı’nın tanımına göre ebe; ana-çocuk sağlığı hizmetlerini yürüten, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası hizmet veren, doğuma destek olan, 0-6 yaş grubu çocukların beslenmesini ve aşılarını takip eden, aile planlaması, kişisel temizlik kuralları, ilk yardım, bulaşıcı ve sosyal hastalıklardan korunma ile ilgili konularda bireye, aileye, topluma sağlık eğitimi veren meslek mensubudur.<sup>9</sup> Ulusal ve uluslararası ebelik tanımlarında görüldüğü gibi ebelerin başta ana-çocuk sağlığı olmak üzere aile ve toplum sağlığı açısından geniş bir hizmet alanı bulunmaktadır.

Sağlık profesyonelleri arasında anne bebek ve toplum sağlığı için çalışan ebelerin liderlik özelliklerine sahip olması oldukça önemlidir. Bu bağlamda İngiltere’de 2002 yılında, üç ana rol ve on dört yetkinlik alanından oluşan “Lider ebe yetkinlik modeli (Midwifery Leadership Competency Modeli)” geliştirilmiştir. Bu modelde ebelerin; liderlik, sağlık kurum yöneticiliği, kadın ve ailelerin savunuculuğu olmak üzere üç temel rolü bulunmaktadır. Lider ebelerin vizyon geliştirme, yenilikleri öğrenme, koçluk ve mentor yapabilme, etkili iletişim kurabilme, değişime ayak uydurabilme, kaynakları yönetebilme, sistematik ve stratejik düşünebilme gibi özellikleri bulunmaktadır.<sup>10-12</sup>

### **Yöntem**

Bu çalışmada ebelik ve liderlik kavramlarını içeren çalışmaların bibliyometrik analiz yöntemi ile incelenmesi gerçekleştirilmiştir. Bu yöntem, farklı veri tabanlarından elde edilen bilimsel verilerin yüksek araştırma etkisi oluşturması için yüksek hacime sahip verilen işlenmesi ve haritalanması sağlamaktadır.<sup>13,14</sup> Haritalama ve çok boyutlu analiz imkânı sağlamasından ötürü de veri setlerinin derinlemesine analizine olanak sağladığı için VOSviewer programı ile veriler bibliyometrik olarak analiz edilmiştir. Veri tabanı olarak Web of Science kullanılmıştır. Ulaşılan veri tabanı, yazar, atıf, dergi türü, ülke ve anahtar sözcük analizleri üzerinden incelenmiştir.

### **Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, “Liderlik, klinik liderlik ve ebelik üzerine son on yılda yapılan çalışmalarda nasıl bir eğilim görülmektedir?” sorusuna yanıt aramayı amaçlamaktadır. Bu amaca yönelik, bu üç değişkene yönelik sistematik bir literatür taraması yapılmış ve araştırmada nicel bibliyometrik analiz metodu kullanılmıştır.

## Veri Analizi

Web of Science elde edilen veriler aşağıdaki kriterlere göre formüle edilmiştir.

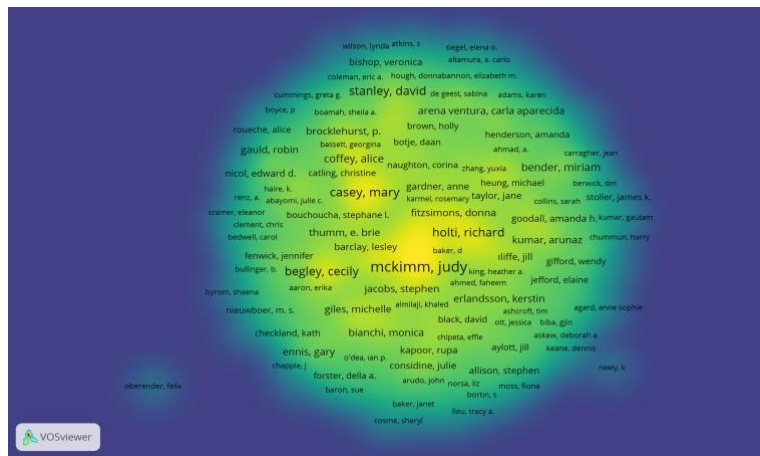
**Tablo 1. Makalelerin seçiminde kullanılan kriterler**

| Dahil kriterler   | Dışlama kriterleri  |
|---|---|
| (“* midwifery*”) AND ( “leadership” OR " clinical leadership") anahtar kelimeleirni içeren çalışmalar   | 2013 öncesi ve 2022 sonrası yapılan yayınlar  |
| Web of Science’da “hakemli” ve “SCI-EXPANDED, SSCI ve ESCI” endeksli dergiler. İngilizce dilinde ve 2013-2022 yıllarında yayınlanan çalışmalar. | Erken görünümde olan makaleler.<br>Bildiri metinleri.<br>Kitap bölümleri.<br>Editöre mektuplar. |

## Ortak Yazar Analizi

Yazarların ortak yazarlık (co-authorship of authors) analizine göre, birbirleriyle iş birliği yapan ve bağlantılı olan yazarlar program aracılığıyla tespit edildi. Her bir yazarın en az 1 yayın ve en az 2 atıf temel alınarak ilişki ağ haritası oluşturulmuştur. Aralarında en yüksek bağlantı bulunan isimler arasında yapılan analize göre 3175 birim, 620 küme, 8869 bağlantı ve 9549 toplam güç bağlantısı görülmektedir. En çok yayın yapan yazarlar Mckimm, Judy (16), Casey, Mary (10) ve Begley, Cecily (9)dir. En güçlü ortak bağlantılı yazarlar ise Casey, Mary (60), Coffey, Alice (60) ve Savage, Eileen (60) olduğu görülmektedir (Şekil).

**Şekil 1. Yazarlar arası iş birliği haritası**

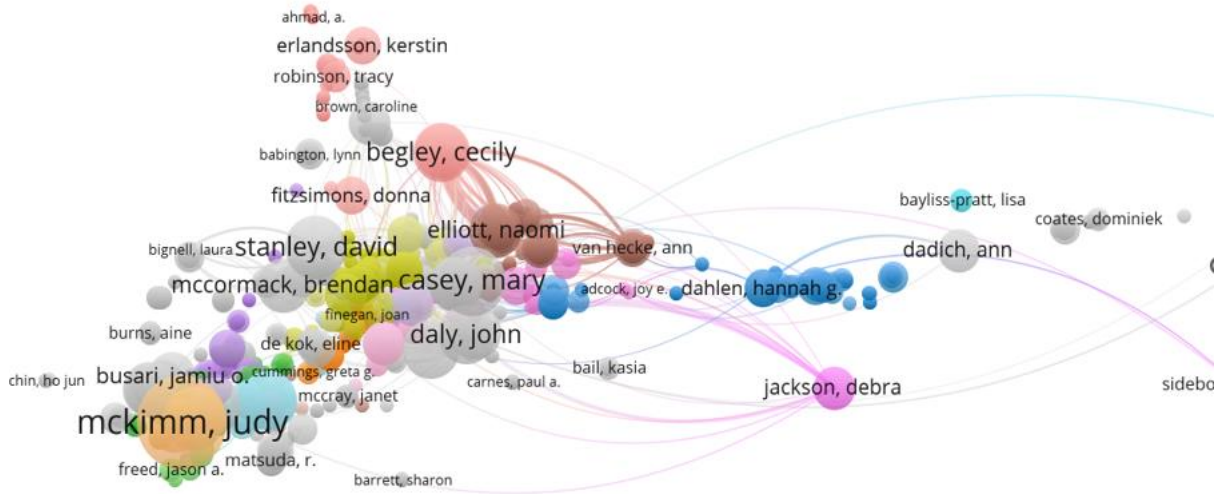


## Yazarların Atıf Analizi (citation of authors)

Yazarların atıf ağlarını tespit etmek üzere en az 1 yayın ve en az 2 atıf kriteri ile yazar atıf analizine dair ağ haritası çıkarılmıştır. Birbiriyle bağlantılı olduğu görülen 1375 birim üzerinden yapılan analizde toplamda 37 küme, 15622 bağlantı ve toplam bağlantı gücü 19055 olarak tespit edilmiştir.

En çok atıf alan yazarlar Mckimm, Judy (287), Casey, Mary (287) ve Daly, John (260) olduğu görülmektedir.

## Şekil 2. Yazarların atıf ağları haritası



## Ülkelerin Atıf Analizi

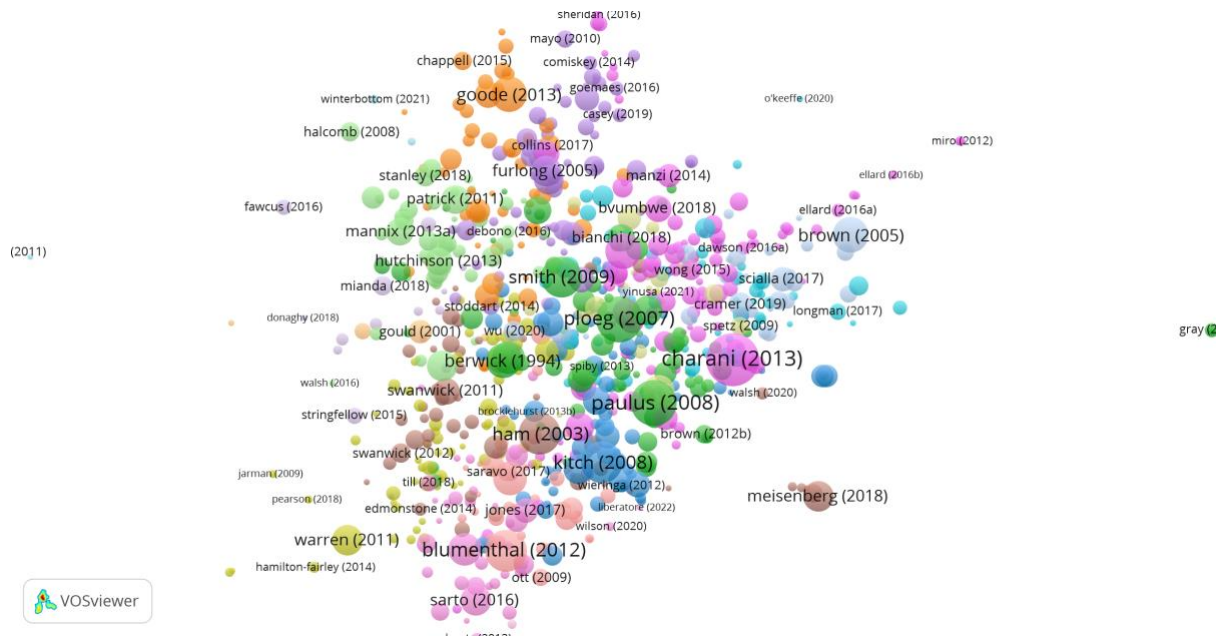
Yayınların ülkelerine göre aldıkları atıflara (citation of countries) dair ağ haritası oluşturmak üzere bir ülke tarafından en az 1 eser yayınlanması ve 2 atıf alınması kriteri kapsamında aralarında ilişki bulunan 74 gözlem birimi üzerinden analiz yapılmıştır. 22 küme, 411 bağlantı ve 2355 toplam bağlantı gücü tespit edilmiştir. En fazla atıf alan ülkeler İngiltere (440 yayın- 4230 atıf) ABD (286 yayın-3710 atıf), ve Avustralya (228 yayın-3296 atıf) olmuştur. Türkiye ise (14 yayın-28 atıf) ile 74 ülke arasında 41.sırada yer almıştır.



## Metinlerin Bibliyografik Eşleşme Analizi

Bibliyografik eşleşme, birbirinden bağımsız iki kaynak tarafından atıf almış ortak eser olarak ifade edilmektedir. En az 2 atıf almış olmak kriteri ile seçilen ve aralarında bağlantı bulunan 886 birim eser ile yapılan analize göre 100 küme, 15616 bağlantı ve 22736 toplam bağlantı gücü elde edilmiştir. En fazla bibliyografik eşleşme olan yayınlar 287 alıntı ile Charani (2013), 261 alıntı ile Espie (2009) ve 205 alıntı ile Ploeg (2007) olmuştur.

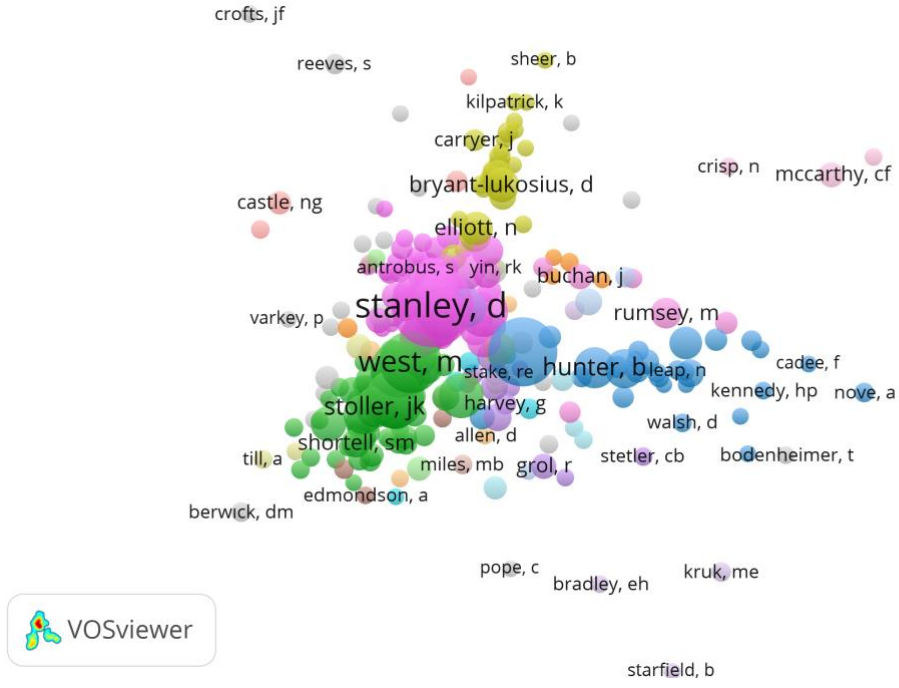
## Şekil 5. Eserlerin Bibliyografik Eşleşme Bağları



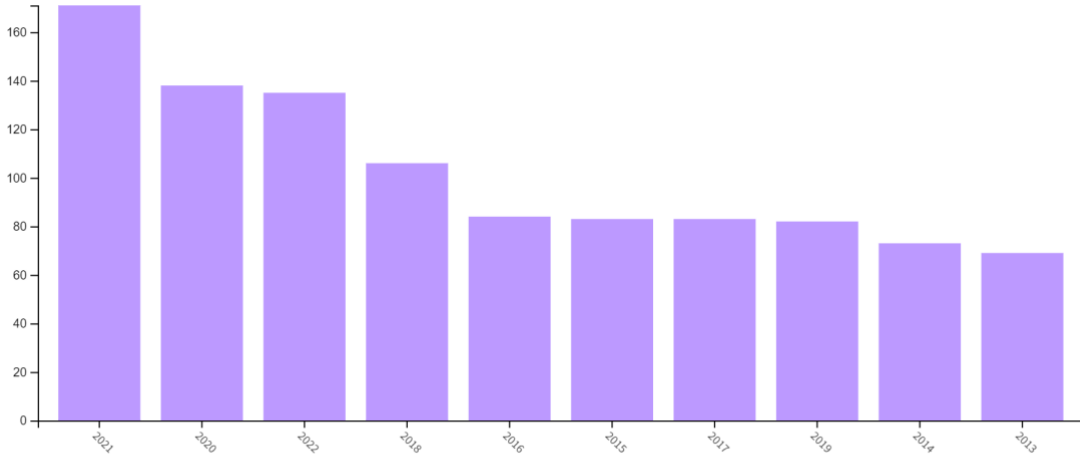
## Yazarların Ortak Atıf Analizi

Herhangi bir yayında atıf yapılan farklı kaynaklar ortak atıf (co-citation) açısından da inceleme yapıldı. Atıf sayısı minimum 10 seçilerek 303 birim üzerinden yapılan analize göre toplamda 39 küme, 10993 bağlantı ve 29828 toplam bağlantı gücü tespit edilmiştir. En fazla ortak atıf yapılan yazarlar Stanly, D (154), West, M (113) ve Stoller, J.K. (93) olarak tespit edilmiştir.

Şekil 6. Yazarların Ortak Atıf Haritası



Şekil 7. Yıllara göre yayın dağılımı



Yıllara göre ebelik ve liderlik ile ilgili çalışmaların dağılımı Tablo 7’de sunulmuştur.



## Sonuç

Bu çalışmada liderlik, klinik liderlik ve ebelik konusunda yapılan çalışmalarla oluşan eğilimin ortaya konulmaya çalışılmıştır. Çalışmada elde edilen verilerin analizleri sonucunda 2013 yılından 2022 yılına kadar yayımlanan makale sayısında sürekli olarak bir artış eğilimi olduğu görülmektedir. Özellikle pandemiden sonra bu artışın geçmiş yıllara oranla çok daha fazla olduğu görülmektedir.

İyi bir liderlik, kurumların başarısını artırırken, klinik liderler ve ebeler de hasta bakımının kalitesini yükseltirler. Bu üç bileşenin bir araya gelmesi, sağlık sektörünün daha iyi sonuçlar elde etmesine ve toplum sağlığını iyileştirmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Sürekli gelişen ebelik alanında klinik liderlik, ilerlemenin ve sürdürülebilirliğin önemli bir parçası olarak düşünülmektedir. Literatürde liderlik üzerine farklı disiplinlerle araştırmalar yapılmaktadır. Son dönemlerde özellikle sağlık alanında liderlik üzerine birçok yeni araştırma yapılmıştır. Liderlik türlerinden biri olan klinik liderlik ise günümüzde sağlık alanında popüler ve ilgi duyulan bir kavram olmuştur. Bu da klinik liderliğin sağlık alanında ve sağlık kurumları yönetiminde stratejik önemini ortaya çıkarmıştır. Bu bağlamda, bu araştırmada literatürde en sık kullanılan liderlik, klinik liderlik ve ebelik arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların haritaları oluşturulmuştur. Özellikle ebelikte önemli bir liderlik türü olan klinik liderlik kavramının hangi kavramlar ile ilişkilendirildiği, hangi yazarların daha çok çalıştığı hakkında sistematik bir bilgi yer almaktadır. Gelecek araştırmalar için liderlik, klinik liderlik ve ebelik kavramları hakkında daha detaylı çalışmak isteyenlere bu kavramlara ilişkin genel eğilimler ve çıkarımlar hakkında çerçeve sunulmuş olup, araştırmacılara yol gösterici olduğu düşünülmektedir.

## Kaynaklar

1. Yıldırım, A. D., & Oskay, Ü. (2020). Dünyada ve Türkiye’de optimal perinatal bakıma yönelik programlar. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36(1), 45-52.
2. Özkan, Ş. (2021). Klinik liderlik ve sağlık kurumlarına yansımaları. *Uluslararası Liderlik Çalışmaları Dergisi: Kuram ve Uygulama*, 4(1), 40-50.
3. Mianda, S., & Voce, A. S. (2017). Conceptualizations of clinical leadership: a review of the literature. *Journal of Healthcare Leadership*, 79-87.
4. Mc Carthy, V. J., Murphy, A., Savage, E., Hegarty, J., Coffey, A., Leahy-Warren, P., ... & Drennan, J. (2019). Development and psychometric testing of the clinical leadership needs analysis (CLeeNA) instrument for nurses and midwives. *Journal of nursing management*, 27(2), 245-255.
5. Pizzirani, B., O'Donnell, R., Skouteris, H., Crump, B., & Teede, H. (2020). Clinical leadership development in Australian healthcare: a systematic review. *Internal Medicine Journal*, 50(12), 1451-1456.

6. Moral-Muñoz, J. A., Herrera-Viedma, E., Santisteban-Espejo, A., & Cobo, M. J. (2020). Software tools for conducting bibliometric analysis in science: An up-to-date review. *Profesional de la Información*, 29(1).
7. Li, T., Zeng, Y., Fan, X., Yang, J., Yang, C., Xiong, Q., & Liu, P. (2023). A Bibliometric Analysis of Research Articles on Midwifery Based on the Web of Science. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 677-692.
8. International Confederation of Midwives Resmi İnternet Sitesi. International Definition of the Midwife, Hollanda. <http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/policyand-practice/icm-international-definition-of-the-midwife/> (Erişim tarihi: 10 Ağustos 2023).
9. Tambağ H. Hatay Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam Türk Ebeler Derneği. Ebeliğin tarihçesi. <http://www.turkebelerdernegi.com>. (Erişim tarihi: 10 Ağustos 2023).
10. Carragher, J., Gormley, K. (2017). Leadership and emotional intelligence in nursing and midwifery education and practice: a discussion paper. *J AdvNurs*, 73(1), 85–96.
11. Yücel, U., Kurt, A., Cansever, S. M. (2018). Ebelikte yönetim ve liderlik. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3).
12. Çevik, A., & Sultan, A. L. A. N. (2021). Ebelik Bölümü öğrencilerinin liderlik yönelimleri ile ebelik mesleğine aidiyet durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 7(3), 182-196.
13. Andrés, A. (2009). *Measuring academic research: How to undertake a bibliometric study*. Elsevier.
14. Donthu, N., Kumar, S., Mukherjee, D., Pandey, N., & Lim, W. M. (2021). How to conduct a bibliometric analysis: An overview and guidelines. *Journal of business research*, 133, 285-296.

## EBELERİN AMNİYOTOMİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞ VE UYGULAMALARI: NİTEL BİR ÇALIŞMA

### OPINIONS AND PRACTICES OF MIDWIVES ABOUT AMNIOTOMY: A QUALITATIVE STUDY

<sup>1</sup>Pirozhan EKİN, <sup>2</sup>Zekiye KARACAM

<sup>1</sup> Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Uzman Ebe, Aydın, Türkiye

<sup>2</sup> Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik bölümü, Aydın, Türkiye

#### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı doğumhanede çalışan ve doğum deneyimi olan ebelerin amniyotomi ile ilgili görüş ve uygulamalarını incelemektir.

**Yöntem:** Bu Araştırma, nitel araştırma desenlerinden fenomenoloji deseninde, Aralık 2020 ve Haziran 2021 tarihleri arasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir şehir hastanesinin doğum kliniğinde yapılmıştır. Çalışmaya amaçlı örnekleme yöntemi ile belirlenen 11 ebe dâhil edilmiştir. Veriler, tanıtıcı bilgi ve yarı yapılandırılmış görüşme formları ile yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılarak elde edilmiştir. Veriler, içerik analizi yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan ebelerin, amniyotomi ile ilgili görüş ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan görüşmelerden elde edilen verilerin içerik analizi sonucunda altı tema ve 19 alt tema altında toplanmıştır. Bu temalar ebelerin amniyotomi ile ilgili görüşler nelerdir, ebelerin amniyotomi uygulama nedenleri, ebelerin amniyotomi uygularken dikkat ettiği durumlar neler, amniyotomi sonrasında dikkat edilen durumlar, ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili onam ve yasal süreç ve ebelerin amniyotomi ile ilgili güncel bilgileri kullanma durumuun neler olduğu tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Bu araştırmanın sonucunda, araştırmaya katılan bazı ebelerin amniyotominin doğumu kısalttığı ve anne-bebek sağlığına faydalı olduğunu için uygulanması gerektiğini görüşünde olduğu, bazı ebelerin ise amniyotominin doğumun doğal sürecini bozduğu için uygulanmaması gerektiğini görüşünde oldukları sonuçları elde edilmiştir. Ayrıca çalışmada ebelerin amniyotomiyi muayene bulgularını Bishop skoruna göre değerlendirip uygun zamanda yaptıkları, sözel onam alarak, literatürde yer alan bilgilere uygun şekilde uyguladıkları, amniyotomi ile ilgili yasal süreç yaşamadıkları saptanmıştır. Çalışmaya katılan çoğu ebenin amniyotomi uygulaması ile ilgili güncel bilgileri takip etmedikleri tespit edilmişti. Ebeler intrapartum bakımda amniyotomiden kaçınarak, müdahalesiz doğum yönetimine katkıda bulunabilirler.

**Anahtar kelimeler:** Amniyotomi, Birinci evre, Doğum eylemi, Ebelik, Intrapartum bakım.

#### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to examine the opinions and practices of midwives working in the delivery room and having experience in childbirth about amniotomy.

**Method:** This research was conducted in the phenomenology design, one of the qualitative research designs, between December 2020 and June 2021 in the maternity clinic of a city hospital affiliated to Istanbul Provincial Health Directorate. Eleven midwives determined by purposive sampling method were included in the study. The data were obtained using introductory information and semi-structured interview forms and semi-structured interview technique. The data were analysed using content analysis method.

**Results:** As a result of the content analysis of the data obtained from the interviews conducted to determine the opinions and practices of the midwives participating in the study, they were grouped under six themes and 19 sub-themes. These themes are what are the opinions of midwives about amniotomy, the reasons for midwives to perform amniotomy, what are the situations that midwives pay attention to when performing amniotomy, the situations that are paid attention after amniotomy, the consent and legal process related to the amniotomy application of midwives, and what are the midwives' use of current information about amniotomy.

**Conclusion:** As a result of this study, it was concluded that some midwives who participated in the research were of the opinion that amniotomy should be applied because it shortens the birth and is beneficial for mother-baby health, while some midwives were of the opinion that amniotomy should not be applied because it disrupts the natural process of birth. In addition, it was determined that the midwives performed amniotomy at the appropriate time by evaluating the examination findings according to the Bishop score, obtained verbal consent, performed it in accordance with the information in the literature, and did not experience a legal process related to amniotomy. It was determined that most of the midwives participating in the study did not follow the current information about amniotomy application. Midwives can contribute to intervention-free labour management by avoiding amniotomy in intrapartum care.

**KeyWords:** Amniotomy, First stage, Intrapartum care, Labour, Midwifery.

PIROZHAN EKİN, Uzm. Ebe., Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Doğumhane. e-posta: [pirozhan.ekin@gmail.com](mailto:pirozhan.ekin@gmail.com) ORCID ID: 000-0001-9451-7921

## GİRİŞ

Amniyotomi, doğum eylemini hızlandırmak amacı ile amniyotik kanca (amniyotik kanca) adı verilen, ucu kanca şeklinde uzun plastik bir aletle, servikal kanaldan girilerek amniyotik membranın suni olarak açılmasıdır (Taşkın, 2020). Amniyotomi, ülkemizin de içinde yer aldığı gelişmekte olan birçok ülkede doğum eylemini hem başlatmak hem de hızlandırmak amacı ile yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir (Batarbee ve ark, 2020; Karakoç ve ark. 2020). Dünya Sağlık Örgütü (2018)' yılında yayınladığı pozitif doğum deneyimi rehberinde amniyotominin, tek başına doğumu hızlandırmak amacıyla kullanılmamasını önermektedir (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2018). Yine benzer şekilde ülkemizde de anne dostu hastane kriterleri kapsamında amniyotomi bilimsel kanıtları olmadığı için önerilmemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Ulusal ve uluslararası çalışmalar amniyotominin yaygın olarak kullanıldığını gözlenmektedir. Yapılan bir çalışmada amniyotomi uygulama oranının Yeni Zelanda'da %73.7 (Batarbee ve ark. 2020) ve Amerika Birleşik Devletleri'nde erken amniyotomi uygulama oranının %63.2 ve geç amniyotomi uygulama oranının %89.3 (Varvoutis ve ark. 2020) olduğu rapor edilmiştir. Ülkemizde de benzer bir durum gözlenmektedir. Yapılan iki çalışmada amniyotomin uygulanma oranlarının %78.3 (Karacam ve ark. 2012) ve %60 (Pınar ve Karaçam, 2018) olduğu rapor edilmiştir. Bazı çalışmada amniyotominin, doğum eyleminin süresini kısaltmak amacıyla tek başına olduğu gibi oksitosin ile birlikte de kullanıldığını göstermektedir (Bay ve Bulut, 2021; Karakoç ve ark. 2020; Kim ve ark. 2020).

DSÖ (2018) ve Ulusal Sağlık ve Mükemmellik Merkezi (NICE, 2008), amniyotominin, tek başına ya da oksitosin ve vajinal prostoglandin E2 ile birlikte kullanımı ile ilgili spesifik klinik nedenler olmadıkça ve özellikle uterin hiperstimülasyon riski var ise, doğumun indüksiyonunda birincil bir yöntem olarak kullanılmaması gerektiğini bildirmektedirler. Uygulayıcıların amniyotomi uygulama gerekçeleri, uygulama sırasında ve uygulanmaması ile ilgili dikkat edilmesi gereken durumlar bilmeleri gerekmektedir. Serviksin durumu veya uygunluğu amniyotomi için önemlidir. Amniyotominin yapılabilmesi için serviksin değerlendirilmesi ve servikal olgunlaşma olmadan yapılmaması gerekir (Gültekin İ ve ark, 2016).

Bishop tarafından 1964 yılında doğum indüksiyonu ve amniyotomi başarısını önceden tahmin etmede kullanılan kantitatif bir yöntem tanımlanmıştır (Bay ve Bulut, 2021). Bishop skoru olarak bilinen bu yöntem ile servikal dilatasyon (açılma) ve efasman (silinme), başın iniş seviyesi, serviksin kıvamı ve pozisyonunu değerlendirir. Amniyotominin etkili olabilmesi için servikal dilatasyonun 4 cm ve silinmenin %80, serviksin yumuşak ve orta hatta (midpozisyon), fetal oksiputun 0 seviyesinde olması

gerektiği kabul bildirilmektedir (DSÖ, 2018). Diğer yandan amniyotominin kordon prolapsusu riski, erken doğum eylemi, bilinen HIV taşıyıcılığı, polihidroamnios ya da malprezantasyon, plesanta previa ve vasa previa durumlarında uygulanmaması gerekmektedir (Öztürk ve ark. 2018).

Amniyotomi yapılma kararı verildiğinde, gebeye uygulama ile ilgili gerekli ve yeterli bilginin verilmesi gerekmektedir. Gebelerden mümkünse yazılı onam alınmalıdır (Öztürk ve ark. 2018). Amniyotomi uygulaması sırasında, yapılması gereken bir dizi işlem bulunmaktadır. Önce gebe monitörize edilmeli, uygulama öncesi ve sonrası fetal kalp atımları değerlendirilmeli ve kayıt edilmelidir. İşlem için gerekli malzemeler (steril eldiven, steril amnioper, underped, katajel) hazırlanmalı ve uygulama steril koşullarda yapılmalıdır (Çakaloz ve ark. 2018).

Amniyotomi ile ilgili yapılan araştırmalarda, daha çok amniyotominin doğum süresine, anne-bebek sağlığına ve doğum indüksiyonu ile birlikte uygulandığında doğuma etkisi incelenmiştir. Amniyotominin, doğum süresine etkisini inceleyen araştırmalardan bazılarında doğum süresine etkisinin olmadığı (Karacam ve ark. 2017; De Vivo ve ark. 2020), bazı çalışmalarda ise doğum eyleminin süresini kısalttığı (Ingversson ve ark. 2020; Zandvakılı ve ark. 2018) sonuçları bildirilmiştir. Retrospektif olarak yapılan bir vaka-kontrol araştırmasında amniyotominin, eylem süresi ve maternal-fetal sonuçlar üzerine etkisi incelenmiştir (Karakoç ve ark. 2020). Bu çalışmada 277 gebenin 76'na amniyotomi uygulandığı ve amniyotominin doğum eyleminin süresi ve yenidoğan sağlığına herhangi bir etkisinin olmadığı sonuçlarına varılmıştır. Ancak bu çalışmada, indüksiyon kullanımının annenin ve yenidoğanın hastanede kalış süresi ve laserasyon gelişimini artırdığı bilgileri de rapor edilmiştir (Karakoç ve ark. 2020). Amniyotominin, yenidoğan ve anne sağlığı üzerinde etkisini inceleyen diğer araştırmalarda ise en önemli risklerin kordon prolapsusu, fetal kalp atım hızında yavaşlama ve intrauterin enfeksiyon olduğu bildirilmiştir (Baylas ve Eyi, 2017; Gültekin ve ark. 2018). Ayrıca amniyotomi işlemi sırasında damarlarda oluşan travmaya bağlı olarak kanama da gelişebileceği bildirilmektedir (Karakoç ve ark. 2020).

Literatürde amniyotominin rutin olarak uygulanmaması önerilmesine rağmen, ülkemizde ve dünyada yaygın olarak kullanıldığı gözlenmektedir (Karacam ve ark. 2017; Karakoç ve ark. 2020 NICE, 2008; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018; DSÖ, 2018). Mevcut kanıtların aksine ülkemizde amniyotominin yaygın biçimde kullanılması, bu konudaki uygulamalarımızı ortaya çıkarabilecek daha fazla bilimsel bilgiye gereksinim olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, bu çalışmanın yapılmasına karar verilmiş ve ebelerin amniyotomi ile ilgili görüş ve uygulamalarının belirlenmesi hedeflenmiştir. Elde edilen bilgilerin, ebelerin amniyotomi uygulaması konusundaki klinik çalışmalarının geliştirilmesine ve ilgili literatüre katkı sağlaması beklenmektedir.

### **Araştırmanın Amacı ve Soruları**

Bu çalışma, doğum salonunda çalışan ebelerin, amniyotomi uygulaması ile ilgili görüş ve uygulamalarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın soruları;

- Ebelerin amniyotomi ile ilgili görüşleri nelerdir?
- Ebelerin amniyotomi uygulamaları nasıldır?

## **MATERYAL VE YÖNTEM**

### **Araştırmanın Deseni**

Bu araştırma, nitel araştırma desenlerinden fenomenoloji yöntemiyle yapılmıştır. Bu araştırma deseni, katılımcılar tarafından tanımlanmış şekliyle bir fenomenle ilgili bireylerin yaşadıkları deneyimlerini betimlendiği, kaynağını felsefe ve psikolojiden alan bir araştırma yöntemidir. Bu betimlemeler, söz konusu fenomen ile ilgili bireylerin çeşitli deneyimlerinin özüne ulaşılmasını sağlar (Creswell ve Poth, 2016).

### **Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı**

Araştırma, 15 Kasım 2020 ve 15 Haziran 2021 tarihleri arasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı bir Şehir Hastanesinde yapılmıştır.

### **Araştırmanın Örnekleme**

Araştırmanın örnekleme, amaçlı örnekleme yöntemi ile İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı bir Şehir Hastanesinin doğum kliniğinde çalışan 11 ebe ile oluşturulmuştur. Literatürde, niteliksel araştırmaların örnekleme hacminin, araştırma sorularına verilen yanıtların doyum noktasına ulaşmasına (tekrarlaması) göre belirlenebileceği (Aksayan ve Emiroğlu, 2002) ve genellikle çalışma grubunda 5–25 kişinin yeterli olduğu (Güler ve diğerleri, 2013) bildirilmektedir. Fenomonolojik araştırmalarda kimin araştırılacağına belirlenmesi önemlidir; çünkü fenomenolojide başlangıç noktası kişisel deneyimler olduğundan bu

deneyimleri, tecrübeleri yaşamış veya yaşamakta olan kişiler örnekleme oluşturmaktadır (Baltacı, 2019). Çalışmaya alınan ebelerin amniyotomi deneyiminin olması ve doğumhane biriminde çalışması grubun belirlenmesinde etkili olmuştur.

Çalışmanın dahil etme kriteri, doğum salonunda en az iki yıl aktif olarak görev yapmış olmak idi. Dışlanma kriteri ise çalışmaya katılmayı kabul etmeme oluşturmıştır. Araştırmaya davet edilen ebelerin tamamı katılımı kabul etmiştir.

## Veri Toplama Aracı

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatüre dayalı olarak hazırlanan yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmıştır (Çırlak ve Erdemir, 2014; Gülüşen ve Yıldız, 2013; Türkoğlu ve diğerleri, 2014). Görüşme formu ebelerin tanıtıcı özelliklerini sorgulayan yedi, deneyim ve görüşlerini sorgulayan 12 sorudan oluşmaktadır. Görüşme formunun kapsam ve geçerliğini sağlamak için nitel araştırma konusunda deneyimli beş uzmanın görüşleri alınmış ve yapılan öneriler doğrultusunda yeniden düzeltme yapılmıştır.

### Pilot Çalışma

Araştırma kurum izni alınmasından sonra, bu formların anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini geliştirmek ve görüşmelerin standardizasyonunu sağlamak için ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama daha önce doğum salonunda çalışmış olan ve şu anda başka klinikte çalışan üç ebe ile yapılmıştır. Ön uygulamanın sonucunda, görüşme formunda bazı düzenlemeler yapılmış ve son hali hazırlanmıştır. Ön uygulamada elde edilen veriler analize alınmamıştır.

## Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin elde edilmesi için öncelikle ebelere çalışma hakkında bilgi verilmiş, çalışmaya davet edilmiş ve bilgilendirilmiş sözlü onamları alınmıştır. Daha sonra Ebelere Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Ardından derinlemesine görüşme yöntemi ile ebelerin amniyotomi uygulamasına ilişkin görüşleri sorgulanmış ve bildirilen ifadeler ilgili forma bire bir kayıt edilmiştir. Ayrıca görüşmeler esnasında araştırmacının cep telefonu ile ses kaydı alınmıştır. Görüşme tamamlandıktan sonra her bir soruya ilişkin alınan notlar ebelere okunarak ya da ses kaydını dinlemek isteyenlere dinletilerek, ilave edilmesi ya da çıkarılması gereken bölümler olup olmadığı sorulmuş ve istenen düzenlemelerin yapılması sağlanmıştır.

### Verilerin Analizi

Çalışmamızda veri kodlanmasında herhangi bir program kullanılmamış ve yazarlar tarafından elde yapılmıştır. Önce ebelerin deneyim ve görüşleri görüşme sorularına verdikleri yanıtlar kelime kelime Microsoft Word belgesine yazılmış ve 1,5 satır aralığında, Times New Roman, 12 punto büyüklüğünde, sayfa kenar boşluğu 2,5 cm olan 44 sayfa ham veri dökümü hazırlanmıştır. Araştırmada, ebeler için E1, E2, E3... gibi kodlar kullanılmıştır. Hazırlanan word dokümanları araştırmacı tarafından bağımsız olarak tek tek okunmuş ve başlangıç kodları oluşturulmuştur. Oluşturulan başlangıç kodları temalar ve alt temalar altında toplanmıştır. Bu analiz ve kodlama süreci ile kodların uygunluğu, ikinci araştırmacı tarafından "uzman incelemesi" yapılarak kontrol edilmiştir.

## Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için "Bir Devlet Üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu"ndan etik kurul izni alınmıştır (Protokol numarası: 2019/055). Araştırma verisinin toplanması için, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni alınmıştır (Protokol numarası No: 2020/47). Araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden ebelere araştırma hakkında bilgi verilerek sözlü onamları alınmıştır. Araştırma Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütülmüş ve katılımcı bildirimleri isim belirtilmeksizin E1, E2, E3... şeklinde kodlar kullanılarak rapor edilmiştir.

### Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenirliği

Nitel araştırmalarda elde edilen sonuçların inandırıcılığı ya da kalitesi yönünden geçerlik ve güvenirliğin sağlanması önemlidir (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bu araştırmada güvenirliği geliştirmek için verilerin elde edilmesi ve araştırma raporunun hazırlanması sırasında uluslararası bir kontrol listesinden

yararlanılmıştır (COREQ: Consolidated criteria for reporting qualitative studies) (Tong, Sainbury ve Craig, 2007). Araştırmanın iç güvenilirliği, verilerin kodlanmasında yazarlar arasında tutarlık sağlanarak (uyum oranı %95) elde edilmiştir. Araştırmanın dış güvenilirliği (teyit edilebilirlik), uzman ikinci araştırmacı tarafından gerçekleştirilen teyit incelemesi ile sağlanmıştır.

## BULGULAR

### Ebelerin Tanıtıcı Özellikleri

Doğum salonunda görev yapan ebelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, 27-46 yaş aralığında oldukları, onunun lisans ve birinin de ön lisans eğitim düzeyinde olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan dokuz ebenin evli, iki ebenin bekâr, dokuz ebenin kadrolu, iki ebenin sözleşmeli olduğu, çalışma yıllarının 3-25 yıl aralığında değiştiği, 2-21 yıldır doğumhanede çalıştıkları, şu andaki kurumlarında çalışma sürelerinin 2-25 yıl aralığında olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1. Ebelerin Tanıtıcı Özellikleri (n=11)**

| Özellikler                       |  |
|----------------------------------|--|
| Yaş                              | 27, 27, 29, 30, 33, 33, 35, 40, 41, 43, 46 |
| Eğitim durumu                    |  |
| Ön lisans                        | 1  |
| Lisans                           | 10   |
| Medeni durum                     |  |
| Evli                             | 9  |
| Bekâr                            | 2  |
| Çalışma süresi (yıl)             | 3, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 12, 14, 25, 30     |
| Bu kurumda çalışma süresi (yıl)  | 2, 2, 2, 2, 3,5, 3, 3, 7, 6, 5, 21,        |
| Doğumhanede çalışma süresi (yıl) | 2, 2, 2,5, 5, 6, 7, 8, 8, 9, 25, 25,       |
| Çalışma şekli                    |  |
| Kadrolu                          | 9  |
| Sözleşmeli                       | 2  |

### Ebelerin Amniyotomi ile İlgili Görüş ve Uygulamaları

Bu bölümde ebelerin amniyotomi ile ilgili görüş ve uygulamalarının ne olduğunu tespit etmek için yapılan nitel çalışmanın bulguları sunulmuştur. Ebelerin araştırmanın sorularına verdiği yanıtlara göre, ebelerin amniyotomi ile ilgili görüşlerine ait bulgular ve ebelerin amniyotomi uygulamalarına yönelik bulgular olmak üzere iki başlık altında sunulmuştur.

#### Ebelerin Amniyotomi ile İlgili Görüşleri

Bu başlıkta ebelerin amniyotomi ile ilgili görüşlerinin nasıl olduğu ile ilgili bulguların sonuçları sunulmuştur. Araştırmada, ebelerin amniyotomi uygulama nedenleri, amniyotominin doğum seyrine etkisi, amniyotominin anne sağlığına etkileri ve amniyotominin bebek sağlığına etkileri sorularına verdikleri yanıtlarda, “*amniyotomi ile ilgili görüşleri*” teması altında birleştirilmiştir. Bu temaya ait amniyotomi uygulanmalı, amniyotomi uygulanmamalı alt temaları tespit edilmiştir (Tablo 2). Ebelerin amniyotomi ile ilgili görüşler temasına ait bazı ifadeleri şunlardır.

“Doğru zamanda açıldığı zaman kesinlikle doğumu hızlandırdığını düşünüyorum. Doğru zaman hastanın açıklığı iyi, baş basıyor baş mobilse zaten açmıyorum, bebeğin kalp atımları düşükse zaten ya da taşikardikse o zamanda zaten uyguluyoruz. Bir bakıyoruz mekonyumlu mu? Eğer mekonyumlu ise ona göre açıyoruz. Yaptırdığım doğumlarda bu doğru zaman dediğim kriterlerde

uyguladığım da ve buscopan ile desteklediğimde doğumların süresi daha kısa oldu.” (E4, Yaş, 35, Lisans)

“Amniyotomi uyguladığım bebeklerin sağlık durumu, bence zaten fetal kalp atımları düştüğü için amniyotomi yapıyoruz. Mekonyumlu olabiliyor bebek, amniyotomi tesbit ettiğimiz için bebek için iyi olduğunu düşünüyorum (E7, Yaş, 30, Önlisans).

## Ebelerin Amniyotomi Uygulamaları

Bu başlıkta ebelerin amniyotomi uygulamadan önce, uygularken, uygulama sonrasında nelere dikkat ettikleri, amniyotomi uyguladıklarında doğumun seyrinde, annede bebekte gelişen durumların neler olduğu, ebelerin amniyotomi ile ilgili yasal süreç yaşayıp yaşamadıkları ve amniyotomi uygulaması için güncel bilgi durumu belirlemek amacıyla yapılmıştır. Ebelerin amniyotomi uygulamalarına ait beş tema ve 15 alt tema altında toplanmıştır. Bu temalar amniyotomi uygulama nedenleri, amniyotomi uygulaması ile ilgili dikkat edilen durumlar, amniyotomi sonrasında dikkat edilen durumlar, amniyotomi uygulaması ile ilgili onam ve yasal süreç, amniyotomi ile ilgili güncel bilgileri kullanım durumu idi.

### **Ebelerin Amniyotomi Uygulama Nedenlerine İlişkin Bulgular**

Araştırmada ebelerin amniyotomi uygulama nedenlerine yönelik verdikleri yanıtları amniyotomi uygulama nedenler teması altında birleştirilmiştir. Amniyotomi uygulama nedenleri temasında fetal distress, doğumun hızlandırılması, *doğumun başlatılmasından* oluşan üç alt tema yer almıştır. (Tablo 2). Ebelerin amniyotomi uygulama nedenlerine yönelik bazı ifadeleri şunlardır;

“Hangi nedenlerle eeee NST de FKA düşme eylemini geçirmişse, anne miad aşımı ise, açarım. Annenin de açıklığı silinmesi uygunsa 5-6 cm üstündeyse silinmesi yüzde ellilerde ise başı oturmuş ise; yani muayenesi uygunsa doğumu hızlandırmak ve indüksiyona destek olması açısından yaparız” (E2, yaş 27, Lisans).

“Doğumu hızlandırmak için kullanıyorum. Yani kullanıyorum kendim. Yani genel olarak doğumu hızlandırmak başın servikse yerleşmesini sağlamak. Uyguladığım doğumlarda etkisini görüyordum. Yani multiparlarda daha çok etkisini hissediyordum. Ama ikisinde de doğumu hızlandırdığını düşünüyorum. Zamanında yapıldığı için (E11, Yaş, 42, Lisans).



| <b>Tema</b>                    | <b>Alt Temalar</b>       | <b>Kodlar</b>  | <b>N</b> |
|--------------------------------|--------------------------|--|----------|
| Amniyotomi ile ilgili görüşler | Amniyotomi uygulanmalı   | Anne için faydalı (n=5), bebek için faydalı (n=7), doğum hızlanıyor (n=7).   | 19       |
|                                | Amniyotomi uygulanmamalı | Anne strese girer (n=5), doğum hızlanmıyor (n=4), doğal süreç bozuluyor (n=2), fetal kalp atımı (FKA) düşer (n=5).   | 16       |
|                                | Fetal distress           | Mekomyum tespiti (n=3), fetal sıkıntıda (n=8).   | 11       |
| Amniyotomi uygulama nedenleri  | Doğumun hızlandırılması  | Kontraksiyonu artırmak (n=1), indiksiyonu desteklemek (n=1), erken amniyotomi uygulaması (n=1), iş yükünü azaltmak (n=1) aktif fazda olduğunda (n=3), doğumu hızlandırmak (n=9). | 16       |
|                                | Doğumun başlatılması     | Miad aşımı (n=1).  | 1        |

Tablo 2 Ebelerin Amniyotomi ile İlgili Görüş ve Amniyotomi Uygulama Nedenleri

### **Ebelerin Amniyotomi Uygulaması ile İlgili Dikkat Ettiği Durumlar ile İlgili Bulgular**

**Tablo. 3 Ebelerin Amniyotomi Uygularken ve Uygulama Sonrası Dikkat Ettiği Durumlara İlişkin Bulgular (n=11)**

| Tema   | Alt Temalar                 | Kodlar   | N  |
|--|-----------------------------|--|----|
| Amniyotomi uygularken dikkat edilen durumlar | Uygulama esnasına           | Sancılı iken açmaya (n=1), poşh gergin iken açmaya (1), mesanenin boş olmasına (n=2), gebenin klinik bulgularına (n=2), kontrollü açmaya (n=4), muayene bulgularına (n=5), malzemelerin tam olması (n=5), sterillliğe (n=6). | 26 |
|  | Anne sağlığına              | Embolisi (n=1), sancılarda azalma (n=1), sancılarda artma (n=2) kord prolapsusu (n=2), kanama(n=3), anksiyeye (n=4) enfeksiyon (n=9).  | 22 |
|  | Bebek sağlığına             | FKA da düşme (n=3), mekonyum (n=4), kord prolapsusu (n=4), yenidoğan enfeksiyonu (n=4), kötü bir durumla karşılaşmadım (n=4).  | 19 |
|  | Destekleyici bakım          | Gebenin mahremiyetine (n=1), gebe ile uyum halinde olmaya (n=2), psikolojik destek (n=2), anneye bilgi vermeye (n=7).  | 12 |
| Amniyotomi sonrasında dikkat                 | Gebede oluşan değişiklikler | Muayene değişikliği (n=1), FKA da düşme (n=1), vasa previa (n=1), dekolman (n=2), annenin genel durumu (n=3), kanama (n=4), enfeksiyon (n=5), kord prolapsusu (n=5), muayene tekrarı (n=5).                                  | 27 |
|  | Fetal kalp atımı            | Bebeğin FKA takibine (n=10).   | 10 |

Araştırmaya katılan ebelerin, amniyotomi uygulama ile ilgili dikkat ettiği durumlara yönelik verilen yanıtlarından amniyotomi uygularken dikkat edilen durumlar teması oluşturulmuştur. Bu temaya ait uygulama esnasına, anne sağlığına, bebek sağlığına ve destekleyici bakım alt temaları tespit edilmiştir (Tablo 3). Ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili dikkat ettiği durumlara yönelik bazı ifadeleri şunlardır;

“Sterillliğe önem veriyorum. Anneye amniyotomi yapacağımı şu şekilde açıklıyorum; doğumun yaklaştı suyunu açmam gerekiyor doğumun bir an önce hızlansın diye. Bebeğin FKA’sına dikkat ediyorum. NST’de reaktif mi? Ona dikkat ederim ona göre açarım. Muayene bulgularımı tekrarda kontrol ederim. Ben uygularken sancı sırasında yani poşh gerginken açmaya dikkat ediyorum. Eee servikal osun altından iki parmağımın arasına amniyoperle işlemi gerçekleştiriyorum ve elimi hemen çekmiyorum. Eeee çünkü kordon sarkması olabiliyor. Bana hiç denk gelmedi ama arkadaşlarımda tanık oldum. Eeee suyunun iyice boşalması özellikle polihidro amniyon suyunun iyice boşalmasına özen gösteriyorum. Sonrasında bebeğin kalp atımını tekrardan takip ediyorum. Eee suyu boşaldıktan sonrada normal doğum eylemine devam ediyorum yani takibe devam ediyorum” (E3 Yaş 27, Lisans).

### Ebelerin Amniyotomi Sonrasında Dikkat Ettiği Durumlara İlişkin Bulgular

Ebelerin amniyotomi sonrasında dikkat ettiği durumlara yönelik sorulan sorulara verdikleri yanıtlar amniyotomi sonrasında dikkat edilen durumlar teması altında birleştirilmiştir. Amniyotomi sonrasında dikkat edilen durumlara ait gebede oluşan değişiklikler ve fetal kalp atımları olmak üzere iki alt tema belirlenmiştir (Tablo 3). Ebelerin amniyotomi sonrasında dikkat ettiği durumlara yönelik bazı ifadeleri şunlardır;

“Amniyotomi sonrasında bebeğin kalp atışı iyi mi onun dışında herhangi bir kordon sarkması var mı bunlara dikkat ediyorum. Poşh açıldıktan sonra bunun dışında herhangi bir sıkıntı yoksa tabi devam ediyorum işlemime, doğum yakınsa doğumu yaptırıyorum. Onun dışında yani bebeğin kalp atımlarını takip ediyorum annede herhangi bir şey oldu mu annede kanama artımı doğum hızlanıyor mu, bir kanama oluşumu kordon sarkma olabilir mi bunları takip ediyorum tabi ki bunların kesinlikle takip edilmesi gerektiğini düşünüyorum” (E4, yaş 27, Lisans).

“Amniyotomi sonrası fetal kalp atımları iyi mi, anne de extra anormal bir durum var mı, kanaması var mı kord sarkması gibi bulgular var mı bunları kontrol ediyorum. Eeee Sonrasın da ateş takibi yapıyorum. Gebeyi tekrar muayene ediyorum. Açıklık durumunu yani tekrar gözden geçiriyorum” (E7, yaş 30, Önlisans).

### Ebelerin Amniyotomi Uygulaması ile İlgili Onam ve Yasal Süreç ile Karşılaşma Durumu

Ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili onam alma ve yasal süreç ile karşılaşma durumlarına yönelik yaptığı açıklamalar amniyotomi uygulaması ile ilgili onam ve yasal süreç temasında birleştirilmiştir. Amniyotomi uygulaması ile ilgili onam ve yasal süreç teması olumsuz deneyim yok, bilgilendirilmiş onam alma, almama olmak üzere üç alt temadan oluşmuştur (Tablo 4). Bu temaya yönelik ebelerin bazı açıklamaları;

“Herhangi bir yasal süreç yaşamadım. Ben sözel olarak hastaya anlatıyorum. Amniyotomiye neden yapacağımızı, bunun ona neden faydalı olacağını anlatıyorum. Doğumun doğal sürecinde izlenmesi gerektiğine inandığım için, gerek duymadıkça yapmıyorum o yüzden yasal bir süreçle karşılaşmadım. Zaten normal doğum onamı alırken tüm riskler içinde yazdığı için yasal bir sıkıntı olabileceğini düşünmüyorum ancak amniyotomi için ayrıntılı bir yazılı onam olması bizi olası yasal süreçlerde koruyacağına inanıyorum (E5 yaş 33, lisans).

“Tabii ki. Hiçbir şekilde sadece bu amniyotomi ile ilgili değil herhangi bir uygulama yapmadan önce rıza almak zorundasınız. Çünkü biz insanların bedenlerine kendilerinin rızası olmadan isteği dışında dokunamayız. Bu sizin içinde geçerli benim içinde geçerli. Eğer istemiyorsa da muhtemelen kliniklerde de vardır bizde de vardır. Tedavi ret imzalatırız. Tabi ki yazılı onam oluyor bilgilendirmeyi yapıyoruz. Bu işlem yapılacak böyle olacak. Ama bazı durumlarda dediğim gibi, şimdi eğer bebekle ilgili sıkıntı varsa bu rıza konusu biraz daha yoruma açık. Tıbbi gereklilik bebekte riskli bir durum tamam siz izin vermiyorsunuz, bizde bakmıyoruz bebeğiniz ölsün böyle bir şey yok. *Mümkün değil* (E10 yaş 43, lisans).

### Ebelerin Amniyotomi Uygulaması ile İlgili Güncel Bilgileri Kullanma Durumuna İlişkin Bulgular

**Tablo 4. Ebelerin Amniyotomi Uygulamasına Yönelik Güncel Bilgileri Kullanma, Onam Alma ve Yasal Süreç Yaşama Durumu (n= 11)**

| Tema   | Alt Temalar                | Kodlar   | N  |
|--|----------------------------|--|----|
| Amniyotomi uygulaması ile ilgili onam ve yasal süreç | Olumsuz deneyim yok        | Yasal bir süreç yaşamadım (n=11).  | 11 |
|  | Bilgilendirilmiş onam alma | Yazılı onam alıyorum (n=1), sorumluluk paylaşımı (n=2), yazılı onam alınmalı (n=2), sözel onam alıyorum (n=3), doğum onamında tüm riskler almıyorum (n=3), gebeyi bilgilendiriyorum (n=9). | 20 |
|  | Almama                     | Yazılı onam almıyorum (n=9).   | 9  |
| Amniyotomi ile ilgili güncel bilgileri kullanma      | Kullanma                   | Makale takip ediyorum (n=1), DSÖ verilerini takip ediyorum (n=1), kongreleri takip ediyorum (n=1), akademik makaleler (n=1), kurum içi eğitimleri takip ediyorum (n=3).                    | 7  |
|  | Kullanmama                 | Sahadaki deneyimlerimi kullanıyorum (n=1), standart bilgileri kullanıyorum (n=3).  | 4  |

Ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili güncel bilgileri kullanımına ilişkin verdikleri yanıtlar “amniyotomi ile ilgili güncel bilgileri kullanma” teması altında birleştirilmiştir. Bu tema altında kullanma (n=7) ve kullanmama (n=4) alt temalarının yer aldığı tespit edilmiştir (Tablo 4). Bazı ebelerin amniyotomi ile ilgili güncel bilgileri kullanma durumuna yönelik ifadeleri şöyledir;

“Açıkçası pek takip etmiyorum. Bazen körelleşiyoruz ya da nasıl diyeyim el pratiğimize çok çok güveniyoruz ve takip etmeyi bırakıyoruz ben kendi acımdan en azından böyle diyebilirim. Ama hastanenin vermiş olduğu hizmet içi eğitimler oluyor, ondan faydalaniyorum tabii ki. Yani yüksek lisan ya da başka eğitimler alsaydık daha iyi olurdu ancak sahadaki tecrübelerden faydalaniyorum genellikle” (E8, yaş 41, lisans).

“Yani çok güncel bilgi bilmiyorum açıkçası standart öğrendiğimiz ve daha çok yaşadığım olaylara karşın verdiğim tepki ile yapıyorum. Hani çok güncel bilgi bilmiyorum” (E10, yaş 43, lisans).

“Açıkçası son zamanlar güncel bilgileri takip etmiyorum. Ama bir iki yıl önce makaleleri takip ediyordum. Kurum içinde verilen eğitimlerimiz var. Ancak kendi çabalarım ile güncel bilgileri şu an takip etmiyorum. Güncel bilgileri takip ettiğim zaman da müdahalesiz doğumu tabii ki savunuluyordu. Ancak ben gerektiği zaman da amniyotomi yapılması gerektiğini düşünüyorum” (E6, yaş 33, lisans).

## TARTIŞMA

Bu çalışmada ebelerin, amniyotomi ile ilgili görüşlerini ve uygulamalarını ortaya koymak amacıyla 11 ebe ile görüşme yapılmıştır. Bu görüşmelerin sonucunda elde edilen bilgiler, ebelerin amniyotomi uygulaması konusundaki mevcut durumlarını açığa çıkarması bakımından önemlidir.

Bu çalışmada ebelerin amniyotominin uygulanmasına ilgili görüşlerinin uygulanmalı ve uygulanmamalı şeklinde iki farklı biçimde olduğu, bazı ebelerin amniyotominin doğumu hızlandırdığı, anne ve bebek sağlığı bakımından risklerinin olmadığı ve bu yüzden rutin olarak uygun muayene koşullarında uygulanması gerektiği görüşünde oldukları belirlenmiştir. Diğer ebelerin de amniyotomiye hem doğum sürecine hem anne hem de bebek sağlığı açısından riskli olduğunu düşündükleri ve zorunlu olmadıkça uygulanmaması görüşünde oldukları saptanmıştır. İsviçre’deki ebelerin amniyotomi ile ilgili deneyim ve görüşlerinin incelendiği bir nitel çalışmada da ebelerin amniyotomi ile ilgili olarak, anne ve bebeğin sağlığında bir sıkıntı olmadığı sürece doğumu hızlandırmak için uygulanabileceğini görüşünde oldukları rapor edilmiştir. Yine bu çalışmada ebelerin amniyotomiye hem basit hem karmaşık hem güvenli hem de riskli olarak deneyimledikleri belirtilmiştir (Ingvarsson ve ark. 2020). Bu sonuçlar ebelerin amniyotomiye ilişkin görüşlerinin kişiye göre değiştiğini göstermektedir. Bu sonuç uygulamalarda bir standardın olmamasını açıklayabilir.

Bu çalışmada, ebelerin amniyotomi uygulama nedenlerinin fetal distress, doğumun hızlandırılması ve başlatılması olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Cooley ve arkadaşlarının (2010)’nin çalışmasında da amniyotominin doğumu başlatmak ve hızlandırmak amaçlı olarak uygulandığı rapor etmişlerdir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise amniyotomi uygulamasının en yaygın nedeninin aktif fazdaki doğumu hızlandırmak olduğu bildirilmiştir (Alferiç ve ark. 2016; Karakoç ve ark. 2020). Ayrıca literatürde yer alan bir diğer çalışmada da amniyotominin doğum eyleminin süresini kısaltmada etkili olduğu belirtilmiştir (Alfireviç ve ark. 2016). Bu sonuçlara göre ebelerin görüşlerinin literatürde yer alan bilgiler ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmada, ebelerin amniyotomi uygulama ile ilgili destekleyici bakıma, uygulama zamanına, anne ve bebek sağlığına dikkat ettikleri saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da amniyotomi uygulamadan önce vajinal muayene yapılması, açıklık, efasman ve fetal başın seviyesinin değerlendirmesi ve muayene bulguları uygunsa, amniyotominin uygulanması gerektiğini bildirilmiştir (Karakoç ark. 2020). Yine bu çalışmada da ebelerin amniyotomi uygulamadan önce gebenin muayene bulgularını değerlendirdikleri, gebeyi bilgilendirdikleri ve rahatlattıkları sonucuna belirtilmiştir. Bir diğer çalışmada da ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili gebeye bilgi vermesi, rahatlatması, genel durumunu izlemesi, fetal kalp atımlarını takip etmesi, yazılı ve sözlü onamlarını alması gerektiği belirtilmiştir (Öztürk ve ark. 2018). Bu sonuçlara göre ebelerin amniyotomi uygulamalarında gerekli hassasiyeti gösterdikleri söylenebilir.

Araştırmada ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili onam ve yasal süreç ile ilgili, olumsuz deneyim yaşamadıkları, yasal süreçle karşılaşma durumunda da tek sorumluluğun kendilerinde olmadığını, tüm ekibin sorumlu olduğunu (hekim, ebe) ifade etmişlerdir. İsviçre’deki ebelerin amniyotomi ile ilgili deneyim ve görüşlerini ortaya koymak için 2020 yılında yapılan nitel bir çalışmada, ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili oluşabilecek olumsuz tüm durumların yasal süreçleri ile ilgili

sorumlulukları üstlendiklerini ifade etmişlerdir (Ingvarsson ve ark. 2020). Bu araştırmada, bazı ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili güncel bilgileri kullandıkları ve bazılarında kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Güncel bilgileri takip eden ebeler makale, DSÖ verilerini, kongreler ve kurum içi eğitimler yoluyla amniyotomi konusundaki gelişmeleri takip ettiklerini söylemişlerdir. Amniyotomi ile ilgili güncel bilgileri takip etmeyen ebeler mevcut bilgi ve deneyimleri ile uygulamaları sürdürdüklerini ifade etmişlerdir. Literatürde ebelerin amniyotomi ile ilgili güncel bilgi kullanım durumuna ilişkin bilimsel bir çalışma bulunamamıştır. Bu konuda çalışma yapılmasına gereksinim bulunmaktadır.

## **SONUÇ ve ÖNERİLER**

Bu araştırmada ebelerin çoğunluğu, amniyotomi uygulamasının doğumu hızlandırdığı, doğum sürecini kısalttığı için anne ve bebeğin yararına olduğunu ve bu yüzden uygun servikal muayene koşullarına göre rutin olarak yapılması gerektiği, bir kısmının da amniyotomi uygulamasının doğum süresine etkisinin olmadığı, risklerinin yüksek olduğu ve bunun da anne-bebeğin sağlığını olumsuz etkileyeceği, doğumun doğal bir süreç olduğu ve amniyotominin bu doğal sürece bir müdahale ettiği için rutin olarak yapılmaması gerektiği ve uygulanacak ise yazılı onam alınması gerektiği görüşlerinde oldukları sonuçları elde edilmiştir. Yine bu çalışmada ebelerin, amniyotomi uygulamadan önce gebeleri bilgilendirdikleri ve sözel onam aldıkları, mahremiyeti korudukları, annenin genel durumunu ve fetal kalp atımlarını değerlendirdikleri, gebeyi rahatlatıcı yaklaşımlarda buldukları, uygulama sürecinde malzemelerin tam olmasına ve sterilite koşullarına dikkat ettikleri, uygulama kararı almadan önce servikal muayene ile Bishop skor değerlendirmesi yaptıkları, amniyotomiye kontrollü bir biçimde uyguladıkları ve uygulama sonrasında takip ettikleri sonuçlarına ulaşılmıştır. Çalışmada ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili en fazla kord prolapsusu ile karşılaştıkları, ancak herhangi bir yasal süreç yaşamadıkları sonuçlarına varılmıştır.

Bu sonuçlara dayalı olarak kliniklerde çalışan ebelerin anne ve bebekle ilgili bir endikasyon olmadıkça rutin olarak amniyotomi uygulamamaları ve doğumu doğal süreçte takip etmeleri, sahadaki deneyimlerine ilave olarak amniyotomi ile ilgili güncel bilgileri takip etmeleri önerilebilir. Sağlık eğitimcilerinin örgün ve yaygın eğitim süreçlerinde amniyotomi uygulaması ile ilgili güncel bilgilere yer vermeleri ve eğitim içeriğini son güncel bilgilere göre hazırlanmaları, kurum yöneticilerinin amniyotomi uygulaması ile ilgili yazılı bir onam protokolu hazırlamaları, uygulanmasını sağlamaları ve desteklemeleri yararlı olabilir. Ayrıca amniyotomi ile ilgili uygulamaların kanıta dayalı biçimde geliştirilmesini sağlayabilecek, konuya ilişkin daha kapsamlı ulusal verileri açığa çıkarabilecek niceliksel ve niteliksel çalışmaların yapılması önerilebilir.

## **Teşekkür**

Yazarlar, bu çalışmanın gerçekleşmesine katkı sağlayan ebelere ve hastane yöneticilerine katkılarından dolayı teşekkür etmektedirler.

## **Çıkar Çatışması Beyanı**

Bu çalışmada herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederiz.

## **Finansal Destek**

Bu çalışma finansal olarak desteklenmemiştir.

## **KAYNAKLAR**

Aksayan S., Emiroğlu N. (2002). Araştırmanın Tasarımı. IN: Hemşirelikte Araştırma: İlke

Süreç ve Yöntemleri (Editör: Erefe İ.) İstanbul, pp. 65–124.

- Alfirevic, Z., Keneye, E., Dowswell, T., Welton, N. J., Medley, N., Dias, S., Caldwell, D. M. (2016). Which method is best for the induction of labour? A systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. *Health technology assessment*, 20(65), 1-583
- Baltacı, A. (2019). Nitel araştırma süreci: Nitel bir araştırma nasıl yapılır?. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 368-388.
- Battarbee, A. N., Glover, A. V., Stamilio, D. M. (2020). Association between early amniotomy in labour induction and severe maternal and neonatal morbidity. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 60(1), 108-114.
- Bay F., Bulut, Ö. (2020). Doğum İndüksiyonu: Maternal, Fetal-Neonatal Etkileri, Ebenin Rolü. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 4-14.
- Creswell, J. W., Poth, C. N. (2016). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.
- Cooley, SM., Geary, MP., O'Connell, MP., McQuillan, K., McParland, P., Keane, D. (2010). How effective is amniotomy as a means of induction of labour?. *Irish Journal of Medical Science*, 179(3), 381–383
- Çırlak, A., Erdemir, F. (2013). Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan bebeklerin ebeveynlerinin rahatlık düzeyi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 73-81. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29638>
- De Vivo, V., Carbone, L., Saccone, G., Magoga, G., De Vivo, G., Locci, M., Berghella, V. (2020). Early amniotomy after cervical ripening for induction of labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American journal of obstetrics and gynecology*, 222(4), 320-329.
- Ingvarsson, S., Schildmeijer, K., Oscarsson, M. (2020). Swedish midwives' experiences and views of amniotomy: An interview study. *Midwifery*, 91, 102840.
- International Confederation of Midwives (2018). Essential Competencies for Basic Midwifery Practice Care During Labour And Birth. 16-18 <https://www.internationalmidwives.org/>
- Güler A, Halıcıoğlu MB, Taşkın S. (2013). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Anmat Matbaacılık San. Ltd. Şti. Ankara, p.85-97.
- Gültekin, İ. B., Al, R. A., Gültekin, S., Dölen, İ. (2016). Sublingual ve Vajinal Misoprostol İle Doğum İndüksiyonu Sonrasında Başarılı Vajinal Doğumu Öngörmeye Sonografik Servikal Uzunluk ve Bishop Skorunun Karşılaştırılması. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(3), 107-111.
- Güleşen, A., Yıldız, D. (2013). Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıta dayalı uygulamalar ile . *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(2), 177-182. doi: 10.5455/pmb1-133613042
- Karaçam, Z., Kurnaz, D., Güneş, G. (2017). Evaluating the content and quality of intrapartum care in vaginal births: An example of a state hospital *Turk J ObstetGynecol*, 14(2), 10-7
- Karaçam, Z., Ekmen, H., Çalışır, H. (2012). The Use of Perineal Massage in the Second Stage of Labor and Follow-Up of Postpartum Perineal Outcomes, *Health Care for Women International*, 33:8, 697-718.
- Karakoç, H., Eriç, J., Kul, A. (2020). Amniyotominin eylem süresi ve maternal-fetal sonuçlar üzerine etkisi: Retrospektif analiz. *Acta Medica Nicomedia*, 3(1), 10-14.
- Kawakita, T., Huang, C. C., Landy, H. J. (2018). Risk factors for umbilical cord prolapse at the time of artificial rupture of membranes. *AJP reports*, 8(2), e89.

- Kim, S. W., Nasioudis, D., Levine, L. D. (2019). Role of early amniotomy with induced labor: a systematic review of literature and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 1(4), 100052.
- NICE guideline. Induction of labour. (2014). National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. National Institute for Health and Clinical Excellence 2008. [www.nice.org.uk/nicemedia/live/41255.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/41255.pdf).
- Pinar, S., Karaçam, Z. (2018). Applying fundal pressure in the second stage of labour and its impact on mother and infant health. *Health care for women international*, 39(1), 110-125.
- Taşkın, L. (2020). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği: Amniyotomi*. (16.baskı ss,378) Ankara: Akademisyen kitap evi.
- Türkoğlu, N., Yalçınöz Baysal, H., Küçükoğlu, S. (2014). Sağlıklı ve hasta bebeğe sahip annelerin doğum sonu depresyon düzeylerinin karşılaştırılması. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 3(1), 1-8. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/48795>
- Tong, A., Sainsbury, P., Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 19(6), 349 –357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı (2018). Anne dostu hastane değerlendirmeci rehberi ISBN :978-605-68705-2- 1 Sağlık Bakanlığı Yayın No :1100
- Yıldırım, A., Şimşek, H. (2016). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (s.430). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Öztürk, G. Çakaloz. K. D., Canbay, Çoban, A., Karaçam, Z., Taşpınar, A. (2018). Doğum eyleminde temel ebelik uygulamaları Z. Karaçam (Ed.), *Temel Ebelik Uygulamaları Rehberler ve Değerlendirmeler* (1. bs, Ss. 266-69) Ankara: Nobel Tıp Yayıncılık.
- Varvoutis, M. S., Sayres, L. C., Dotters-Katz, S. K. (2020). Is Early Amniotomy Associated with Higher Likelihood of Vaginal Birth after Cesarean? *AJP reports*, 10(1), e3
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. ISBN 978-92-4-155021

# EBELERİN DOĞUM AĞRISINDA NON-FARMAKOLOJİK UYGULAMALARINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

İrem ÖZTEN<sup>1</sup>, Neriman ÇAĞLAYAN KELEŞ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi, Tekirdağ, Türkiye.

E-mail: [irem.ozten@saglik.gov.tr](mailto:irem.ozten@saglik.gov.tr), ORCID ID: 0000-0003-4365-168.

<sup>2</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

E-mail: neriman.keles@sbu.edu.tr, ORCID ID: 0000-0002-4607-2400.

## ÖZET

**Amaç:** Doğum ağrısı şiddetli ve kontrolü en zor olan ağrılardan birisi olarak bilinmektedir. Doğum ağrısının yönetiminde farmakolojik ajanlara ek olarak non-farmakolojik yöntemler de başarıyla kullanılmaktadır. Bu çalışmada gebeye doğum eylemi sırasında bakım veren ebelerin non-farmakolojik yöntemlere yönelik farkındalıklarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç-Yöntem:** Tanımlayıcı türdeki araştırmaya, Ağustos 2023 tarihinde 41 ebe dahil edildi. Araştırma verileri kişisel bilgi formu ve non-farmakolojik yöntem bilgi formu ile toplanmıştır. Araştırmanın verileri frekans analizi, tanımlayıcı istatistikler ve ortalama karşılaştırma testleri ile analiz edildi.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan ebelerin %97,6'sı kadın, %2,4'ü erkek olup, yaş ortalamaları ise  $26\pm 2$ 'dir. Ebelerin %24,4'ü farmakolojik ajanların, %75,6 non-farmakolojik yöntemler doğum ağrısını gidermede etkili olduğuna inanıyordu. Ebelerin %42,3'ü non-farmakolojik ajan kullanımının iş yüklerini arttırdığını bildirdi. Doğum ağrısını azaltan non-farmakolojik uygulamalardan en bilinenin sakral basınç ve masaj (%56,1) olduğu, en çok eğitim alınan yöntemin (%63,4) ve en çok uygulanan yöntemin (%80,5) solunum teknikleri olduğu bulundu. Materyal olarak en çok pilates topu (%63,4) kullanılmaktaydı. Rutin olarak kullanılan non-farmakolojik yöntemler arasında ise hidroterapi-banyo (%29,3), solunum teknikleri (%22) yer aldı.

**Sonuç:** Doğum ağrısının kontrolünün sağlanabilmesi için non-farmakolojik yöntemler tercih edilmektedir. Non-farmakolojik yöntemlere yönelik eğitimler düzenlenebilir ve gebeye doğum eylemi sırasında bakım veren ebelerin non-farmakolojik yöntemlere yönelik farkındalıklarının artırılmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** doğum ağrısı, non-farmakolojik yöntemler, ebelik.



# OPINIONS OF MIDWIVES ON NON-PHARMACOLOGICAL APPLICATIONS IN LABOR PAIN

## ABSTRACT

İrem ÖZTEN<sup>1</sup>, Neriman ÇAĞLAYAN KELEŞ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Tekirdag Dr. Ismail Fehmi Cumalioglu City Hospital, Ethics Committee Unit, Tekirdag. E-mail: [irem.ozten@saglik.gov.tr](mailto:irem.ozten@saglik.gov.tr), ORCID ID: 0000-0003-4365-168.

<sup>2</sup> University of Health Sciences, Midwifery Department Istanbul.

E-mail: [neriman.keles@sbu.edu.tr](mailto:neriman.keles@sbu.edu.tr), ORCID ID: 0000-0002-4607-2400.

**Objective:** Birth pain is known to be one of the most severe and difficult to control pains. In addition to pharmacological agents, non-pharmacological methods are also used successfully in the management of labor pain. This study aimed to determine the awareness of midwives who care for pregnant women during labor regarding non-pharmacological methods.

**Materials and methods:** 41 midwives were included in the descriptive research in August 2023. Research data were collected with a personal information form and non-pharmacological method information form. The data of the study were analyzed with frequency analysis, descriptive statistics and mean comparison tests.

**Results:** 97.6% of the midwives participating in the research were women, 2.4% were men, and their average age was  $26\pm 2$  years. 24.4% of midwives believed that pharmacological agents and 75.6% non-pharmacological methods were effective in relieving labor pain. 42.3% of midwives reported that the use of non-pharmacological agents increased their workload. It was found that the most well-known non-pharmacological practices that reduce labor pain are sacral pressure and massage (56.1%), while the most trained method (63.4%) and the most applied method (80.5%) are breathing techniques. Pilates balls were the most used material (63.4%). Non-pharmacological methods routinely used included hydrotherapy-bathing (29.3%) and breathing techniques (22%).

**Conclusion:** Non-pharmacological methods are preferred to control labor pain. Training on non-pharmacological methods can be organized and the awareness of midwives who care for the pregnant woman during labor regarding non-pharmacological methods should be increased.

**Keywords:** Labor pain, non-pharmacological methods, midwifery.

## 1. GİRİŞ

Doğum eylemi, kadın ve ailesi için yaşanan özel bir deneyimdir (6). Buna rağmen akut bir ağrı olan doğum ağrısı uterus kontraksiyonları nedeniyle ortaya çıkmaktadır (7). Bu dönemde yaşanan doğum ağrısı en şiddetli ağrılardan birisidir (7). Akut bir ağrı olan doğum ağrısının kontrolü de zordur (6, 7). Aynı zamanda pek çok kadının doğum eyleminden korkmasının sebepleri arasında yer almaktadır.

Doğum ağrısının kontrolünün sağlanması ebelik bakımının amaçlarından bir tanesidir (8). Ağrının kontrolünün sağlanmasında non-farmakolojik ve farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Non-farmakolojik yöntemler arasında sakral bası ve masaj, yüzeysel sıcak veya soğuk uygulamalar, hidroterapi, derialtı elektrik sinir uyarımı (tens), steril su enjeksiyonu, aromaterapi, homeopati, akupunktur, akupressure gibi yöntemler yer almaktadır. Farmokolojik yöntemler arasında ise epidural blok, intratekal opioid analjezikler, subaraknoid blok ve çeşitli oral-intramusküler analjezikler bulunmaktadır.

Non-farmakolojik yöntemlerin uygulanabilmesi için; kadınların doğum eylemi sırasında aldıkları sağlık hizmetlerinde bire bir bakım, danışmanlık, takip ve tedavi yapan sağlık personelinin iyi bir gözlem yapması gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı gebeye doğum eylemi sırasında bakım veren ebelerin non-farmakolojik yöntemlere yönelik farkındalıklarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

## 2. MATERYAL VE METOT

Tanımlayıcı türdeki araştırma Ağustos 2023 tarihinde araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 41 ebe ile yapılmıştır.

17 sorunun yer aldığı web tabanlı bir anket formu oluşturulmuştur ([https://docs.google.com/forms/d/151wz5sg5AkCOTPHCFbaVRT3t\\_745HeqysA1zDSSu9HY/edit](https://docs.google.com/forms/d/151wz5sg5AkCOTPHCFbaVRT3t_745HeqysA1zDSSu9HY/edit)) ve veriler 5-7 dakika da toplanmıştır.

Veri toplama formunda farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerin kullanılıp kullanılmaması, anne ve fetüs üzerindeki etkileri, doğum ağrısını gidermede kullanılan non-farmakolojik yöntemlerin hangileri olduğuna dair sorular bulunmaktadır.

Araştırmanın istatistiksel analiz aşamasında frekans analizi, tanımlayıcı istatistikler ve ortalama karşılaştırma testleri uygulanmıştır.

### 3. BULGULAR

Araştırmaya katılan ebelerin %97,6'sı kadın, %2,4'ü erkek olup, yaş ortalaması ise 26'dır (min: 23, maks: 47). Bu ebelerin %78'inin lisans, %22'sinin lisansüstü eğitime sahip olduğu belirlendi. Ebelerin ortalama çalışma süresinin 3.1 yıl (min: 3 ay, maks: 28 yıl) olduğu, %75,6'sının devlet hastanelerinde çalıştığı, %43,9'unun görev yaptığı birimin doğum salonu olduğu belirlendi.

Ebelerin %24,4'ünün doğum eyleminde ağrıyı gidermeye yönelik farmakolojik ajan kullanılması gerektiğini düşündüğü, %75,6'sının ise doğum eyleminde ağrıyı gidermeye yönelik non-farmakolojik ajan kullanılması gerektiğini düşündüğü belirlendi. Ebelerin %45,7'sinin doğum eyleminde ağrıyı gidermeye yönelik farmakolojik ajan kullanımının doğum eylemini yavaşlattığını, %41,3'ünün yenidoğan sağlığı üzerine olumsuz etkileri olduğunu ifade etti. Ebelerin %57,7'si ise doğum eyleminde ağrıyı gidermeye yönelik non-farmakolojik ajan kullanımında iş yükünü arttırdığını bildirdi.

Doğum eyleminde kullanılan non-farmakolojik ağrıyı giderme yöntemlerinden en çok duyulan yöntemin sakral basınç ve masaj (%56,1) olduğu, doğum eyleminde kullanılan ağrıyı giderme yöntemlerinden olan solunum teknikleri en çok eğitim alınan yöntem (%63,4) olarak bildirildi.

Aynı zamanda solunum teknikleri en çok uygulanan yöntem (%80,5) olarak seçildi. Ebeler tarafından doğum ağrısını giderme yöntemleri uygulanırken kullanılan materyal olarak en çok pilates topu (%63,4) tercih edildi. Görev yapılan kurumda doğum eyleminde doğum ağrısının giderilmesi için en çok tercih edilen yöntem non-farmakolojik yöntemler (%36,6) olup, en çok ağrısının olduğunu ifade eden gebelere (%43,9) uygulandığı belirlendi.

Rutin olarak kullanılan non-farmakolojik ağrı giderme yöntemleri arasında ise hidroterapi-banyo (%29,3), solunum teknikleri (%22) yer almıştır. Görev yapılan kurumda hekimlerin doğum ağrısını gidermede kullanılan non-farmakolojik yöntemlerin uygulamasına bakış açıları incelendiğinde %39'u ebelerin kararına bıraktığını, %39'u ise ebelerin uygulamasına karşı çıkmadıklarını ifade etti. Ebelerin %82,9'u, non-farmakolojik yöntemlerin gebelere uygulanması ile alınan geri bildirimlerin olumlu olduğunu bildirdi.

#### 4. TARTIŞMA

Doğumdan memnuniyet, sadece yaşanan ağrının düzeyine değil, aynı zamanda gebelik ve doğum sırasında gebeye verilen bakıma da bağlıdır (1).

Çallı ve Hadımlı tarafından (2022) doğumhanede çalışan ebelerin doğum ağrısını gidermede kullanılan non-farmakolojik yöntemler hakkındaki görüşlerini ve uygulama durumlarını belirlemek amacıyla bir araştırma yapılmıştır. Yapılan bu çalışmada ebelerin yaş ortalaması  $40.33 \pm 7.38$ , toplam çalışma süresi ise  $19.07 \pm 9.12$ 'dir. Ebelerin %80,1'i doğum eyleminde non-farmakolojik yöntem kullanılması gerektiğini belirtmiştir. Ebelerin duyduğu non-farmakolojik yöntem sayısı  $6.44 \pm 3.76$ , uyguladıkları yöntem sayısı  $2.92 \pm 2.42$ 'dir. Gebelerin geri bildirimlerinin yüksek oranda olumlu olduğunun bildirmiştir.

Çallı ve Hadımlı tarafından yapılan araştırma ile bu araştırmanın verileri benzerlik göstermektedir.

Doğum eylemi sırasında ağrının giderilmesi için farmakolojik veya non-farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Cochrane incelemelerinden elde edilen kanıtlar, etkili ağrı gidermenin her zaman yüksek anne memnuniyeti puanları ile ilişkili olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte kadınların görüşlerini anlamak, kaliteli doğum bakımı sunumu için önemlidir (2).

Farmakolojik yöntemler ağrıyı azaltabilmektedir; ancak olumsuz yan etkileri vardır. Farmakolojik olmayan yöntemler doğum ağrısını gidermeyebilmektedir. Bu yöntemlerin kullanılması profesyoneller ve doğum destekçileri ile bağ kurmayı kolaylaştırabilmektedir. Kadınların mevcut tüm ağrı giderme yöntemlerinin riskleri ve yararları hakkında bilgiye ihtiyacı vardır (2).

Czech ve arkadaşları (2018) tarafından farmakolojik ve non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerinin etkinliğini değerlendirmek ve karşılaştırmak amacıyla bir araştırma yapılmıştır ( $n=258$ ). Kadınların yaş ortalaması  $29.4 \pm 3.74$ 'tür. Bu araştırma sonuçlarına göre epidural analjezi, doğum ağrısının giderilmesinde altın standarttır; ancak suda doğumun doğum yapan kadınların en yüksek memnuniyet düzeyi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (1).

Biana ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan bir çalışmada non-farmakolojik yöntemlerin kullanımını doğum eyleminin ve doğumun ağrı, doğum süresi, anksiyete, laserasyon ve epizyotomi gibi etkilerini azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (3).

## **5. SONUÇ**

Doğum ağrısı en şiddetli ve kontrolü zor olan ağrılardan birisidir. Non-farmakolojik yöntemlerin uygulanabilmesi için; kadınların doğum eylemi sırasında aldıkları sağlık hizmetlerinde bire bir bakım, danışmanlık, takip ve tedavi yapan sağlık personelinin iyi bir gözlem yapması gerekmektedir. Çeşitli sertifikasyon eğitimleri ile gebeye doğum eylemi sırasında bakım veren ebelerin non-farmakolojik yöntemlere yönelik farkındalıklarının artırılması sağlanabilir.

### **Finansman**

Araştırmada sponsor ve mali destek bulunmamaktadır.

### **Yazar katkıları**

Araştırma Özten İ. ve Çağlayan Keleş N. tarafından düzenlenmiş olup Özten İ. ve Çağlayan Keleş N. tarafından yazılmıştır.

### **Çıkar çatışması**

Yazarların herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

## Kaynaklar

1. Czech I, Fuchs P, Fuchs A, Lorek M, Tobolska-Lorek D, Drosdzol-Cop A, Sikora J. Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Labour Pain Relief-Establishment of Effectiveness and Comparison. *International journal of environmental research and public health* 2018;15(12):2792.
2. Thomson G, Feeley C, Moran VH, Downe S, Oladapo OT. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reproductive health* 2019;16(1):71.
3. Biana CB, Cecagno D, Porto AR, Cecagno S, Marques VA, Soares MC. Non-pharmacological therapies applied in pregnancy and labor: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P* 2021;55:e03681.
4. Çallı S, Hadımlı A. Ebelerin doğum ağrısını gidermede kullanılan nonfarmakolojik yöntemler hakkındaki görüşleri ve uygulama durumları: İzmir örneği. Ege Üniversitesi. Yüksek lisans tezi. 2022.
5. Biana CB, Cecagno D, Porto AR, Cecagno S, Marques VA, Soares MC. Non-pharmacological therapies applied in pregnancy and labor: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2021;55:e03681.
6. Karabulutlu Ö. Doğum Ağrısı Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. *Caucasian Journal Science* 2014; 1(1): 43-50.
7. Yeşildağ B, Gölbaşı Z. Doğum Ağrısının Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemlerin Etkinliğini Değerlendiren Lisansüstü Tez Çalışmalarının İncelenmesi. *JDU Health Science Institute* 2018; 8(3): 104-111.
8. Berkiten Ergin A, Kömürcü N. Doğum ağrısında farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2009; 6(2):29-35.

## **Multipar gebelerde Pilates Topu ile yapılan egzersizin Epizyotomi kararına etkisi**

\*Şeyma BADECİ \*Kübra AVŞAR YAYLACI \*Durkadın Kübra ÇİM \*Ramazan Erda PAY\* Emel ÇALDIR \* Hüseyin Levent KESKİN

\*Etlik Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi

**Giriş:** Pilates; lumbopelvik stabilizasyondan sorumlu kasları güçlendirmeye yarayan bir egzersiz türüdür. Bu egzersizler travay döneminde oturmada, ayakta ve diz üstünde yapılabilir. Lomber bölge kaslarının esnekliğini artırmak için kullanılan bir yöntemdir. Tarihte kadınlar, doğum sürecini iyileştirmek ve daha az ağrı hissetmek için oturma ya da çömelme pozisyonu gibi dik pozisyonları kullanmayı tercih etmişlerdir. En fazla da dikey pozisyonların kullanıldığı görülmektedir. Çağımızda Cheri Grant tarafından geliştirilen peanut ball, doğumun birinci ve ikinci evresinde kullanılabilen, gebenin dik pozisyon sağlamasına yardımcı, çok yönlü ve kullanışlı bir araçtır. Dik bir şekilde peanut ball üzerine oturmak yer çekim kuvvetinin etkisini arttırarak doğum sürecini kolaylaştırmaktadır. Peanut ball, pelvik çap genişliğini en üst düzeye çıkarmak için oturma veya çömelme pozisyonlarını taklit ederek, pelvik çapları maksimize edip fetüsün vajinal doğumda inişi için en geniş kapasiteye sahip olmasını sağlamaktadır. Peanut ball'un, fetüsü pelvisle ilgili en uygun şekilde konumlandırarak doğumun ilerleyişini kolaylaştırdığı düşünülmektedir (1). Pilates kan akımını bebekten uzaklaştırmaz, kadınların rahatlamasına ve sakinleşmesine yardım eder. Gebelikte Pilates yapmak, denge duyusunun yeniden kazanılmasını sağlar. Pilates, hareketin açıklık derecesini artırır, esnekliği artırırken kuvveti de geliştirir. Hayatın kontrolünde daha etkili olmayı sağlar ve karşılaşılan her ne olursa olsun, onunla baş edebilmeye hazırlıklı hale getirir. Ama her şeyden önemlisi, kadınların bu geçici vücudunda daha rahat hissetmelerini sağlar ve kişiyi daha hareketli kılar (2).

Epizyotomi, doğumun kolaylaştırılması için doğum eyleminin 2. evresinde ileri derece (üçüncü ve dördüncü derece) yırtıkları önlemek amacıyla tasarlanmış perinede bulbokavernos kasa yapılan cerrahi bir tekniktir (3). Doğum kliniklerinde yaygınlığı artış gösteren epizyotominin kullanım durumu ve gerekliliği ise tartışma konusu olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü yayınladığı Pozitif Bir Doğum Deneyimi için İntrapartum Bakım Kılavuzunda epizyotominin rutin kullanımını önermemektedir. Kılavuz da epizyotominin fetal sıkıntı gibi acil obstetrik acil durumlarda rolünün değerlendirilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Doğumun ikinci evresini kısaltacağı düşünülen epizyotomi oranlarının %60 civarında olduğu belirtilmektedir. Bu oranlar Amerika'da %62,5, Avrupa'da %30 ve Türkiye'de %65 oranında değişiklik göstermektedir (4,5). Aynı zamanda doğum eylemi sırasında açılan epizyotomi perinal travmalara yol açabilmektedir. Bu cerrahi kesiye bağlı travma doğum sonrası uzun dönemde de perinal ağrı, inkontinans ve dispareni gibi çeşitli sorunlara yol açabilmektedir. Epizyotomiye bağlı gelişen perinal travmalarda da perineyi koruyucu ıkmma biçimi, perine masajı, doğum pozisyonları vb. yaklaşımlar benimsenmektedir.

Epizyotomi uygulaması sonrasında meydana gelen komplikasyonlar maternal sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Ciddi vajinal/perineal travma, posterior perineal travma, kan kaybı, perineal ağrı, analjezi kullanımı, ağırlı cinsel ilişki, hematoma, perine enfeksiyonu ve idrar kaçırma epizyotominin komplikasyonları arasında sayılmaktadır. Bu komplikasyonları önlemek ya da azaltmak amacıyla literatürde epizyotomi uygulamalarının insidansını düşürmeye yönelik çeşitli uygulamalara rastlanmaktadır. Bu uygulamalar arasında perineal masaj perineye sıcak uygulama doğum pozisyonları el manevraları ve ıkmma yöntemi yer almaktadır (6). Doğum sırasında perinal travma ve epizyotomiye önlemek amaçlı yapılan perineal masajın meta analizde doğum sırasında yapılan perineal masaj yapılan kadınların kontrol grubuna kıyasla perineal travma insidansı daha düşük olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmanın sonuçlarına göre epizyotomi insidansı da kontrol grubuna kıyasla daha düşük bulunmuştur (7). Literatür taramasında epizyotomi insidansını pilates ile yapılan egzersizin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Biz de epizyotomi üzerinde pilates uygulamasının bir etkisinin olup olmadığını belirlemek için multipar gebelerde pilates topu ile yapılan egzersizin epizyotomi kararına etkisini araştırdık.

**Yöntem:** Etlik Şehir Hastanesi Doğumhane Servisine 2023 Mayıs-2023 Temmuz tarihleri arasında doğumu gerçekleştiren bu süreçte Pilates Topu ile (bel kıvrırma, squat) egzersiz yapan 40 gebe (Grup1) ve yapmayan 43 gebe (Grup2) toplam 83 gebe çalışmaya dahil edildi. Primiparlarda epizyotomi açma kararı yüksek izlendiği için çalışmaya 2. ve 3. doğumları olacak olan multiparlar dahil edildi. Hastaların verileri retrospektif olarak tarandı. Verilerine tam olarak ulaşılan hastaların Demografik veriler ve klinik verileri hastane bilgi sistemi taranarak kaydedildi. Veriler tanımlayıcı istatistik yöntemleri ile incelendi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen gebelerin BMI ortalamaları 29,07 ( $\pm 4,10$ ) idi. Gravida sayıları 2-6 parite sayıları 2-3 aralığında idi. Gebelerin doğuma giriş Hb(g/dl) ortalamaları 12,18 ( $\pm 1,39$ ) idi. Gebelerin doğum sonrası Hb(g/dl) ortalamaları 11,28 ( $\pm 1,34$ ) idi. Gebelerin delta Hb(g/dl) ortalamaları 0,90 ( $\pm 0,76$ ) idi. Yenidoğanların doğum ağırlığı (g) ortalamaları 3311,81 ( $\pm 413,20$ ) idi. Gruplar arasında BMI, Gravida, Parite, Hb değerleri, Yenidoğan doğum ağırlıkları açısından farklılık izlenmedi ( $p > 0,05$ ). Gruplar arasında epizyotomi açılma oranı açısından da farklılık izlenmedi ( $p > 0,05$ ) (Tablo1)

**Sonuç:** Çalışmamız sonucunda pilates topu ile yapılan egzersizin gruplar arasında epizyotomi oranlarını değiştirmede gözlenmiştir. Sonucun hem çalışma grubumuzun küçüklüğü hem de epizyotomi kararına etki eden değişkenlerin fazlalığı kaynaklı olduğu düşünülmüştür. Çalışmamızda BMI Gravida Parite değerleri açısından farklılık olmaması gruplar arasında homojen dağılım olduğunu ve çalışmanın güçlü yanını göstermekle beraber çalışmamızın daha çok örneklemlili çalışmaları desteklenmesi gerekmektedir.

**Tablo 1.** Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik ve klinik verileri

|                       | Grup1<br>Egzersiz Yapan<br>(n=40) | Grup2<br>Egzersiz Yapmayan<br>(n=43) | Toplam (n=83)        | p       |
|-----------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|----------------------|---------|
| <b>BMI</b>            | 29,10 $\pm$ 3,88                  | 29,05 $\pm$ 4,33                     | 29,07 $\pm$ 4,10     | 0,96*   |
| <b>Gravida</b>        | 2 - 6                             | 2 - 4                                | 2 - 6                | 0,87**  |
| <b>Parite</b>         | 2 - 3                             | 2 - 3                                | 2 - 3                | 0,65**  |
| <b>Hb Giriş</b>       | 11,97 $\pm$ 1,37                  | 12,37 $\pm$ 1,39                     | 12,18 $\pm$ 1,39     | 0,18*   |
| <b>Hb Doğum Sonu</b>  | 11,16 $\pm$ 1,38                  | 11,38 $\pm$ 1,30                     | 11,28 $\pm$ 1,34     | 0,46*   |
| <b>Hb Delta</b>       | ,80 $\pm$ ,54                     | ,99 $\pm$ ,92                        | ,90 $\pm$ ,76        | 0,26*   |
| <b>Doğum Ağırlığı</b> | 3304,75 $\pm$ 393,28              | 3318,37 $\pm$ 435,49                 | 3311,81 $\pm$ 413,20 | 0,88*   |
| <b>Epizyotomi</b>     |                                   |                                      |                      | 0,77*** |
| Var                   | 22 (%55)                          | 25 (%58,1)                           | 47 (%56,6)           |         |
| Yok                   | 18 (%45)                          | 18 (%41,9)                           | 36 (%43,4)           |         |

\*T-Test \*\*Mann Whitney U Test \*\*\* Ki-Kare Test

**Anahtar Kelimeler:** Pilates, epizyotomi, doğum



## KAYNAKLAR

1. Anne, U. H. K. H. V. (2017). Doğum Topu: Peanut Ball.
2. Aktan, F. B., & Tedavi, F. Klinik Pilates Egzersizleri Ve Doğuma Hazırlık Eğitiminin Sadece Doğum Eğitimine Göre Doğum Sonuçları Üzerine Etkisi.
3. Barjon, K., & Mahdy, H. (2019). Episiotomy.
4. Frolich,J., Kettle C.(2015). Perinatal Care. Clinical Evidence,03;1401.
5. Acavut, G., & Güvenç, G. (2020). Doğum eylemi ile ilişkili perine travmalarının azaltılmasına yönelik yaklaşımlar. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 7(2), 125-130.
6. Nurdan, K. A. Y. A., & Demirel, G. (2019). Perineal Travmayı Azaltmaya Yönelik Alternatif Yöntemler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (2), 156-160.
7. Venugopal, V., Deenadayalan, B., Maheshkumar, K., Yogapriya, C., Akila, A., Pandiaraja, M., ... & Poornima, R. (2022). Perineal Massage for Prevention of Perineal Trauma and Episiotomy During Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Family & Reproductive Health, 16(3), 162.

## Postpartum Dönemde Ruh Sağlığı ve Yaşam Kalitesi

Sevcan Kaymak<sup>1</sup>, Serap Öztürk Altınayak<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Havza Devlet Hastanesi, Samsun

<sup>2</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Samsun

### Özet

Doğum sonrası dönemde, kadınlarda fiziksel ve psikolojik değişiklikler hızla meydana gelmektedir. Bu dönemde kadınların annelik rolüne adapte olmaları, yeni doğan bebeklerin bakımı, bedensel değişiklikler ve aile içi ilişkilerin yeniden düzenlenmesi gibi durumlar, doğum sonrası dönemde kadınların ruhsal sorunlara yatkın olmalarına sebep olabilir. Bu dönemdeki ruhsal sorunlar, doğum sonrası hüznün başlamasıyla başlayabilir, ardından doğum sonrası depresyona ve hatta daha ciddi bir durum olan doğum sonrası psikoza kadar ilerleyebilir.

Yaşam kalitesi, bireyin ihtiyaçlarının, maddi durumunun, beden ve ruh sağlığı durumunun sonucunda ortaya çıkan ve bireyin yaşamından aldığı memnuniyeti ifade eden bir kavramdır. Doğum sonrası dönemdeki fiziksel ve psikolojik değişiklikler, kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu etki sadece bu dönemdeki kadınları değil, aynı zamanda tüm aile bireylerini de içerebilir. Ancak doğum sonrası dönemde iyi bir destekle, hem kadın hem de aile bu süreci daha sorunsuz bir şekilde atlatabilir ve yaşam kalitesi artırılabilir.

Ebeler, kadınların, yenidoğan bebeklerin ve aile bireylerinin yaşam kalitesini artırmak ve yeni rollerine uyum sağlamalarına yardımcı olmak için doğum sonrası ruh sağlığı sorunlarının sıklığını ve belirtilerini iyi anlamalıdır. Aynı zamanda bu dönemde iyi bir bakım ve danışmanlık hizmeti sunabilmek için gerekli becerilere sahip olabilmelidirler.

*Anahtar kelimeler:* Ebelik, postpartum dönem, ruh sağlığı, yaşam kalitesi

### Mental Health and Quality of Life in the Postpartum Period

Sevcan Kaymak<sup>1</sup>, Serap Öztürk Altınayak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Samsun Havza State Hospital

<sup>2</sup>Ondokuz Mayıs University, Faculty of Health Sciences, Department of Midwifery

### Abstract

In the postpartum period, rapid physical and psychological changes occur in women. During this period, adapting to the maternal role, caring for newborns, physical changes, and reorganizing family

relationships can make women susceptible to mental health problems. Mental health issues during this period can begin with postpartum blues, progress to postpartum depression, and even escalate to a more serious condition known as postpartum psychosis.

Quality of life is a concept that arises from an individual's needs, financial situation, physical and mental health status and reflects the satisfaction one derives from life. The physical and psychological changes in the postpartum period can negatively impact women's quality of life. This impact extends not only to women during this period but also to all family members. However, with proper postpartum support, women and families can navigate this phase more smoothly and enhance their quality of life.

Midwives should understand the frequency and symptoms of postpartum mental health problems in order to help women, newborns, and family members improve their quality of life and adjust to their new roles. Furthermore, they should possess the necessary skills to provide effective care and counseling during this period.

*Key words:* Midwifery, postpartum period, mental health, quality of life

## **GİRİŞ**

Lohusalık dönemi (puerperium) plasentanın doğumu ile başlar ve doğumdan sonraki 6. ve 12. haftalara kadar devam eden süreyi kapsar.<sup>1</sup> Postpartum dönemdeki zamanlar anne ve bebeği için kritik bir dönemdir ve uzun vadeli sağlık ve esenlik için zemin hazırlar. Bu dönemde kadın fiziksel, psikolojik ve sosyal birçok değişikliğe uyum sağlar.<sup>2</sup> Postpartum dönemin ilk günlerinde fizyolojik ve psikolojik değişiklikler çok hızlı gerçekleşmekte ve bu nedenle oluşabilecek riskler daha fazla görülmektedir. Yenidoğanla uyum, yenidoğanın bakımı ile ilgili güven ve beceri oluşturma, yenidoğan ile iletişim kurmayı becerme gibi annelik rollerine uyumun gerçekleşmesi, aile bireyleri ile aile içi ilişkilerin yeniden düzenlenmesi gibi bazı önemli görevler postpartum dönemde meydana gelir. Bu dönem pek çok kadın için pozitif geçse de çoğu kadın için kriz dönemine de dönüşebilmektedir.<sup>3</sup>

Gebelik sürecinde ve doğum sonrası dönemde annenin vücudunda görülen fizyolojik değişiklikler, cinsellikle ilgili problemler, annelik rolüne uyum, sosyal yaşamda bozukluklar, annenin ruh sağlığını etkileyen faktörlerden bazılarıdır.<sup>4</sup> Postpartum dönemde annedeki psikolojik değişiklikler karmaşık bir yapıdadır. Bu sebeple de çok yönlü olarak ele alınmalıdır. Psikolojik problemler, hormonal değişiklikler ve ailesel etkenler, sosyal çerçeve ile birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir.<sup>5,6,7</sup> Yeni doğum yapmış annelerde görülen fizyolojik değişiklikler, uykusuzluk ve buna bağlı yorgunluk, meme problemleri, cinsel problemler, genitoüriner sistem rahatsızlıkları, doğuma bağlı vücutta görülen ağrı, bebeğin bakımı ve beslenmesi ile ilgili sorunlar ruh sağlıklarını olumsuz etkilemektedir.<sup>8</sup>

Annelerin yaşadıkları fizyolojik değişiklikler, güçsüz hissetmelerine neden olabilmektedir. Bununla birlikte bebek bakımına yönelik sorumlulukları, ileri dönemlerde annelerin daha ağırlaşabilen ruhsal problemler yaşamalarına neden olabilmektedir.<sup>9</sup> Aileye yeni üyenin katılması ile birlikte yeni bir düzen kurulmaktadır. Bu dönemde ortaya çıkan tüm bu değişikliklere bazı anneler uyum sağlarken, bazıları da sorun yaşamaktadır ve sorun yaşayan annelerde ruhsal problemler ortaya çıkabilmektedir. Postpartum dönemde ortaya çıkan ruhsal bozukluklar 3 grupta ele alınmıştır. Bunlar; postpartum hüzün, postpartum depresyon ve postpartum psikozdur.<sup>10,11</sup>

Yaşam kalitesi; yaşamın niteliği, yaşam memnuniyeti, kişinin kendi yaşam şekline bakış açısını değerlendirmesi, yaşamdan aldığı doyumunu ve mutluluğu, yaşam kalitesi ile aynı anlamda kullanılmaktadır. Bütün olarak kişinin yaşamını kendi bakış açısıyla değerlendirmesidir.<sup>12</sup> Kadınların yaşamdan aldığı doyumun oldukça fazla etkilendiği dönemlerden birisi postpartum dönemdir.<sup>13,14</sup> Postpartum dönem de görülen meme ve emzirme sorunları, anemi, enfeksiyon, inkontinans, hemoraji, perine sorunları, doğuma bağlı ağrı gibi komplikasyonlar annenin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir.<sup>15</sup> Birçok anne postpartum dönemde görülen değişikliklere uyum sağlayabilirken, bazı annelerde uyum sorunu yaşanmaktadır. Postpartum dönemde yaşanan duygu durumunda ki değişiklikler postpartum hüzün, postpartum depresyon, postpartum psikoz bu dönemdeki kadınların ve bebeklerinin yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilmektedir.<sup>16</sup>

## **POSTPARTUM HÜZÜN**

Postpartum hüzün, postpartum depresyondan farklıdır ve geçici bir süredir. Postpartum dönemin ilk zamanlarında başlayarak birkaç günde ya da ilk iki hafta içinde geçer.<sup>17,18</sup> Literatürde, postpartum hüzün annelerin ortalama yüzde 40'ında postpartum dönemin ilk bir haftası içinde meydana geldiğini bildirmektedir.<sup>19</sup> Annelerin doğumdan sonra yaşadıkları duygusal dalgalanma olarak isimlendirilen postpartum hüzün oldukça yaygın görülen bir ruhsal rahatsızlıktır. Postpartum hüzün, postpartum dönemin ilk haftalarında annelerin %50 yada daha fazlasında görülebilmektedir.<sup>20</sup> Japonya ve Avrupa da 5600' den fazla doğum yapmış anne ile yapılan 26 çalışmanın meta-analizinde, postpartum hüznün görülme sıklığı %39 bulunmuştur.<sup>21</sup> Ülkemizde yapılan bir çalışma da ise bu oranın %50-85 olduğu bildirilmiştir.<sup>22</sup>

Postpartum hüzün etiyojisi tam çözülememiş olmasına karşın doğum sonrası ani değişen hormonal dengenin, oksitosin kaynaklı biyolojik sistemin aktifleşmesinin, psikolojik faktörler, ekonomik faktörler ve sosyal yaşamın etkili olduğu görülmektedir.<sup>23</sup> Literatürde sosyoekonomik seviyenin düşük olması, aile içindeki ilişkinin, evlilik ilişkilerinin kötü olmasının postpartum depresyon riskini arttırdığı belirtilmiştir.<sup>19</sup> Gebelik döneminde görülen anksiyete ve depresyon postpartum dönemde postpartum hüzün ve depresyon açısından da risk oluşturmaktadır. Postpartum hüzün, ağlama, üzüntü, sinirlilik, uykusuzluk, kaygı, bitkinlik ve konsantrasyon azalması gibi bazı hafif depresif semptom ile kendini gösterebilmektedir.<sup>24</sup> İştahsızlık, enerji düşüklüğü, ani duygu durum değişiklikleri postpartum hüzün

belirtileri arasındadır.<sup>23</sup> İki farklı durum ile karşımıza çıkabilmektedir. Bunlardan birincisi çaresiz, sınırlı ve korkunun olduğu negatif belirtilerin eşlik ettiği durumdur. İkincisi ise mutlu, neşeli, kendine güvenen, ruhsal olarak rahat olduğu pozitif belirtilerdir.<sup>25</sup> Özellikle bebeğinin ve kendisinin sağlığı konusunda endişeleri vardır.<sup>26</sup> Birkaç saat ağlamaklı bir ruh hali yaşayıp kendiliğinden düzelebilmekte ve ilerleyen günlerde de tekrar görülebilmektedir.<sup>27</sup> Belirtiler postpartum dönemin 3. ve 5. günlerinde pik yapmaktadır. 7 ve 10. güne kadar devam edip kendiliğinden düzelebilmektedir. Semptomlar düzelmez ve 14 günden uzun sürerse postpartum depresyon görülme riski artabilir.<sup>28,29</sup>

Postpartum hüznün de ilaç tedavisi fazla uygulanan bir tedavi yöntemi değildir. Semptomlar genelde iki hafta içinde kendiliğinden düzelir.<sup>20,30</sup> Bebeğin uyuduğu saatlerde annenin de uyuması sağlanarak anne dinlendirilmelidir. Anneye gevşeme teknikleri öğretilip bu teknikleri kullanması sağlanmalıdır. Ayrıca annenin kendisine zaman ayırması sağlanmalıdır. Anne ve bebek bir arada tutularak ayrılmamaları da çok önemlidir. Bu sayede anne bebek bağlanması olumsuz yönde etkilenmemiş olmaktadır.<sup>31</sup> Postpartum hüznün yaşayan annelerin yaklaşık %75'inde belirtilerin kendiliğinden geçeceği düşünüldüğü için tedaviye ihtiyaç duyulmamaktadır. Belirtilerin yaklaşık 14 günden uzun sürmesi postpartum depresyon riskini düşündürmelidir.<sup>7</sup>

### **Postpartum Hüznün de Ebelik Bakımı**

Postpartum hüznün belirtileri kendiliğinden düzelse de ebeler anneleri belirtiler açısından bilgilendirmeli, bu durumun geçici olduğunu anneye söylemelidirler. Ebeler doğum sonrası anneyi değerlendirerek psikolojik uyumuna yardımcı olmalı, belirtilerin gerileyip gerilemediğini gözlemlemelidir. Ebeler, günlük yaşamlarına devam edebilmeleri için anneleri cesaretlendirmeli ve desteklemelidir. Bebek bakımıyla ilgili annenin eksikleri belirlenmeli bu konuda eğitim verilmelidir.<sup>32</sup> Annenin uyku düzeni bu dönemde çok önemlidir. Kendisinin ve ailesinin ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için annenin dinlenmesi, zinde olması gerekir. Anne ve bebeğin uyuma saatleri eş zamanlı olduğunda anne dinlenmiş olacaktır. Ebe, ailede bir sorun fark ettiğinde gerekli merkezlere sevk etmelidir. Anne ve babanın bu döneme uyumunu sağlayarak olumlu deneyimler yaşamalarına destek olmalıdırlar. Geçmişte psikiyatrik bozukluk geçirmiş, sosyal desteği eksik olan, gebeliği planlı olmayan gebeler postpartum dönemde ruh sağlığı açısından riskli grubu oluştururlar, yakın takip edilmesi gerekmektedir.<sup>8</sup>

### **POSTPARTUM DEPRESYON**

Postpartum depresyon, postpartum dönemde bulunan annenin duygu durumlarında bozulma ile ortaya çıkan olumsuz bir süreçtir.<sup>33</sup> Postpartum depresyon, doğumdan sonra meydana gelen orta veya şiddetli depresif ataklarla karakterize olan ruhsal hastalıktır. Annede enerji kaybı, iştah bozukluğu ve anksiyete görülebilir. Uyku bozukluğu da annelerde sıklıkla görülebilmektedir.<sup>34</sup>

Riskli gebelikler, istenmeyen gebelikler, geçirilmiş zor doğum eylemi, yetersiz sosyal destek, adolesan gebelik, annelik rolüne alışmama, yenidoğanın bakımında zorlanma, sosyoekonomik düzeyin

düşüklüğü, medeni durum, evlilik ilişkisi, annelik hüznü, doğumdan önce depresyon geçirilmesi veya ruhsal sorunlar postpartum depresyon açısından risk faktörleri arasındadır. Annede doğum eylemi sonrası gelişen yorgunluk dinlenmeye rağmen geçmeyebilir ve bu durumda postpartum depresyonun tetiklenmesine neden olabilir.<sup>35,36</sup>

Postpartum depresyon kadının yaşam kalitesini düşürebilmekte ve buna bağlı olarak da günlük yaşantısı olumsuz etkilenebilmektedir. Ruh halinde ani değişiklikler, beslenme bozuklukları, uyku bozuklukları, bebeğe zarar verme korkusu, bebek bakımına ilişkin yetersizlikler, çok fazla ağlama, umutsuzluk, sosyal aktivitelerde de azalma ve isteksizlik, şüphecilik, suçluluk, üzüntü hissi, hatırlamada güçlük, odaklanma problemleri görülebilir.<sup>37,38</sup>

Postpartum depresyonda belirtiler doğumdan sonra ilk 6 hafta da ortaya çıkmaya başlar ve 1 yıla kadar devam edebilmektedir. Postpartum dönemde anne, ebeler ve sağlık çalışanları tarafından ruhsal durumunda olan değişimler açısından takip edilmesi gerekmektedir.<sup>39</sup> Postpartum dönem de belirtilerin erken dönemde saptanması, risk faktörlerinin belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması annelerin postpartum dönemde ruh sağlığının sağlanması açısından önemli bir adımdır. Postpartum dönemde anneye sürekli sunulan sağlık bakım hizmetleri, sağlık bakım personeli ile anne arasında sürekli devam eden iletişim anlamına gelir. Böylece annenin sağlığı korunarak, psikolojik ve fiziksel durumunun iyileştirilmesini sağlayan önlemler alınır. Aynı zamanda postpartum depresyon riski fazla olan anneler belirlenir ve buna uygun tanı, tedavi alması sağlanır ya da gerekli birimlere sevkı sağlanır.<sup>40</sup> Postpartum depresyon yenidoğan bebek, ebeveyn rolünü paylaştığı eş, annelik rolüne alışmaya çalışan anne içinde riskli bir durumdur yönetilmesi gerekmektedir. Postpartum depresyon, annenin ruhsal durumu nedeniyle yenidoğan bebeğin bakımını devam ettirememesine ve sonucunda yenidoğanla ilgili sorunlara sebebiyet verebilir. Gerekli ve yeterli bakım sağlanamayan yenidoğanın, ilerleyen zamanda bilişsel, davranışsal, psikolojik ve sosyal sorunlara neden olacağı düşünülmektedir.<sup>41</sup> Postpartum depresyon tedavi edilemediğinde annenin ve bebeğin sağlığını etkilemektedir. Anne ile bebek arasında iletişimi ve bağlanmayı olumsuz yönde etkilemektedir.<sup>42</sup>

Postpartum depresyon oldukça yaygın olarak görülebilmektedir. Yalnızca anne ve bebeği değil ailenin diğer bireylerini de bir şekilde etkileyebilmektedir. Yaygın görülmesine rağmen annelerin birçoğu depresif duygular taşımaması, damgalanma korkusu nedeniyle herhangi bir sorunları yokmuş gibi davranırlar. Aynı zamanda tedaviye gerek duyduklarını da kabul etmezler.<sup>43</sup>

Erken tanı her hastalıkta olduğu gibi postpartum depresyonda da tedaviyi kolaylaştırıp hastalığın ilerlemesini engellemektedir. Böylece iyileşmenin devamlılığını sağlayabilmektedir. Postpartum depresyon tedavisinde ilk adım, ayrıntılı tıbbi öykü, fiziksel değerlendirme, laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi ve sonucunda da tanının konulmasıdır.<sup>44</sup> Hafif- orta depresyon tedavisinde de ilk tedavi tercihi psikoterapi olmalıdır. Anne psikoterapi almak istemezse danışmanlığında fayda sağlayacağı görüşler mevcuttur. Psikoterapi ve danışmanlık almak istemezse ya da fayda sağlamazsa farmakolojik

tedavi yöntemleri denenebilir. Orta ve ağır depresyon tanısı alan anneler bebeklerini emzirmiyorsa farmakolojik tedavi başlanabilir. Farmakolojik tedaviye ek olarak danışmanlık ve psikoterapinin de devam etmesi önerilir. Antidepresan grubunda ki tüm ilaçlar anne sütüne geçmektedir. Bu nedenle anne bebeğini emziriyorsa tedavinin planlanmasında kar-zarar ilişkisinin gözetilmesi önerilmektedir. Antidepresan tedavisi kullanılmayıp tedavi yalnızca psikoterapi ile yürütülecekse anne yakından takip edilmelidir.<sup>45</sup>

Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) (2015), doğumdan sonra ki ilk bir yıl içinde annelerin depresyon için taranmasını rutin olarak önermektedir. Bunu sağlayabilmek için postpartum depresyonu belirlemek amacıyla çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçekler; “Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ)”, “Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ)” ve “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)” dir.<sup>46,47,48</sup>

### **Postpartum Depresyonda Ebelik Bakımı**

Ebeler postpartum dönemdeki kadının, yenidoğanın, aile bireylerinin yaşam kalitesinin artırılması, yeni edindikleri rollere adaptasyonlarının sağlanması için postpartum depresyonun görülme sıklığını, belirtilerini iyi bilmeli ve bu dönemde iyi bir danışmanlık hizmeti sunmalıdırlar. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan ebeler erken tanı ve tedavi amacıyla postpartum depresyonun belirtilerini gebe ve lohusa izlemlerinde göz önünde bulundurmalıdırlar. Postpartum depresyon tedavisinde annenin kendine güveninin sağlanması, desteklemek ve bilgilendirmek çok önemlidir. Ebeler annelere eğitim vermeli ve destek olmalıdırlar.<sup>49</sup> Annelerdeki fiziksel ve psikolojik değişiklikler gözlenmeli ve bunlara uygun bakımlar verilmelidir Anne kendi bakımına katılmalıdır.<sup>50</sup> Anne ve bebek bağlanmasının artırılması için anne ve bebek bir arada uygun bir ortamda bulundurulmalıdırlar. Annelerin postpartum dönemdeki annelik rolüne uyum, bebek bakımı, emzirme, özbakımı, kendi beslenmesi, aile içi rolleri ve ihtiyaçları değerlendirilmelidir. Bunlara uygun eğitim ve danışmanlık sağlanmalıdır. Bu sayede de sorunlar azaltılarak postpartum depresyon görülme sıklığı azaltılmış olur.<sup>51</sup>

### **POSTPARTUM PSİKOZ**

Postpartum dönemde annenin bebeğine ve kendine zarar verme düşüncesi, halüsinasyonlar, gerçekte arasındaki bağı bozulması, sosyal çevreden uzaklaşma, içe çekilme gibi belirtilerle kendini gösteren ağır bir psikiyatrik bozukluktur. Postpartum dönemde görülen ruhsal bozukluklar arasında en şiddetli belirtiler postpartum psikozda görülmektedir.<sup>52</sup> Her 1000 kadından 1-2'sini etkileyen anormal düşünceler ve davranışlar, ruh hali dalgalanması, kafa karışıklığı ile karakterize psikiyatrik bir acil durumdur.<sup>53</sup> Postpartum dönemde 2 ila 4. haftalarda kendini gösterir ancak postpartum ilk 2-3 gün içinde de belirtiler görülebilir.<sup>54</sup>

Postpartum psikozda annelerde öncelikle huzursuzluk olmak üzere kaygı, düzensizlik, yemek yeme bozuklukları, depresif duygu durumu, duyarsızlaşma, anormal ruh hali, sinirlilik, hafıza kayıpları, tuhaf

davranışlar, konfüzyon, delüzyon, halüsinasyonlar, düşüncelerde bulanıklık ve ani duygu durum değişiklikleri görülebilir. Postpartum psikozu, postpartum depresyondan ayıran en önemli belirtisi annelerde sanrı görülmesi, hezeyan ve bebeğe zarar verme isteğidir.

Postpartum psikozun risk faktörleri gebelikte depresyon, bekar anne, ileri anne yaşı, otoimmün tiroid bozukluğu, annede uyku sorunları, daha önceden yaşanan psikiyatrik bozukluklar ve aile geçmişinde efektif psikoz hikayesidir. Postpartum psikoz geçiren kadınların çoğu geçmişte psikiyatrik sorun yaşamıştır.<sup>55,36</sup> Stresli bir yaşam, alkol kullanımı, madde kullanımı, eş ve sosyal destek eksikliği, gebelik sürecinde bebek ölümleri, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı, düşük sosyoekonomik seviye, sigara kullanma öyküsü gibi durumlar risk faktörleri arasında sayılabilir. Daha önceki gebeliklerinde postpartum psikoz atağı geçirmiş ise oda risk faktörü olarak sayılabilmektedir.<sup>20</sup>

Postpartum psikoz, postpartum dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar içinde en tehlikeli ve en az anlaşılandır.<sup>53</sup> Nadir görülen ruhsal bir sorundur. Anne ve bebekte geri dönüşü olmayan hayati sonuçlar ortaya çıkarabilir. Bu yüzden hastaneye yatışı yapılarak acil olarak tedavi edilmesi gerekmektedir. Tedavi de antidepressanlar, antipsikotikler, mood stabilizatörleri, β-blokerler ve Elektro Konvulsif Tedavi (EKT) uygulanabilir.<sup>56</sup> İlaç ile tedavi annenin bebeğini emzirme durumuna göre seçilmelidir. Tedavi de genellikle antipsikotikler kullanılır. Ancak antipsikotiklerle tedavide yanıt alınmazsa ya da tedavinin yanıt vermesini bekleyemeyecek kadar hayati risk taşıyan hastalarda elektro konvulsif tedavi kullanılabilir. Tedavi etkin bir şekilde yapılırsa yaklaşık 2 ayda postpartum psikoz iyileşebilmektedir. Koruyucu tedavi ile de hastalığın tekrarlama ihtimali fazla olan hastalarda koruyucu tedavi planlanması uygun olmaktadır.<sup>57</sup>

### **Postpartum Psikozda Ebelik Bakımı**

Ebeler postpartum psikoz için doğum öncesi ve doğum sonrası gerekli takipleri yaparak riskli grubu belirlemelidir. Belirledikleri riskli grupların takiplerini sık sık yaparak erken tanı konulmasını sağlarlar. Hastalığın seyrini pozitif yönde düzeltebilirler. Tedavi süresince danışmanlık sağlayarak annenin ve ailenin bilgi eksikliğini gidermelidir.<sup>57</sup> Farmokoterapinin yararı ve zararı, anne sütüne geçiş durumu, anneye bebeğinin etkilenebileceği yan etkileri hakkında aile bilgilendirmelidir. Aynı zamanda anne ve bebeği yan etkiler açısından gözlemlemelidir. Anne bebeğiyle bağ kurması sağlanmalı ancak bebeğine zarar verme ihtimali varsa dikkatli olunmalı, gözlemlenmelidir.<sup>54</sup>

### **POSTPARTUM DÖNEMDE YAŞAM KALİTESİ**

Yaşam kalitesi; yaşamın niteliği, yaşam memnuniyeti, kişinin kendi yaşam şekline bakış açısını değerlendirmesi, yaşamdan aldığı doyumunu ve mutluluğu, yaşam kalitesi ile aynı anlamda kullanılmaktadır. Bütün olarak kişinin yaşamını kendi bakış açısıyla değerlendirmesidir.<sup>12</sup> Bireyin yaşamını ilgilendiren çevresi, ekonomik durumu, kişilerarası ilişkileri gibi birçok unsurda memnuniyet veya iyi oluşluğunu ifade eden kavramdır. İnsan yaşamının çoğu alanını kapsamaktadır ve sürekli



gelişip değişmektedir. Bu yüzden yaşam kalitesi kavramının tanımlanması zor olmaktadır.<sup>58</sup> Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini; kişilerin kültürel yaşamlarını ve yaşamlarındaki değerlerini, standartlarını, hedef ve ilgilerini algılamalarıdır.<sup>59</sup> Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesinin değerlendirildiği alanları şu şekilde tanımlamaktadır; fiziksel ve psikolojik sağlık, bağımsızlık, çevresel etkenler, maddi ve maneviyat ile ilgili özellikler ve sosyal ilişkilerdir.<sup>60</sup>

Postpartum dönem, kadın yaşamının önemli bir parçasıdır. Kadın kadar ailesi içinde önemli bir süreçtir. Annelere sunulan yeterli ve iyi destekle herhangi bir tıbbi girişime gerek duyulmadan bu süreci olumlu bir şekilde atlatabilirler. Postpartum dönem aileye yeni katılan bireyin etkisiyle sosyal ilişkilerde değişiklik meydana gelebilir.<sup>14</sup> Postpartum dönemde anne, aile içerisinde oluşan yeni düzene, vücuttaki fizyolojik değişikliklere, doğum sonu meydana gelen problemlere uyum sağlamak zorunda olduğu bir dönemdir. Bu süreçteki annede sosyal, fiziksel, duygusal değişiklikler yaşam kalitesini de etkileyebilmektedir.<sup>61</sup> Postpartum dönem; annenin bebek bakımını sağlaması, ebeveynlik rolüne uyum sağlaması, bebek ile ilgili sorunlarla baş etmesi ve bebekle etkin iletişim kurması, aile birlikteliğinin geliştirilmesi gereken önemli bir süreçtir. Bu dönemde evde sürdürdüğü işleri, bebek bakımını sağlama, yorgunluk, geceleri uykusuz kalmaya bağlı uyku problemleri, ani olarak değişen duygu bozukluğu, hormonlardaki değişiklikler gibi kadının günlük yaşamını ve dolayısıyla yaşam kalitesini etkileyen birçok neden bulunmaktadır.<sup>62</sup> Annenin ortaya çıkan bu durumlarla baş edebilmesi ve uyum sağlayabilmesi için iyi bir bakım ve eğitim alması, bu sayede de yaşam kalitesinin artırılması sağlanmalıdır.

Postpartum dönemde kadınlarda meydana gelen yara yerindeki ağrı, şişlik, idrar yapamama, pis kokulu akıntı, bebeğini emzirme problemleri, sütünün gelmemesi, ruhsal problemler gibi sorunlar meydana gelmektedir.<sup>61</sup> Bu sorunlar erken dönemde tespit edilemediğinde kronikleşir ve annenin yaşam kalitesini düşürebilir.<sup>63</sup> Annelik rolüne ve bebek bakımına uyumda bireyin otonomisi, sosyal destekleri ile sergilediği performans yaşam kalitesini olumlu olarak etkilemektedir. Fakat annenin yaşadığı hüznün, kaygı, stres, depresyon, otonomi kaybı, gösterdiği uyum yetersizliği annenin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyebilmektedir.<sup>64</sup> Postpartum döneme kadının uyum sağlamasında en önemli faktör sosyal destektir. Mermer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annenin uyum sağlamaya çalıştığı, stresinin arttığı bu dönem de yeterli destek sağlanmadığında bedensel ve ruhsal sağlıkları olumsuz yönde etkilenip yaşam kalitelerinin düştüğü belirtilmiştir.<sup>65</sup>

### **Doğum Sonu Dönemde Yaşam Kalitesinin Sürdürülmesinde Ebeveynin Rolü**

Anneler postpartum dönem de kendi ihtiyaçlarını ve bebeğinin ihtiyaçlarını karşılarken ya da taburcu olduklarında eve gittiklerinde çaresizliğe kapılabilirler. Bu yüzden de annenin postpartum dönemde çok fazla desteğe ihtiyacı olmaktadır. Bu dönemdeki destek gereksinimlerinin çoğunu aile bireylerinden karşılarsa profesyonel bir desteğe ihtiyaç duymaktadır.<sup>66</sup> Postpartum dönemde uyum ve sağlık problemlerinin en çok yaşandığı zaman 4-6. haftalar arasındadır. Anne bu süreçte de evde olduğundan

belirtilerin fark edilmemesine neden olabilir.<sup>67</sup> Annelerin taburcu olup eve gittiklerinde yakından takip edilmeleri çok önemlidir. Ebeler annelerin ebevyelik rolüne adaptasyonlarının sağlanması, kendisinin ve yenidoğanın sağlığını koruma bakımını sağlama hakkında anneye eğitim ve danışmanlık vermelidirler.<sup>66</sup> Anneye sağlanan bu destek ve danışmanlık ile hem anne sağlığı hem de bebeğin sağlığı olumlu yönde etkilenir. Yeterli desteğin sağlanması ile de annenin yaşam kalitesi olumlu yönde etkilenmiş olur.<sup>67</sup>

## **SONUÇ**

Postpartum dönem anneler için fiziksel ve psikolojik birçok değişikliğin yaşandığı dönemdir. Bu değişiklikler çok hızlı gerçekleştiği için oluşabilecek riskler daha fazla görülmektedir. Annelik rolüne uyum yenidoğanın bakımı gibi konular anne açısından problem yaratabilmektedir. Kimi anneler bu dönemi sorunsuz geçirebilirken bazı annelerde sorunlu bir süreç yaşamaktadır. Bu dönem de annelerde ruhsal problemlerin görülme oranı artmaktadır. Aileye yeni katılan bireye uyum süreci sadece anneyi değil aynı zaman da ailedeki diğer bireyleri de oldukça etkilemektedir. Bu dönem kadınların yaşamdan aldığı doyumun en çok etkilendiği dönemdir. Postpartum dönemdeki fizyolojik ve psikolojik değişiklikler annenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Postpartum dönemdeki ruhsal problemlerin erken tanı ve tedavisi hastalığın ilerlememesi için çok önemlidir. Anne bu dönemde sosyal destekle birlikte profesyonel desteğe de ihtiyaç duymaktadır. Ebeler gebelik ve lohusalık döneminde annenin ruhsal problemlerini önlemek ve yaşam kalitesini arttırmak için anneyi yakından gözlemlemeli, risk faktörlerini belirlemeli buna uygun bakım planlanmalıdır. Anneye hem postpartum dönemle ilgili hem de bebek bakımıyla ilgili danışmanlık ve eğitim vermelidirler.

## KAYNAKLAR

1. Güneri S. (2015). Postpartum Erken Dönem Kanıtı Dayalı Uygulamalar. *Gusbıd*, 4(3), 482-496.
2. World Health Organization. (2015). *Who Recommendations On Postnatal Care Of The Mother And Newborn*. World Health Organization.
3. Bay, F. (2019). *Kadınlarda Travmatik Doğum Algısı Ve Postpartum Depresyon İle İlişkisi*. Master's Thesis,
4. Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beyca, H. Ve Muhcu, M. (2014). Gebelik Ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni*, 45(2), 71-75.
5. Grussu P, Quatraro R.M. Maternity Blues İn Italian Primipara Women: Symptoms And Mood States İn The First Fifteen Days After Childbirth. *Health Care For Women İnternational*. 2013; 34: 556-576.
6. Kiehl E.M, White M.A. Maternal Adaptation During Childbearing İn Norway, Sweden And The United States. *Scand J Caring Sci*. 2003; 17: 96–103.
7. Kocamanoğlu B, Şahin A.R. Postpartum Psikiyatrik Bozukluklar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2011; 12: 226 232.
8. Yılmaz M, Öncel S. Annelik Hüznü İle Baş Etmede Hemşirenin Rolü. *Türkiye Klinikleri J Sci*. 2009; 1(1):32-38.Erh.2017.007
9. Çelikel A.S. Doğum Sonrası Dönemde Fonksiyonel Durum İle Postpartum Depresyon İlişkisinin İncelenmesi. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Ankara
10. Beck C.T, Driscoll J.W. Maternity Blues. İçinde: *Postpartum Mood And Anxiety Disorders*. Jones And Bartlett Publishers, Canada; 2006, S:23-33.
11. Gereklioğlu Ç, Poçan A.G, Başhan İ. Annelerin Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunları. *Türkiye Klinikleri Gynecol Obst*. 2007; 17: 126 133.

12. Attree M. An Analysis Of The Concept "Quality" As It Relates To Contemporary Nursing Care. *Int J Nurs Stud.* 1993;30(4):355-69
13. Hür S, Demirci N (2017). Sezaryen Ya Da Normal Spontan Doğum Yapan Primiparlarda Doğum Deneyiminin Doğum Sonu Yaşam Kalitesine Etkisi. *Ege Klinikleri Tıp Dergisi*, 55(1): 14- 19.
14. Altuntuğ K, Ege E. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik Ve Güvenirliği. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2012;15(3):214-22.
15. Akşit E. Postpartum Dönemdeki Annelerin Ruhsal Durumlarının Anne Bebek Bağlanmasına Etkisinin İncelenmesi. T.C. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Elçin Babaoğlu). İstanbul, 2018.
16. Dönmez, A., Ve Karaçam, Z. (2017). Annenin Duygusal İyiliği: Jean Ball'ın Deck-Chair (Şezlong) Teorisi. *Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 27(1), 7-12.
17. Bohari Nh, As'ad S, Khuzaimah A, Miskad Ua, Ahmad M, Bahar B (2020). The Effect Of Acupressure Therapy On Mothers With Postpartum Blues. *Enfermeria Clinica*, 30 (Suppl 2), 612–614.
18. Öztürk N, Aydın N (2017). Anne Ruh Sağlığının Önemi. *Marmara Üniversitesi Kadın Ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 29-36.
19. Ntaouti E, Gonidakis F, Nikaina E, Varelas D, Creatsas, G, Chrousos G, Siahaniidou T, Et Al. Maternity Blues: Risk Factors İn Greek Population And Validity Of The Greek Version Of Kennerley And Gath's Blues Questionnair *Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.*2020;33(13):2253-62.
20. Howard Lm, Molyneaux E, Dennis Cl, Rochat T, Stein A, Milgrom J, Et Al. Non-Psychotic Mental Disorders İn The Perinatal Period. *Lancet.* 2014;15;384(9956):1775-88
21. Rezaie-Keikhaie K, Arbabshastan Me, Rafiemanesh H.(2020). Systematic Review And Meta-Analysis Of The Prevalence Of The Maternity Blues İn The Postpartum Period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*; 49:127.
22. Çakıl Na, Bayraktar E (2018, Kasım). Kırşehir'deki Kadınların Annelik Hüznü Yaşama Durumları. 3.Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi: Tam Metin Sözel Bildiri. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara.
23. Abdulrahuman, Ramanujam G. A Study On Prevalence And Symptoms Of Postpartum Blues. *Indian Journal Of Applied Research.* 2016; 3(6): 480-482.
24. Buttner Mm, O'hara Mw, Watson D. (2012) The Structure Of Women's Mood İn The Early Postpartum. *Assessment*; 19:247.
25. Pop V.J.M, Trujjens S.E.M, Spek V, Wijnen H.A, Van Son M.J.M, Bergink V. A New Concept Of Maternity Blues: Is There A Subgroup Of Women With Rapid Cycling Mood Symptoms?. *Journal Of Affective Disorders.* 2015; 177: 74-79.

26. Işık S.N. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin Doğum Sonu Depresyon Konusunda Bigi Ve Uygulamaların Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Ankara.
27. Ulusoy M.N. Doğum Sonrası Altı Aylık Dönemde Postpartum Depresyon Sıklığının Bebeklerin Beslenme ve Büyümesi ile İlişkisinin Longitudinal İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Konya.
28. Altınel T (2008). Edirne Ğehir Merkezinde 15-49 Yaşkadınlarda Ruhsal Durum Ve Etkileyen Faktörler.Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, Edirne.
29. Kocamanoğlu B. Postpartum Dönemde Görülen Ruhsal Sorunların Sosyodemografik, Psikiyatrik ve Obstetrik Özellikler Yönünden Değerlendirilmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2008, Samsun.
30. O'hara Mw, Wisner Kl. Perinatal Mental İllness: Definition, Description And Aetiology. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014;28(1):3- 12.
31. Hammes T, Sebold Lf, Kempfer Ss, Girondi Jbr. Nursing Care İn Postpartum Adaptation: Perceptions Of Brazilian Mothers. Journal Of Nursing Education And Practice, Journal Of Nursing Education And Practice.2014;4(12).
32. Erdem Ö, Bez Y. Doğum Sonrası Hüzün Ve Doğum Sonrası Depresyon. Konuralp Tıp Dergisi. 2009; 1(1):32-37.
33. Taşkın, L. (2011). Yardımcı Üreme Teknikleri, Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, X. Baskı.
34. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, 5th. Edition (Dsm5). Washington, Dc: American Psychiatric Association.
35. Can, R., Sayiner, F. D., Ünsal, A., & Ayranrı, Ü. (2020). Postpartum Dönemdeki Kadınların Depresyon VeYorgunluk Düzeylerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 2(2): 73-80.
36. Yılmaz M, Yar D (2021). Gebelik Ve Postpartum Dönemde Kadın Ruh Sağlığı: Derleme Çalışması. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 5(1), 93-100.
37. Gale And Harlow (2003). Postpartum Mood Disorders: A Review Of Clinical And Epidemiological Factors,Journal Of Psychosomatic Obstetrics And Gynecology 24(4):257-66.
38. Patel M, Bailey Rk, Jabeen S, Ali S, Barker Nc, Osiezagha K (2012). Postpartum Depression: Areview. JHealth Care Poor Underserved;23:534-42.
39. Friedman And Rescnik (2009). Postpartum Depression: An Update. Womens Health 5(3):287-95.
40. Gale And Harlow (2003). Postpartum Mood Disorders: A Review Of Clinical And Epidemiological Factors,
40. Karaçam, Z., Çoban, A., Akbaş, B., & Karabulut, E. (2018). Status Of Postpartum Depression İn Turkey: Meta-Analysis. Health Care For Women International, 39(7), 821–841.

41. Murray L, Cooper Pj. Postpartum Depression And Child Development. *Psychological Medicine* 1997; 27:253-260.
42. Brummelte, S., Galea, L. A. M. (2016). Postpartum Depression: Etiology, Treatment And Consequences For Maternal Care. *Hormones And Behaviour*, 77, 153-166.
43. Yavuz, M. Y., & Bilge, Ç. (2022) Annelik Hüznünden Postpartum Depresyon Ve Psikoza. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-10.
44. Marakoğlu, K., Özdemir, S., Çivi, S. (2009). Postpartum Depresyon. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 29(1), 206–214.
45. Bobo, W.V., Yawn, B.P. (2014). Concise Review For Physicians And Other Clinicians: Postpartum Depression. *Mayo Clinic Proceedings*, 89(6), 835–844.
46. Karaçam Z, Kitiş Y. (2008). Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçede Geçerlik Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(2), 187-196.
47. Hisli N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6(22),118 126.
48. Engindeniz An, Kuzey L, Kültür S. (1996). Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. *Bahar Sempozyumları 1. Kitabı*. Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları.S: 51-52
49. Burval J, Kerns R, Reed K. Treating Postpartum Depression With Brexanolone. *Nursing*. 2020;50(5):48-53.
50. Durmazoğlu, G., Oktay, A. K., Toksoy, S., Serttaş, M., Göçmen, F., Bezirgan, S., & Tatarlar, A. (2016).Postpartum Depresyonun Hemşire Ve Ebeler Tarafından Öngörülebilmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19.
51. Özorhan E Y, Ejder Apay S, Şahin Altun Ö. Gebelikte Ruh Sağlığı. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi* 2014; 3 (2): 33- 42.
52. Gölbaşı Z, Eğri G (2010). Doğum Sonu Dönemde Annenin Bakımına Yönelik Yapılan Geleneksel Uygulamalar. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*; 32:276-282.
53. Osborne Lm (2018). Recognizing And Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide For Obstetric Providers. *Obstetrics And Gynecology Clinics Of North America*, 45(3), 455– 468.
54. Demirkol Me, Kızıltoprak A, Şenbayram Ş (2018). Postpartum Psikoz. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(2),206-222.
55. Şen N (2020). Postpartum Psikoz Belirtilerinin Kültürel Boyutu İle Ele Alınması: Albasması İnancı. *Ispes International Journal Of Social Sciences & Humanities*, 4(4), 296-308.
56. Rönnqvist I, Brus O, Hammar Å. Rehospitalization Of Postpartum Depression And Psychosis After Electroconvulsive Therapy: A Population-Based Study With A Matched Control Group. *J Ect*. 2019;35(4):264-71.
57. Akyüz Çef. Postpartum Psikoz. *Van Tıp Dergisi*, 2017;24(2):131-34

58. Durukan E, İlhan Mn, Bumin Ma, Aycan S. 2 Hafta 18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi. *Balkan Med Journal*, 2011, 28: 385-393.
59. World Health Organization. Programme On Mental Health Whoqol-Bref, Introduction, Administration, Scoring And Generic Version Of The Assessment, 1. Baskı, 1996: 5
60. Gönülateş S (2016). Farklı Ülkelerde Rekreatif Katılımın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
61. Yılmaztürk, Y. (2010). Postpartum Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi [Tez]. Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi.
62. Gölbaşı Z. Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde Bakım Hizmetleri Ve Hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003;7(2):15-22.
63. Sis Çelik, A., Türkoğlu, N., Pasinlioğlu, T. (2014). Annelerin Doğum Sonu Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), (S.151–157).
64. Edhborg M, Seimyr L, Lundh W, Witstrom AM. Fussy child-difficult parenthood? Comparisons between families with A “Depressed” Mother and Non-Depressed mother 2 month postpartum. *J Reprod Infant Psychol*. 2000;18(3):225-38.
65. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik Ve Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Destek Algısı Düzeylerinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2010, 1: 71 – 76
66. Öztürk S. Annelerin Doğum Sonu Dönemde Yaşam Kalitesi Ve Desteklerinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Erzurum, 2014
67. Güleç D, Kavlak O, Sevil Ü (2014). Ebeveynlerin Doğum Sonu Yaşadıkları Duygusal Sorunlar Ve Hemşirelik Bakımı. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 11(1): 54-60.

## Annelerde algılanan sosyal destek ile doğum sonrası depresyon arasındaki ilişkinin belirlenmesi

### Determining the relationship between perceived social support and postpartum depression in mothers

Esranur Yurt<sup>1</sup>, Mustafa Ekici<sup>2</sup>, İsmail Toklu<sup>3</sup>, Tuğçe Sönmez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ahlat Devlet Hastanesi, Bitlis

<sup>2</sup>Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürü

<sup>3</sup>Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü, Kamu Hizmetleri Başkanlığı

<sup>4</sup>Tarsus Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Mersin

#### ÖZET

**Giriş:** Doğum öncesi dönemde çevresinden sosyal destek alan gebelerin doğum sonu dönemlerinde depresyon oluşma durumunun azaldığı gözlenmiştir.

**Amaç:** Bu araştırma, annelerin algıladıkları sosyal destek ile doğum sonu depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

**Gereç-Yöntem:** Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlandı. Araştırma, Bitlis il ve ilçelerinde bulunan devlet hastanelerinde Haziran-Ağustos 2023 tarihleri arasında doğum salonuna kabul edilen 113 anne ile yürütüldü. Veriler “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASD)” ve “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSD)” kullanılarak toplandı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan annelerin çeşitli tanıtıcı özellikleri ile ölçekler arasında anlamlı ilişki olduğu saptandı. Araştırmamızda yer alan kadınların EDSD puan ortalaması  $10.89 \pm 7.64$ , ÇBASD puan ortalamasının  $58.84 \pm 21.04$  olarak bulundu.

**Sonuç:** Algılanan sosyal destek ile doğum sonu depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadınlara verilen bakım sürecinde bütüncül yaklaşım benimsenmeli ve sosyal destek sistemleri değerlendirilerek eş, anne, kız kardeş gibi yakın çevreden destek olabilecek kişiler belirlenmeli ve bakıma katılımları sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** anne, depresyon, postpartum, sosyal destek

#### ABSTRACT

**Introduction:** It has been observed that pregnant women who receive social support from their environment during the prenatal period are less likely to experience depression during the postpartum period.

**Aim:** This study was conducted to determine the relationship between perceived social support of mothers and postpartum depression levels.

**Method:** This research was planned as descriptive and cross-sectional. The research was carried out with 113 mothers who were admitted to the delivery room between June and August 2023 in state hospitals in the provinces and districts of Bitlis. Data were collected using the “Descriptive Information Form”, “Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPS)” and “Edinburgh Postpartum Depression Scale (EDSD)”.

**Results:** It was determined that there was a significant relationship between the various descriptive characteristics of the mothers participating in the study and the scales. The mean EDSD score of the women included in our study was found to be  $10.89 \pm 7.64$ , and the mean MSPSD score was found to be  $58.84 \pm 21.04$ .

**Conclusion:** This study was determined that there was a negative significant relationship between perceived social support and postpartum depression. A holistic approach should be adopted in the care process given to women during pregnancy, child birth and postpartum period, and social support systems should be evaluated, and people from close circles such as spouses, mothers, sisters should be identified and their participation in care should be ensured.

**Keywords:** depression, mother, postpartum, social support



## GİRİŞ

Gebelik, doğurganlık çağı boyunca her kadının yaşaması muhtemel olabilecek fizyolojik bir olay olmasına rağmen kadının hayatında ruhsal olarak kaygı ve stres yaratan bir geçiş dönemi olarak da kabul edilebilir. Doğum ise doğal olmakla birlikte, sonucu önceden tahmin edilemeyen, hem anne hem de bebek için ciddi risk taşıyabilecek bir süreci kapsamaktadır.<sup>1</sup>Sosyal desteğin, fiziksel ve ruhsal çok sayıda hastalıkların ortaya çıkışına, gidişine ve süresine önemli etkilerinin olduğu bilinmektedir. Başka bir bakışla sosyal destek, insan sağlığı ile ilişkili olduğu kabul edilen sosyal bir değişkendir. Sosyal desteğin, hem stres verici yaşam olaylarının oluşumunu hem de onların oluşturduğu sonuçları çeşitli şekillerde etkilediği yapılan çalışmalarda görülmektedir. Sosyal destek; kişinin içinde bulunduğu durum, bu durumun anlamı ve gösterilen emosyonel tepkide değişiklik meydana getirir. Bu yüzden, bireyler stres verici yaşam olayları ile etkin baş etme mekanizmaları geliştirirler.<sup>2</sup>Sosyal destek yakın ilişkilerin önemli olgularındandır. Sosyal desteğin, stresin oluşumunu engellediği; stresin var olduğu durumlarda ise olayın algılama şeklini değiştirdiği, kişinin zorlandığı durumlarda ona yardımcı olduğu, onun başa çıkma yollarını etkilediği yapılan araştırmalarda görülmektedir.<sup>3-4</sup>Postpartum dönemde kadınlar duygusal ve duyarlı olduğundan fiziksel olarak yorgun olduğundan depresyon riski artmaktadır.<sup>5</sup>Postpartum dönemdeki sosyal destek kadına yakın çevresi tarafından( eş, aile,arkadaş,özel bir kişi) sağlanan bebek bakımına destek, ev işlerine yardım fiziksel ve duygusal desteği içermektedir.<sup>6</sup>Sosyal destek annelerde, annelik rolüne ilişkin yeterlilik duygusunu daha da artırarak depresyon görülme riskini azaltmakta, anne ve bebeğin sağlığını olumlu yönde etkilemektedir.<sup>7</sup>Bu araştırma, annelerin algıladıkları sosyal destek ile doğum sonu depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

## GEREÇ-YÖNTEM

Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlandı. Araştırma, Bitlis il ve ilçelerinde bulunan devlet hastanelerinde Haziran-Ağustos 2023 tarihleri arasında doğum servisinden taburcu olmuş (taburculuk sonrası 7 ila 40 gün arası) 113 anne ile yürütüldü. Araştırmanın örneklem hesaplaması için Cohen d 0.50 etki büyüklüğü değerine göre, 0.80test gücü ve 0.05 hata payı ile en az 110 kişi alınması gerektiği hesaplanmış, %10 örneklem kaybı olabileceği göz önünde bulundurularak 113 kişi ile araştırma tamamlanmasına karar verilmiştir.<sup>8</sup>

Dahil edilme kriterleri

1. En az ilkokul mezunu
2. İletişime açık olan
3. Araştırmaya katılmayı kabul eden doğum yapmış ve Postpartum 7 ila 40 gün arası olan anneler
4. Psikiyatrik rahatsızlığı bulunmayan

Dışlama kriterleri

1. Gebeliği devam eden anneler
2. Doğum sonu 40 güne geçen anneler

## Veri Toplama Araçları

Araştırma Verilerinin toplanmasında “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” kullanıldı.

**Kişisel Bilgi Formu:** Kişisel bilgi formu araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olup kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerini belirleyen sorulardan oluşmaktadır (yaş, yaşadığı yer,aile tipi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, eşinin eğitim durumu, eşinin çalışma durumu,gebelik sayısı, düşük/küretaj sayısı, yaşayan çocuk sayısı).

**Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği:** 1987’de Cox tarafından doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir.<sup>9</sup>Cox tarafından geliştirilen ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach’s alfa) 0.87, kesme puanı 12/13 bulunmuştur. Cox 1994’te ölçeğin depresif babaları tanımlamak için de uygulanabileceğini ifade etmiştir. Ülkemizde EDDÖ’nin Türkçe formunun geçerlilik güvenirliği Engindeniz ve arkadaşları (1997) tarafından doğum sonrası 0-6 aylık dönemdeki 76 kadın ile yapılmıştır.<sup>10</sup>EDDÖ’nin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach’s alfa) 0.79,kesme puanı 12/13 alınmıştır. EDDÖ toplam 10 soru içermektedir. Dörtlü Likert tiplidir. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir. 3., 5., 6., 7., 8., 9., ve 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan, 1., 2. ve 4. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir. Elde

edilen puan 12 ve altında ise hasta postpartum depresyon açısından risksiz grupta, 13 ve üstünde ise postpartum depresyon açısından riskli grupta olarak kabul edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 30'dur.

**Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği:** Arkar ve Eker (1995) tarafından geliştirilmiştir.<sup>11</sup> Ölçek 3 alt boyuttan (arkadaş desteği, aile desteği, özel bir insan desteği) ve 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte derecelendirme Likert tiplidir (1: Kesinlikle Hayır-7: Kesinlikle evet şeklinde derecelendirilmektedir). Ölçeğin puanlandırılması en az 12 en fazla 84 puan arasında değişmektedir.

#### Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından miadında doğum yapmış annelerden postpartum 7 ila 40. günler arasında uygulanan yüz yüze anket ile toplanmıştır. Anket doldurma süresi yaklaşık 5-10 dk olarak saptanmıştır.

#### Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS 22 (IBM İstatistik SPSS 22 245 Kullanıcı Network Lisans) programı ile yapılmıştır. İstatistik analizlerde anlamlılık düzeyi 0.01 (p-value) olarak dikkate alınmıştır. Çalışmada sayı, yüzde, min., max, aritmetik ortalama, standart sapma ve Pearson Correlation analizlerine bakılmıştır.

#### BULGULAR

Tablo 1. Annelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=190)

| Özellikler           |                     | n          | %    |
|----------------------|---------------------|------------|------|
| Çalışma Durumu       | Çalışan             | 39         | 34.5 |
|                      | Çalışmayan          | 74         | 65.5 |
| Eş Çalışma Durumu    | Çalışan             | 95         | 84.1 |
|                      | Çalışmayan          | 18         | 15.9 |
| Eğitim Düzeyi        | İlköğretim          | 27         | 23.9 |
|                      | Ortaöğretim         | 12         | 10.6 |
|                      | Lise                | 32         | 28.3 |
|                      | Üniversite ve üzeri | 42         | 37.2 |
| Eş Eğitim Düzeyi     | İlköğretim          | 16         | 14.2 |
|                      | Ortaöğretim         | 11         | 9.7  |
|                      | Lise                | 32         | 28.3 |
|                      | Üniversite ve üzeri | 54         | 47.8 |
| Yaşanılan yer        | İl                  | 23         | 20.4 |
|                      | İlçe                | 90         | 70.6 |
| Aile tipi            | Çekirdek            | 85         | 75.2 |
|                      | Geniş               | 28         | 24.8 |
|                      |                     | Ort ±SS    |      |
| Yaş                  |                     | 27.28±5.04 |      |
| Gebelik sayısı       |                     | 2.14±1.01  |      |
| Düşük/küretaj sayısı |                     | 0.23±0.48  |      |
| Yaşayan çocuk sayısı |                     | 1.88±0.81  |      |

Araştırma kapsamındaki kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur. Kadınların %65.'i çalışmıyor, eşlerinin ise büyük çoğunluğu çalışmaktadır. Kadınların %37.2'inin, eşlerinin ise %47.8'inin eğitim düzeyi üniversite ve üzeri mezundur. Kadınların büyük çoğunluğu çekirdek ailede yaşamakta ve ilçe merkezinde oturmaktadır. Kadınların yaş ortalaması 27.28±5.04'dür.

Tablo 2. Annelerin doğum sonrası depresyon ile algıladıkları sosyal destek ve alt boyutlarından aldıkları min.-mak. ve puan ortalamalarının dağılımı

|                                    |                 | Minimum | Maksimum | Ort ±SS    |
|------------------------------------|-----------------|---------|----------|------------|
| Doğum sonu depresyon ölçeği toplam |                 | 0       | 30       | 10.89±7.64 |
| Algılanan Sosyal Destek Ölçek alt  | Aile            | 4       | 28       | 20.58±7.82 |
|                                    | Arkadaş desteği | 4       | 28       | 16.63±9.25 |

|                       |    |    |             |
|-----------------------|----|----|-------------|
| Özel bir kişi desteği | 4  | 28 | 21.62±7.15  |
| Ölçek Toplam          | 12 | 84 | 58.84±21.04 |

Tablo 2’de kadınların ASDÖ ve EDSÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Kadınların EDSÖ puan ortalamasının 10.89±7.64, ASDÖ puan ortalamasının 58.84±21.04 olduğu ve sosyal destek arttıkça doğum sonu depresyon oranının azaldığı görülmektedir. Kadınların özel bir kişi ve aile desteğine genel olarak ihtiyacı olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Kadınların doğum sonrası depresyon ile algıladıkları sosyal destek ve alt boyutu toplam puanları arasındaki korelasyon değerleri

| Ölçek toplam puan ve alt boyutları | 1         | 2        | 3        | 4        | 5        |
|------------------------------------|-----------|----------|----------|----------|----------|
| (1) Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği | r 1       | -0.519** | -0.534** | -0.359** | -0.479** |
|                                    | P         | 0.000    | 0.000    | 0.000    | 0.00     |
| (2) Algılanan Sosyal Destek Ölçeği | r -.496** | 1        | 0.903**  | 0.848**  | 0.857**  |
|                                    | P .000    |          | 0.00     | 0.00     | 0.00     |
| (3) Aile                           | r -.499** | .812**   | 1        | 0.615**  | 0.767**  |
|                                    | P .000    | .000     |          | 0.000    | 0.000    |
| (4) Arkadaş Desteği                | r -.329** | .881**   | .548**   | 1        | 0.527**  |
|                                    | P .000    | .000     | .000     |          | 0.000    |
| (5) Özel Kişi Desteği              | r -.507** | .743**   | .662**   | .462**   | 1        |
|                                    | P .000    | .000     | .000     | .000     |          |

\*\* P<0.01,\*\*\*Pearson Corelation Analyses

Tablo 3’de Edinburg doğum sonu depresyon ölçeği ile algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Kadınların doğum sonu depresyon ile algıladıkları sosyal destek arasında istatistiksel açıdan negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

### SONUÇ

Algılanan sosyal destek ile doğum sonu depresyon arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadınlara verilen bakım sürecinde bütüncül yaklaşım benimsenmeli ve sosyal destek sistemleri değerlendirilerek eş, anne, kız kardeş gibi yakın çevreden destek olabilecek kişiler belirlenmeli ve bakıma katılımları sağlanmalıdır. Bu bakım dinamik olarak gebelik sürecini kapsamalı ve sonrasında devam etmelidir

## KAYNAKLAR

1. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 2004;31(1):17-27.
2. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk üniversitesi hemşirelik yüksekokulu dergisi 2006; 9(2).
3. Sorias O. Sosyal destek kavramı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1988a; 27(1): 353-357
4. Sorias O. Hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi. Psikoloji-Seminer. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları 1992; 9: 33-49.
5. Danacı A, Dinç G, Deveci A ve ark. Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11(3):204-211.
6. Herbert P. Support of first-time mothers in the three months after birth. *Nursing Times* 1994;15(24): 36-37
7. Gülseren L. Doğum sonu depresyon bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10(1):58-67
8. Çınar N., Topal S., Çaka S., Altınkaynak S. Annelerde Postpartum Depresyon, Sosyal Destek ve Emzirme Öz yeterliliği arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sted* 2023; 32(2): 113-122.
9. Cox, John L.; Holden, Jeni M.; Sagovsky, Ruth. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 1987;150(6): 782-786.
10. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburg doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları* 1(1997): 51-52.
11. Eker D, Arkar H. Perceived social support: psychometric properties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1995;30: 121-126.

# EBELERİN AŞI VE AŞI KARŞITLIĞI HAKKINDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Sabriye Uçan Yamaç<sup>1</sup>, Endam Çetinkaya Ak<sup>1</sup>, Habibe Ovat<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Bucak Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü, Burdur

<sup>2</sup> Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Bucak Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü, Lisans Öğrencisi, Burdur

**Giriş-Amaç:** Ülkemizde ebelerin aşı karşıtlığına ilişkin yaklaşımlarını inceleyen çalışmaların sınırlı olması nedeniyle bu çalışma, Bucak ilçesinde çalışan ebelerin aşı karşıtlığı hakkındaki düşüncelerinin ve aşılarla ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla nicel bir araştırma olarak planlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bucak ilçesinde görev alan tüm ebeler araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise 5 Mart-1 Haziran 2023 tarihleri arasında ulaşılabilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 108 ebe oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan Bireysel Tanılama Formu ve Aşı Karşıtlığı Ölçeği'nin kısa-uzun formları kullanılarak toplanmıştır. Veriler toplanmadan önce katılımcılardan onam alınmıştır. Çalışmanın yürütülebilmesi için gerekli etik kurul, kurum ve ölçek kullanım izinleri alınmıştır. Verilerin analizinde SPSS paket programı kullanılmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistiksel metotlardan sayı, yüzde, ortalama, standart sapma testleriyle değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması  $42.0370 \pm 6.55947$  olarak bulunmuş olup diğer sosyodemografik verilerine ve aşılarla ilgili durumlarına Tablo 1'de yer verilmiştir. Aşı Karşıtlığı Ölçeği uzun formundan alınabilecek maksimum puan 105 olup, araştırmaya katılan ebelerin puan ortalaması  $45.4074 \pm 14.14811$  olarak bulunmuştur. Aşı Karşıtlığı Ölçeği kısa formundan alınabilecek maksimum puan ise 60 olup, katılımcıların puan ortalaması ise  $26.4074 \pm 7.67206$  olarak saptanmıştır.

**Sonuç:** Araştırma sonuçlarına bakıldığında çalışmaya katılan ebelerin genel olarak yüksek düzeyde bir aşı karşıtlıkları olmadığı görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Ebe, Aşı, Karşıtlık

## INVESTIGATION OF KNOWLEDGE, ATTITUDES AND BEHAVIORS OF MIDWIVES ABOUT VACCINATION AND ANTI-VACCINE

Sabriye Uçan Yamaç<sup>1</sup>, Endam Çetinkaya Ak<sup>1</sup>, Habibe Ovat<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department of Midwifery, Bucak Health School, Burdur Mehmet Akif Ersoy University, Burdur

<sup>2</sup> Department of Midwifery, Undergraduate student, Bucak Health School, Burdur Mehmet Akif Ersoy University, Burdur

**Objective:** Due to the limited number of studies examining the approaches of midwives to anti-vaccination in our country, this study was planned as a quantitative research in order to determine the thoughts and attitudes of midwives working in Bucak district about anti-vaccination.

**Materials-Methods:** All midwives working in Bucak district formed the universe of the research. The sample of the study consisted of 108 midwives who could be reached March 5-June 1, 2023 and volunteered to participate in the study. The data were collected using the short-long forms of the Individual Identification Form and the Vaccination Opposition Scale prepared by the researchers. Consent was obtained from the participants before data were collected. In order to carry out the study, necessary ethics committee, institution and scale usage permissions were obtained. SPSS package program was used in the analysis of the data. The data were evaluated using descriptive statistical methods such as number, percentage, mean and standard deviation tests.

**Results:** The mean age of the participants was found to be  $42.0370 \pm 6.55947$ , and their other sociodemographic data and their status regarding vaccines are given in Table-1. The maximum score that can be obtained from the long form of the Vaccine Opposition Scale was 105, and the average score of the midwives participating in the study was found to be  $45.4074 \pm 14.14811$ . The maximum score that can be obtained from the short form of the Vaccine Opposition Scale was 60, and the mean score of the participants was  $26.4074 \pm 7.67206$ .

**Conclusion:** Looking at the results of the research, it was seen that the midwives who participated in the study did not generally have a high level of opposition to vaccination.

**Key Words:** Midwife, Vaccination, Opposition

## GİRİŞ VE AMAÇ

Aşı; tıp dünyası ve T.C. Sağlık Bakanlığı'na göre "İnsan ve hayvanlarda hastalık yapma yeteneğinde olan virüs, bakteri vb. mikropların hastalık yapma özelliklerinden arındırılarak ya da bazı mikropların salgıladığı toksinlerin etkileri ortadan kaldırılarak geliştirilen biyolojik ürün" olarak tarif edilir.<sup>1-2</sup> Aşı ile yapılan bağışıklama; hastalıklardan korunma, bu hastalıkların neden olduğu sakatlıkların ve ölümlerin önüne geçmek adına oldukça önemlidir. Dünya Sağlık Örgütüne göre bağışıklama yoluyla yılda 2-3 milyon insanın ölümü engellenebilmektedir. Öngörüldüğü şekliyle de dünya genelinde hedeflenen bağışıklama oranlarına ulaşıldığında, yılda 1,5 milyon kişinin daha ölümünün önüne geçilebilecektir.<sup>3</sup> Türkiye Cumhuriyeti'nde aşılar, bireyin doğumundan itibaren periyodik olarak Sağlık Bakanlığınca hazırlanan takvim doğrultusunda ücretsiz şekilde bireylere uygulanmaktadır.<sup>4</sup> Ancak çocukluk dönemi aşılarının yapılmasının zorunluluğuna ilişkin kesin ifade içeren yasal bir düzenleme olmaması nedeniyle isteyen ebeveynler çocuklarına aşı yaptırmayı reddedebilmektedir.<sup>5</sup>

DSÖ'nün tanımına göre "Aşı kararsızlığı"; aşıya ulaşılabilirlik mümkün olduğu halde, bazı aşıların uygulanmasını kabul etmede gecikme ya da bazı aşıların uygulanmasına izin vermeme anlamına gelir. "Aşı reddi" ise tüm aşıları reddetme, iradesiyle aşıyı yaptırmama durumudur.<sup>6</sup> Dünyada "aşı kararsızlığı-

aşı reddi” kavramları yaklaşık yirmi yıl önce ortaya çıkmış ve aşığı reddeden kişi sayısı artarak devam etmiştir.<sup>7</sup> Artan aşığı karşıtı kampanyalar nedeniyle, DSÖ 2012 yılında “Aşığı Tereddütleri Çalışma Grubu (Vaccine Hesitancy Working Group)” adında aşığı reddini araştırmak için bir çalışma grubu oluşturmuştur. Ayrıca DSÖ’nün 2019 yılında çözmeyi planladığı 10 küresel sağlık sorun arasında “aşığı karşıtlığı” da yer almıştır. Son yıllarda ülkemizde aşığı reddi vakalarının hızla artmasıyla birlikte Sağlık Bakanlığı, aşığı hakkında doğru ve sağlıklı bilgi vermek ve toplumsal farkındalık sağlamak amacıyla “asi.saglik.gov.tr” adlı bir web sayfası oluşturmuştur.<sup>8</sup>

DSÖ aşığı reddi nedenlerini bireysel, toplumsal, bağlamsal ve örgütsel ana başlıkları altında toplamıştır.<sup>9</sup> Aşığı reddi konusunun toplumda, özellikle de eğitim ve ekonomik düzeyi yüksek kesimde yaygınlaşması, toplum sağlığını tehdit eden önemli bir unsur olması açısından, halk sağlığı alanında öncelikle ele alınması gereken konular arasında değerlendirilmektedir.<sup>10-12</sup> Ülkemizde, sosyoekonomik ve eğitim seviyesi yüksek olan ve sağlık alanında çalışan ebelerin aşığı reddine ilişkin yaklaşımlarını inceleyen çalışmaların sınırlı olması nedeniyle çalışmanın alana katkı sağlayacağı ve aşığı reddini önlemeye yönelik çalışmalar için temel bilgi oluşturacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda bu çalışma, bir ilçede çalışan ebelerin aşığı karşıtlığı hakkındaki düşüncelerinin ve aşığına ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla nicel bir araştırma olarak planlanmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

**Evren ve örneklem:** Araştırmanın evrenini Bucak ilçesinde görev alan ve 5 Mart-1 Haziran 2023 tarihleri arasında ulaşılabilen tüm ebeler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise 5 Mart-1 Haziran 2023 tarihleri arasında ulaşılabilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 108 ebe oluşturmuştur.

**Veri toplama aracı:** Araştırma verilerinin toplanmasında, araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan Bireysel Tanılama Formu ve Aşığı Karşıtlığı Ölçeği’nin kısa ve uzun formları kullanılmıştır.

Bireysel Tanılama Formu; ebelerin sosyodemografik özelliklerini, aşığına ilgili düşünce ve tutumlarını belirlemek üzere oluşturulmuş 16 sorudan oluşmaktadır.

Aşığı Karşıtlığı Ölçeği; biri uzun form (21 madde) ve biri kısa form (12 madde) olmak üzere iki adet Türkçe aşığı karşıtlığı ölçeği geliştirilmiştir. Uzun form, dört faktörü ile aşığı karşıtlığının çoklu boyutları hakkında daha ayrıntılı bilgi sağlarken; kısa form, açıklanan varyans oranı daha yüksek olan daha az maddeden oluştuğu için kolayca uygulanabilir. Geliştirilen ölçekler ile aşığı karşıtlığı düzeyinin ölçülmesi, ilgili faktörlerin belirlenmesi, bu faktörlere yönelik müdahale çalışmalarının planlanması mümkün hale gelmiştir.<sup>13</sup>

Yüksek açıklayıcılıkları nedeniyle dört faktörde 21 maddeden oluşan uzun form ve 3 faktörde 12 maddeden oluşan kısa form seçilmiştir. Uzun formun ve kısa formun açıkladığı varyans sırasıyla %57.4 ve %65.3 olarak saptanmıştır. Uzun form ve kısa form için Cronbach Alpha değerleri sırasıyla 0.905 ve 0.855 olarak bulunmuştur.<sup>13</sup>

## Aşı Karşıtlığı Ölçeği (Uzun Form) Değerlendirmesi

### A- Aşı yararı ve koruyucu değeri

|                         |        |
|-------------------------|--------|
| Kesinlikle katılmıyorum | 5 puan |
| Katılmıyorum            | 4 puan |
| Kısmen katılıyorum      | 3 puan |
| Katılıyorum             | 2 puan |
| Kesinlikle katılıyorum  | 1 puan |

### B- Aşı karşıtlığı

### C- Aşı olmamak için çözümler

### D- Aşı tereddüdünün meşrulaştırılması

|                         |        |
|-------------------------|--------|
| Kesinlikle katılmıyorum | 1 puan |
| Katılmıyorum            | 2 puan |
| Kısmen katılıyorum      | 3 puan |
| Katılıyorum             | 4 puan |
| Kesinlikle katılıyorum  | 5 puan |

Hesaplanmış kesme değeri yoktur. Puan arttıkça aşı karşıtlığı/tereddüdü artar. (A bölümü maddeleri aşı lehinde ifadelerden oluştuğundan ters puanlanmıştır.)

## Aşı Karşıtlığı Ölçeği (Kısa Form) Değerlendirmesi:

### A- Aşı yararı ve koruyucu değeri

|                         |        |
|-------------------------|--------|
| Kesinlikle katılmıyorum | 5 puan |
| Katılmıyorum            | 4 puan |
| Kısmen katılıyorum      | 3 puan |
| Katılıyorum             | 2 puan |
| Kesinlikle katılıyorum  | 1 puan |

### B- Aşı karşıtlığı

### C- Aşı olmamak için çözümler

|                         |        |
|-------------------------|--------|
| Kesinlikle katılmıyorum | 1 puan |
| Katılmıyorum            | 2 puan |



|                        |        |
|------------------------|--------|
| Kısmen katılıyorum     | 3 puan |
| Katılıyorum            | 4 puan |
| Kesinlikle katılıyorum | 5 puan |

Hesaplanmış kesme değeri yoktur. Puan arttıkça aşı karşıtlığı/tereddüdü artar. (A bölümü maddeleri aşı lehinde ifadelerden oluştuğundan ters puanlanmıştır.)<sup>13</sup>

Veriler toplanmadan önce katılımcılardan onam alınmıştır. Ayrıca çalışmanın yürütülebilmesi için gerekli etik kurul, kurum ve ölçek kullanım izinleri alınmıştır.

**Verilerin analizi:** Verilerin analizinde SPSS (21.00) istatistik paket programı kullanılmıştır. Araştırma verileri tanımlayıcı istatistiksel metotlardan sayı, yüzde, ortalama, standart sapma testleriyle değerlendirilmiştir.

## BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması  $42.0370 \pm 6.55947$  olarak bulunmuştur. Ebelerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; %63'ünün (n=68) gelir durumunun gider durumuna eşit olduğu, %96.3'ünün (n=104) lisans mezunu olduğu, %81.5'inin (n=88) evli olduğu, %77.8'inin (n=84) kronik bir hastalığı olmadığı, %81.5'inin (n=88) düzenli olarak bir ilaç kullanmadığı, %77.8'inin (n=84) sigara kullanmadığı ve hiçbirinin alkol tüketmediği görülmüştür (Tablo 1).

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

| Sosyodemografik özellikleri | n                    | %   |      |
|-----------------------------|----------------------|-----|------|
| Gelir durumu                | Gelir giderden az    | 24  | 22.2 |
|                             | Gelir gidere eşit    | 68  | 63.0 |
|                             | Gelir giderden fazla | 16  | 14.8 |
| Eğitim durumu               | Lisans               | 104 | 96.3 |
|                             | Lisans üstü          | 4   | 3.7  |
| Medeni durum                | Evli                 | 88  | 81.5 |
|                             | Bekar                | 20  | 18.5 |
| Kronik hastalık             | Evet                 | 24  | 22.2 |
|                             | Hayır                | 84  | 77.8 |
| Sigara kullanımı            | Evet                 | 24  | 22.2 |
|                             | Hayır                | 84  | 77.8 |

|                        |       |     |       |
|------------------------|-------|-----|-------|
| Alkol kullanımı        | Evet  | 0   | 0     |
|                        | Hayır | 108 | 100.0 |
| Düzenli ilaç kullanımı | Evet  | 20  | 18.5  |
|                        | Hayır | 88  | 81.5  |
| Toplam                 |       | 108 | 100.0 |

Araştırmaya katılan ebelerin aşılarda ilgili bilgi, tutum ve davranışları incelendiğinde; %55.6'sının (n=60) daha önce bir aşı seminerine katıldığı, %55.6'sının (n=60) bitkisel ürünleri aşılarda alternatif olarak görmediği, %74.1'inin (n=80) ulusal aşı takviminde yer alan tüm aşılarda olduğu, %92.6'sının (n=100) son bir yıl içinde mevsimsel grip aşısı yaptırmadığı, %88.9'unun (n=96) Türkiye'de kullanımı onaylanmış COVID-19 aşılardan herhangi birini yaptırdığı, %77.8'inin (n=84) aşılarda ilgili bilgileri yine kendileri gibi olan sağlık personellerinden aldığı, %63'ünün (n=68) aşılarda ilgili edindiği bilgilerin olumlu olduğu ve %55.6'sının (n=60) televizyon, radyo veya internetten aşılarda ilgili edindiği bilgilerin bu konu hakkındaki fikirlerini nadiren etkilediği saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcıların aşılarda ilgili durumlarına göre dağılımı

| Aşılarda ilgili durumları   |                          | n   | %    |
|---|--------------------------|-----|------|
| Aşı seminerine katılımınız oldu mu?   | Evet                     | 60  | 55.6 |
|   | Hayır                    | 48  | 44.4 |
| Aşılarda alternatif bitkisel ürünler olabilir mi?                                 | Evet                     | 16  | 14.8 |
|   | Hayır                    | 60  | 55.6 |
|   | Bilmiyorum               | 32  | 29.6 |
| Aşı takvimine göre bütün aşılarda olduğunuz mu?                                   | Evet                     | 80  | 74.1 |
|   | Hayır                    | 4   | 3.7  |
|   | Bazı aşılarda/Bilmiyorum | 24  | 22.2 |
| Bir yıl içerisinde mevsimsel grip aşısı yaptırdınız mı?                           | Evet                     | 8   | 7.4  |
|   | Hayır                    | 100 | 92.6 |
| Türkiye'de kullanımı onaylanmış COVID-19 aşısı (herhangi bir aşı) yaptırdınız mı? | Evet                     | 96  | 88.9 |
|   | Hayır                    | 12  | 11.1 |

|  |                               |     |       |
|--|-------------------------------|-----|-------|
| Aşılarla ilgili bilgileri hangi kaynaklardan edirsiniz?  | Sağlık Personeli              | 84  | 77.8  |
|  | Bilimsel Makaleler            | 16  | 14.8  |
|  | Yazılı veya görsel basın      | 4   | 3.7   |
|  | Aşılarla ilgili bilgi almadım | 4   | 3.7   |
| Aşılarla ilgili edindiğiniz bilgiler olumlu muydu?   | Evet                          | 68  | 63.0  |
|  | Hayır                         | 12  | 11.1  |
|  | Kısmen                        | 28  | 25.9  |
| Televizyon, radyo veya internetten aşılarla ilgili edindiğiniz bilgiler fikrinizi değiştirir mi? | Evet, sıklıkla                | 8   | 7.4   |
|  | Evet, nadiren                 | 60  | 55.6  |
|  | Hayır, hiçbir zaman           | 40  | 37.0  |
| Toplam   |                               | 108 | 100.0 |

Son olarak araştırmaya katılan ebelerin Aşı Karşıtlığı Ölçekleri puan ortalamaları incelenmiştir. Aşı Karşıtlığı Ölçeği uzun formundan alınabilecek maksimum puan 105 olup, araştırmaya katılan ebelerin puan ortalaması  $45.4074 \pm 14.14811$  olarak bulunmuştur. Aşı Karşıtlığı Ölçeği kısa formundan alınabilecek maksimum puan ise 60 olup, katılımcıların puan ortalaması ise  $26.4074 \pm 7.67206$  olarak saptanmıştır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarına bakıldığında çalışmaya katılan ebelerin genel olarak yüksek düzeyde bir aşı karşıtlıkları olmadığı görülmüştür. Ancak ebeler bağışıklamada önemli bir yere sahip olup, aşı karşıtlığını ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak ele almak gerekir. Bu sebeple ülke genelinde ebelerin bu konu hakkındaki düşünce ve tutumlarının ele alınacağı daha geniş çaplı araştırmalar yapılması önerilmektedir.

## Kaynaklar

1. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aşı Nedir, Nasıl Etki Eder? 2021. [<https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/49-a%C5%9F%C4%B1-nedir,-nas%C4%B1-etki-eder.html>] (Erişim tarihi: 19 Nisan 2021).
2. Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, Edwards KM. Plotkin' s Vaccines. Elsevier Inc: Health Sciences Elsevier; 2018.
3. Gür E. Vaccine hesitancy - vaccine refusal. Turk Pediatri Ars. 2019;54(1):1-2. [PubMed] [PMC]
4. Bora Başara B, Soyututan Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA. The Ministry of Health of Turkey Health Statistics Yearbook. 1st ed. Ankara: Ministry of Health Publication; 2019.p.84
5. Eskiocak M, Marangoz B. Türkiye'de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu. 1.Baskı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2019. p.7-19
6. WHO. Ten threats to global health in 2019.(cited 2019 April 4): Available from: URL: <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>.
7. World Health Organization. 2019. Available from: [https://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/burden/vpd/surveillance\\_type/active/measles/en/](https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/measles/en/).
8. Gür E. Aşı kararsızlığı-aşı reddi. Türk Pediatri Arsivi. 2019;54(1):1-2 . [Crossref]
9. WHO, The SAGE Vaccine Hesitancy Working Group. What Influences Vaccine Acceptance: A Model of Determinants of Vaccine Hesitancy. Erişim tarihi: 16.02.2018 [http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2013/april/1\\_Model\\_analyze\\_driversofvaccineConfidence\\_22\\_March.pdf](http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2013/april/1_Model_analyze_driversofvaccineConfidence_22_March.pdf)
- 10.Eskiocak M, Marangoz B. Türkiye'de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu. 1.Baskı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2019. p.7-19. [Link]
- 11.Yiğit T, Oktay BÖ, Özdemir CN, Moustafa Pasa S. Aşı karşıtlığı ve fikri gelişimi. [Antivaccination and it's intellectual appearance]. Journal of Social and Humanities Sciences Research. 2020;7(53):1244-61. [Crossref]
- 12.Özceylan G, Toprak D, Esen ES. Vaccine rejection and hesitation in Turkey. Human Vaccines & Immunotherapeutics. 2020;16(5):1-6. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- 13.Kılınçarslan, M.G., Sarıgül, B., Toraman, Ç., & Şahin, E. M. (2020). Development of valid and reliable Scale of Vaccine Hesitancy in Turkish language. Konuralp Medical Journal, 12(3), 420-429. doi: 10.18521/ktd.693711

## Doğum sonu dönemde annelerin algılanan ebeveynlik özyeterliliklerinin incelenmesi

### Investigation of perceived parenting self-efficacy of mothers in the postpartum period

Esranur Yurt<sup>1</sup>, Mustafa Ekici<sup>2</sup>, İsmail Toklu<sup>3</sup>, Tuğçe Sönmez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ahlat Devlet Hastanesi, Bitlis

<sup>2</sup>Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürü, Bitlis

<sup>3</sup>Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü, Kamu Hizmetleri Başkanlığı, Bitlis

<sup>4</sup>Tarsus Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Mersin

#### ÖZET

**Giriş:** Doğum sonu dönemde annelerin bebek bakımının fiziksel ve ruhsal olarak karşılanması amacıyla annelerimizin algıladıkları ebeveynlik özyeterliliklerinin ölçülüp incelenmesi sonucunda annelerimizin öz yeterliliğinin yüksek olduğu saptanmıştır.

**Amaç:** Bu araştırma, doğum sonu dönemde annelerin algıladıkları ebeveynlik özyeterliliklerinin incelenmesi amacıyla planlandı.

**Gereç-Yöntem:** Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlandı. Araştırma, Bitlis il ve ilçelerinde bulunan devlet hastanelerinde Haziran-Ağustos 2023 tarihleri arasında doğum servisinde yatan 113 anne ile yürütüldü. Veriler "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Algılanan Anne Ebeveynlik Öz Yeterlilik Ölçeği" kullanılarak toplandı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan annelerin çeşitli tanıtıcı özellikleri ile ölçekler arasında anlamlı ilişki olduğu saptandı. Araştırmamızda yer alan annelerin algılanan ebeveynlik özyeterlilik puan ortalaması  $63.28 \pm 9.23$  olarak bulundu.

**Sonuç:** Araştırmamızda annelerin algılanan ebeveynlik özyeterlilik düzeylerinin yüksek olduğu saptandı. Annelerin doğum sonu dönemlerinde algıladıkları ebeveynlik özyeterlilik düzeylerine göre doğum sonu süreçlerini destekleyecek bakımlar planlanmalı.

**Anahtar Kelimeler:** anne, ebeveyn, öz-yeterlilik, postpartum

#### ABSTRACT

**Introduction:** As a result of measuring and examining the perceived parenting self-efficacy of mothers in order to provide physical and spiritual care for their babies in the postpartum period, it was determined that the self-efficacy of our mothers was high.

**Aim:** This research was planned to examine the parenting self-efficacy perceived by mothers in the postpartum period.

**Methods:** This research was planned as descriptive and cross-sectional. The research was conducted with 113 mothers hospitalized in the maternity ward in public hospitals in Bitlis province and districts between June and August 2023. Data were collected using the "Introductory Information Form" and the "Perceived Parenting Self-Efficacy Scale".

**Results:** It was determined that there was a significant relationship between the various descriptive characteristics of the mothers participating in the study and the scales. The average perceived parenting self-efficacy score of the mothers in our study was found to be  $63.28 \pm 9.23$ .

**Conclusion:** In our research, it was found that mothers' perceived parenting self-efficacy levels were high. Care should be planned to support the postpartum period according to the parenting self-efficacy levels perceived by mothers during the postpartum period.

**Keywords:** mother, parent, self-efficacy, postpartum

## GİRİŞ

Gebelik, bilinmeyen bir süreçtir. Kadınlar bu süreci en iyi şekilde geçirmek ister.<sup>1</sup> Gebelerin, gebelik süreci ve doğum ile baş edebilmek, doğum sonrasında ise bebek bakımı, lohusalık süreci ve ebeveynlik ile ilgili fiziksel ve ruhsal becerilerini geliştirmek için eğitime ihtiyaçları vardır.<sup>2</sup> Gebe okulları, gebe bilgilendirme sınıfları gibi gebelerin eğitimine yönelik doğuma hazırlık kursları; gebeleri fiziksel ve ruhsal güçlendirmeye, onların doğuma hazırlanmasına ve doğum süreciyle baş etme yetisini kuvvetlendirmeye, ağrı yönetimine ve doğum eyleminin olumlu hatırlanmasına, doğum sonu bebek bakımı ve öz bakımlarının geliştirilmesine yardımcıdır.<sup>3</sup> Öz yeterlik (self-efficacy), bireylerin muhtemel olumlu yada olumsuz durumlarla başa çıkabilmek için gerekli olan eylemleri ne kadar iyi yapabildiklerine dair yargıları olarak tanımlanmıştır.<sup>4</sup> Algılanan öz yeterlik, bireyin bir işi başarılı yapmak için gerekli eylemleri organize etmek ve yapabilmek konusunda sahip olduğu kapasitesine dair inançlarıdır.<sup>4</sup> Bandura'nın öz yeterlik konusunda belirlediği çerçeveye uyumlu olarak annelik ya da ebeveynlik öz yeterliği birçok araştırmada farklı şekillerde tanımlanmıştır. Luebering (1995), ilk kez anne olacak kadınlarla yaptığı araştırmada annelik öz yeterlik algısıyla bebek bakımına dair inançlar arasında olumlu bir ilişki olduğunu göstermiştir.<sup>5</sup> Annelik rolleri ile ebeveyn öz yeterlik algısı arasında olumlu bir ilişki olduğunu ve anne olmaktan mutluluk duyan kadınların kendilerini daha fazla yeterli hissettiklerini, algılanan ebeveyn öz yeterliği ile uygun ebeveynlik beceri ve davranışlarının birbirleriyle bağıntılı olduğunu belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda, eğitim alan gebelerin sezaryen oranının daha düşük olduğu, doğuma daha bilinçli olarak hazırlandıkları doğum eylemini daha iyi yönetebildikleri ve aktif görev aldıkları, memnuniyet düzeyi ve öz güvenlerinin daha da arttığı, doğum sonrası lohusalık depresyonuyla daha az karşılaştıkları, kendi öz bakımları ve bebek bakımı konusunda daha rahat oldukları, taburculuğa hazır oluşluk düzeylerinin daha da arttığı, annenin bebeğini daha olumlu algıladığı, ona bağlanma sürecinin hızlı olduğu ve benlik saygısının arttığı, ilk altı ayda yalnızca anne sütü ile beslenme oranlarının ve emzirme süresinin arttığı saptanmış olup annelerin düşünce ve duygularındaki olumlu etki çevresi tarafından da hissedilir duruma gelmiştir.<sup>6</sup>

Bu araştırma, doğum sonu dönemde annelerin algıladıkları ebeveynlik özyeterliliklerinin incelenmesi amacıyla planlandı.

## YÖNTEM

Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlandı. Araştırma, Bitlis il ve ilçelerinde bulunan devlet hastanelerinde Haziran-Ağustos 2023 tarihleri arasında doğum servisinde yatan 113 anne ile yürütüldü. Araştırmanın örneklem hesaplaması için Cohen d 0.50 etki büyüklüğü değerine göre, 0,80 test gücü ve 0.05 hata payı ile en az 110 kişi alınması gerektiği hesaplanmış, %10 örneklem kaybı olabileceği göz önünde bulundurularak 113 kişi ile araştırma tamamlanmasına karar verilmiştir.<sup>7</sup>

Dahil edilme kriterleri

5. En az ilkokul mezunu
6. İletişime açık olan
7. Araştırmaya katılmayı kabul eden doğum yapmış anneler

Dışlama kriterleri

3. Okuma yazma bilmeyen ve iletişime kapalı olan anneler
4. Gebeliğin devam etmesi

## Veri Toplama Araçları

Araştırma Verilerinin toplanmasında “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Algılanan Anne Ebeveynlik Öz Yeterlilik Ölçeği” kullanıldı.

**Kişisel Bilgi Formu:** Kişisel bilgi formu araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olup kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerini belirleyen sorulardan oluşmaktadır (yaş, yaşadığı yer, aile tipi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, eşinin eğitim durumu, eşinin çalışma durumu, gebelik, gebelik sayısı, düşük/küretaj sayısı, yaşayan çocuk sayısı, doğumunu kaç haftalık yaptığı, gebelik istek durumu, gebe hazırlık eğitim durumu, eğitimi tamamlama durumu, eğitimin verimlilik durumu, eğitimin doğum sonu

bebek bakımına katkısı, gebelik boyunca hekim kontrol durumu, gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu).

**Algılanan Anne Ebeveynlik Öz Yeterlilik Ölçeği**(The Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy Questionnaire): Barnes ve Adamson-Macedo tarafından 2007 tarihinde erken doğum yapmış kadınların öz yeterlilik düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir.<sup>8</sup>Ölçeğin geliştirilmesi iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada, çalışmanın dayandığı temel kavram olan öz yeterlilik teorisi ile ilgili olarak literatür gözden geçirilmiş ve 25 madde üretilmiştir. Madde analizi ve madde korelasyonunun ardından Cronbach alfa katsayısı, 5 madde silindiğinde belirgin bir artış gösterdiği için madde sayısı 20'ye düşürülmüş olup ölçek son şeklini almıştır. 4 alt boyutları vardır. Bakım prosedürleri alt boyutu; annenin bebeğinin beslenme gibi temel ihtiyaçlarıyla ilgili etkinlik ve görevleri yerine getirme yetenekleri hakkındaki algılarını içerir. Olumlu bebek davranışları geliştirebilme inancı alt boyutu; annenin bebeğin davranışını değiştirebileceği konusundaki yeteneğinin algısıdır. Bebeğin davranışlarını tanıma inancı alt boyutu; annenin bebeğindeki değişiklikleri anlama ve tanımlama becerisidir.<sup>8</sup>Ölçek, 4'lü likert tipte olup; “kesinlikle katılmıyorum=1, katılmıyorum=2, katılıyorum=3, kesinlikle katılıyorum=4” şeklinde pozitif maddelerden oluşan 20 maddelik ölçektir. Elde edilen en düşük 20 puan, en yüksek 80 puandır. Elde edilen puan arttıkça annelerde öz yeterliliğin derecesi artmaktadır. Ölçekte ters kodlanması gereken madde bulunmamaktadır.

### **Verilerin Toplanması**

Veriler araştırmacılar tarafından annelere yüz yüze anket şeklinde uygulanmıştır. Anket doldurma süresi yaklaşık 5-10 dk olarak saptanmıştır.

### **Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmadan değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzdeler, aritmetik ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir. Ölçek ve alt boyutlarına ilişkin min-maks, aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri analiz edilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS 22 (IBM İstatistik SPSS 22 245 Kullanıcı Network Lisans) programı ile yapılmıştır.

## BULGULAR

Tablo 1. Annelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=190)

| Özellikler  |                     | n          | %    |
|---|---------------------|------------|------|
| Çalışma Durumu  | Çalışan             | 37         | 32.7 |
|   | Çalışmayan          | 76         | 67.3 |
| Eş Çalışma Durumu                                     | Çalışan             | 103        | 91.2 |
|   | Çalışmayan          | 10         | 8.8  |
| Eğitim Düzeyi   | İlköğretim          | 20         | 17.7 |
|   | Ortaöğretim         | 15         | 13.3 |
|   | Lise                | 44         | 38.9 |
|   | Üniversite ve üzeri | 34         | 30.1 |
| Eş Eğitim Düzeyi                                      | İlköğretim          | 12         | 10.6 |
|   | Ortaöğretim         | 10         | 8.8  |
|   | Lise                | 37         | 32.7 |
|   | Üniversite ve üzeri | 54         | 47.8 |
| Gebeliğin planlı olma durumu                          | Evet                | 98         | 86.7 |
|   | Hayır               | 15         | 13.3 |
| Gebelik öncesinde hazırlık eğitimi alma durumu        | Evet                | 43         | 38.1 |
|   | Hayır               | 70         | 61.9 |
| Alınan eğitim özyeterliliğinizi artırdı mı            | Evet                | 53         | 46.9 |
|   | Hayır               | 60         | 53.1 |
| Eğitim doğum sonu öz bakım yeterliliğinizi Artırdı mı | Evet                | 53         | 46.9 |
|   | Hayır               | 60         | 53.1 |
|   |                     | Ort ±SS    |      |
| Yaş   |                     | 27.36±5.23 |      |
| Gebelik haftası                                       |                     | 38.13±1.98 |      |
| Gebelik sayısı  |                     | 1.88±1.04  |      |
| Düşük/küretaj sayısı                                  |                     | 0.23±0.51  |      |
| Yaşayan çocuk sayısı                                  |                     | 1.61±0.86  |      |

Araştırma kapsamındaki kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de sunulmuştur. Kadınların %67.3’ü çalışmıyor, eşlerinin ise büyük çoğunluğu çalışmaktadır. Kadınların %30.1’inin, eşlerinin ise %47.8’inin eğitim düzeyi üniversite ve üzeri mezundur. Kadınların %86.7 si planlı olarak gebe kalmıştır. Doğum öncesi eğitim alan gebe oranı %38.1 dir. Kadınların yaş ortalaması 27.36±5.23’dür.

Tablo 2. Annelerin algıladıkları ebeveynlik özyeterlilikleri ölçeği’den aldıkları min.-mak. ve puan ortalamalarının dağılımı

|                     |   | Minimum | Maksimum | Ort ±SS    |
|---------------------|---|---------|----------|------------|
| Ölçek alt boyutları | Bakım prosedürleri                              | 6       | 12       | 10.67±1.67 |
|                     | Anne ile bebek etkileşimi                       | 15      | 32       | 28.92±4.13 |
|                     | Olumlu bebek davranışları geliştirebilme inancı | 4       | 16       | 12.97±2.83 |
|                     | Ölçek Toplam                                    | 36      | 72       | 63.28±9.23 |

Tablo 2’de kadınların AAEÖÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Kadınların AAEÖÖ puan ortalamasının %63.28±9.23 dür. Anne bebek etkileşimi %28.92±4.13 olup, olumlu bir tutuma sahip oldukları görülmektedir.



## SONUÇ

Araştırma bulguları sonucunda doğum öncesi alınan eğitim ile algılanan anne ebeveyn öz yeterliliği arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Annelerin algılanan ebeveynlik özyeterlilik düzeylerinin yüksek olduğu saptandı. Annelerin doğum sonu dönemlerinde algıladıkları ebeveynlik özyeterlilik düzeylerine göre doğum sonu süreçlerini destekleyecek bakımlar planlanmalı.

## KAYNAKLAR

1. Yazıcıoğlu B, Yavuz E. Gebe okulu eğitimlerinin doğum korkusu üzerine etkisi. Türk Aile HekDerg. 2022;12-16
2. Çankaya S, Şimşek B. Effects of antenataleducation on fear of birth, depression, anxiety, childbirth self-efficacy, andmode of delivery in primiparouspregnantwomen: A prospectiverandomizedcontrolledstudy. ClinicalNursingResearch. 2021;818-829.
3. MoghaddamHosseini V, Makai A, Varga K, Ács P, Prémusz V, Várnagy Á. Assessingfear of childbirthanditspredictorsamongHungarianpregnantwomenusingWijma Delivery Expectancy/ExperienceQuestionnairesubscales. Psychology, HealthandMedicine. 2019;879-89.
4. Bandura, A. Self-efficacymechanism in humanagency. AmericanPsychologist, 1982;32(2):122-147.
6. Luebering A. Therelationshipbetweenperceivedparental self-efficacyandchildrearingbeliefsamongfirst-time mothers of infant. Paperpresented at thebiennialmeeting of theSocietyforresearch in childdevelopment. Indianapolis, IN, 1995..
6. Okumuş H, Yenal K, Ozan Y, Öztürk E. Ülkemizde doğuma hazırlık sınıflarına ilişkin yapılan bilimsel çalışmalar literatür derlemesi. Türkiye Klinikleri Dergisi, 2015; 16-24.
7. Çınar N, Topal S, Çaka S, Altınkaynak S. Annelerde postpartum depresyon, sosyal destek veemzirme öz yeterliliği arasındaki ilişkinin incelenmesi. Sted 2023; 32(2): 113-122.
8. Barnes Christopher R, Elvidina N.A. Perceived maternal parenting self-efficacy (PMP S-E) tool: Development and validation with mothers of hospitalized preterm neonates. Journal of advanced nursing (2007):550-560.

# Ektopik Gebeliklerin Retrospektif İncelenmesi

İrem ÖZTEN<sup>1</sup>, Neriman ÇAĞLAYAN KELEŞ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi, Tekirdağ, Türkiye.

E-mail: [irem.ozten@saglik.gov.tr](mailto:irem.ozten@saglik.gov.tr). ORCID ID: 0000-0003-4365-168.

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

E-mail: neriman.keles@sbu.edu.tr. ORCID ID: 0000-0002-4607-2400.

## ÖZET

**Amaç:** Ektopik gebelik; embriyonun endometrial kavitenin dışına implantasyonu olarak tanımlanmaktadır. Tüm gebeliklerin %2'sini oluşturan ektopik gebeliğin tedavisinde erken tanı, hızlı tedavi ve çözüme ulaşıncaya kadar yakın takip kritik öneme sahiptir. Bu araştırmanın amacı, ektopik gebelik tanısı almış kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin tanımlanmasıdır.

**Gereç-Yöntem:** Retrospektif türdeki araştırmaya, Ocak 2021-Ağustos 2023 tarihinde ektopik gebelik tanısı alan 21 kadın dahil edildi. Tekirdağ ilinde bulunan bir kamu hastanesinin resmi kayıtları üzerinden ektopik gebelik tanısı alan kadınların sosyo-demografik özellikleri ve obstetrik özelliklerine ulaşıldı. Araştırma verileri frekans analizi, tanımlayıcı istatistikler ve ortalama karşılaştırma testleri ile analiz edildi.

**Bulgular:** Araştırmaya dahil edilen 21 kadının tamamı evli olup, yaş ortalaması 29,5'tir. Kadınların %71,4'ü ilçede ikamet etmektedir. Ektopik gebelik tanısı alan kadınların başvuru şikayetleri incelendiğinde; %33,3'ünün anormal uterus ve vajinal kanama, %33,3'ünün pelvik veya abdominal ağrı, %23,8'inin ise jinekolojik muayene nedeniyle sağlık kurumuna başvuru yaptığı belirlendi. Kadınların obstetrik özellikleri incelendiğinde, %42,8'inin 3 ve üzeri gebeliğe, %57,1'inin ise 1 veya 2 gebeliğe sahip olduğu tespit edildi. Bu kadınların %42,8'inin vajinal, %33,3'ünün sezaryen ile bir önceki doğumunu gerçekleştirdiği ve %23,8'inin ise hiç doğum yapmadığı tespit edildi. Aynı zamanda bu kadınların %33,3'ünün yaşayan çocuk sayısı 0, %4,7'sinin 3, %14,28'inin 2, %47,61'inin ise 1 yaşayan çocuğu olduğu tespit edildi.

**Sonuç:** Ektopik gebeliğin erken tanılanabilmesi için; sağlık hizmetlerinde bire bir bakım sağlayan, danışmanlık hizmeti veren, takip ve tedavi yapan sağlık personelinin iyi bir gözlem yapması ve detaylı anamnez alması çok önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Ektopik gebelik, obstetrik özellikler, ebelik.

# Retrospective Analysis of Ectopic Pregnancies

İrem ÖZTEN<sup>1</sup>, Neriman ÇAĞLAYAN KELEŞ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumalıoğlu Şehir Hastanesi, Tekirdağ, Türkiye.

E-mail: irem.ozten@saglik.gov.tr. ORCID ID: 0000-0003-4365-168.

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.

E-mail: neriman.keles@sbu.edu.tr. ORCID ID: 0000-0002-4607-2400.

## ABSTRACT

**Objective:** Potentially life-threatening ectopic pregnancy; It is defined as the implantation of the embryo outside the endometrial cavity, most often in the fallopian tube. Ectopic pregnancy is an emergency, which is very common among young women and occurs in 2% of all pregnancies. In the treatment of ectopic pregnancy, early diagnosis, prompt treatment and close follow-up until a solution is reached are of critical importance. The aim of this study is to define the socio-demographic and obstetric characteristics of women diagnosed with ectopic pregnancy.

**Materyal and methods:** The retrospective study included 21 women diagnosed with ectopic pregnancy between January 2021 and August 2023. The research data were obtained from the official records of a public hospital in Tekirdağ. Among the research data, there are socio-demographic characteristics and obstetric characteristics of women diagnosed with ectopic pregnancy. The data of the study were analyzed by frequency analysis, descriptive statistics and mean comparison tests.

**Result:** All of the 21 women included in the study are married and the average age of these women is 29.5 (min: 17, max: 42). 71.4% of women live in the district and 28.5% in the city center. When the complaints of women diagnosed with ectopic pregnancy were examined, 33.3% of them had abnormal uterine and vaginal bleeding, 33.3% had pelvic or abdominal pain, 9.5% had amenorrhea, and 23.8% had dryness due to gynecological examination. She stated that he had applied. The average hospital stay of these women was determined as 2.5 days. When the obstetric characteristics of the women were examined, it was determined that 42.8% had 3 or more pregnancies, and 57.1% had 1 or 2 pregnancies. It was determined that 42.8% of these women had a vaginal delivery, 33% had a previous cesarean delivery, and 23.8% had never given birth. At the same time, it was determined that 33.3% of these women had 0 surviving children, 4.7% had 3, 14.28% had 2, 47.61% had 1 surviving child.

**Conclusion:** For early diagnosis of ectopic pregnancy very important for health personnel who provide one-on-one care, counseling, follow-up and treatment in health services to make good observations and take a detailed anamnesis.

**Keywords:** Ectopic pregnancy, obstetric features, midwifery.

## 1. GİRİŞ

Ektopik gebelik tüm gebeliklerin %2'sini oluşturmakta olup yaşamı tehdit eden acil bir durumdur (1). Ektopik gebelik risk faktörleri arasında pelvik inflamatuvar hastalık öyküsü, sigara içimi, fallop tüpü ameliyatı, önceki ektopik gebelik ve infertilite yer almaktadır.

Ektopik gebeliğin erken tanısı güvenli ve etkili yönetim için önemlidir. Bununla birlikte, anormal implantasyonlar nedeniyle veya 5-6 gebelik haftasından önce gebeliğin yeri çoğu zaman kolaylıkla belirlenmemektedir. Konumu bilinmediğinde anormal bir gebeliği teşhis etmek için birden fazla test stratejisi mevcuttur; ancak yanlış teşhisten kaçınmak için dikkatli olunması gerekir (2). Takip sırasında yaşam bulgularına, gebelik testine ve trasvajinal ultrasona dayalı acil triyajla başlanmalıdır (3).

Gebeliğin erken döneminde vajinal kanama veya alt karın ağrısı ile başvuran ve intrauterin gebelik henüz belirlenmemiş her hastada ektopik gebelik düşünülmelidir. Ektopik gebeliğin kesin tanısı, yolk kesesinin ve/veya adnektadaki embriyonun ultrasonla görüntülenmesiyle konulabilmektedir. Ancak çoğu dış gebelik bu aşamaya ulaşmamaktadır. Tanı koymak için daha sıklıkla seri ultrasonografi ve beta insan koryonik gonadotropin düzeylerindeki eğilimlerle birlikte hasta semptomları kullanılmaktadır. Yeri bilinmeyen gebelik, gebelik testinin pozitif olduğu, ancak ultrasonografinin intrauterin veya ektopik gebeliğin görülmediği geçici bir durumu ifade etmektedir. Ektopik gebeliğin kesin tanısını koyabilmek için seri beta insan koryonik gonadotropin düzeyleri, seri ultrasonografi ve bazen de rahim aspirasyonu kullanılabilir (4).

Teşhis edilen ektopik gebeliğin tedavisi intramüsküler metotreksat ile tıbbi tedaviyi, salpingostomi veya salpenjektomi yoluyla cerrahi tedaviyi ve nadir durumlarda bekleme tedavisini içermektedir. Dış gebelik tanısı alan hastada peritoneal bulgular veya hemodinamik dengesizlik varsa derhal ameliyata sevk edilmelidir. Diğer teşhis yöntemleri arasında en yüksek özgüllüğü gösteren dilatasyon ve küretaj ile endometriyal örneklemedir (5).

İlk trimesterdeki anne ölümlerinin ana nedeni olan ektopik gebeliğin tedavisinde erken tanı, hızlı tedavi ve çözüme ulaşana kadar yakın takip kritik öneme sahiptir. Bu araştırmanın amacı, ektopik gebelik tanısı almış kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin tanımlanmasıdır (3, 6).

## 2. MATERYAL VE METOT

Retrospektif türdeki araştırmaya, Ocak 2021-Ağustos 2023 tarihinde ektopik gebelik tanısı alan 21 kadın dahil edildi. Tekirdağ ilinde bulunan bir kamu hastanesinin tıbbi araştırmalar modülü üzerinden ektopik gebelik tanı kodu yazılarak ektopik gebelik tanısı alan kişiler tarandı.

Resmi kayıtları üzerinden ektopik gebelik tanısı alan kadınların sosyo-demografik özellikleri ve obstetrik özelliklerine ulaşıldı. Araştırma verileri frekans analizi, tanımlayıcı istatistikler ve ortalama karşılaştırma testleri ile analiz edildi.

## 3. BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen 21 kadının tamamı evli olup, yaş ortalaması 29,5'tir. Kadınların %71,4'ü ilçede ikamet etmektedir. Ektopik gebelik tanısı alan kadınların başvuru şikayetleri incelendiğinde; %33,3'ünün anormal uterus ve vajinal kanama, %33,3'ünün pelvik veya abdominal ağrı, %23,8'inin ise jinekolojik muayene nedeniyle sağlık kurumuna başvuru yaptığı belirlendi.

Kadınların obstetrik özellikleri incelendiğinde, %42,8'inin 3 ve üzeri gebeliğe,%57,1'inin ise 1 veya 2 gebeliğe sahip olduğu tespit edildi. Bu kadınların %42,8'inin vajinal, %33,3'ünün sezaryen ile bir önceki doğumunu gerçekleştirdiği ve %23,8'inin ise hiç doğum yapmadığı tespit edildi. Aynı zamanda bu kadınların %33,3'ünün yaşayan çocuk sayısı 0, %4,7'sinin 3, %14,28'inin 2, %47,61'inin ise 1 yaşayan çocuğu olduğu tespit edildi.

## 4. TARTIşMA

Blastokistin uterusun endometriyal kavitesinin dışında herhangi bir yere, özellikle fallop tüplerine yerleşmesine ektopik gebelik olarak tanımlanmaktadır. Son yıllarda Türkiye'de ektopik gebelik insidansının artış gösterme nedenleri arasında ilk cinsel ilişki yaşının düşmesi, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların daha sık görölmesi, sezaryen oranındaki yükseklik, kadınların sezaryen oranındaki yükseklik, kadınların çalışma hayatına daha aktif katılmalarıyla ileri yaş gebeliklerin artması gibi nedenler yer almaktadır (6).

Özel ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan bir araştırmada 2 yıllık süre içerisinde ektopik gebelik tanısı ile yönetimi yapılan toplam 100 hasta retrospektif olarak analiz edilmiştir. Vakaların % 95'inde ektopik gebeliğin tubada, % 5'inde overde yerleştiği tespit edilmiştir. Bu hastaların % 54 ünde amenore, % 5 inde geğerilmiş ektopik gebelik hikayesinin mevcut olduğu görölmüştür. Hastaların öncelikli şikayeti % 39'unda yalnız abdominal ağrı, %30'unda yalnız vajinal kanama, % 27' sinde abdominal ağrı ve vajinal kanama bir arada, %4' ünde aktif

şikayetinin olmadığı sonucuna varılmıştır (6). Mevcut araştırma ile bu araştırmanın başvuru şikayetleri benzerlik göstermektedir.

Ektopik gebelik, gebelikteki morbidite ve mortalitenin önde gelen kaynağıdır. Anormal gebeliklerin zamanında teşhis ve tedavisi hasta güvenliği açısından hayati öneme sahiptir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ektopik gebeliğin tahmini prevalansı %1 ila %2 arasındadır ve rüptüre ektopik gebelik, gebeliğe bağlı ölümlerin %2,7'sinden sorumludur (7).

Brady (2017) tarafından yayınlanmış literatürün kapsamlı bir incelemesi yapılmıştır. Bu Araştırma sonuçlarına göre; son zamanlardaki yüksek düzeydeki kanıtlar (karşı taraftaki fallop tüpleri normal olan kadınlarda), sonraki intrauterin gebelik ve tekrarlayan ektopik gebelik oranları açısından salpenjektomi ve salpingostominin eşdeğerliğini desteklemektedir. Ektopik gebeliklerin beklenen yönetimi devam eden araştırmaların konusudur ve bu arada tedavi tıbbi veya cerrahi olarak kalmaktadır (klinik parametrelere ve hasta tercihine bağlıdır). Salpingostomi ve salpenjektomi, kontralateral fallop tüpleri yerinde olan kadınlarda sonraki gebelik sonuçlarının eşdeğer olmasını sağlamaktadır (8).

## **SONUÇ**

Ektopik gebeliğin tedavisindeki başarının artmasında eğitim, bakım ve danışmanlığın önemine dikkat çekilmektedir. Acil ve obstetrik bakım ve yönetimde yer alan ebelerin ektopik gebelik hakkında uygun bakım ve danışmanlık hizmetini sunmaları beklenmektedir (9).

## **Finansman**

Araştırmada sponsor ve mali destek bulunmamaktadır.

## **Yazar katkıları**

Araştırma Özten İ. ve Çağlayan Keleş N. tarafından düzenlenmiş olup Özten İ. ve Çağlayan Keleş N. tarafından yazılmıştır.

## **Çıkar çatışması**

Yazarların herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Tonick S, Conageski C. Ectopic Pregnancy. *Obstetrics and gynecology clinics of North America* 2022;49(3):537-49.
2. Carusi D. Pregnancy of unknown location: Evaluation and management. *Seminars in perinatology* 2019;43(2):95-100.
3. Mullany K, Minneci M, Monjazez R, C Coiado O. Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation. *Women's health (London, England)* 2023;19:17455057231160349.
4. Hendriks E, Rosenberg R, Prine L. Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. *American family physician* 2020;101(10):599-606.
5. Lindsey-Boltz LA, Kemp MG, Reardon JT, DeRocco V, Iyer RR, Modrich P, Sancar A. Coupling of human DNA excision repair and the DNA damage checkpoint in a defined in vitro system. *The Journal of biological chemistry* 2014;289(8):5074-82.
6. Kızrak SB, Hadımlı A, Karaca Saydam B. Güncellenmiş uluslararası rehberler doğrultusunda ektopik gebeliklere yaklaşım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2021;14(4):479-485.
7. Brady PC. New Evidence to Guide Ectopic Pregnancy Diagnosis and Management. *Obstetrical & gynecological survey* 2017;72(10):618-25.
8. Özel Ş, Gençosmanoğlu Türkmen G, Koncagül S, Ergün Y. Ektopik gebelik olgularının analizi ile ektopik gebeliklerde tanı ve yaklaşımın değerlendirilmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2016;13(3):121-124.

## Primipar gebelerde travay takibinde duş aldırmanın doğum ağrısına etkisinin incelenmesi

\*Sümeyye MERMİ \*Merve YAPICI \*Ece KESKİNTİMUR DORUK \*Meryem Özge KUTLU

\*Ramazan Erda PAY \*Emel ÇALDIR \*Hüseyin Levent KESKİN

\*Etlik Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi

**Giriş :** Doğum, kişi ve ailesi için özel bir olaydır. Doğum eylemi, harika ve anlamlı bir yaşam eylemidir (1). Bu eylemi ağrıdan bağımsız muhteşem bir olay yapmak için yıllardır birçok yöntem denenmiştir (2). Doğum ağrısı, kişisel, ruhsal, fizyolojik ve sosyokültürel birçok nedenlerden etkilenmektedir (1). Akut ağrı çeşitlerinden olan doğum ağrısı bilinen en şiddetli ağrı çeşitlerinden biridir. Fakat doğum ağrısının fizyolojik sürecin bir parçası olması, belirli bir süre içinde olması ve kişinin bebeğini istediği için bu ağrılara dayanması özellikleriyle diğer ağrı çeşitlerinden ayrılmaktadır (3). Kişinin doğum ağrısını kontrol altına almakta zorlandığı zamanlarda maternal ve fetal sağlığı olumsuz yönde etkileyen durumlarla karşılaşabilmektedir (4). Bu sebeple Amerikan Anesteziyoloji Derneği (ASA) ve Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) doğum ağrısını tedavi etmek için bir endikasyon olarak kabul ettiğini açıklamıştır (3).

Gebeye doğum eylemi sırasında bakım veren kişiler tarafından doğum ağrısını azaltmanın kolay yolu olan nonfarmakolojik yöntemler yaygın olarak tercih edilmemektedirler (5). Nonfarmakolojik yöntemler; ilaç tercih edilmemesi, kolay uygulanabilir olması, maternal ve fetal riskler oluşturmaması ve alerjik reaksiyon geliştirmemesi nedeniyle tercih edilmelidir (6). Ağrı ve acıyı azaltmak için kullanılan non farmakolojik yöntemlerinin etkisi daha çok kapı kontrol teorisi, 'KKT' ile açıklanmaktadır. KKT'ye göre medulla spinalisin arka boynuzunda ağrı duyusunun şiddetini kontrol edebilen bir kapı bulunmakta ve bu kapı ince liflerin aktivitesi ile açılarak ağrı uyarıları bilinç düzeyine ulaşmakta, kalın çaplı liflerin aktivitesi ile kapanarak uyarıların bilinç düzeyine ulaşması engellenmekte ve ağrı hissedilmemektedir (3). Ayrıca bu yöntemler, doğum sürecini uzatmaz ve doğum memnuniyetini artırır (7).

Ilık suya girmenin doğum eylemi ve doğum ağrısının algılanması arasında önemli fizyolojik ilişki vardır. Ilık su ile alınan duş endorfin salınımını tetikler, kas gerginliğini minimal düzeye indirger kasları gevşetir, kalın çaplı sinir liflerini uyararak ağrı kontrol kapısını kapatır ve çok iyi dolaşım ve oksijenasyon sağlar. Ilık su doğum eyleminin sürecinde kısılma, farmakolojik yöntem kullanımında azalma, epidural anestezi kullanımında azalma, müdahaleli doğum oranında azalma, perineal travmada azalma, epizyotomi oranında azalma, doğum eylemi deneyimde memnuniyette artma sağlayabilir ve kişinin kaygı seviyesini düşürebilir (8).

Son yıllarda kullanımı giderek artan doğumda hidroterapi faaliyetlerinde, süreci olumlu yönde ilerletmek, konforu artırmak ve gevşeme sağlamak amacıyla ılık sudan faydalanılmaktadır. Doğum eyleminde hidroterapi kullanımı, tansiyonu düşürür, uterus perfüzyonunu artırır, doğum ağrısını azaltır, oksitosin hormonunun salınımı artırır, stres hormonlarının salınımını baskılar ve doğumda müdahale oranını düşürmektedir. Doğum eyleminde hidroterapinin etkisinin incelendiği araştırmalarda, genellikle suya daldırma / suda doğum yönteminin tercih edildiği görülmektedir. Ayrıca bununla beraber doğumda duşun etkisini araştıran çalışmalarını derleyen bir sistematik incelemede, duşun anne, bebek ve yenidoğanlarda riskler oluşturmadığı, ağrıyı ve kaygıyı düşürdüğü rapor edilmiştir. Doğum eyleminin aktif fazında deney grubunun ağrı skorları daha düşük, 1. ve 5. dakikalardaki yenidoğan Apgar skorlarının daha yüksek olduğu da saptanmıştır (9).

Doğum ağrısını kontrol altına almak amacıyla nonfarmakolojik yöntemler yıllardır kullanılmıştır. İntradermal su enjeksiyonu, transkütan elektriksel sinir stimülasyonu, temas ve masaj, soğuk ve sıcak



uygulama, hidroterapi vb. non farmakolojik yöntemler doğum ağrısıyla baş etmede kullanılmıştır. Fakat literatürde bu yöntemler üzerinde sınırlı derecede durulmakta ve doğumhanelerde yaygın olarak kullanılmamaktadır. Bunlarla ilgili daha fazla çalışmaya gereksinim vardır (8).

Biz de bu çalışmada non farmakolojik yöntemlerden biri olan duşun travay takibinde doğum ağrısına etkisini incelemeyi amaçladık.

**Yöntem:** Etlik Şehir Hastanesi Doğumhane Servisine 2023 Mayıs-2023 Temmuz tarihleri arasında doğumu gerçekleşen 80 Primipar gebe çalışmaya dahil edildi. 40 gebeye (Grup1) travay takibinde duş uygulaması yapıldı. 40 gebeye (Grup2) duş uygulaması yapılmadı. Duş uygulaması,15 -20 dakika arasında değişen süreçte, Ebe veya refakatçi eşliğinde, 36,5 – 37 ° su sıcaklığında dilatasyonu 8 cm altında esaslarına göre uygulandı. Doğumdaki ağrı VAS (Vizuel Analog Skalası) ile değerlendirildi. Doğuma girişinde beklediği ağrının VAS ve doğum sonrası hissettiği ağrının VAS değerleri karşılaştırıldı. Hastaların verileri retrospektif olarak tarandı. Verilerine tam olarak ulaşılan hastaların Demografik veriler ve klinik verileri hastane bilgi sistemi taranarak kaydedildi. Veriler tanımlayıcı istatistik yöntemleri ile incelendi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen gebelerin BMI ortalamaları 28,54 ( $\pm 3,83$ ) idi. Gebelerin doğuma giriş Hb(g/dl) ortalamaları 12,04 ( $\pm 1,32$ ) idi. Gebelerin doğum sonrası Hb(g/dl) ortalamaları 10,72 ( $\pm 1,41$ ) idi. Gebelerin delta Hb(g/dl) ortalamaları 1,31 ( $\pm 0,84$ ) idi. Gebelerin doğuma giriş VAS ortalamaları 7,26 ( $\pm 2,35$ ) idi. Gebelerin doğum sonrası VAS ortalamaları 8,21 ( $\pm 2,64$ ) idi. Delta VAS ortalamaları 0,95 ( $\pm 3,70$ ) idi. Gruplar arasında BMI, Hb değerleri açısından farklılık izlenmedi ( $p > 0,05$ ) . Gruplar arasında VAS değerleri açısından farklılık izlendi ( $p < 0,05$ ) (Tablo1)

**Sonuç :** Çalışmamız sonucunda duş aldırmanın doğum ağrısı üzerine etkili olduğunu gözlemledik. VAS değerlerinin duş alan ve almayan grup arasındaki farkını gözlemlemekle birlikte özellikle duş alan grupta VAS çıkış değer ortalamasının VAS giriş değer ortalamasından düşük olması çalışmamızın sonucunun güçlü yanını göstermektedir. Çalışma sonuçlarımızı daha çok örneklemler ve daha çok merkezli çalışmalarla da desteklemeyi planlıyoruz.

**Tablo 1.** Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik ve klinik verileri

|                      | Grup1<br>Duş Alan (n=40) | Grup2<br>Duş Almayan (n=40) | Toplam (n=80)    | p             |
|----------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------|---------------|
| <b>BMI</b>           | 28,17 $\pm$ 3,88         | 28,90 $\pm$ 3,79            | 28,54 $\pm$ 3,83 | 0,27**        |
| <b>Hb Giriş</b>      | 11,85 $\pm$ 1,42         | 12,22 $\pm$ 1,21            | 12,04 $\pm$ 1,32 | 0,18**        |
| <b>Hb Doğum Sonu</b> | 10,65 $\pm$ 1,57         | 10,79 $\pm$ 1,24            | 10,72 $\pm$ 1,41 | 0,77**        |
| <b>Hb Delta</b>      | 1,20 $\pm$ ,76           | 1,43 $\pm$ ,90              | 1,31 $\pm$ 0,84  | 0,16**        |
| <b>VAS Giriş</b>     | 7,87 $\pm$ 2,05          | 6,65 $\pm$ 2,49             | 7,26 $\pm$ 2,35  | <b>0,01*</b>  |
| <b>VAS Çıkış</b>     | 7,57 $\pm$ 2,99          | 8,85 $\pm$ 2,08             | 8,21 $\pm$ 2,64  | <b>0,03*</b>  |
| <b>VAS Delta</b>     | ,30 $\pm$ 3,03           | 2,20 $\pm$ 3,03             | 0,95 $\pm$ 3,70  | <b>0,002*</b> |

\*T-Test \*\*Mann Whitney U Test

**Anahtar Kelimeler:** gebe; doğum eylemi; travay takibi; non-farmakolojik yöntem; doğum ağrısı.

## KAYNAKLAR

1. Karabulutlu, Ö. (2014). Doğum Ağrısı Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. *Caucasian Journal of Science*, 1(1), 43-50.
2. Yılar, Z. (2014). Doğum Eyleminde Bel Ağrısının Hafifletilmesinde İntradermal Steril Su Enjeksiyonu. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 179-186.
3. Mamuk, R., & Davas, N. İ. (2010). Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 44(3), 137-144.
4. Bihter, A. K. I. N., & SAYDAM, B. K. (2017). Algılanan doğum ağrısının azaltılmasına yönelik yeni bir yaklaşım: doğum dansı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 218-224.
5. Tektaş, E., Akay, N., Maka, A., & Ay, F. Vajinal Doğumda Ağrısının Azaltılmasına Yönelik Nonfarmakolojik Yöntemler ve Masajın Etkisi: 2000-2015 Yılları Tez Sonuçları Non-pharmacological Methods Used for Reducing to Pain in Vaginal Delivery and Effect of Massage: Thesis Results in 2000-2015.
6. Ay, E. E. T., & Aras, Ş. Y. (2023). Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Non-Farmakolojik Yöntemler Ve Ebelerin Rollerini. *Sağlık Bilimlerinde Yenilikçi Çalışmalar*, 441-466.
7. Bilgin, Z., & Ceylan, G. (2023). Doğum Ağrısının Yönetiminde Non-Farmakolojik Yöntemler: Sistemik Derleme. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 9(1), 12-21.
8. Mucuk, S., & Başer, M. (2010). Doğum Ağrısını Hafifletmede Kullanılan Tensel Uyarılma Yöntemleri. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 61-66.
9. Tosun, S., & Ouyaba, A. T. (2021). Travayda Duş Almanın Doğum Memnuniyetine Ve Doğum Sonrası Konforuna Etkisi. *Ahi Evran Medical Journal*, 5(2), 126-133.

# Kadınların sır gibi sakladığı cinsel sağlık problemi: vajinismus

Öznur ŞİMŞEK BULGULU<sup>1</sup>, Nazlı AKAR<sup>2</sup>

1 Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Ebelik Anabilim Dalı

2 Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Ebelik Anabilim Dalı

## 1. GİRİŞ

Evlenmek ve aile olmak bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarının giderilmesi için en önemli etkenlerden birisidir. Evlilik ile kadın ve erkek, birbirlerini severek, koruyarak, birbirlerine saygı duyarak, karşılıklı anlayış içerisinde yaşayarak benlikten çıkıp birbirlerine ait olduklarını fark edip biz olmaya yoluna ulaşırlar. Bu yolun en önemli biyolojik ihtiyaçlarından birisi de cinsel işlevi sağlıklı bir şekilde yerine getirmektir (Özgüven 2009). Cinsel işlev sağlığı çiftlerin hem bedensel hem de ruhsal dünyalarını ve hayat kalitesini önemli bir düzeyde etkiler (Hassan ve ark. 2015). Cinsel sağlığın bozulması evliliği birçok yönden olumsuz etkiler. Kadınlar arasında en sık görülen cinsel işlev bozukluğu vajinismustur (Hamadiyan ve ark. 2016, Demirezen ve Karaçam 2021). Genellikle vajinismus için tamamlanmamış evlilik veya erteleme hastalığı ifadeleri de kullanılmaktadır (Taştan ve Işık 2015). Önemli psikojenik yönü nedeniyle uzmanlar tarafından sıklıkla ihmal edilen bu konu, kadın hastalar için oldukça hassas bir konudur (Daňková Kučerová ve ark. 2019). Bu derleme ile ilgili literatür taraması yaparak vajinismusun tanımı, insidansı, etiolojisi, tanı ve tedavi olanaklarını yazmak amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Vajinismus

İlk defa 1861 yılında Amerikalı jinekolog Dr. J. Marion Sims tarafından bilimsel bir kavram olarak tanımlanan vajinismus, vajinal kasların istemsiz bir şekilde kasılması nedeniyle cinsel organlarda ve pelviste ağrı oluşması sonucu coitusun tam olarak gerçekleşememesi durumudur (Taştan & Işık, 2015; Kolay Çepni & Özbesler, 2023; APA, 2013). Cinsel birleşmede vajinaya girme esnasında vulvovajinada ağrı oluşur ve kadın çaresiz bir şekilde kaslarını kontrol altına alamaz, pelvis taban kasları gerilir ve sıklaşır (Dağ ve ark. 2012, APA 2013). Hem fiziksel hem de duygusal bir hastalık olan vajinismus, kadınlar arasında en sık görülen cinsel sağlık problemlerinden biridir (Melnik ve ark. 2012, Pacik 2014). Çünkü vajinismus tanısı alan kadınlarda penetrasyon bozukluğu ve pelvik ağrının yanısıra, duygudurum bozuklukları, kişilik bozuklukları, depresyon ve anksiyete düzeyleri diğer kadınlara göre daha yüksektir (van Lankveld ve Grotjohann 2000, Watts ve Nettle 2010, Karagüzel ve ark. 2016). Kaygı, depresyon ve düşük özgüven ile ilişkili olan vajinismus evlilik ilişkilerinde bozulmaya, boşanmaya, kişilerarası

sorunlara, infertiliteye, doğum distozisine, perinetal morbiditeye ve kötü yaşam kalitesine sebep olmaktadır **(Naeinian ve ark. 2011, Melnik ve ark. 2012, Tourillhes ve ark. 2019)**.

## 2.2. İnsidens

Bireylerin kültürü, dini, sosyal yaşamı, biyolojik ve psikolojik durumu cinsel yaşamını olumlu veya olumsuz yönde etkileyebilir. Bu yüzden cinsel sağlığa ait veriler her toplumda farklı düzeyde olabilir **(Laumann ve ark. 1999, Lewis ve ark. 2004)**. Dünyada vajinismusun klinik ortamlarda tespit edilen yaygınlık oranının bazı kaynaklarda %1 ile % 6 **(Özdemir ve Çiydem 2020)**, bazı kaynaklarda ise %5 ile %17 arasında olduğu görülmektedir **(Spector ve Carey 1990, Lahaie ve ark. 2010, Pacik ve Geletta 2017)**. Vajinismus prevalansının Mısır'da %69, ABD'de %43, İngiltere'de %33, İran'da %32, İzlanda'da %22, Hollanda'da %4,2 **(Laumann ve rak. 1999)**, Portekiz'de %25,5 **(Nobre ve ark. 2006)**, İtalya'da %7,8 **(Maseroli ve ark. 2017)** olduğu tespit edilmiştir. Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'ya nazaran İrlanda, Doğu Avrupa ve Latin Amerika'da vajinismus görülme oranı daha fazladır **(Banaei ve ark. 2021)**. İskandinav ülkelerinde (Danimarka, Finlandiya, İzlanda, Norveç, İsveç, Faroe Adaları, Grönland...) vajinismus oranı %1'den daha azdır **(Engman 2007, Christensen ve ark. 2011)**. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise vajinismus görülme sıklığı; %21,7 **(Alp Dal ve Özdemir 2020)**, %9,2 **(Yüksel ve ark. 2006)**, %15,3 **(Yılmaz ve ark. 2010)**, %73 **(Yıldırım 2017)**, %41 **(Yıldırım ve ark. 2011)** gibi değişken oranlarda tespit edilmiştir. Vajinismus, cinsel istismara uğrayan kadınlar, cinsiyete karşı olumsuz tutumu olan kadınlar, genç kadınlar ve planlanmamış / istenmemiş evliliği olan kadınlar arasında daha fazla görülmektedir **(Maseroli ve ark. 2017, Banaei ve ark. 2021)**. Ayrıca Beigi ve Fahami (2012), menapoz döneminde de vajinismusun görüldüğünü ve çalışmalarında bu oranın %56,2 olduğunu bildirmiştir.

## 2.3. Etiyoloji

Vajinismusun etiyojisi tam olarak net değildir. Ancak biyolojik, ruhsal, çevresel, kültürel ve sosyal nedenlerden kaynaklandığı konusunda fikir birliği vardır **(Hope ve ark. 2010, Lahaie ve ark. 2010, Pacik 2017)**. Biyolojik faktörler arasında; organik patolojiler (kızlık zarı ve konjenital anormallikler, enfeksiyonlar, vestibulodini, genital cerrahi veya radyoterapiye bağlı travma, vajinal atrofi, pelvik konjesyon, endometriozis, vajinal lezyonlar ve tümörler, vajinada yaralanma, doğum veya ameliyattan kaynaklanan yara izleri, spermisid veya prezervatifteki lateksin neden olduğu tahriş, cinsel yolla bulaşan rahatsızlıklar) **(Abramov 1994, ACOG 1995, Leiblum 2000, Jeng 2004, Crowley 2006)** ve pelvik taban kas disfonksiyonları (hipertonisite ve azalmış kas kontrolü) yer almaktadır **(Rosenbaum 2005, Meana ve ark. 1997)**. Diğer nedenler arasında; depresyon, istismar, bilgi ve eğitim eksikliği, cinsellik üzerine olumsuz dinsel ve kültürel tabular, cinsel organlardan tikslenme, himenin bozulma korkusu, penisten korkma, ailenin cinselliği aşağılayıcı anlatımları, olumsuz eş ilişkisi, eşte cinsel sağlık sorunu,

aşırı dinci ve kültürel tutumlar, çocuklukta cinsel travma, travmatik cinsel deneyim, cinsellikten dolayı suçluluk duygusu, şahit olunmuş kötü anne-baba ilişkisi, yanlış inanışlar (**Crowley ve ark. 2006, Göğcegöz Gül ve ark. 2015, Pacik 2017, Marshania, 2017, Kolay Çepni ve Özbesler 2023**). Ayrıca bazı araştırmacılar heteronormativitenin de kadınlarda vajinismusu tetiklediğini bildirmektedir (**Farrell ve Cacchioni, 2012; Haire, 2021; Tosh ve Carson, 2016**).

#### 2.4. Tanı

Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği (ACOG) ve Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabına göre (DSM-IV-TR) vajinismus yaşam boyu (birincil) vajinismus veya edinilmiş (ikincil) vajinismus olarak iki şekilde kategorize edilebilir (**Lahaie ve ark. 2010**). Vajinismus, daha önce hiç cinsel ilişkiye girmemiş kişide görülürse primer vajinismus, cinsel ilişkiye normal olarak giren bir kadında sonradan oluşursa sekonder vajinismus olarak adlandırılır (**Demirezen ve Karaçam 2021**). Vajinismusun tanısını koyabilmek için; kadının cinsel birlikteliği açıkça istemesine rağmen, penisin, parmağının veya herhangi bir nesnenin vajinal girişine izin vermede ısrarcı veya tekrarlayan zorluklar yaşaması, kaçınma (fobik), istemsiz pelvik kas kasılması ve ağrı beklentisi/korkusu/deneyiminin olması gerekmektedir (**Schultz Weijmar ve ark. 2005**).

2013 yılında APA tarafından DSM-5'i yayınlanmış, DSM IV-TR'deki vajinismus ve dispareni tanımları kaldırılmış, iki kavramın yerine de kullanılan "cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu" tanımı getirilmiştir (**APA 2013**). DSM-5'de cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu için tanı kriterleri bu şekilde yapılmıştır. Vajinaya girme sırasında; 1. tekrarlayıcı veya sürekli ağrı hissetme, 2. pelviste veya vulvovajinada belirgin ağrı duyma, 3.korku ve kaygı hissetme, 4. pelvis taban kaslarını aşırı sıkma veya germe. Bu şikayetlerin en az altı ay sürmesi, klinik olarak görünen problemlere sebep olması ve sebebinin herhangi bir ilaç kullanımından kaynaklanmıyor olması gerekmektedir (**Taştan ve Işık 2015, Tetik ve ark. 2019, Demirezen ve Karaçam 2021**).

#### 2.5. Tedavi

Cinsel birliktelik evliliği tamamlayan en önemli etkenlerden birisi olduğundan dolayı vajinismusun tedavisi zorunlu bir hale gelmiştir (**Kısa 2010**). Vajinismusu "duvara çarpmak" gibi tanımlayan çiftler arasında duygusal çöküntü görülür. Bu nedenle tercih edilen her tedavide duygusal çöküntü göz ardı edilmemelidir (**Pacik 2014**). Nitekim bazen vajinismus sanki sadece vajinal kasların kasılmasından kaynaklıymış gibi düşünülmektedir. Oysaki vajinismus hem ruhsal hem de bedensel durumların sebep olduğu bir kriz halidir (**Er ve ark. 2010**). Çünkü kadın o süreçte yaşadığı kaygı ve korku nedeni ile elinde olmadan kendisini eşinden korumak için, itme, vurma, ağlama veya bilinç kaybı durumlarını yaşayabilir. Bu nedenle vajinismusun tedavisi planlanırken kadının ve erkeğin biyolojik,

psikolojik, kültürel, çevresel ve sosyal boyutları da dikkatlice gözden geçirilmeli ve sosyal-psikolojik-biyolojik tedavi modelleri tercih edilmelidir (**Özdemir ve Çiydem 2020, Banaei ve ark. 2021**).

Cinsel işlev bozuklukları arasında en kolay tedavi edilen vajinismus olmasına rağmen tedavi seçiminde pek çok tartışma olmuştur. Tedavi için balangıçta kızlık zarının çıkarılması, vajinal açıklığın kesilmesi ve ardından dilatasyondan oluşan bir cerrahi müdahale öneriliyordu. Ancak kısa bir süre sonra, dilatasyonun tek başına olumlu sonuçlara yol açtığı görüldü ve cerrahi bir prosedüre duyulan ihtiyaç sorgulanmaya başlandı. Daha sonra; dilatörler, pelvik taban fizyoterapisi, eğitim, farmakolojik tedavi (lokal anestezipler (örneğin, lidokain), kas gevşeticiler (örneğin, nitrogliserin merhem ve botulinum toksini) ve anksiyolitik ilaçlar), genel psikoterapi (evlilik, etkileşim, varoluşsal - deneyimsel, biyofeedback, ilişki geliştirme ve hipnoz), seks/bilişsel davranışçı terapi, gevşeme terapileri, plesebo tedavisi, bekleme kontrol tedavisi, ev ödevleri gibi birçok yöntem kullanılmaya başlandı (**Lahaie ve ark. 2010, Dağ ve ark. 2012, Melnik ve ark. 2012**). Ayrıca genel anksiyete düzeyi yüksek olan bireylerde 'duysal kapılama yöntemi'nin de kullanılabilir olduğu görüldü. Bu yöntem ile sinir sistemimizin tespit ettiği önemli olmayan uyarılar seçilir, filtrelenir ve atılır. Böylece gereksiz uyarılardan arınan beynimiz fizyolojik olarak korunmuş olur. Günlük yaşamdaki stresini cinsel birliktelik esnasında yaşayan kadınlarda uygulanması ile ilişkisiz uyarılar temizlenir ve baş etme kapasitesi yükseltilir (**Göğcegöz Gül ve ark. 2015**).

Vajinismusun tanı ve tedavisinde ebeler, kadın-doğum uzmanları, hemşireler, ürologlar, psikologlar ve psikiyatristlerden oluşan multidisipliner bir ekip yer almalıdır (**Bower 2008**). Tedavi sonrası bir cinsel birliktelik gerçekleştikten sonra terapi hemen bitirilmemelidir. Koitus gerçekleştikten sonra çiftin terapi süreci ani olarak sonlandırılmamalıdır. Kısa bir süre daha evliliği destekleyici terapötik ve cinsel sağlık eğitimine devam edilmelidir (**Özdemir ve Çiydem 2020**)

### 3. Sonuç ve Öneriler

- ✓ Genellikle toplumda cinsellikle ilgili bir sorun sağlık problemi olarak görülmez. Bu yüzden bireyler sorunu çözmek için herhangi bir çaba göstermeyebilir, hastaneye gitmeyebilir veya tedavi sürecini geciktirerek hastalığın kronik bir hal almasına sebep olabilirler. Böylece hastaların cinsellikle ilgili yaşadıkları problemleri dile getirmemeleri sonucu hasta olmadıkları izlenimi oluşur. Ayrıca cinsellikle ilgili problemlere sağlık profesyonelleri de diğer hastalıklar kadar önem göstermemekte ve ciddi bir problem olarak görmemektedir (**İncesu 2011, Dahir 2011, Alp Dal ve Özdemir 2020**). Ülkemizde yapılan bir çalışmada vajinismus tanısı alan kişilerin sadece %53,7'si bu durumunu başka bir kişi ile paylaşmıştır, %46,3'ü de sadece eşi ile paylaşmıştır (**Yılmaz ve ark. 2010**). Bu verilerden şunu anlamaktayız; tanı alan kişilerin yaklaşık yarısı bu durumu hiç kimse ile paylaşmamıştır. Ebeler kadınların cinsel fonksiyon durumlarını,

cinsel sorunlarını anlatmaları için cesaret ve güven vermeli. Problemin nedenlerini, özelliklerini ve uygun çözüm olanaklarını bularak kadınların yaşam kalitelerinin yükseltmelerine yardımcı olmalıdır.

- ✓ Ebeler ve ebe eğitimciler arasında farkındalığın artmasıyla ebelik eğitiminde klinik uygulamalarda vajinismusun tedavi yöntemleri öğretilmeli, hasta ile tedaviye öğrencinin aktif katılımı sağlanmalı.
- ✓ Dünya genelinde vajinismus hakkında yapılan yayınlar incelendiğinde Amerika Birleşik Devletleri 702 makale ile 1. sırada, 190 makale ile İtalya 2. sırada, 158 makale ile Türkiye 3. sırada yer almaktadır. Afrika ve Orta Asya Ülkeleri'nin en düşük yayın sayısına sahip olduğu görüldü (**Yıldırım ve ark. 2020**). Bir ülkede bir problemin konuşulabilirlik düzeyi problemin çözüm olanaklarını belirler. Bizler de Türk ebeleri olarak bu konudaki çalışmalarımızı Afrika ve Orta Asya ülkeleri ile birlikte yaparak buradaki kadınların yaşam kalitesini artırmaya yardımcı olabiliriz.
- ✓ İngiltere'de yapılan bir araştırmada kadınların vajinismus tedavisi için en sık başvurdukları profesyonelin pratisyen hekimler olduğu bulunmuştur. Ancak kadınlar genel olarak yardım konusunda memnun olmamıştır (**Lahaie 2010**). Vajinismus konusunda ebeler ve diğer sağlık profesyonellerinin hizmet kalitesini karşılaştıracak çalışmalar yapılabilir.

#### 4. KAYNAKLAR

Abramov L, Wolman I, Higgins MP: Vaginismus: an important factor in the evaluation and management of vulvar vestibulitis syndrome. *Gynecol. Obstet. Invest.* 38(3), 194–197 (1994).

American College of Obstetricians and Gynecologists: Sexual dysfunction. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 51, 265–277 (1995). Hope ME, Farmer L, McAllister KF, Cumming

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Publications; 2013.

APA. (2013). Diagnostic and Statistical of Manual of Mental Disorders (5th edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M. Bio-psychosocial factor of vaginismus in Iranian women. *Reprod Health.* 2021 Oct 18;18(1):210. doi: 10.1186/s12978-021-01260-2. PMID: 34663378; PMCID: PMC8524876.

Beigi M, Fahami F. A comparative study on sexual dysfunctions before and after menopause. *Iranian J Nurs Midwifery Res* 2012;17:S72–5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3696979/>

Bower WF. Sexual dysfunction and the overactive pelvic floor, pelvic floor re-education. Second Edition. London: Springer- Verlag; 2008. s. 254.

Christensen BS, Gronbaek M, Osler M, Pedersen BV, Graugaard C, Frisch M. Sexual dysfunction and difficulties in Denmark: prevalence and associated sociodemographic factors. *Arch Sex Behav* 2011;40:121–32. [CrossRef]

Crowley T, Richardson D, Goldmeier D: Recommendations for the management of vaginismus: BASHH special interest group for sexual dysfunction. *Int. J. STD AIDS* 17, 14–18 (2006).

Dağ H, Donmez S, Kavlak O (2012). Kadın Cinselliğinin Gizlenen Yönü: Vajinismus Ve Hemşirenin Rolü. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 21(5), 301 - 305.

Dahir M. A sexual medicine health care model and nurse practitioner role. *Urol Nurs* 2011;31:359–62. [CrossRef]

Daňková Kučerová J, Machač Š, Vrzáčková P, Klapilová K, Kovář P, Záborská L, Damborská Z, Wiecek P, Vrána T. Vaginismus - who takes interest in it? *Ceska Gynekol.* 2019 Spring;84(3):233-239. English. PMID: 31324116.

Demirezen E, Karacam Yılmaz Z (2021). Vajinismusun bilinen kadınların rolünde ebelerin rolü. *Androloji Bülteni*, 23(1), 56 - 61. 10.24898/tandro.2021.71224

Engman M. Partial vaginismus definition, symptoms and treatment. Linköping University Medical Dissertation; 2007. <http://vestibulit.se/wp-content/uploads/2017/09/FULLTEXT01-1.pdf>

Er O, Özdel, K, Yılmaz Özpolat AG. Vajinismus. *Kriz Dergisi* 2010;18:37–45. <http://static.dergipark.org.tr/article-download/f45d/5e45/704b/imp-JA79SR25JJ-0.pdf?>

Farnam, F., Janghorbani, M., Merghati-Khoei, E., & Raisi, F. (2014). Vaginismus and its correlates in an Iranian clinical sample. *International Journal of Impotence Research*, 26(6), 230-234.



Farrell, J., & Cacchioni, T. (2012). The Medicalization of Women's Sexual Pain. *The Journal of Sex Research*, 49(4), 328-336.

Göğceğöz Gül I, Karlıdağ R, Özcan A.C: Vajinismus Hastalarında P50 Duyusal Kapılama. *Anatolian Journal Of Psychiatry* 2015; 16:264-269.

GP. Vaginismus in peri and postmenopausal women: a pragmatic approach for general practitioners and gynaecologists. *Menopause Int* 2010;16:68–73. [CrossRef]

Haire, G. (2021). When the Body Says No: The Experience of Vaginismus and the Validity of Female Pain. *Brief Encounters*, 5(1), 29-41.

Hamadiyan H, Oladi MAG, Rahbar P, Azad M. Prevalence of sexual dysfunction among women using contraceptive methods. *Int J Med Res Health Sci* 2016;5:163–7. <https://www.ijmrhs.com/medical-research/prevalence-of-sexual-dysfunction-amongwomen-using-contraceptive-methods.pdf>

Hassan RS, Eraky EM, Abou Khatwa AM, Ghonemy GI. Study the effect of hormonal contraceptive methods on female sexual function. *Med J Cairo Univ* 2015;83:115–20. <http://www.medicaljournalofcairouniversity.net/images/pdf/2015/march/58.pdf>

Hope ME, Farmer L, McAllister KF, Cumming GP. Vaginismus in peri- and postmenopausal women: a pragmatic approach for general practitioners and gynaecologists. *Menopause Int*. 2010 Jun;16(2):68-73. doi: 10.1258/mi.2010.010016. PMID: 20729498.

İncesu C. DSM-5 ve cinsel işlev bozuklukları. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2011;48:1–6. [CrossRef]

Jeng CJ. The pathophysiology and etiology of vaginismus. *Taiwanese J Obstet Gynecol* 2004;43:10–5. [CrossRef]

Karagüzel EÖ, Arslan FC, Tiryaki A, ve ark. (2016) Sociodemographic features, depression and anxiety in women with life-long vaginismus. *Anadolu Psikiyatri Derg* 17:489-95.

Kısa C. (2010) "Kadın Bedeninin Cinselliği Reddedişi: VAJİNİSMUS" cinsel terapi uygulama elkitabı. CK Yayınevi, Ankara, ISBN 978-605-4379-01-9

Kolay Çepni, Ş. & Özbesler, C. (2023). Sosyal Hizmet Perspektifinden Kadınların Vajinismus Deneyimlerine Bakmak . *Toplum ve Sosyal Hizmet* , 34 (1) , 89-110 . DOI: 10.33417/tsh.1082614

Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. Vajinismus: Sınıflandırma/Tanı, Etiyoloji ve Tedaviye İlişkin Literatürün Gözden Geçirilmesi. *Kadın Sağlığı* . 2010;6(5):705-719. doi: [10.2217/WHE.10.46](https://doi.org/10.2217/WHE.10.46)

Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *JAMA*. 1999;281(6):537–544. doi:<https://doi.org/10.1001/jama.281.6.537>.

Leiblum SR: Vaginismus: a most perplexing problem. In: *Principles and Practice of Sex Therapy*. Leiblum SR, Rosen RC (Eds). Guilford Press, NY, USA 181–202 (2000).

Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, Martin-Morales A. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med* 2004;1:35–9. [CrossRef]

Marshania, Z. (2017). Certain socio-cultural aspects of prevalence and treatment of vaginismus in Georgia. *Health of Man*, 1(60), 71-73.

Maseroli E, et al. Vajinismusun psikobiyolojik bağıntıları: keşfedici bir analiz. *J Seks Med.* 2017; 14 (11):1392–1402. doi: 10.1016/j.jsxm.2017.09.015. [ [PubMed](#) ] [ [CrossRef](#) ] [ [Google Akademik](#) ]

Meana M, Binik YM, Khalife S, Cohen D: Dyspareunia: sexual dysfunction or pain syndrome? *J. Nerv. Ment. Dis.* 185, 561–569 (1997).

Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Dec 12;12(12):CD001760. doi: 10.1002/14651858.CD001760.pub2. PMID: 23235583; PMCID: PMC7072531.

Naeinian MR, Shaeiri MR, Hosseini FS. General health and quality of life in patients with sexual dysfunctions. *Urology Journal.* 2011; 8:127-131.

Nobre PJ, Pinto-Gouveia JE, Gomes FA. Prevalence and Comorbidity of Sexual Dysfunctions in a Portuguese Clinical Sample. *J Sex Marital Ther* 2006;32:173–82. [CrossRef]

Nursel Alp Dal, Çağdaş Özdemir: Kadın doğum ve psikiyatri polikliniklerinde cinsel sağlık sorunları: Retrospektif bir çalışma. *Androl Bul* 2020;22:209–212.

Özdemir N, Çiydem E. (2020). Tedavi sürecinde vajinismus erkeğinin yönetimi. *Androloji Bülteni*, 22(2), 137 - 143. 10.24898/tandro.2020.16362

Özgüven, İ.E. (2009) Evlilik ve Aile Terapisi. PDREM Yayınları: Ankara.

Pacik PT, Geletta S. Vaginismus Treatment: Clinical Trials Follow Up 241 Patients. *Sex Med.* 2017 Jun;5(2):e114-e123. doi: 10.1016/j.esxm.2017.02.002. Epub 2017 Mar 28. PMID: 28363809; PMCID: PMC5440634.

Pacik PT. Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *Int Urogynecol J.* 2014 Dec;25(12):1613-20. doi: 10.1007/s00192-014-2421-y. Epub 2014 Jun 4. PMID: 24894201.

Reissing ED, Binik YM, Khalife S: Vajinismus var mıdır? Literatüre eleştirel bir bakış. *J. Nerv. Ment. Dis.* 187(5), 261–274 (1999).

Rosenbaum T: Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. *J. Sex Marital Ther.* 31, 329–340 (2005).

Schultz Weijmar W, Basson R, Binik Y, Eschenbach D, Wesselman U, Van Lankveld J: Kadınların cinsel ağrısı ve yönetimi. *J. Seks Med.* 2(3), 301–316 (2005).

Sims MJ: Vajinismus üzerine. *Trans. Obstet. Sos. Londra* 3, 356–367 (1861).

Spector IP, Carey MP Cinsel işlev bozukluklarının görülme sıklığı ve yaygınlığı: ampirik literatürün eleştirel bir incelemesi. *Arch Seks Davranışı.* 1990; 19 :389–408. [ [PubMed](#) ] [ [Google Akademik](#) ]

Taştan, K. & Işık, M. (2015). Vajinismus Tedavisinde Hipnoterapi: Bir Olgu Sunumu . *Ankara Medical Journal* , 15 (1) , - . DOI: 10.17098/amj.44314

Tetik S, Ünlübilgin, E, Aksoy İ, Moraloğlu Tekin Ö. (2019). Histerosalpingografi (Hsg) Sonrası Gelişen Vajinismus: Olgu Sunumu. *Kriz Dergisi*, 27 (1), 55-62. Retrieved From <https://Dergipark.Org.Tr/Tr/Pub/Kriz/Issue/44920/505201>

Thorburn J: *Kadın Hastalıkları Üzerine Pratik Bir İnceleme* . Charles Griffin and Company, Londra, Birleşik Krallık (1885).

Tosh, J., & Carson, K. (2016). A Desire to be 'Normal'? A Discursive and Intersectional Analysis of 'Penetration Disorder'. *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*, 5(3), 151-172

Tourrilhes E, Veluire M, Hervé D, Nohuz E. Pronostic obstétrical des femmes atteintes de vaginisme primaire [Obstetric outcome of women with primary vaginismus]. *Pan Afr Med J*. 2019 Apr 8;32:160. French. doi: 10.11604/pamj.2019.32.160.16083. PMID: 31303929; PMCID: PMC6607310.

Tourrilhes E, Veluire M, Hervé D, Nohuz E. Pronostic obstétrical des femmes atteintes de vaginisme primaire [Obstetric outcome of women with primary vaginismus]. *Pan Afr Med J*. 2019 Apr 8;32:160. French. doi: 10.11604/pamj.2019.32.160.16083. PMID: 31303929; PMCID: PMC6607310.

Van Lankveld JJ, Grotjohann Y (2000) Psychiatric comorbidity in heterosexual couples with sexual dysfunction assessed with the Composite International Diagnostic Interview. *Arch Sex Behav* 29:479-98.

Von Scanzoni: Über Vajinismus. *Viyana. Med. Wochenschr* . 17, 274–275 (1867).

Watts G, Nettle D (2010) The role of anxiety in vaginismus: A case-control study. *J Sex Med* 7:143-8.

Yıldırım E, Derici M, Türkler C (2020). 1980-2019 Yıllarında Vajinismus Ve Kadınlarda Cinsel İşlevsizliklere İlişkin Küresel Araştırma Eğilimleri: Bilimselmetrik Bir Analiz. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 22(3), 393 - 405. 10.24938/Kutfd.776949

Yıldırım EA, Akyüz F, Hacıoğlu M, Eşsizöğlü A, Çakmak AC, Çakmak E, Erdiman S,. Cinsel işlev bozuklukları kliniğine başvuran olgularda başvuru yakınması ile klinik tanı arasındaki ilişki. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2011;48:24–30. [CrossRef]

Yıldırım MH. Vajinismusun sosyo-demografik ve klinik özellikleri açısından diğer cinsel işlev bozuklukları ile karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri* 2017;20:37–44. [CrossRef]

Yılmaz E, Zeytinci IE, Sarı S, Karababa IF, Çilli AS, Kucur R. Investigation of sexual problems in married people living in the center of Konya. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010;21:1–7. <http://www.turkpsikiyatri.com/PDF/C21S2/en/04.pdf>

Yüksel Ş, Cindoğlu D, Şimşek F, Seyisoğlu H, editör. *Kadın cinselliği*. İstanbul: Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği; 2006.

# SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA HEDEFLERİ VE EBELİK EĞİTİMİ: TOPLUMSAL DÖNÜŞÜMÜN ANAHTARI

Fadime Melike Çeri, Seda Serhatlıoğlu

## ÖZET

Günümüzde sürdürülebilirlik, küresel ölçekte ekonomik büyüme ve teknolojik ilerlemenin yanı sıra çevresel dengeyi koruma ihtiyacını bir araya getirerek önemli bir gündem maddesi haline gelmiştir. Toplumların ihtiyaçlarını karşılayan, çevresel dengeyi koruyan ve gelecek nesillerin gereksinimlerini gözetten bir yaklaşım olarak sürdürülebilir kalkınma, pek çok sektörde dönüşümü tetiklemiştir. Bu dönüşümün en hayati alanları eğitim ve sağlık sektörüdür.

Ebelik eğitimi, mesleği icra edecek olan bireyleri hem teknik hem de etik açıdan donatmayı amaçlar. Ancak, ebelik eğitimi yalnızca sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmakla kalmaz, aynı zamanda sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşma yolunda kritik bir araç olarak öne çıkar. Ebelik eğitimi, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'ne çeşitli alanlarda katkı sağlar.

**Sağlıklı ve Kaliteli Yaşam (Hedef 3):** Ebelik eğitimi, nitelikli sağlık hizmetleri sunarak anne ve bebek sağlığını koruma, riskli gebelikleri yönetme ve güvenli doğum süreçleri sağlama konularında önemli bir rol oynar. Bu hedefin gerçekleştirilmesine doğrudan katkı sağlar.

**Kaliteli Eğitim (Hedef 4):** Ebelik eğitimi, sağlık personelinin nitelikli ve yetkin bir şekilde eğitilmesini gerektirir. Bu da iyi eğitim hedefine katkı sağlar.

**Cinsiyet Eşitliğinin sağlanması (Hedef 5):** Ebelik eğitimi, kadınların sağlık sektöründe liderlik rolleri üstlenmelerini destekler, cinsiyet eşitsizliğini azaltır ve kadınların toplumsal ve ekonomik güçlenmesine katkıda bulunur.

**Kaliteli İş ve Ekonomik Büyüme (Hedef 8):** Ebelik eğitimi, sağlık sektöründe nitelikli işgücünün gelişimine katkıda bulunur. Ebeler istihdam yaratma potansiyeline sahip bireylerdir ve sağlık hizmetlerinde istihdam olanakları sunar.

**Sürdürülebilir Şehirler ve Toplumlar (Hedef 11):** Ebelik hizmetlerinin eşit ve etkili bir şekilde dağıtılması, kırsal bölgelerde ve şehirlerde toplumsal sağlığın geliştirilmesine dolaylı olarak katkı sağlar.

Sonuç olarak, ebelik eğitiminin kalitesi, hem mevcut sağlık ihtiyaçlarını karşılamak hem de gelecek nesillerin sağlıklı yaşamını sürdürebilmesine olanak tanımak açısından toplumsal dönüşümün bir parçası olarak ifade edilebilir. Farklı ülkelerdeki ebelik eğitimi ve pratiği

incelenerek, sürdürülebilir kalkınma hedeflerine yönelik başarılı uygulamaların ve zorlukların anlaşılması, ulusal ve uluslararası düzeyde daha etkili politikaların oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sürdürülebilir Kalkınma, Ebe, Ebelik Eğitimi

## **SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS AND MIDWIFERY EDUCATION: THE KEY TO SOCIAL TRANSFORMATION**

### **SUMMARY**

Today, sustainability has become an important agenda item by bringing together economic growth and technological progress on a global scale, as well as the need to protect the environmental balance. Sustainable development, as an approach that meets the needs of societies, protects the environmental balance, and takes care of the needs of future generations, has triggered transformation in many sectors. The most vital areas of this transformation are the education and health sectors.

Midwifery education aims to equip individuals who will practice the profession both technically and ethically. However, midwifery education not only improves the quality of health services, but also stands out as a critical tool for achieving sustainable development goals. Midwifery education contributes to the Sustainable Development Goals in various fields.

Healthy and Quality Life (Goal 3): Midwifery education plays an important role in protecting mother and baby health by providing quality health services, managing risky pregnancies and providing safe birth processes. It directly contributes to the realization of this goal.

Quality Education (Goal 4): Midwifery education requires qualified and competent training of health personnel. This contributes to the goal of good education.

Achieving Gender Equality (Goal 5): Midwifery education supports women to take leadership roles in the health sector, reduces gender inequality and contributes to the social and economic empowerment of women.

Quality Jobs and Economic Growth (Goal 8): Midwifery education contributes to the development of qualified workforce in the health sector. Midwives are individuals with the potential to create employment and offer employment opportunities in health services.

Sustainable Cities and Communities (Goal 11): Equitable and effective distribution of midwifery services indirectly contributes to the improvement of social health in rural and urban areas.

As a result, the quality of midwifery education can be expressed as a part of social transformation in terms of both meeting current health needs and enabling future generations

to maintain a healthy life. By examining midwifery education and practice in different countries, it is recommended to understand successful practices and challenges for sustainable development goals, and to create more effective policies at national and international level.

Keywords: Sustainable Development Goals, Midwifery, Midwifery education,

## 1. Giriş

Tarihe bakıldığında ebelik sağlık meslekleri içerisinde en eski olanı olarak varlığını sürdürmektedir. Bilinenin aksine ebelik eğitimi yalnızca doğum ile alakalı değil kadınlara doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası olmak üzere tüm yaşamları boyunca bakım verme görevlerini içermektedir. Bunun yanında ebelerin sosyolojik bir tarafı da bulunmaktadır. Geçmişte daha sıklıkla karşılaşılmakta olsa da ebeler toplumu aydınlatma, hizmet verme, danışmanlık yapma gibi görevleri üstlenmişlerdir. Literatürde kabul görmüş olan Dünya Sağlık Örgütü'nün ebe tanımlaması ise; "Gebelik sırasında, doğumda ve doğum sonrası dönemlerde annelere gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak ve yeni doğan bakımını üstlenmek üzere eğitilmiş kişiler" şeklinde tanımlanmaktadır (Kaya ve Yurdakul, 2007).

Diğer yandan T.C. Sağlık Bakanlığı Personeli İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelikte de ebelik tanımlaması yapılmıştır. Buna göre ebe; "cinsel sağlık, üreme ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerini veren, doğuma hazırlık eğitimlerinde aktif rol oynayan; doğum öncesi, doğum ve doğum sonrasında anne-çocuğa gerekli hizmetleri sunan, acil durumlarda gerekli görülen ilaçları uygulama yetkisi bulunan, 0-6 yaş arası çocukların çocuk izlenimlerini ve aşılarını yapan; topluma birçok konuda sağlık eğitim hizmeti veren, davranışları ile topluma örnek olan ve Sağlık Bakanlığı tarafından tescil edilmiş bir okuldan mezun olan kişilerdir" şeklinde tanımlanmıştır (Mumcu ve Özer, 2020).

## 2. Sürdürülebilir Kalkınma ve Ebelik Eğitimi İlişkisi

Sürdürülebilir Kalkınma, "bugünün ihtiyaçlarını, gelecek nesillerin ihtiyaçlarından ödün vermeden karşılayan kalkınma" şeklinde tanımlanmaktadır (Saraçoğlu ve Saraçoğlu, 2023). Birleşmiş Milletler" Gündem 2030: BM Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları" çerçevesinde 17 adet amaç belirlemiştir.

### **Sağlıklı ve Kaliteli Yaşam (Hedef 3):**

Bu amaçlar arasında yer alan Hedef 3 “*Her yaşta herkes için sağlıklı yaşamı sağlamak ve refahı arttırmak*” amacı sağlıkla ilgilidir. Ebelik eğitimi, nitelikli sağlık hizmetleri sunarak anne-bebek sağlığını koruma, riskli gebelikleri yönetme ve doğum süreçlerini güvenli hale getirme konusunda etkilidir. Bu durum da yukarıda bahsi geçen amacın gerçekleştirilmesi noktasında önem arz etmektedir. Bununla beraber sürdürülebilir kalkınmanın amaçları arasında küresel anne ölümlerinin azaltılması, önlenebilir yenidoğan, bebek ve 5 yaş altı çocuk ölümlerinin azaltılması, bulaşıcı hastalıkların azaltılması, uyuşturucu madde kullanımının azaltılması gibi amaçlar bulunmaktadır (Tezcan, 2020).

Sürdürülebilir Kalkınma kavramının iktisadi boyutunun yanında sosyolojik ve çevresel boyutları da bulunmaktadır. Tüm bu boyutlara bağlı bir şekilde, ortada bulunan ise sağlıktır. Anne sağlığını iyileştirmek, çocuk ölümlerini azaltmak, kaliteli yaşam sürmek gibi hedefleri olan sürdürülebilir kalkınmada bu hedeflerin gerçekleştirilmesi oldukça önemlidir (Saraçoğlu ve Saraçoğlu, 2023). Bu noktada özellikle bebek ve anne özelindeki hedeflerin gerçekleştirilmesinde ebelerin rolü yadsınamayacak şekilde önem arz etmektedir. Ebeler verilen eğitimlerin bu denli ciddiye alınması ve özenli bir şekilde yetiştirilmesi ülkelerinin sürdürülebilir kalkınma amaçlarının gerçekleşmesine zemin hazırlayacaktır.

Sürdürülebilir kalkınmada ülkelerin bebek ve çocuk ölüm oranları da oldukça önemli rol oynamaktadır. Hatta ülkelerin çocuk sağlığı ve gelişmişliği hakkında bilgi veren önemli verilerden biridir. Yapılan araştırmalar bebek ve beş yaş altı çocuklarda görülen ölümlerin çoğunluğunun yetersiz beslenmeden kaynaklandığını ortaya koymaktadır. Aşırı açlık ve yetersiz beslenme ülkelerin kalkınmasının önünde oluşan önemli setlerin biri durumundadır. Özellikle bebeklik döneminde yapılacak olan yeterli ve düzenli beslenme kuşkusuz sağlıklı birey ve toplum olmanın önemli koşulları arasında yer almaktadır. Bebek beslenmesinde ise emzirmenin önemi artık herkes tarafından bilinen bir gerçektir. Sağlık Bakanlığı da emzirmenin önemini “Emzirme: Sürdürülebilir Kalkınmanın Anahtarıdır” şeklinde tanımlamıştır (Kartal ve Gürsoy, 2020). Emzirme sürecinde ise hem anneye hem bebeğe yardımcı olacak kişi ise kuşkusuz ebedir. Ebelerin emzirme süreçlerini yönetebilmesi, anneleri bilinçlendirmesi ve emzirme sürecinin takibini yapması aslında sürdürülebilir kalkınmaya dolaylı olarak katkı sağlaması anlamına gelmektedir.

#### **Kaliteli Eğitim (Hedef 4):**

Sürdürülebilir kalkınmanın bir diğer amacı ise topluma ülke içi ve ülkelerarası kaliteli eğitimin sağlanmasıdır. Bu amaç “kapsayıcı ve eşit kalitede eğitim sağlamak ve herkes için yaşam boyu öğrenme fırsatlarını teşvik etmek” (Sustainable development..., 2022) olarak belirtilmiştir. Belirtilen hedefte yaşam boyu herkesin öğrenme fırsatının olmasında ebelik eğitiminin rolü vardır. Sağlık profesyonellerinin yeterli ve yetkin eğitimini amaçlamaktadır. Bu da eğitimin kalitesinin artmasına katkı sağlıyor.

#### **Cinsiyet Eşitliğinin sağlanması (Hedef 5):**

Sürdürülebilir Kalkınmanın bir diğer amacı, hedefi ise toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasıdır (Durgun ve Ulaş, 2019). Kadınların özellikle iş ve eğitim hayatında her sektörde erkekler ile aynı şartlara ve olanaklara sahip olması oldukça önemlidir. Bu bakımdan özellikle sağlık sektöründe yer alan ebelik mesleği bu amaca hizmet etmektedir. Ebelik mesleği genellikle kadınlar tarafından tercih edilmekte ve kadınların çoğunlukta olduğu bir meslek grubu olmaktadır. Bu nedenle hem eğitimde hem de iş hayatında toplumsal eşitliğin sağlanması durumunda önemli rol oynamaktadır. Ebelik eğitimi ile beraber kadınlar sağlık sektöründe lider bir rol üstlenebilir, cinsiyet eşitsizliği konusunda önemli katkılar sunabilir ve kadınların hem toplumsal olarak hem ekonomik olarak güçlenmesine katkı sağlayabilir.

#### **Kaliteli İş ve Ekonomik Büyüme (Hedef 8) :**

Sürdürülebilir kalkınma amaçlarından olan Hedef 8 ebelik eğitimi ile birlikte kaliteli iş gücüne katkı sunar. Ebelik eğitimi ile birlikte Kaliteli bakımın sağlanması, bireylerin gerçek anlamda bağımsız yaşamlar yaşaması anlamına gelir; bu da üretkenliklerini ve iş güçlerini artıracak, böylece ülkenin ekonomik büyümesini, ve toplumun refah seviyesini artıracaktır.

#### **Sürdürülebilir Şehirler ve Toplumlar (Hedef 11) :**

Bu kalkınma hedefinin genel amacı; “şehirleri ve insan yerleşimlerini kapsayıcı, güvenli, dayanıklı ve sürdürülebilir kılmak” (Sustainable development..., 2022) olarak özetlenebilir. Ebelik eğitimi ile bağdaştığı nokta bu hedefin alt başlıklarından biri olan ‘11.7 2030 yılına kadar, özellikle kadınlar ve çocuklar, yaşlılar ve engelliler için güvenli, kapsayıcı ve erişilebilir yeşil ve kamusal alanlara evrensel erişimin sağlanması (SDG,2020)’ ile eşleşebilir. Bu hedef doğrultusunda verilen ebelik hizmeti bireylerin ve toplumun sağlığına dolaylı yoldan katkı sağlamayı hedefler.



### 3. Sonuç

Sürdürülebilir Kalkınma hedeflerine ulaşabilmek için kadınların sosyal ve ekonomik olarak güçlenmesi kritik önem taşımaktadır. Kadınlara ve kız çocuklarının maruz bırakıldığı her türlü ayrımcılığın yok edilmesi, eğitim farkındalığının artması kalkınma için önemli araçlardır. Bunun yanı sıra üreme sağlığı hizmetlerinin etkin yürütülmesi, sağlık hizmetlerinin doğru bir şekilde verilmesi (Kartal, 2021), anne-bebek ölümlerinin azaltılması, emzirme süreçlerinin doğru yönlendirilmesi ile yetersiz beslenmeden doğan bebek ölümlerinin azaltılması gibi konularda ebelik eğitimleri kilit rol oynamaktadır. Bununla beraber ebelik eğitimleri toplumda istihdam yaratmakta ve bu durumda ekonomik büyümeyi desteklemektedir.

### KAYNAKÇA

- Durgun, S.K. ve Ulaş, S.C. (2019). Ebelik/Hemşirelik Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. *MedicalSciences*, 14(2), 93-103.
- Kartal, T. ve Gürsoy, E. (2020). Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarında (215-2030) Emzirmenin Önemi ve Türkiye’de Mevcut Durum Işığında Hemşireye Düşen Görevler. *Lokman Hekim Dergisi*, 10(2), 147-153.
- Kartal, Y.A. (2021). Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri Bağlamında Kadın Sağlığı ve Ebelik. *Biruni Sağlık ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, 4(1), 77-80.
- Kaya, D. ve Yurdakul, M. (2007). Türkiye’de ve Dünya’da Ebelik Eğitimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okul Dergisi*, 23 (2), 233-241.
- Mumcu, N. ve Özer, B.U. (2020). Geçmişten Günümüze Ebelik Eğitimi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(3), 217-222.
- Saraçoğlu, I.K. ve Saraçoğlu, S. (2023). Sürdürülebilir Kalkınma ve Sağlık: Türkiye Üzerine Bölgesel Bir Değerlendirme. *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi*, 58(1), 667-688.
- Tezcan, N. (2020). Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Kapsamında Türkiye’de Sağlık Göstergelerinin Analizi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19 (Özel Sayı), 202-217.

# Doğurganlık Çağındaki Kadınların Menstrual Deneyimlerinin Çocuk Doğurmaya Yönelik Tutumları İle İlişkisi

Elif Bayrakçı<sup>1</sup>, Zeynep Bal<sup>1</sup>, Tuğba Kanarya<sup>1</sup>, Esra Güney<sup>2</sup>

1. İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi

2. İnönü Üniversitesi

## Özet

**Giriş:** Bu araştırma, doğurganlık çağındaki kadınların menstrual deneyimlerinin çocuk doğurmaya yönelik tutumları ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

**Yöntem:** İnternet tabanlı kesitsel tipte olan bu çalışma, web tabanlı çevrimiçi anket kullanılarak yürütüldü. Araştırmada kullanılan veri toplama formları, 1 Temmuz– 15 Ağustos tarihleri arasında sosyal medya (Instagram, Facebook, WhatsApp vb) aracılığıyla doğurganlık çağındaki 306 kadına uygulandı. Veriler kişisel bilgi formu, Menstrual Deneyimler Ölçeği (MDÖ) ve Doğurganlık ve Çocuk Doğurmaya Yönelik Tutum Ölçeği (DÇDYTÖ) kullanılarak toplandı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamalarının  $21.67 \pm 2.38$  olduğu, katılımcıların tamamının eğitim durumunun üniversite ve üzeri olduğu belirlendi. Araştırmada evli olanların gelir durumu orta ve iyi olanların MDÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ). Bununla birlikte çalışma durumu ve aile tipiyle MDÖ puan ortalamasının farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ( $p > 0.05$ ). Ayrıca, medeni durum, aile tipi, gelir durumu ve çalışma durumu gibi sosyo demografik özelliklerine göre DÇDYTÖ puan ortalamasını arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ( $p > 0.05$ ). Araştırmada MDÖ toplam puan ile DÇDYTÖ alt boyutlarında gelecekteki önem alt boyutu ile pozitif yönde, şimdiki engel alt boyutu ile de negatif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlendi.

**Sonuç:** Bu araştırma bulgularına göre olumlu menstrual deneyime sahip olan kadınların, gelecekte çocuk sahibi olma tutumları benzer şekilde olumlu iken, olumsuz menstrual deneyime sahip olan kadınların ise şuanda çocuk sahibi olma tutumlarının olumsuz olduğu belirlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Doğurganlık, Kadın, Menstruasyon, Tutum

## **The Relationship of Menstrual Experiences of Women of Fertility Age with Attitudes Towards Childbearing**

### **Abstract**

**Introduction:** This study was conducted to determine the relationship between menstrual experiences of women of childbearing age and their attitudes towards childbearing.

**Materials and Methods:** This internet-based cross-sectional study was conducted using a web-based online questionnaire. The data collection forms used in the study were applied to 306 women of childbearing age through social media (Instagram, Facebook, WhatsApp, etc.) between July 1 and August 15. Data were collected using a personal information form, the Menstrual Practice Needs Scale (MPNS), and the Attitudes Toward Fertility And Childbearing Scale (AFCS).

**Results:** It was determined that the mean age of the women participating in the study was  $21.67 \pm 2.38$ , and the education level of all participants was university and above. In the study, it was determined that the average MPNS score of the married people with medium and good income status was higher ( $p < 0.05$ ). However, it was determined that the difference between employment status and family type and the mean MPNS score was not statistically significant ( $p > 0.05$ ). In addition, it was determined that there was no statistically significant difference between the mean of the AFCS score according to socio-demographic characteristics such as marital status, family type, income status and employment status ( $p > 0.05$ ). In the study, it was determined that there was a positive relationship between the total score of MPNS and the future importance sub-dimension in the AFCS sub-dimensions, and a negative relationship with the current disability sub-dimension.

**Conclusion:** According to the findings of this study, it was determined that while the attitudes of women with positive menstrual experience to having children in the future were similarly positive, women with negative menstrual experiences had negative attitudes towards having children at the moment.

**Keywords:** Fertility, Women, Menstruation, Attitude

## GİRİŞ

Menstruasyon, ergenlik dönemiyle başlayan, kadınlarda ortalama elli yaşına kadar devam edebilen doğurkenlik simgesi olarak kabul gören fizyolojik ve evrensel bir durumdur (1). Menstruasyon, hipotalamik-hipofiz-over ekseni boyunca karmaşık bir dizi koordineli süreci yansıtır. Kadınlar arasında menstruasyon uzunluğu ve düzeni farklılık gösterir (2). Menstruasyon biyolojik bir olgu olmasına rağmen günümüze kadar farklı toplumlarda kadınların günlük işlerini yapmasının önüne geçen engel olarak düşünülmüştür (3). Kadınların menstruasyona yönelik tutumları, bedenlerinin ve psikososyal bütünlüğünün şekillenmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Menstruasyon süresince karşılaşılan zorluklar kadınları ve toplumdaki rollerini etkilemektedir (4).

Kadın, tarihsel olarak farklı kültürlerde çocuk doğurmak ve ebeveynliğe ait semboller üzerine inşa edilmiştir. Kadınlık kimliği açısından doğurkenlik önemli bir durumdur (5). Kadınların daha kısa sürede gebe kalmalarına yardımcı olmak için kişinin kendi doğurkenliğinin farkında olması önemli bir unsur olarak kabul edilmektedir (6). Bununla birlikte, menstruasyon özelliklerinin üreme sağlığı, doğurkenlik ve gebelik sonuçlarının ilişkili olup olmadığını inceleyen az sayıda sistematik çalışma bulunmaktadır. Genellikle menstruasyon döngüsündeki düzenin, doğurkenliği etkileyip etkilemediği ve nasıl etkilediği literatürde daha az açıklanmıştır (7).

Doğurkenlik biyolojik, sosyal, ekonomik gibi pek çok etmenden de etkilenmektedir. Bu faktörler arasında biyolojik faktörler bireyler için temel belirleyicilerden en önemlisidir (8). Dünya genelinde toplam doğurkenlik hızı düşmekte ve anne olma yaşı ileri tarihlere ertelenmektedir. Anne olma yaşını ileri tarihlere ertelemekteki faktörlere bakıldığında, bireylerin sosyo-ekonomik durumu, eğitim düzeyi, sağlık hizmetlerine ulaşım, kadınların toplumsal rolleri, evlilik yaşının ileri tarihlere ertelenmesi, toplumsal inançlar, aile planlaması farkındalığı, kadının iş hayatında aktif rol alması gibi birçok faktörün etkili olduğu bildirilmektedir (9,10). Anne olma yaşının ertelenmesi sağlıkla ilgili artan problemlere sebep olabilmektedir. Bu nedenle kadınların doğurkenliğe yönelik tutumları hem çocuk hem de toplum sağlığı için önem arz etmektedir (11).

Literatür incelendiğinde menstrüel deneyimlerin kadınların çocuk doğurmaya yönelik tutumları ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Doğurkenlik çağındaki kadınların menstrüel deneyimlerinin çocuk doğurmaya yönelik tutumları ile ilişkisinin incelenmesi sayesinde kadınların bu konudaki tutumu, sosyodemografik faktörlerle olan ilişkisi belirlenecek ve bunlara yönelik planlamalar yapılabilecektir.

## **GEREÇ VE YÖNTEMLER**

### **Araştırmanın Türü**

Araştırma kesitsel tiptedir.

### **Araştırmanın Evren ve Örnekleme**

Araştırma 1 Temmuz – 15 Ağustos 2023 tarihleri arasında sosyal medya (Messenger, Instagram, WhatsApp gibi) aracılığıyla web tabanlı bir çevrimiçi anket kullanılarak yürütüldü. Araştırma anketleri Google formlar uygulaması (Google LLC, Mountain View, CA, ABD) kullanılarak geliştirildi ve anketlerin bağlantısı sosyal medyada kadınlarla paylaşıldı. Online anketin ilk sayfasında araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi ve çalışmaya katılmaya onam formu yer aldı. Araştırmaya katılmayı onaylayan ve araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan kadınlar çalışmaya dahil edildi. Çevrimiçi anketlerden 312 geri dönüş sağlandı. Eksik doldurulmuş, yanlış kodlanmış veya araştırmaya alınma kriterlerini taşımayan anketler belirlendi ve altı katılımcının anket formları değerlendirme dışı bırakıldı. Böylece, araştırmanın örneklemini toplamda 306 kadın oluşturdu.

### **Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

Araştırmaya alınma kriterleri; katılmayı kabul eden, daha önce doğum yapmamış, Türkçe konuşan ve 18-25 yaş aralığında olan kadınlar dahil edildi. Kadınların beyanına göre psikolojik sağlık sorunu olan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kadınlar çalışmaya dâhil edilmedi.

### **Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında, Kişisel Bilgi Formu, Doğurganlık ve Çocuk Doğurmaya Yönelik Tutum Ölçeği ve Menstrual Deneyimler Ölçeği kullanıldı.

### **Kişisel Bilgi Formu**

Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanmıştır. Bu form, araştırmaya dahil edilen kadınların tanıtıcı (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, gelir durumu vb.) özelliklerini içeren sorulardan oluşmaktadır.

### **Doğurganlık ve Çocuk Doğurmaya Yönelik Tutum Ölçeği**

Söderberg ve ark. (2015) tarafından ikinci versiyonu geliştirilen Doğurganlık ve Çocuk Doğurmaya Yönelik Tutum Ölçeği (DÇDYTÖ), Damar ve Bolsoy (2021) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Ölçek, 5'li Likert tipi (hiç katılmıyorum, katılmıyormum, ne katılıyorum ne katılmıyorum, katılıyorum, tamamen katılıyorum), üç alt boyuttan (Şimdiki Engel, Gelecekteki Önem ve Kadınlık Kimliği) oluşmakta olup toplam 21 madde içermektedir. Ölçek alt boyut Cronbach Alfa katsayıları sırasıyla birinci faktör; “Şimdiki Engel”  $\alpha=0,89$ , ikinci faktör; “Gelecekteki Önem”  $\alpha=0,92$ , üçüncü faktör; “Kadınlık Kimliği”  $\alpha=0,90$  olarak bulunmuştur. Doğurganlık ve Çocuk Doğurmaya Yönelik Tutum Ölçeği Türkçe formunun yapılan analizler sonucunda kabul edilebilir

derecede geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu tespit edilmiştir (12). Yaptığımız çalışmada Cronbach's alpha güvenilirlik katsayı değeri 0,80 bulunmuştur.

### **Menstrual Deneyimler Ölçeği**

Hennegan ve ark. tarafından (2020) geliştirilen Menstrual Deneyimler Ölçeği (MDÖ)'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Vural ve Varışoğlu tarafından (2021) gerçekleştirilmiştir. İçerik geçerlilik endeksi 0,89 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin 4 alt boyutu bulunmaktadır, bunlar; malzeme ve ev ortamı ihtiyaçları (1,2,3,4,10,11,12,13,16,17,18. maddeler), taşıma ve okul ortamı ihtiyaçları (8,9,23,24,25. maddeler), malzeme güvenilirliği endişeleri (5,6,7. maddeler), değiştirme ve imha güvensizliği (14,15,19,20,21,22,26,27. maddeler) olarak belirlenmiştir. Ölçek, 4'lü Likert tipi (asla = 0, bazen = 1, sık sık = 2 ve her zaman =3) pozitif olarak kodlanmış maddeler için ve negatif olarak kodlanmış maddeler için ters hesaplanmaktadır. "Malzeme güvenilirliği endişeleri" ve "Değiştirme ve imha güvensizliği" alt boyutlarının içerdiği maddeler ters hesaplanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar daha olumlu menstrual deneyimleri temsil etmektedir. Ölçek toplam puanı ve alt boyutlarının puan hesaplamasında aritmetik ortalama kullanılmaktadır. Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.78 olarak bulunmuştur (12). Yaptığımız çalışmada Cronbach's alpha güvenilirlik katsayı değeri 0,80 bulunmuştur.

### **Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiştir (Karar No 2023/4756). Araştırma anketinin ilk sayfasında çalışma hakkında bilgi verildi. Daha sonra katılımcılara, çalışmaya katılmayı onaylayıp onaylamadığı sorularak bilgilendirilmiş onam alındı.

### **Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmanın verileri SPSS 25.0 for Windows (SPSS, Chicago, IL, USA) yazılımı ile değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesi için tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (yüzdeler dağılım, ortalama ve standart sapma) ve iki grup karşılaştırmalarında t-testi, değişkenler arasındaki ilişkide Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

### **BULGULAR**

Araştırmaya katılan kadınların tanıtıcı özelliklerine göre MDÖ ve DÇDYTÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 1' de verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamaları 21,67 ±2.38' dir. Araştırmaya katılan kadınların evli ve gelir durumu iyi olanların MDÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı (p<0,05) olmakla birlikte çalışma durumu ve aile tipinin MDÖ toplam puan ortalamasının benzer olduğu belirlendi (p>0,05) (Tablo 1). Kadınların medeni durumu, çalışma durumu, aile tipi ve gelir durumu DÇDYTÖ toplam puan ortalamasının benzer olduğu belirlendi (p>0,05) (Tablo 1).

Tablo 1. Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre MDÖ ve DÇDYTÖ Toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=306)

| Değişkenler             | n (%)       | MDÖ Toplam                            | DÇDYTÖ Toplam      |
|-------------------------|-------------|---------------------------------------|--------------------|
|                         | Ort ± SS    | Ort ± SS                              | Ort ± SS           |
| <b>Medeni Durum</b>     |             |                                       |                    |
| Bekar <sup>a</sup>      | 219 (71.5)  | 7.33±1.59                             | 72.53±11.73        |
| Nişanlı <sup>b</sup>    | 55 (18.0)   | 7.40±1.32                             | 72.96±13.20        |
| Evli <sup>c</sup>       | 32 (10.5)   | 8.01±1.23                             | 70.78±13.95        |
| <b>Test ve p değeri</b> |             | F=2.840<br><b>p=0.047 a&lt;c</b>      | F=0.351<br>p=0.705 |
| <b>Çalışma Durumu</b>   |             |                                       |                    |
| Çalışıyor               | 46 (15.0)   | 7.54±1.42                             | 69.43±11.77        |
| Çalışmıyor              | 260 (85.0)  | 7.39±1.54                             | 72.96±12.24        |
| <b>Test ve p değeri</b> |             | t=0.609<br>p=0.543                    | t=-1.810<br>p=0.71 |
| <b>Aile Tipi</b>        |             |                                       |                    |
| Çekirdek aile           | 247 (80.7)  | 7.39±1.52                             | 72.51±12.45        |
| Geniş aile              | 51 (16.7)   | 7.57±1.52                             | 72.00±11.87        |
| Parçalanmış aile        | 8 (2.6)     | 7.18±1.60                             | 72.50±7.30         |
| <b>Test ve p değeri</b> |             | F=0.404<br>p=0.668                    | F=0.038<br>p=0.963 |
| <b>Gelir durumu</b>     |             |                                       |                    |
| Kötü <sup>a</sup>       | 89 (29.1)   | 6.87±1.54                             | 73.21±12.81        |
| Orta <sup>b</sup>       | 181 (59.2)  | 7.57±1.45                             | 72.64±12.25        |
| İyi <sup>c</sup>        | 36 (11.7)   | 7.97±1.44                             | 69.41±10.28        |
| <b>Test ve p değeri</b> |             | F=9.552<br><b>p&gt;0.001 a&lt;b,c</b> | F=1.307<br>p=0.272 |
| <b>Yaş (Ort ± SS)</b>   | 21,67 ±2.38 |                                       |                    |

MDÖ: Menstrual Deneyimler Ölçeği, DÇDYTÖ: Doğurganlık ve Çocuk Doğurmaya Yönelik Tutum Ölçeği

SS: Standart Sapma, t: Bağımsız gruplarda t testi

Araştırmaya katılan kadınların menstrual deneyimlerine göre MDÖ ve DÇDYTÖ toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 2' de verilmiştir. İlk çocuk sahibi olmak istediğiniz yaş, menstrual siklusun zorluk derecesi, menstrual siklus aralığı, menstrual siklus süresi, menstrual siklus süresince kullanılan ped sayısı MDÖ toplan puan ve DÇDYTÖ toplam puan ortalamasının benzer olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (p>0.05) (Tablo 2).

Tablo 2: Kadınların menstrual deneyimlerine göre MDÖ ve DÇDYTÖ toplam puanlarının dağılımı

| Değişkenler   | n (%)      | MDÖ Toplam          | DÇDYTÖ Toplam       |
|---|------------|---------------------|---------------------|
|   | Ort ± SS   | Ort ± SS            | Ort ± SS            |
| <b>İlk çocuk sahibi olmak istediğiniz yaş</b>           |            |                     |                     |
| 20-24   | 49 (16.0)  | 7.52 ±1.59          | 71.36 ±13.49        |
| 25-29   | 219 (71.6) | 7.38 ±1.53          | 72.43 ±12.37        |
| 30-34   | 38 (12.4)  | 7.47 ±1.40          | 73.78 ±12.22        |
| <b>Test ve p değeri</b>                                 |            | F=0.215<br>p=0.807  | F=0.419<br>p=0.658  |
| <b>Menstrual siklusun zorluk derecesi</b>               |            |                     |                     |
| Oldukça zor   | 101 (33.0) | 7.27±1.57           | 70.57±13.45         |
| Dayanılabilir   | 164 (53.6) | 7.44±1.51           | 73.66±11.77         |
| Kolay   | 41 (13.4)  | 7.68±1.41           | 72.07±10.32         |
| <b>Test ve p değeri</b>                                 |            | F=1.101<br>p=0.334  | F=2.031<br>p=0.133  |
| <b>Menstrual siklus aralığı</b>                         |            |                     |                     |
| 30 ve altı  | 253 (82.7) | 7.42±1.57           | 72.17±12.03         |
| 31 ve üzeri   | 53 (17.3)  | 7.41±1.24           | 73.66±13.13         |
| <b>Test ve p değeri</b>                                 |            | t=0.041<br>p=0.967  | t=-0.804<br>p=0.422 |
| <b>Menstrual siklus süresi</b>                          |            |                     |                     |
| 6 ve altı   | 177 (57.8) | 7.41±1.54           | 72.56±12.82         |
| 7 ve üzeri  | 129 (42.2) | 7.42±1.49           | 72.24±11.39         |
| <b>Test ve p değeri</b>                                 |            |                     |                     |
| <b>Menstrual siklus süresince kullanılan ped sayısı</b> |            |                     |                     |
| 15 ve altı  | 181 (59.2) | 7.40±1.51           | 73.02±13.04         |
| 16 ve üzeri   | 125 (40.8) | 7.43±1.54           | 71.56±10.92         |
| <b>Test ve p değeri</b>                                 |            | t=-0.154<br>p=0.878 | t=1.027<br>p=0.305  |

MDÖ: Menstrual Deneyimler Ölçeği, DÇDYTÖ: Doğurganlık ve Çocuk Doğurmaya Yönelik Tutum Ölçeği

SS: Standart Sapma, t: Bağımsız gruplarda t testi





## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Bu araştırma bulgularına göre olumlu menstrual deneyime sahip olan kadınların, gelecekte çocuk sahibi olma tutumları benzer şekilde olumlu iken, olumsuz menstrual deneyime sahip olan kadınların ise şuanda çocuk sahibi olma tutumlarının olumsuz olduğu belirlendi.

Ebelerin, anne adaylarına menstruasyon konusunda broşür, afiş vb. materyaller ile eğitim vererek bilgilendirilmenin sağlanmasına bu konudaki eksikliklerin giderilmesine ve yanlış bilinen bilgilerin doğrusunun öğretilmesine, doğru sağlık davranışı kazandırılmasına katkı sağlamaları önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

1. Fox, L.E., Bowers, R.W., ve Foss, M.L. (1988). The physiological basis of physical education and athletics. 4th edition. Philadelphia: Saunders Collage Publishing, Matsumoto S. Statistical studies on menstruation; a criticism on the definition of normal menstruation. *Gunma J Med Sci.* 1962;11(4):294–318.
2. Harlow, S. D., Lin, X., & Ho, M. J. (2000). Analysis of menstrual diary data across the reproductive life span applicability of the bipartite model approach and the importance of within-woman variance. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(7), 722-733.
3. Whelan EM. Attitudes toward Menstruation. *Stud Fam Plann.* 1975;6
4. Kwak, Y., Kim, Y., & Baek, K. A. (2019). Prevalence of irregular menstruation according to socioeconomic status: A population-based nationwide cross-sectional study. *PloS one*, 14(3), e0214071.
5. Yıkımsı, M. S. (2018). Pronatalist kültürde anne olmamak. *Fe Dergi*, 10(2), 84-97.
6. Dunson, D. B., Colombo, B., & Baird, D. D. (2002). Changes with age in the level and duration of fertility in the menstrual cycle. *Human reproduction*, 17(5), 1399-1403.
7. Small, C. M., Manatunga, A. K., Klein, M., Feigelson, H. S., Dominguez, C. E., McChesney, R., & Marcus, M. (2006). Menstrual cycle characteristics: associations with fertility and spontaneous abortion. *Epidemiology*, 52-60.
8. Solomon, C. G., Hu, F. B., Dunaif, A., Rich-Edwards, J. E., Stampfer, M. J., Willett, W. C., ... & Manson, J. E. (2002). Menstrual cycle irregularity and risk for future cardiovascular disease. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 87(5), 2013-2017.
9. Firouzbakht, M., Tirgar, A., Hajian-Tilaki, K., Ebadi, A., Bakouei, F., Nikpour, M., & Riahi, M. E. (2018). Social capital and fertility behaviors among female workers in healthcare settings: study protocol of a sequential explanatory mixed methods study. *Reproductive health*, 15, 1-6.
10. Kavas, S. (2014). Türkiye'de değişen doğurganlık oranları üzerine: durum tespit çalışması. *Journal of International Social Research*, 7(29).
11. Soederberg, M., Christensson, K., Lundgren, I., & Hildingsson, I. (2015). Women's attitudes towards fertility and childbearing—A study based on a national sample of Swedish women validating the Attitudes to Fertility and Childbearing Scale (AFCS). *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(2), 54-58.
12. Damar, E., & Bolsoy, N. (2021). Doğurganlık ve çocuk doğurmaya yönelik tutum ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, 7(3), 1-34.
13. Vural, P., & Varışoğlu, Y. (2021). Menstrual Practice Needs Scale (MPNS): Reliability and Validity of the Turkish Version. *Cyprus Journal of Medical Sciences*, 6(4).

## AİLE İÇİ ŞİDDETİN EMZİRMEYE OLAN ETKİSİ

*Vildan Ünlü<sup>1</sup>, Havvanur Bayraktar<sup>2</sup>, Büşra Cesur<sup>3</sup>*

*<sup>1</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı*

*<sup>2</sup>Giresun Şebinkarahisar Devlet Hastanesi*

*<sup>3</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü*

### **Özet**

Şiddet, baskın bir gücün baskın olmayan bir güce karşı uyguladığı, fiziksel, cinsel, ruhsal ve ekonomik açıdan zarar veren olumsuz davranışlar bütünüdür. Aile içi şiddet ise kişinin diğer aile üyelerine uyguladığı şiddet türü olmakla birlikte dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kadınların da yaşamlarının herhangi bir döneminde şiddete maruz kaldığı belirlenmiş olup gebelikte bu dönemlerden birisidir. 2014 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre kadınların %36'sı fiziksel, %44'ü duygusal, %12'si cinsel ve %30'unun da ekonomik şiddet gördüğü rapor edilmiştir. Rapora göre gebe kadına eşi tarafından uygulanan fiziksel şiddetin görülme sıklığı %8,3'tür. Dünya sağlık örgütünün verilerine göre kadınların %1-28'i gebelikte fiziksel şiddet görmekte, fiziksel şiddetin görülme sıklığı ise %4-12 oranında değişmektedir. Gebelikte kadına yönelik şiddetin anne üzerinde doğum sonu depresyon ve anksiyete riskini arttırdığı, emzirme döneminde isteksiz olduğu, bebeğiyle yeterince ilgilenmediği belirlenmiştir. Literatürde de birçok çalışma aile içi şiddetin emzirme üzerine olumsuz etkilerini kanıtlar niteliktedir. Sonuç olarak Türkiye'de ve dünyada kadına yönelik aile içi şiddet emzirme sürecini olumsuz etkilediği düşünülmekte ve bu olumsuz etkileri en aza indirebilmek için anne bebek bakımında aktif rol oynayan ebelerde konuyla alakalı farkındalık oluşturulması, risk değerlendirmesi yapması ve konuya ilişkin mevzuattan ve işleyişten haberdar olması gerekmektedir. Bu konuda çalışmaların artırılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** aile içi şiddet, ebelik, gebelik

### **Abstract**

Violence is a set of physical, sexual, spiritual and economically damaging negative behaviors by a dominant power against a non-dominant power. Domestic violence, on the other hand, is a type of violence perpetrated by a person against other family members, and it is an important public health problem in the world and in our country. It has been determined that women are also exposed to violence in any period of their lives, and pregnancy is one of these periods. According to the 2014 Turkish Statistical Institute (TUIK) data, it was reported that 36% of women experienced physical violence, 44% emotional violence, 12% sexual violence and 30% economic violence. According to the report, the incidence of physical violence against pregnant women by their husbands is 8.3%. According to the data of the World Health Organization, 1-28% of women experience physical violence during pregnancy, and the frequency of physical violence varies by 4-12%. It has been determined that violence against women during pregnancy increases the risk of postpartum depression and anxiety on the mother, she is reluctant during breastfeeding, and does not care enough for her baby. Many studies in the literature prove the negative effects of domestic violence on breastfeeding. As a result, it is thought that domestic violence against women negatively affects the breastfeeding process in Turkey and in the world, and in order to minimize these negative effects, midwives who play an active role in mother-infant care should be aware of the issue, make risk assessments, and be aware of the relevant legislation and operation. It is recommended to increase studies on this subject.

**Keywords:** domestic violence, midwifery, pregnancy

## GİRİŞ

Aile içi şiddet, bir aile üyesinin diğer aile üyelerine karşı uyguladığı fiziksel, cinsel, ekonomik ve psikolojik olarak zarar vermesi durumudur.<sup>1</sup> Ulusal ve uluslararası tüm gelişmelere rağmen, Dünya’da halen en önemli sorunlar arasında yer alan aile içi şiddetin durumu hem kırsal hem de kentsel alanlarda en çok kadınlar üzerinde olduğu çalışmalarca görülmektedir.<sup>2</sup> Dünya’da her üç kadından birisi şiddete maruz kalmakta ve Dünya genelinde yasalara göre; 119 ülkede kadına yönelik aile içi şiddet yaygın olarak görülmüştür.<sup>3</sup> Kamer (2015) yaptığı araştırmaya göre kadınların %94,3’ü aile içi şiddet görmektedir. Türkiye’de 1998 yılından bu yana aile içi şiddet, ‘Aileyi Koruma Kanununa’ göre cezalandırmakta olup kadına yönelik uygulanan şiddetin kadını ne ölçüde etkilediği net olarak bilinmemektedir.<sup>4</sup> Kadınlar üzerinde uygulanan şiddet, kadınları her dönemde olumsuz etkilemekle birlikte gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde hem maternal hem de neonatal açıdan oldukça etkileyen bir durumdur.<sup>5</sup> Kadınların gebelik, doğum gibi hassas dönemlerinde maruz kaldığı ya da risk altında olduğu şiddet durumu karşısında fiziksel veya psikolojik olarak etkilenmesine ve bu durum kadının doğum şekline, emzirmeye başlama, sürdürme ve erken sonlandırmasına neden olmaktadır.<sup>6</sup> Ayrıca şiddet durumu karşısında anne-bebek bağlanması gerçekleşmeyebilmekte ve bu durum etkin emzirmeyi sağlayamamaktadır. Kadının yoğun stres ve üzüntü altında süt hormonları baskılanarak süt gelişiminin durmasına kadar olumsuz etkileri de olduğu görülmektedir.<sup>6</sup> Aile içi şiddeti azaltma ve durdurmaya bağlı Dünya’da ve ülkemizde belirli yasalar bulunmakta olup birçok kurum ve kuruluşlar bu konuda çalışmalar yürütmektedir.<sup>7</sup> Bu çalışmanın amacı ise şiddet görme riski bulunan veya şiddet maruziyeti sonucunda annenin emzirme sürecine olan etkisini görmek, aileye ve kadına en yakın sağlık profesyonellerinden olan ebelerin şiddetin olumsuz etkileri karşısında kadınların haklarını gözetmek, uygun kurum ve kuruluşlara başvurmasını sağlamaktır. Ayrıca kadınlara psikolojik destek sağlayarak emzirme sürecinin takip edilmesiyle alakalı farkındalık oluşturmaktır.

## AİLE İÇİ ŞİDDET

Şiddet insanlık tarihi kadar eski günümüze kadar gelmiş tüm dünyayı etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olmakla birlikte nedeni tam olarak belirlenememiş multidisipliner konu olarak ele alınmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından şiddet “fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması” olarak tanımlanmıştır.<sup>8</sup> Şiddeti değerlendirirken şiddete maruz kalan ve şiddet tipine göre sınıflama yapılmış olup, şiddete maruz kalanlar; kadına yönelik şiddet, çocuğa yönelik şiddet, yaşlıya yönelik şiddet, flört şiddeti, engelliye şiddet şeklinde ele alınmış; şiddetin uygulanış biçimi ise fiziksel şiddet, cinsel şiddet, duygusal şiddet ve ekonomik şiddet şeklinde tasnif edilmiştir.<sup>9</sup> Aile içi şiddet ortak yaşam alanında aile bireylerinden bir kişinin baskı ve üstünlük kurmak için sergilediği, uygulanan kişide ruhsal ve fiziksel bütünlüğünü bozan sözel, cinsel, dini, ekonomik ve fiziksel şiddetle kendini gösteren olumsuz davranışların bütünüdür.<sup>9</sup> Bu durum genellikle, güç eşitsizliğinin bir sonucu olarak toplumsal bir sorun halinde değerlendirilmiştir.<sup>10</sup> Güç eşitsizliğinin dengesiz olduğu ailelerde eşler arası, ebeveyn çocuk arası, varsa diğer aile bireylerinin de eşlik ettiği aile içi şiddet terimi hepsini kapsamaktadır. Ancak güç eşitsizlikleri içerisinde en mağdur olan kesim tartışmasız kadınların olduğu görülmektedir.<sup>10</sup> Dolayısıyla genel olarak aile içi şiddet eşler arasında kadına yönelik şiddet şeklinde ele alınmaktadır. Eşler arasında yaşanan şiddetin kadına yönelik olmasının sebebi üç ana nedene bağlanmış bunlar; geleneksel ataerkil aile yapısı, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, işlevsiz aile yapısını oluşturan çatışma, ebeveyn tutumları, alkol ve madde bağımlılığı, şiddetin öğrenilmesi, aldatma aile içi şiddetin sebepleri olmuştur.<sup>11</sup> Toplumun temel yapı taşı oluşturan ve aynı zamanda toplumun en küçük birimi olan ailede gelecek nesillerin davranışlarının şekillendiği, düşünce ve duygu yapılarının geliştiği ve eğitim aldığı ilk yer olması nedeniyle sağlıklı nesillerin devamı için aile içi şiddet dünyada ve ülkemizde önlemlerin daha da artırılması gereken toplumsal bir sorundur.<sup>12</sup>

## DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE AİLE İÇİ ŞİDDETİN DURUMU

Aile içi şiddet her türlü fiziksel, cinsel, duygusal ve ekonomik istismarlar sonucunda hem bireye hem de topluma yapılmış bir tehdit türüdür.<sup>2</sup> Tehdit altında olan en başlıca kesim çocuklar, yaşlılar ve kadınlardır. UNICEF (2017) verilerine göre Dünya’da 2-4 yaş arası 300 milyon çocuk, bakım sağlayıcıları tarafından psikolojik ve fiziksel cezalandırmaya maruz kalmakta ve yine tüm dünyada 5 yaşından küçük 177 milyon çocuk, eşinden şiddet gören annelerle birlikte şiddet görmektedir. 15-19 yaş kız çocukları arasında 15 milyon ergen kız çocuğu hayatlarında bir kez cinsel şiddete maruz kalmıştır.<sup>13</sup> Şiddete yüksek oranda maruz kalan diğer bir grup olan yaşlılarda, DSÖ verilerine göre her 6 yaşlıdan 1’i istismar edilmektedir.<sup>14</sup> Sıralamalar arasında toplumsal olarak büyük tehdit oluşturan kadınlarda ise veriler halen tam olarak netleşmemekte olup DSÖ 2002 raporuna göre şiddetin en fazla aile ortamında ve kadına yönelik olduğunu bildirmiştir.<sup>8</sup> Aile içi şiddet durumunun netleşmemesinin başlıca sebepleri arasında kötü muamele, ekonomik bağımlılık, varsa çocuklarından ayrılma korkusu, tehdit edilmeye bağlı gizleme gibi nedenler bulunmaktadır. DSÖ’ye göre dünyada her 3 kadından 1’i şiddet görmektedir. Dünyada ve ülkemizde kadına yönelik aile içi şiddetin durumunu gösteren araştırmalar insan hakları ihlalini ve cinsiyet eşitsizliğini kanıtlar niteliktedir<sup>15</sup>. DSÖ’nün 2014 yılında yayımladığı kadına yönelik şiddet raporunda, dünya genelinde kadınların ölüm sebebi eş/partner şiddeti olduğu ve dünyadaki kadın cinayetlerinin %38’i eş, %6’sı partner tarafından olduğu görülmüştür. Ayrıca %20 oranında da kadın ölümlerinin faillerinin bilinmediği saptanmıştır.<sup>3,15</sup> Yine DSÖ’nün 2000-2018 yılları arası kadına yönelik şiddet yaygınlığına ilişkin küresel veri tabanında, 15-49 yaş arası kadınlarda fiziksel şiddet ve eş/partner cinsel şiddeti oranları ömür boyu %27, geçen seneye göre %13 olduğu saptanmıştır. Bu durum Türkiye’de ömür boyu %32, geçen seneye göre oranı %12’dir.<sup>16</sup> 2014 yılında Avrupa Birliğine üye 28 ülkede 42 bin kadınla yapılan yüz yüze görüşmelerde; her üç kadından biri 15 yaşından sonra fiziksel veya cinsel şiddet deneyimi yaşamakta, her 20 kadından biri 15 yaşından sonra cinsel şiddete uğramış,

kadınların %12-15'i 16 yaşından sonra aile içi şiddet içeren bir ilişki yaşamakta, kadınların ortalama olarak %33'ü şiddetin üç türüne de maruz kalmaktadır.<sup>17,18</sup> Başka bir araştırmaya göre ABD'de yaşayan 43.6 milyon kadının partneri tarafından tehdit edildiği, eşi veya partneri tarafından fiziksel ve cinsel şiddet maruz kaldığı bildirilmiştir.<sup>10</sup> Biffu ve ark. 2019 yılında yayımladığı metaanaliz çalışmasında Etiyopya'da aile içinde kadına yönelik şiddet oranı %30-72,5 arasında olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte farklı ülkeler olarak; Kamboçya'da %23, Hindistan ve Doğu'da %31,99-47,64, Orta Asya ve Doğu Avrupa'da %79 olduğu tespit edilmiştir.<sup>43</sup>

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının 2014 yılında hazırladığı Kadına Yönelik Şiddet Araştırması'nda ülke genelinde fiziksel şiddete maruz kalma oranı %36 olup her 10 kadından 4'ü fiziksel şiddete uğramıştır.<sup>19</sup> Evlenmiş kadınların %12 si yaşamlarının herhangi bir döneminde cinsel şiddete maruz kalmış, kadınların yüzde 27'si hem fiziksel hem de cinsel şiddete uğramıştır. Kadına yönelik en yaygın şiddet duygusal şiddet/istismar oranı ise %44, ekonomik şiddet oranı %30, gebelikte fiziksel şiddet görme oranı %8 olarak bildirilmiştir.<sup>20</sup> Özcan ve ark. 2016 yılında yayımladığı sistematik inceleme ve metaanaliz çalışmasında, kadına yönelik aile içi şiddetin tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de yaygın olduğunu ve bu yaygınlığın en yüksek oranda sözlü şiddet olduğu akabinde fiziksel, duygusal, ekonomik ve cinsel şiddetin izlediği sonucuna varılmıştır.<sup>21</sup> UNFPA (2023) Türkiye'de Kadına Yönelik Aile içi Şiddet Gerçeği Raporu'nda, 2007-2021 yılı arasında Türkiye Kadın Dernekleri Federasyonu'nun Ev İçi Şiddet Acil Yardım Hattı'na gelen 28.198 arama analizi sonuçlarına göre, şiddete maruz bırakılan her 10 kişiden 8'inin kadın olduğu ve bu kadınların %73'nün evli faillerinin %90'ı erkek, çoğunluğunun (%63) eşi tarafından olduğu tespit edilmiş olmakla birlikte aramalarda en çok sığınma evleriyle ilgili bilgi talep edilmiştir.<sup>22</sup> Kadına yönelik aile içi şiddet ulusal ve küresel boyutta incelenmiş kadının ruhsal beden ve sosyal açıdan iyelik halinin elinden alındığı gözlemlenmiştir.<sup>16</sup>

## **DOĞUM ÖNCESİ VE DOĞUM SONRASI DÖNEMLERDE AİLE İÇİ ŞİDDET GÖREN KADINLARIN EMZİRME DURUMLARI**

Dünya genelinde her üç kadından biri cinsel şiddet ya da fiziksel şiddet görmekte yaşamlarında önemli bir yere sahip gebelikte de eş şiddetine maruz kalmaktadır. Dünyada kadınların gebelik döneminde şiddete maruz kalma oranının %0.9 ile %49 arasında değiştiği her 4 kadından 1'inin gebelikte fiziksel ya da cinsel şiddet gördüğü belirtilmiştir.<sup>23</sup> Gebelikte yakın partner şiddetinin dünya çapında yaygınlığı hakkında yapılan sistematik inceleme ve metaanaliz çalışmasında 52 ülkenin makale verileri dahil edilmiş kadınların fiziksel şiddet görme prevalansı %9.2, cinsel şiddet %5.5 ve psikolojik şiddet %18.7 herhangi bir şiddete maruz kalma ise %25 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda her 5 anneden 1'inin psikolojik, 10 anneden 1'inin fiziksel ve 20 anneden 1'inin cinsel şiddete maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır.<sup>24</sup> Portekiz'de 330 lohusa kadınla yapılan çalışmada gebelik döneminde kadınlar eşleri tarafından %16.1 psikolojik şiddet, %7,6 fiziksel şiddet, %2,7 cinsel şiddet görmekte, cinsel hayatı erken başlayan, düşük gelirli ve daha az eğitilmiş kadınların gebelik döneminde şiddete daha sık maruz kaldıkları sonucuna ulaşılmıştır.<sup>25</sup> İran'da 830 gebe kadınla yapılan araştırmada gebe kadınların %93,1'i şiddet görmekte, psikolojik şiddet %92,9 ile en yaygın şiddet türü olurken, fiziksel şiddet %7,7, cinsel şiddet %11 olarak bulunmuş; planlanan gebeliklerde fiziksel ve cinsel şiddet daha az görülmüştür.<sup>26</sup> Nepal'de 263 evli kadınla yapılan toplum tabanlı kesitsel çalışmada kadınların %30 gebeliğinde şiddet yaşamış, 10 gebe kadından 3'ü eşi tarafından şiddet görmüştür. Eşi alkol bağımlısı ve tütün kullanımı olan kadınlarda şiddet görme ihtimali artmıştır.<sup>27</sup> 2013 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada ise 10 hafta ve üzeri 59 gebeyle yaptığı çalışmada trimestere göre gebelikte şiddet yaşama durumunu incelemiş; gebelerin %50.8 inin gebelik boyunca her türlü şiddete maruz kaldığını, 2. trimesterde sözel ve duygusal şiddetin arttığını, 3. trimesterde tüm şiddet bulgularının temelde azaldığını doğum sonrası 6. ayda artmaya başladığı bulgusuna ulaşmışlardır.<sup>28</sup>

Gebelik ve emzirme döneminde yaşanan şiddet sadece rakamsal ifadelerden oluşmamakta, anne ve fetal sağlığı tehdit eden önemli sağlık sorunlarıyla karşılaşılmasına sebep olmaktadır. Şiddet gören gebe yetersiz beslenme ve doğum öncesi antenatal bakımın eksik olmasından kaynaklı beden direnci düşürerek hastalıklara yakalanma riskini artırmakta şiddetin yarattığı sonuç kadına duygusal, fiziksel ve

cinsel yönde zarar vermektedir.<sup>29</sup> Gebelikte yaşanan fiziksel şiddet erken membran rüptürü, preeklampsi, hiperemezis, kardiyovasküler ve nörolojik problemler, ödem, üriner sistem ve böbrek enfeksiyonu, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, antepartum kanamaya sebep olmakta; fetal sağlık açısından düşük doğum ağırlıklı bebek ve erken doğumu riskini artırmaktadır.<sup>30</sup> Gebelikte yaşanan duygusal ve cinsel şiddet gebelik ve doğum sonu emzirme döneminde anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığını artmasına sebep olmaktadır. Annenin anksiyete ve stres seviyesinin yüksek olması doğum sonu depresyon yaşama riskini artırmış anne ve bebek bağlanmasını azalmasına neden olmuştur.<sup>30</sup> Anne emzirme döneminde psikolojik sorunların etkisiyle, yenidoğanın ihtiyaçların daha az hassasiyet göstermekte bu durum anne ile bebek arasında duygusal bağı engelleyerek emzirme sürecini olumsuz etki etkilemektedir.<sup>30</sup> Emzirme anne ve bebek arasında güvenli bağlanmanın ilk adımı olmakla birlikte aynı zamanda bebeğin ruhsal ve fiziksel gelişimini olumlu yönde etkileyen önemli bir süreçtir. DSÖ ve UNICEF bebeklerin ilk 6 ay yalnızca anne sütü, 6 aydan 2 yıla kadar ek gıda ile birlikte emzirmeye devam edilmesi gerektiğini bildirmiştir.<sup>13,14</sup> DSÖ'nün 2015 yılında yayınladığı çalışmasında ilk altı ay anne sütü verme oranı %42 olarak bildirilmiş, ülkeler arasında bu oran %0.11 -%87 arasında değişme göstermiştir.<sup>31</sup> TNSA 2018 verilerine göre annelerin %98 emzirmeye başlamakta ancak bebek altı aylık olmadan yalnızca anne sütüyle beslenme oranı düşmektedir.<sup>32</sup> Emzirmeye ilk bir saat içinde başlama oranı %71 doğumu takip eden bir gün içerisinde emzirme oranı %86, prelekteal besin verilme oranı %42 olarak bulunmuştur. Ortanca emzirme süresi 16.7 ay, sadece anne sütü alan çocukların ortanca emzirme süresi 1.8 ay olarak tespit edilmiştir. Emzirilen bebekler 0-1 aylık dönemde %22 si bebek mamasıyla beslenmekte 2-8 aylık dönemde bebeklerin %29 mamaya devam etmektedir.<sup>32</sup> Emzirmenin erken başlatılması, yalnızca emzirme niyeti ve emzirmenin sürdürülmesini engelleyici etkenler mevcuttur.<sup>11</sup> Bu etkenler anne ile yenidoğan arasında olan tensel teması geç başlanması, meme başı ile ilgili sorunlar, doğum şekli ve yenidoğan sağlık hali ile ilgili etkenler olabildiği gibi; annenin iş hayatı, sosyal çevresi, alkol ve sigara kullanımı, babanın tutumu ve aile içi şiddet emzirme sürecini olumsuz etkilemektedir.<sup>18</sup> Literatürde yapılan birçok çalışma aile içi şiddetin anne ve bebek üzerinde ciddi olumsuz etkilerini kanıtlar niteliktedir. Anne emzirme döneminde aile içi şiddetin vermiş olduğu psikolojik sorunların etkisiyle, yenidoğanın ihtiyaçlarında daha az hassasiyet göstermekte bu durum anne ile bebek arasında duygusal bağı engelleyerek emzirme sürecini olumsuz etkilemektedir.<sup>30</sup> Frith ve ark. (2017) yılında yayınladığı randomize kontrollü çalışmasında Bangladeş'in kırsal kesimlerinde aile içi şiddet yaşayan 3186 kadının gebelik ve doğum sonrası süreçte verilen emzirme danışmanlığının emzirme süresine olan etkisi araştırılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre emzirme danışmanlığının aile içi şiddet yaşayan kadınlarda bebeklerini daha besledikleri ve emzirme süresine de olumlu etkileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır.<sup>33</sup> Mezzavilla ve ark. (2018) yılında yayınladığı çalışmasında, şiddete uğrayan annelerin, doğum sonrası 2 gün ile 6 aylık dönemleri değerlendirilmiş olup sonuç olarak emzirme niyetinin, emzirmeye başlama ve yalnızca emzirmenin düşük olduğu; şiddetin yaygın görüldüğü evlerde ise emzirmeyi sonlandırma olasılığının daha yüksek olduğu görülmüştür.<sup>34</sup> Caleyachetty ve ark. (2019) yılında yayınladığı çalışmada, çeşitli türlerde şiddet gören annelerde emzirmeye erken başlama olasılığı düşük ve ilk altı ayda yalnızca anne sütü verme oranının az olduğu sonucuna ulaşılmıştır.<sup>35</sup> Madsen ve ark. (2019) yılında 1128 kadınla yaptığı kohort çalışmasında, eş şiddetine maruz kalan kadınların kalmayanlara oranla çocuk altı aylık olmadan emzirmeyi sonlandırması %50 den fazla bulunmuş, şiddetin üç türüne de maruz kalan kadınların emzirmeyi erken sonlandırma olasılığı iki kat fazla olduğu ortaya çıkmıştır.<sup>36</sup> Normann ve ark. (2020) yılında yayınladığı sistematik incelemede, yakın partner şiddetinin emzirme üzerine etkileri araştırılmıştır. Sonuçlara göre şiddet maruziyetinin emzirmeye başlamayı önemli ölçüde azalttığı, emzirme süresinde kısalma olduğu ve emzirmeyi erken sonlandırmanın yaygın olduğu tespit edilmiştir.<sup>37</sup> Nijerya'da yapılan başka bir çalışmada 6 aydan küçük bebeği olan 2668 annenin katıldığı çalışmada yakın partner şiddeti ile yalnızca emzirme arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda şiddet türleri arasında fiziksel şiddetin yalnızca emzirme durumunu en çok olumsuz yönde etkileyen olduğu akabinde psikolojik şiddetin yer aldığı sonucuna ulaşılmıştır.<sup>38</sup> Phuc Do ve ark. (2022) yılında yayınlamış olduğu kohort çalışmasında çocukluk dönemi ve gebelik dönemi maruz kalınan şiddetin doğum deneyimleri ve emzirme üzerine etkisi araştırılmıştır. Vietnam'da 150 gebe ele alınmış



olup gebelik dönemi ve doğum sonrası görüşmeler sonucunda çocukluk dönemi ve gebelik döneminde maruz kalınan istismarın zararlı ve uzun etkileri olduğu, doğum öncesi depresyon, olumsuz duygusal doğum anıları ve doğum sonrası ilk 3 ayda emzirmeye devam etmeme gibi sonuçlara ulaşılmıştır.<sup>39</sup> Obioha ve ark. (2022) yılında yayımladığı çalışmada ABD'nin 42 eyaletinde yaşayan şiddete maruz kalan kadınların emzirmeye başlama, süre ve erken bırakma arasındaki ilişkisi değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre şiddete maruziyet emzirme üzerinde olumsuz etkiler oluşturduğu ancak sağlık profesyonellerinden ve destek gruplarından alınan emzirme eğitiminin emzirme üzerine olumlu etkileri olduğu görülmüştür. Bu konuda teşvik ve müdahalelerin artırılması önerilmiştir.<sup>40</sup>

## **EBELERİN SORUMLULUKLARI VE YAKLAŞIMI**

Aile içi şiddet asırlar boyu süregelen bir sorun olmasına karşın sağlık profesyonelleri özellikle aile ve kadınla iç içe çalışan ebeler tarafından ihmal edilmemesi ve gözden kaçırılmaması gereken önemli bir konudur. Aile içi şiddet görme riski altında olan veya şiddet gören kadınlar bu durumu çok dile getirememekte, korkularına yenik düşmektedirler. Oysaki ebeler, gerek kadın sağlığı üzerine gerek gebelik, doğum, doğum sonrası emzirme döneminde sürekli iletişim halinde olmaları kadınları daha iyi gözlemleyebileceğini göstermektedir. Kadınların bu dönemlerde daha iyi izlemlerinin yapılmasıyla birlikte aile içi şiddet görme durumunun tespit edilmesi kadın ve yenidoğan sağlığı açısından büyük bir önem oluşturmaktadır. Ebelerin öncelikli amacı risk gruplarını belirleme ve erken tanılama olması nedeniyle şiddeti önleme ve şiddet farkındalığı oluşturmada etkili bir sağlık profesyoneli. Ebeler gerekli yasal mevzuatları, şiddet durumu ile ilgilenen kurum ve kuruluşları bilmeli ve kadınları bilgilendirmeli, şiddet farkındalığı sağlamak amaçlı eğitimler düzenlemeli ve iyi bir dinleyici olmalıdır. Ayrıca şiddet tespiti sonucunda gereken yasal mevzuatı uygulamalıdır. Ebelerin risk gruplarını belirleyebilmesi, erken tanılama yapabilmesi, gerekli eğitimleri verebilmesi ve yasal mevzuatları uygulayabilmesi için aralıklı olarak eğitim programlarıyla desteklenmesi, şiddetin belirlenmesinde ve önlenmesinde önemli bir rol oluşturacağı düşünülmektedir.

## **ŞİDDET GÖRME RİSKİ YA DA MARUZİYETİ DURUMUNDA YASAL HAKLAR VE BAŞVURULABİLECEK KURUM VE KURULUŞLAR**

Aile içi şiddet durumu 4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun, Türk Ceza Kanunu ve Medeni Kanun'a göre aile bireyleri özellikle kadınlar korunma talep edebilmekte ve şikayette bulunabilmektedir.<sup>41</sup> Kanunlar, kadının şiddet gördüğünü ispat etmek zorunda olmadığını ve bütün şiddet türlerini kapsadığı bildirmektedir.<sup>11</sup> Kanunlar haricinde aile içi şiddet kapsamında ulusal ve uluslararası faaliyetler yürütülmekte, özellikle kadına yönelik şiddetle mücadelede koruyucu ve önleyici destek hizmetleri kadınlara fiziksel, sosyal ve ekonomik açıdan kilit rol oluşturmaktadır.<sup>11,41</sup>

*Şekil 1: KSGM, Aile İçi Şiddetle Mücadele El Kitabı<sup>41</sup>*



Yukarıda belirtilen şekildeki kurum ve kuruluşlar, aile içi şiddet görme riski olan veya şiddet gören kadınların 7/24 ulaşabileceği ve ücretsiz hizmet alabileceği birimlerdir.<sup>41</sup> Amaç erken müdahale ederek şiddeti önlemek ya da durdurmaktır. Bu kurumlara ek olarak Şiddet Önleme ve İzleme merkezi (ŞÖNİM), kadının ekonomik, psikolojik, hukuki ve sosyal olarak güçlendirilmesi amacıyla ülkemizin tüm illerinde hizmet vermektedir.<sup>42</sup> Ülkemizde Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele 4. Ulusal Eylem Planı çerçevesinde Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı koordinasyonunda İçişleri, Adalet, Milli Eğitim ve Sağlık Bakanlıkları ile Diyanet İşleri Başkanlığı iş birliğinde yeni bir faaliyet planı oluşturularak ŞÖNİM sayı ve kapasitesini artırmak hedeflenmiştir.<sup>42</sup> Ayrıca bu kapsamda ŞÖNİM birimlerinde çalışan multidisipliner meslek grupları ile daha etkin ve verimli sonuçlar alınması hedeflenmektedir.<sup>42</sup> Kadınların bu kurum ve kuruluşlardan haberdar olması ve destek almasında ebeler düşen görevin önemi yadsınamaz dolayısıyla ebelerin kadınlara bu kurum ve kuruluşlar hakkında bilgilendirme yapması önerilmektedir.

## SONUÇ

Aile içi şiddetin kadın ve emzirme dönemindeki olumsuz etkileri bir halk sağlığı sorunudur. Kadınların yaşadığı her türlü şiddet sonucunda emzirme süreci, emzirmenin devamlılığı ve anne sütü olumsuz etkilenmekle birlikte yenidoğanın mamaya geçiş durumunda artış gösterdiği çalışmalarca görülmüştür. Bu olumsuz etkileri en aza indirmek amacıyla kadınların doğum öncesi ve doğum sonrası emzirme dönemi gibi bakım hizmetleri sürecinde rutin taramalarda şiddet yönünden kapsamlı olarak değerlendirilmelidir. Kadınların kendilerini rahat ifade edebilecekleri güvenli ortamlar oluşturulmalı ve kişisel bilgilerin gizliliği esas alınmalıdır. Kadın hizmetleri ile iç içe çalışan ebelerin bu konudaki hassasiyeti artırılmalı, ebelere şiddetin önlenmesi ve durdurulmasıyla alakalı eğitimler verilmeli ve bu konuda ülkemizdeki çalışmaların yetersiz olduğu görülmüş olup çalışmaların artırılması önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

1. A., & Yıldırım, Z. (2020). Kadına yönelik aile içi şiddet üzerine bir inceleme. *Hacettepe üniversitesi sosyal bilimler dergisi*, 2(2), 122-138.
2. Özyürek, A., & Kurnaz, F. B. (2019). Aile içi şiddet farkındalığı ölçeği: güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Kalem Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi*, 9(1), 227-250.
3. Bükecik, E., & Özkan, B. (2018). Kadına yönelik şiddet: Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın sağlığına etkisi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 33-37.
4. Aşkın, E. Ö., & Aşkın, U. (2017). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Ve Yoksulluk İlişkisi: Aile İçi Şiddet Mağduru Kadınlar Üzerine Bir Araştırma. *Kapadokya Akademik Bakış*, 1(2), 16-37.
5. Topkara, F. N., & Özerdoğan, N. (2020). Gebelikte Eş Şiddeti; Maternal, Fetal ve Neonatal Sağlık Üzerindeki Etkileri. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 5(1).
6. Özkan, H., & Öter, E. G. (2023, March). Kadına Yönelik Şiddetin Emzirme Üzerine Etkisi. In *International Conference on Scientific and Academic Research* (Vol. 1, pp. 37-45).
7. Müdürlüğü, K. S. G. (2008). Aile İçi şiddetle mücadele el kitabı. *TC Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü*, 11-13.
8. World Health Organization. (2002). *World report on violence and health: Summary*. World Health Organization. <https://www.who.int/> Erişim Tarihi: 04.10.2023
9. Polat, O. (2016). Şiddet. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 22(1), 15-34.
10. Çalışkan, H., & Çevik, E. İ. (2018). Kadına yönelik şiddetin belirleyicileri: Türkiye örneği. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(14), 218-233.
11. Sütçü, S. (2021). Türkiye’de aile mahkemesi uzmanlarının aile kavramı ve aile içi şiddet olgusuna yönelik değerlendirmeleri: Nitel bir araştırma. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 140-155.
12. ÇAKIR, Ö., Harcar, T., Sürgevil, O., & Budak, G. (2016). Kadına yönelik şiddet ve Türkiye’de kadına yönelik şiddetin durumu. *Toplum ve Demokrasi Dergisi*, 2(4), 51-70.
13. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), (2017). <https://www.unicefturk.org/yazi/siddet> Erişim Tarihi: 13.09.2023
14. World Health Organization, (2015). Definition and Typology of Violence. <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition> Erişim Tarihi: 16.09.2023
15. World Health Organization, (2014). Violence against women report <https://www.who.int/> Erişim Tarihi: 18.08.2023
16. World Health Organization, (2015). Definition and Typology of Violence. <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition> Erişim Tarihi: 16.09.2023
17. Karayel, A. Hümeysra Kutluoğlu, “Kadına Yönelik Şiddet”, Araştırma 93, İNSAMER, Şubat 2019.
18. Avcı, S., Güler, S., Kütük, B., Polat, F. N., & Demir, M. (2021). Üniversite Öğrencilerinin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Hakkında Bilgi Ve Tutumlarının İncelenmesi. *Karadeniz Uluslararası Bilimsel Dergi*, 1(52), 63-83.
19. Şiddet, A. İ. (2015). Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması.
20. Özcan, H., & Sevdâ, Uzun. (2023). Aile İçi Şiddetin Kadın Sağlığı Üzerindeki Etkileri. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 25-37.
21. Özcan NK, Günaydın S, Çitil ET. Domestic Violence Against Women In Turkey: A Systematic Review And Meta Analysis. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016 Oct;30(5):620-9. doi: 10.1016/j.apnu.2016.04.013. Epub 2016 May 2. PMID: 27654248.
22. United Nations Population Fund (UNFPA), (2023). Kadına Yönelik Şiddet Gerçeği Raporu. <https://turkiye.unfpa.org/tr/turkiyede-kadina-yonelik-siddet-gercegi> Erişim Tarihi: 19.09.2023
23. Çilli, B., Ateş, N. A., & Küğcümene, G. (2019). Gebelikte fiziksel ve ruhsal şiddet durumunda ebelik yaklaşımı. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 1-14.
24. Román-Gálvez, R. M., Martín-Peláez, S., Fernández-Félix, B. M., Zamora, J., Khan, K. S., & Bueno-Cavanillas, A. (2021). Worldwide prevalence of intimate partner violence in pregnancy. A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in public health*, 1278.
25. Silva, R. D. P., & Leite, F. M. C. (2020). Intimate partner violence during pregnancy: prevalence and associated factors. *Revista de saude publica*, 54, 97.
26. Maharlouei, N., Roozmeh, S., Zahed Roozgar, M. H., Shahraki, H. R., Bazrafshan, K., Moradi-Alamdarloo, S., ... & Lankarani, K. B. (2023). Intimate partner violence during pregnancy in COVID-19 pandemic: a cross-sectional study from South-west of Iran. *BMC public health*, 23(1), 325.

27. Sharma, R., & Kaphle, H. P. (2023). Intimate partner violence during pregnancy among married women in Putalibajar municipality, Nepal. *Frontiers in Psychology, 14*, 1158406
28. Göğüş, T., & Yıldız, H. (2013). Trimestrlara Göre Gebelerde Şiddet Yaşama Durumu, Etkileyen Faktörler ve Perinatal Sonuçlar. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 12*(6).
29. Bozkurt, D. Ö., & Daşıkın, Z. (2016). Gebelikte eş şiddeti: risk faktörleri, sağlık sonuçları ve tarama araçları. *Türkiye Klinikleri Journals Obstetric Womens Health and Diseases Nursing-Special Topics, 2*(2), 15-22.
30. Amanpour, A., Ertal, E., Yıldız, S. N., & Çelik, F. (2020). Gebelik ve emzirme döneminde yakın eş şiddetinin maternal/fetal sağlığa ve beslenmeye etkileri.
31. Tozluoğlu, A., & Özkan, F. S. (2023). Annelerin Emzirme Deneyimleri Üzerine: Niteliksel Bir Çalışma. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 10*(2), 127-134.
32. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, (2018). [https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018\\_turkiye\\_nufus\\_ve\\_saglik\\_arastirmasi-55](https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018_turkiye_nufus_ve_saglik_arastirmasi-55) Erişim Tarihi:09.10.2023
33. Frith, A., Ziaei, S., Naved, R., Khan, A., Kabir, I. ve Ekström, E. (2017). Emzirme danışmanlığı, Bangladeş'in kırsal kesimlerinde aile içi şiddetin yalnızca emzirme süresi üzerindeki olumsuz ilişkisini hafifletiyor. MINIMat randomize denemesi. *Halk Sağlığında Beslenme, 20* (15), 2810-2818. doi:10.1017/S1368980017001136
34. Mezzavilla RS, Ferreira MF, Curioni CC, Lindsay AC, Hasselmann MH. Intimate partner violence and breastfeeding practices: a systematic review of observational studies. *J Pediatr (Rio J)*. 2018 May-Jun;94(3):226-237. doi: 10.1016/j.jpmed.2017.07.007. Epub 2017 Sep 6. PMID: 28888613.
35. Caleyachetty R, Uthman OA, Bekele HN, Martín-Cañavate R, Marais D, Coles J, Steele B, Uauy R, Koniz-Booher P. Maternal exposure to intimate partner violence and breastfeeding practices in 51 low-income and middle-income countries: A population-based cross-sectional study. *PLoS Med*. (2019) Oct 1;16(10):e1002921. doi: 10.1371/journal.pmed.1002921. PMID: 31574100; PMCID: PMC6771984.
36. JF.K. Madsen, C.E. Holm-Larsen, C. Wu, J. Rogathi, R. Manongi, D. Mushi, V. Rasch. "Intimate partner violence and subsequent premature termination of exclusive breastfeeding: A cohort study". *PLoS ONE*, vol. 14(6), pp. 1–14, 2019.
37. Normann AK, Bakiewicz A, Kjerulff Madsen F, Khan KS, Rasch V, Linde DS. Intimate partner violence and breastfeeding: a systematic review. *BMJ Open*. 2020 Oct 31;10(10):e034153. doi: 10.1136/bmjopen-2019-034153. PMID: 33130559; PMCID: PMC7783610.
38. Ariyo T, Jiang Q. Intimate partner violence and exclusive breastfeeding of infants: analysis of the 2013 Nigeria demographic and health survey. *Int Breastfeed J*. 2021 Jan 23;16(1):15. doi: 10.1186/s13006-021-00361-9. PMID: 33485361; PMCID: PMC7825158.
39. Do HP, Vo TV, Murray L, Baker PRA, Murray A, Valdebenito S, Eisner M, Tran BX, Luong-Thanh BY, Nguyen LH, Dunne MP. The influence of childhood abuse and prenatal intimate partner violence on childbirth experiences and breastfeeding outcomes. *Child Abuse Negl*. 2022 Sep;131:105743. doi: 10.1016/j.chiabu.2022.105743. Epub 2022 Jun 20. PMID: 35738070.
40. Obioha CU, Costa R, Del Pino Espejo MJ, Villalba K, Martin MP. Intimate Partner Violence and Breastfeeding Behaviors: Does the Source of Breastfeeding Information Affect the Associations Between Prepregnancy or Prenatal IPV and Breastfeeding Behaviors of Women in the United States? A PRAMS 2018 Study. *Breastfeed Med*. 2022 Jun;17(6):528-536. doi: 10.1089/bfm.2021.0282. Epub 2022 Mar 18. PMID: 35324347.
41. Müdürlüğü, K. S. G. (2008). Aile İçi şiddetle mücadele el kitabı. *TC Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü*, 11-13.
42. Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi (ŞÖNİM), (2012). <https://www.aile.gov.tr/iletisim/bakanlik-iletisim-bilgileri/sonim/> T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Erişim Tarihi: 11.09.2023
43. Biftu BB, Guracho YD. Determinants of Intimate Partner Violence against Pregnant Women in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Biomed Res Int*. 2022 Mar 26;2022:4641343. doi: 10.1155/2022/4641343. PMID: 35378786; PMCID: PMC8976645.

# SAYGILI ANNELİK BAKIMI BİLEŞENLERİNDEN HAREKET ÖZGÜRLÜĞÜ: DOĞUM SÜRECİNDE YÜRÜ, HAREKET ET VE POZİSYON DEĞİŞTİR

Feyza Aktaş Reyhan<sup>1</sup>, Elif Dağlı<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Kütahya

<sup>2</sup>Çukurova Üniversitesi Abdi Sütcü Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Adana,

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, saygılı annelik bakımı bileşenlerinden olan hareket özgürlüğü ile ilgili literatürün güncellenmiş bir incelemesini sunmak ve hareket özgürlüğünün benimsenmesini destekleyebilecek faktörler hakkında bir tartışma sağlamaktır.

**Yöntem:** Araştırma, Google Akademik, Dergipark ve Medline/PubMed gibi arama motorlarında güncel literatür taraması yapılarak hazırlanmıştır.

**Bulgular:** Doğumda hareket özgürlüğü, Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen saygılı annelik bakımının önemli bir bileşenidir. Literatürde hiçbir çalışma, normal doğum yapan sağlıklı kadınlarda doğum sırasında yürümenin zararlı olduğunu göstermemiştir. Bu kadına yürüme, hareket etme ve pozisyonları üstlenme özgürlüğü sağlayan anne dostu doğum uygulamasının kanıta dayalı sonucudur. Doğum sırasında dik pozisyonda ve hareketli olan kadınların doğumlarının daha kısa sürdüğü, daha az müdahale edildiği, daha az sezaryen doğum yapıldığı, daha az şiddetli ağrı yaşadıkları ve yatay pozisyondaki kadınlara göre doğum deneyimlerinden daha fazla memnun oldukları bildirilmiştir. Bazı bakım modellerinde ve doğum ortamlarında hareketlilik diğerlerinden daha sık kullanılmaktadır.

**Sonuç:** Saygılı annelik bakımı bileşenlerinden olan hareket özgürlüğü, doğumda en iyi bakımın sağlanmasına yönelik uygulamalardan biridir. Yürüme ve dik pozisyonların doğumun ilk aşamasının süresini azalttığına dair kanıtlar olmasına rağmen, ebeler ve kadın sağlığı çalışanlarına bunun önemini gösterecek ve hareket özgürlüğü için daha kesin tavsiyelere yönlendirecek çalışmalara ihtiyaç vardır. Yanı sıra kadınlarında doğum sırasında çeşitli pozisyonları benimsemesini kolaylaştıran veya engelleyen mevcut sağlık sistemlerindeki faktörler ve uygulamalara ilişkin daha fazla araştırmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Saygılı annelik bakımı, hareket serbestliği, doğum, ebe.

## FREEDOM OF MOVEMENT FROM RESPECTFUL MATERNAL CARE COMPONENTS: WALK, MOVE AND CHANGE POSITIONS DURING BIRTH

### ABSTRACT

**Aim:** The purpose of this study is to provide an updated review of the literature on freedom of movement, a component of respectful maternity care, and to provide a discussion about the factors that may support the adoption of freedom of movement.

**Method:** The research was prepared by searching the current literature in search engines such as Google Akademik, Dergipark and Medline/PubMed.

**Findings:** Freedom of movement at birth is an important component of respectful maternity care recommended by the World Health Organization. No studies in the literature have shown that walking during labor is harmful in healthy women who have given birth normally. This is the evidence-based result of mother-friendly childbirth practice that gives women the freedom to walk, move and assume positions. It has been reported that women who are in an upright position and mobile during delivery have a shorter delivery, less intervention, less cesarean delivery, less severe pain, and are more

satisfied with their birth experience than women in a horizontal position. Some care models and birth settings use mobility more frequently than others.

**Conclusion:** Freedom of movement, which is one of the components of respectful maternity care, is one of the practices for providing the best care at birth. Although there is evidence that walking and upright positions reduce the duration of the first stage of labor, studies are needed to show midwives and women's health professionals the importance of this and guide them to more precise recommendations for freedom of movement. In addition, there is a need for more research on the factors and practices in existing health systems that facilitate or prevent women from adopting various positions during childbirth.

**Keywords:** Respectful maternity care, freedom of movement, childbirth, midwife.

Gebelik ve doğum; vücudun doğal ve sağlıklı bir fonksiyonu olmakla birlikte kadın ve ailesi için en özel yaşam deneyimleridir. Ancak geçmişten günümüze çeşitli sebeplerle doğal doğumdan uzaklaşarak, doğumun anlamı medikal bir olaya dönüşmüştür.<sup>1,2</sup> Kadın ve ailesinin isteğini görmezden gelerek kararları alan medikalizasyon sürecinde yeme-içme kısıtlaması, rutin epizyotomi ve oksitosin vb. uygulamalar ile birlikte elektro fetal monitörizasyonu (EFM) için kadınların uzun süre yatar pozisyonda bırakılması sıkça kullanılmaktadır.<sup>3</sup> Maternal-fetal mortalite ve morbidite sağlığını korumak adına tıbbi müdahalelerin önemi büyük olmakla birlikte, rutin yapılan işlemlerin doğum korkusu, doğum memnuniyeti üzerine olumsuz etkilerinin olduğu aşikârdır. Doğum deneyiminin değerlendirilmesinde önemli bir parametre olan doğum memnuniyeti, maternal bakım kalitesi ve maternal-fetal iyilik halini göstermesi açısından oldukça değerlidir.<sup>4,5</sup> Kadınların olumlu doğum deneyimi yaşamaları özgüvenlerini artırmakla birlikte anne bebek bağlanması, emzirme davranışlarının kalitesi, gelecekteki doğum planlarının olumlu olması gibi katkılar sağlamaktadır.<sup>6</sup> Olumsuz doğum deneyiminin ise; maternal bağlanma ve emzirmede yetersizlik, postpartum depresyon, bakım vermede zorlanma, cinsel problemler, sonraki gebelik planı kararında zorlanma ve doğum korkusu gibi sorunlara neden olabilmektedir.<sup>7,8</sup>

Son yıllarda bakımın kalitesini artırmada üzerinde durulan kilit unsur ve evrensel bir insan hakkı olan bakım paradigması "Saygılı Annelik Bakımıdır". Saygılı annelik bakımı, bütün kadınlar için, mahremiyet, onur ve gizliliği koruyan, kötü muameleden uzak ve zarar görmedikleri, tüm doğum süreci boyunca bilinçli seçim hakkı ve sürekli profesyonel ve sosyal destek sağlayan bir şekilde organize edilen ve sağlanan bakım olarak tanımlanmaktadır.<sup>9</sup> Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2018), sağlık profesyonelleri ve kadınlar arasındaki etkileşimin kalitesinin pozitif doğum sonuçları için bir ön koşul olarak kabul etmiştir. Sağlık profesyonellerinin kadınlara saygılı bakım yaklaşımı sunarak, tüm doğum süreci boyunca duygusal desteği sağlamasını, gerekli bilgilendirmeyi yapmasını ve rızalarının alınmasını önermiştir.<sup>10</sup> Literatürde doğum sürecinde saygılı annelik bakımı üzerine yapılan çalışmalarda saygılı bakımın bileşenleri olarak genellikle güvenli ve zamanında bakım sağlama, gizliliğin korunması, mahremiyetine saygı gösterilmesi, doğum eyleminde kadının aktif rol alması, kadına işlemlerle ilgili bilgi verilmesi ve işlem yapılmadan önce kadının rızasının alınması, beslenmenin kısıtlanmaması, hareket serbestliği ve doğum pozisyonuyla ilgili olarak seçim özgürlüğünü teşvik etmekten bahsedilmektedir.<sup>11</sup>

Saygılı annelik bakımı bileşenleri kapsamında ele alınan hareket özgürlüğü ve pozisyon değişiklikleri, doğum ağrısının etkinliğini azaltmak ve kadınların doğum konforunu arttırmak için etkili müdahalelerdir. Yoğun hissedilen doğum ağrısı sonucu kadınlarda uterusu giden kan akımını azaltma, oksijen tüketimini artırma gibi olumsuz etkiler yaşanabilmektedir.<sup>12</sup> Fetüse giden oksijen miktarını azaltan bu fizyolojik değişiklikler sonucu fetal hipokssemi ve metabolik asidoz gelişebilmektedir. Bununla birlikte doğum ağrısının yoğun yaşanması doğum travmasına yol açarak olumsuz bir doğum sonrası döneme zemin hazırlamaktadır.<sup>13</sup> Bu doğrultuda DSÖ, kanıta dayalı çalışmalara dayanan bulgular neticesinde doğum eyleminde kadının istediği zaman tercih ettiği herhangi bir pozisyonu almasına izin verilerek hareket serbestliğinin sağlanmasını önermektedir.<sup>14,15</sup> Aktif doğum felsefesine göre de, hormonların etkili bir biçimde salgılanarak doğum eyleminin daha rahat gerçekleşebilmesi için, doğum sürecinde kadınların mahremiyetlerinin korunması ve kendilerini güvende hissettikleri

doğum ortamının sağlanması ve kendilerini rahat hissettikleri pozisyonların sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır.<sup>16</sup> Literatürde, travay sürecinde hareket serbestliğinin doğum süresini ve algılanan ağrı düzeyini azalttığı, kadınların konforu ve memnuniyetini artırarak olumlu doğum algısına etkileri olduğu bildirilmektedir.<sup>17,18</sup> Olumlu doğum deneyimi gerçekleştirmek için oldukça etkili ve basit bir yöntem olan hareket serbestliği ile doğum müdahaleleri gerekmezdir. Literatürde yer alan çalışmalar doğumda hareket serbestliği tanınan kadınların doğum memnuniyetlerinin yatar pozisyonda doğum yapan kadınların doğum memnuniyetlerinden daha fazla olduğu ve hareket serbestliği tanınmayan doğumlarda müdahalelerin daha fazla görüldüğünden bahsetmektedir.<sup>18</sup> Yürüyüş, dolaşma, ayağa kalkma, çömelme, duvara/herhangi bir objeye yaslanma, dizlerin üzerine çökme gibi hareketlerle kadınların içgüdüsel, kendisini rahat hissettiği pozisyonu almaları müdahalesiz doğumlarda kadının otonomisini kullanarak hareket serbestliğinin sağlanması önerilmektedir.<sup>19</sup> Kadının doğum ağrısı ile mücadele ettiği travay sürecinde kadınların hareket serbestliğinin sağlanması, yer çekiminin etkisini de kullanarak pelvis girim ve çıkımını genişleterek bebeğin doğum kanalına yerleşmesine ve ilerleyişine desteği bulunmaktadır.<sup>18,20</sup> Hiçbir çalışma, normal doğum yapan sağlıklı kadınlarda doğum sırasında yürümenin zararlı olduğunu göstermemiştir; bu, doğum yapan kadına yürüme, hareket etme ve doğum pozisyonlarını üstlenme özgürlüğü sağlayan Doğum Hizmetini İyileştirme Koalisyonu tarafından teşvik edilen Anne Dostu Hastane uygulamasının kanıta dayalı sonucudur. Doğumda kanıta dayalı yaklaşıma dayanan Anne Dostu Hastane kavramı da, doğumun müdahalesiz doğal akışında başlamasını, anneye fiziksel ve duygusal destek verilmesini, mahremiyetinin ve gizliliğin korunmasını, gerekmeyen tüm müdahalelerden kaçınılmasını, doğumdan sonra anne ve bebeğinin bir arada kalması ile birlikte doğum boyunca annenin hareket özgürlüğünün olmasını desteklemektedir.<sup>21</sup> Temel felsefesi doğumda uygulanan girişimleri azaltmaya dayanan Anne dostu hastanelerde indüksiyon, epizyotomi, sezaryen uygulamalarının daha az gerçekleştirildiği ve bu modele dayalı bakımın, anne ile bebek sağlığını ve annelerin doğumdan duydukları memnuniyeti olumlu etkilediği belirtilmiştir.<sup>21,22</sup> Sağlık sistemi doğum politikaları doğum eylemindeki kadınların kanıta dayanan, nitelikli, saygılı ve eşit bakım almalarını ifade etmektedir. Dolayısıyla doğum memnuniyetini artıran ve aynı zamanda yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri olan hareket serbestliği doğum sürecinde tüm kadınlara sağlanması gereken en temel haklardan biridir.

Tüm dünyada bildirildiği gibi ülkemizin de sezaryen oranlarının yüksekliği göz önüne alındığında, doğumların normalleşmesi için kadınların doğum memnuniyetlerini doğrudan etkileyen Saygılı Annelik Bakımına daha fazla önem verilmesi, uygulanmasının sağlanması, ilgi duyulması ve bu konuda araştırmalar yapılması oldukça önemlidir. Doğum sürecinde bakım kalitesinin önemli bir etmeni olan Saygılı Annelik Bakımının, kadınların doğum memnuniyetlerinin ve konforunun sağlanması, anne ve bebek sağlığında korunması ve geliştirilmesi, vajinal doğum oranlarını etkilemesi gibi birçok önemli etkileri bulunmaktadır.<sup>9,23</sup> Saygılı annelik bakımı doğrultusunda kadınlarının doğum deneyimlerinin değerlendirildiği bir araştırmada, katılımcıların çoğu saygılı bakımın tam sağlanmadığını belirttiği ve olumsuz deneyimleri arasında istediği pozisyonu alamama faktörünün yer aldığı belirlenmiştir.<sup>24</sup>

## **Sonuç**

Kadınların en özel anı doğum deneyimlerini doğal ve keyifli geçirmeleri için gerekmediği sürece hiçbir müdahalenin yapılmaması, sürecin kadının içgüdüsel olarak kendini en rahat hissettiği hareketleri özgürce yapabilmesine olanak tanınması kaliteli maternal bakımın önemli parçasıdır. Doğumda hareket serbestliğinin uygulanabilmesi için; sağlık profesyonellerine, özellikle kadınların en önemli doğum destekçisi ebelere, büyük sorumluluklar düşmektedir. Doğum alanında görev alan tüm sağlık profesyonellerinin bir ekip anlayışı içerisinde çalışmasına, kanıta dayalı araştırmaları ve yenilikleri takip etmesine, konuya ilişkin duyarlı ve yetkin olmasına, kadınları hareket özgürlüğü hakkında bilgilendirmesine ve destek olmasına gereksinim duyulmaktadır. Kadınların, gerçek bir tıbbi endikasyon ortaya çıkmadıkça, doğum sürecinde hareket etme hakkına sahip olduklarını algılamaları gerekir. Bilgilendirilmiş seçim, kadın ve bakım ve destek sunan ebesi arasında, önerilen bir

uygulamanın risklerini, faydalarını ve alternatiflerini gözden geçirmek için ortak karar verme sürecinin bir parçasıdır.

## Kaynaklar

1. Vural G, Erenel ŞA. (2017). Doğumun medikalizasyonu neden artmıştır, azaltabilir miyiz? Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 4(2), 76-83
2. Şahin, M., & Erbil, N. (2019). Doğum Ve Medikalizasyon. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 2(2), 120-130.
3. Yıldız KN. (2018). Alternatif doğum yöntemleri. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 45, 40- 43
4. Bilgin N, Bedriye AK, Potur DC, Ayhan F (2018) Satisfaction of women giving birth and affecting factors. J Health Sci Professions 5(3):342–352. <https://doi.org/10.17681/hsp.422360>
5. Conesa Ferrer MB, Canteras Jordana M, Ballesteros Meseguer C, Carrillo Garcia C, Martinez Roche ME. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. BMJ Open 2016; 26,6(8):e011362. doi: 10.1136/bmjopen-2016- 011362
6. Jafari E, Mohebbi P, Mazloomzadeh S. Factors Related to Women's Childbirth Satisfaction in Physiologic and Routine Childbirth Groups. Iran J Nurs Midwifery Res 2017; 22(3):219- 224. doi: 10.4103/1735-9066.208161
7. Smarandache A, Kim THM, Bohr Y, Tamim H. Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. BMC Pregnancy and Childbirth 2016;16:114
8. Akca A, Corbacioglu Esmer A, Sefik Ozyurek E, Aydin A, Korkmaz N, Gorgen H et al. The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. Archives of Gynecology and Obstet 2017; 295(2). doi: 10.1007/s00404-017-4345-5
9. Bohren, M. A., Tunçalp, Ö. & Miller, S. (2020). Transforming intrapartum care: Respectful maternity care. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 67, 113- 126.
10. World Health Organization reproductive health library. WHO recommendation on effective communication between maternity care providers and women in labor. Geneva, Switzerland: World Health Organization 2018.
11. Shimoda, K., Horiuchi, S., Leshabari, S., & Shimpuku, Y. (2018). Midwives' respect and disrespect of women during facility-based childbirth in urban Tanzania: A qualitative study. Reproductive Health, 15(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0447- 6>
12. Hu, Y., Lu, H., Huang, J., Zang, Y. (2021). Efficacy and safety of nonpharmacological interventions for labour pain management: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. <https://doi.org/10.1111/jocn.15865>.
13. Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., & Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. Reproductive Health, 15(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0511-x>
14. WHO (2015) The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Geneva, Switzerland: human production program
15. Karaman, Ö. E., & Yildiz, H. (2022). The Effect on Birth Pain and Process of the Freedom of Movement in the First Stage of Labor: A Randomized Controlled Study. Clinical and Experimental Health Sciences, 12(3), 730-738.
16. Balaskas, J. (1992). Active birth: the new approach to giving birth naturally, revised edition. America: Harvard Common Pres.



17. Shilling T, Romano AM, Difranco JT. Care Practice #2: freedom of movement throughout labor. *J Perinat Educ* 2007;16(3):21-4
18. Ondeck, M. (2019) Healthy birth practice# 2: Walk, move around, and change positions throughout labor. *J Perinat Educ* 28(2):81–87. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.28.2.81>
19. The Royal Collage Midwives-RCM. Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour Supporting Women in Labour. London: RCM; 2012. p.2-5.
20. Hodnett ED, Stremmer R, Halpern SH, Weston J, Windrim R. Repeated hands-and-knees positioning during labour: randomized pilot study. *PeerJ* 2013;1:e25.
21. Bilgin, Z. (2022). Anne dostu hastane modeli ve annelerin doğum memnuniyetleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 15(3), 279-288.
22. Başgöl Ş, Oskay Ü. Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde anne dostu hastane modeli. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;17(2):125-129.
23. Sheferaw, E. D., Mengesha, T. Z., & Wase, S. B. (2016). Development of a tool to measure women's perception of respectful maternity care in public health facilities. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0848-5>
24. Reyhan, F. A., & Dağlı, E. Kadınların Saygılı Annelik Bakımı Doğrultusunda Doğum Deneyimlerinin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Araştırma. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 6(1), 124-141.

# OBSTETRİK ŞİDDET: KADINLARIN DENEYİMLERİ, YAYGINLIĞI, RİSK FAKTÖRLERİ, BİLEŞENLERİ VE SONUÇLARI

**Elif Dağlı<sup>1</sup>, Feyza Aktaş Reyhan<sup>2</sup>**

1. Çukurova Üniversitesi Abdi Sütcü Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Adana,

2. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Kütahya

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı; doğum sırasında kadınların obstetrik şiddet deneyimleri, görülme sıklığı, risk faktörleri, bileşenleri ve sonuçları hakkında tartışma sağlamaktır.

**Yöntem:** Araştırma, Google Akademik, Dergipark ve Medline/PubMed gibi arama motorlarında güncel literatür taraması yapılarak hazırlanmıştır.

**Bulgular:** Obstetrik şiddet, sağlık profesyoneli tarafından kadının kendi bedeni ve üreme süreci hakkında söz sahibi olmasının engellenmesi; kadının yaşam kalitesini olumsuz etkileyen insanlık dışı muamele, tedavinin kötüye kullanılması, doğal doğum sürecinin patolojik bir duruma dönüştürülmesi; kadının bedeni ve cinselliği hakkında özgürce karar verme otonomisinin ve yeteneğinin kaybıdır. Günümüzde obstetrik şiddet, çoğu sağlık profesyonellerin ve hatta toplum tarafından da kabul edilmeden hala varlığını sürdürmektedir. Kadınların doğumdan önceki 30 dakika ile doğumdan 15 dakika sonrasına kadar fiziksel ve sözlü tacize uğrama riskinin en yüksek olduğu bildirilmiştir. Daha genç ve daha az eğitilmiş kadınların en fazla risk altında olması da kadınlara doğum sırasında nasıl davranıldığı konusunda eşitsizlikleri akla getirmektedir.

**Sonuç:** Literatür incelemesi sonucunda; sağlık tesislerinde doğum sırasında obstetrik şiddetin yaygın olduğu tespit edilmiştir. Risk faktörlerin tespit edilmesi; eşitsizliklerin ele alınması ve tüm kadınlar için saygılı annelik bakımının teşvik edilmesi, sağlıkta eşitliğin ve kalitenin artırılması açısından kritik öneme sahiptir. Ebelerin ve kadın sağlığı alanında çalışan tüm sağlık personelinin obstetrik şiddet algılarının ve tutumlarının belirlenmesine yönelik araştırmaların yapılması, obstetrik şiddet farkındalıklarını arttırmak amacıyla eğitim programlarının planlanması ve yürütülmesi önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Obstetrik, şiddet, kadın sağlığı, sağlık profesyonelleri.

## OBSTETRIC VIOLENCE: WOMEN'S EXPERIENCES, PREVALENCE, RISK FACTORS, COMPONENTS AND CONSEQUENCES

### ABSTRACT

**Aim:** The purpose of this study; to provide discussion about women's experiences of obstetric violence during childbirth, its incidence, risk factors, components and consequences.

**Method:** The research was prepared by scanning the current literature in search engines such as Google Scholar, Dergipark and Medline/PubMed.

**Results:** Obstetric violence means preventing a woman from having a say about her own body and reproductive process by a health professional; Inhumane treatment, abuse of treatment, transformation of the natural birth process into a pathological condition that negatively affects the woman's quality of life; It is the loss of a woman's autonomy and ability to decide freely about her body and sexuality. Today, obstetric violence still exists without acceptance by most healthcare professionals and even

society. It has been reported that women are at the highest risk of physical and verbal abuse between 30 minutes before and 15 minutes after birth. Younger and less educated women are also most at risk, suggesting inequalities in how women are treated during childbirth.

**Conclusion:** As a result of the literature review; obstetric violence during birth in healthcare facilities has been found to be common. Identifying risk factors; addressing inequalities and promoting respectful maternity care for all women is critical to improving health equity and quality. It is recommended to conduct research to determine the perceptions and attitudes of midwives and all healthcare personnel working in the field of women's health, and to plan and carry out training programs to increase their awareness of obstetric violence.

**Keywords:** Obstetrics, violence, women's health, health professionals.

## **OBSTETRİK ŞİDDET: KADINLARIN DENEYİMLERİ, YAYGINLIĞI, RİSK FAKTÖRLERİ, BİLEŞENLERİ VE SONUÇLARI**

### **Obstetrik Şiddet**

Obstetrik şiddet, sağlık profesyoneli tarafından kadının kendi bedeni ve üreme süreci hakkında söz sahibi olmasının engellenmesi; kadının yaşam kalitesini olumsuz etkileyen insanlık dışı muamele, tedavinin kötüye kullanılması, doğal doğum sürecinin patolojik bir duruma dönüştürülmesi, kadının bedeni ve cinselliği hakkında özgürce karar verme otonomisinin ve yeteneğinin kaybı, kadının zarar görmesine veya acı çekmesine neden olan saygı gösterilmeden uygulanan her türlü eylem veya ihmaldir.<sup>1</sup> Bu kavram Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sunduğu pozitif doğum deneyimi tanımıyla yakından ilişkili unsurları içermektedir.<sup>2</sup> Pozitif bir doğum deneyimi, sağlıklı bir bebeği klinik ve psikolojik risklerden uzak bir ortamda doğurmayı ve duygusal destek almayı içermektedir. Aynı zamanda güler yüzlü ve teknik açıdan yetkin klinik personeli de içerir ve tıbbi müdahaleler istendiğinde veya gerekli olduğunda bile yine de pozitif bir doğum deneyimidir. Aksi takdirde bu hak ihlali, saygısızlık, kötü muamele veya obstetrik şiddet gibi farklı kavramlarla adlandırılmaktadır.<sup>3</sup>

DSÖ, saygılı doğum bakımı, bakımın insanileştirilmesinin teşvik edilmesi ve kadınların doğumu olumlu bir şekilde deneyimleyebilmeleri, beklenti ve inançlarını yerine getirebilmeleri için güçlendirilmesi çağrısında bulunmaktadır. DSÖ, Sağlık Merkezlerinde Doğum Bakımı Sırasında Saygısızlık ve İstismarın Önlenmesi ve Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Bildirgesi'nde, doğum bakımı sırasında saygısız ve saldırgan muameleye maruz kalan kadınların sayısının çokluğu konusunda uyarılmıştır, saygılı doğum bakımını önceliklendirmenin önemini de vurgulamıştır.<sup>4</sup> Kadınların perinatal bakım süreci, kalite ve insancıl ilkeler doğrultusunda yürütülmelidir ve birey haklarına odaklanarak kadınları ve yenidoğanları onurlu bir şekilde karşılamak sağlık hizmetlerinin ve sağlık çalışanlarının görevidir.<sup>5</sup> Her ne kadar bu ifade mantıklı ve doğrudan görünse de, kadınların doğum ünitelerinde, özellikle de doğum sırasında yaşadıkları saygısız ve şiddet içeren uygulamaların ortaya çıktığına dair sağlam ve giderek artan kanıtlar bulunmaktadır.<sup>6,7</sup> Bu perspektifte, kadınların üreme gibi doğal süreçlerin patolojik hale getirilmesi yoluyla gasp edilmesi, özerkliği, bedeni ve cinselliği konusunda özgürce karar verme yeteneklerini kaybederek yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir.<sup>1</sup>

Obstetrik şiddet, Latin Amerika'da ve İspanya'da (2000) doğumun insanileştirilmesine yönelik aktivist hareketlerden ortaya çıkmıştır. Aktivist hareketler, tıbbileştirilmiş doğum ve doğum bakımı modellerini uzun süredir eleştiren ve bunları kadınların özerkliğinin ciddi bir ihlali olarak görülmesi sebebiyledir.<sup>8</sup> Obstetrik şiddet terimi, ilk kez 2007 yılında Venezuela'da yasal olarak tanınmıştır. Daha sonra Arjantin (2009) ve Meksika'da (2014) yasalaştırılmıştır. Bu ülkelerde obstetrik şiddet failleri cezai sorumluluğa tabiidir. Bu yasada;

- Obstetrik acillere zamanında ve etkin müdahale edilmemesi,
- Vertikal pozisyonda doğum yapmanın mümkün olduğu durumda kadının sırtüstü ve bacakları kaldırılmış şekilde doğum yapmaya zorlanması,

- Tıbbi gerekçe olmaksızın doğumdan hemen sonra yenidoğanın anne ile bağ kurmasına, emzirmenin başlatılmasına izin verilmemesi,
- Düşük riskli kadınlarda, kadının gönüllü onamı ve açık rızası olmadan normal doğum sürecinin doğumu hızlandırma tekniklerini kullanarak değiştirilmesi,
- Normal doğum mümkünken kadının gönüllü onamı ve açık rızası olmadan sezaryen ile doğum yaptırılması gibi sağlık profesyoneli tarafından yapılan eylemlerin obstetrik şiddet olarak kabul edildiği bildirilmiştir.<sup>1</sup>

## **Kadınların Deneyimleri, Yaygınlığı, Risk Faktörleri, Bileşenleri ve Sonuçları**

Obstetrik şiddetin farklı türleri literatürde bildirilmektedir. Fiziksel şiddet, rıza alınmadan bakım yapılması, onursuz/saygısızca davranılması, mahremiyetin önemsenmemesi, kişisel bilgilerin gizliliğine özenilmemesi, bakımı ihmal etme, ayrımcılık yapma ve sağlık kuruluşlarında alıkoyma olarak sınıflandırılabilir.<sup>9</sup>

Son yıllarda, doğum sırasında kadının onurunu ve özerkliğini zedeleyen durumlar küresel çapta dikkat çekmektedir.<sup>10</sup> Obstetrik şiddetin prevalansı; ülkeye, kullanılan araç ve yonteme, obstetrik şiddetin tanımına ve türüne, ayrıca doğum yapılan kuruma bağlı olarak %15-91 oranında değişmektedir.

İspanya'da %38,3, Hindistan'da %28,8, Etiyopya'da %75,1 ve Brezilya'da %18,3 oranında obstetrik şiddet mağduru kadın olduğu bildirilmektedir.<sup>9,11-13</sup> Ülkemizde ise pek fark edilmeyen, üzerine konuşulmayan ve dikkate de alınmayan bir konu olduğundan mevcut araştırmalar sınırlıdır.<sup>14</sup>

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, obstetrik şiddet kadınların %76,4'ünde görüldüğü ve %44,4'ü fiziksel istismar, %44,4'ü bakımdan vazgeçme, %26,5'i rızasız bakım, %25,1'i onursuz bakım, %3,3'ü gizli olmayan bakım ve %0,4'ü ayrımcılık olarak bildirilmiştir.<sup>15</sup> Obstetrik şiddetin varlığı, medeni durum, yaş, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik düzey, çalışma durumu, yaşadığı yer, ırk, parite, düşük yapma geçmişi, doğum şekli, doğum yapılan saat ve doğum merkezine (devlet/özel hastane) ayrıca doğuma katılan kişinin cinsiyeti ve meslek kategorisi gibi faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Kadınların doğumdan önceki 30 dakika ile doğumdan 15 dakika sonrasına kadar fiziksel ve sözlü tacize uğrama riskinin en yüksek olduğu bildirilmiştir.<sup>16,17</sup> Ayrıca kadınlar tarafından obstetrik şiddet; doğum masasında litotomi pozisyonunda doğum yapma, kadının rızası olmadan epizyotomi yapılması, uterus fundusuna baskı uygulanması veya kadının izni olmadan vajinal muayene yapılması gibi farklı klinik uygulamalar da daha yüksek algı ile ilişkilidir.<sup>18</sup>

Obstetrik şiddet; anne ve bebeğin beden ve ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir.<sup>19</sup> Obstetrik şiddet mağduru kadınların, vücut yaralanması, duyu durum bozukluğu, sağlık kuruluşuna başvuru yapmaktan kaçınma, kişilik değişimi, aile ilişkilerinde bozulma, cinsel disfonksiyon, anne-bebek bağlanma sorunları, postpartum depresyon riski ve travma sonrası stres bozukluğu yaşadığı bildirilmiştir.<sup>20</sup> Doğum sürecinde ihmal edilip, yalnız bırakılan kadınların kendilerini göz ardı edilmiş/değersiz hissettiği, postpartum depresyon gelişme riskinin diğer kadınlara göre 7 kat fazla olduğu; kadınların hareket özgürlüğünün kısıtlanmasının, ağrı yönetimini zorlaştırma, anestezi kullanımında artma, doğum eylemini uzatma ve sezaryen riskinin artırmasıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Doğuma eşlik eden refakatçi olmamasının, kadınların yalnız kaldığı, endişe/korkuya yol açtığı ifade edilmiştir.<sup>19</sup> Başka bir çalışmada doğumdan bir yıl sonra travma sonrası stres bozukluğu görülme sıklığı, DSÖ' nün doğum bakımına saygı gösterilmesi ve insancillaştırılmasıyla ilgili olarak oluşturduğu kılavuzlara dayanarak doğum sırasında gerçekleştirilen iyi klinik uygulamalarla olumsuz şekilde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, daha önce cinsel şiddete maruz kalmış kadınlar, doğum sırasında şiddet söz konusu olduğunda ekstra savunmasız bir gruptur çünkü dikkatsiz eylemler cinsel saldırı anılarını tetikleyebilir.<sup>10,21</sup> Cinsiyet eşitsizliği kadın haklarını temelden zayıflatmakta ve doğum sırasında kabul edilemez şiddete gereken ilginin gösterilmemesi, kadınlara şiddete maruz kalmaya devam etme hakkını körüklemektedir.<sup>22</sup> Diğer taraftan obstetrik şiddet uygulayan/tanık olan sağlık çalışanları aynı zamanda ikincil travmatik stres ve şefkat yorgunluğunun en öne çıkan bozukluklar olduğu sağlık sonuçları da doğurur ve hatta profesyonellerin mesleklerini bırakmalarına bile yol açabilirler.<sup>23</sup>

Günümüzde obstetrik şiddet, çoğu sağlık profesyonellerin ve hatta toplum tarafından da kabul edilmeden hala varlığını sürdürmektedir. Obstetrik şiddet, yalnızca kadın ve yenidoğan sağlığına zarar veren, yaygın bir halk sağlığı sorunu değil, aynı zamanda insan haklarını da ihlal eden bir sorundur.<sup>24</sup>

Obstetrik şiddet, damgalanmayı içeren bir konudur, duyarlılaştırma ve yeterli eğitim ile ortaya çıkarılması gerekir. Bu doğrultuda, sağlık merkezlerinde obstetrik şiddeti ortadan kaldırmak için stratejiler ve politikalar uygulanmalı, kadınların haklarına en büyük saygı gösterilerek kanıt dayalı bakım garantisi edilmelidir.

### **Sonuç ve öneriler**

Literatür incelemesi sonucunda; sağlık tesislerinde doğum sırasında obstetrik şiddetin yaygın olduğu tespit edilmiştir. Risk faktörlerin tespit edilmesi; eşitsizliklerin ele alınması ve tüm kadınlar için saygılı annelik bakımının teşvik edilmesi, sağlıkta eşitliğin ve kalitenin artırılması açısından kritik öneme sahiptir. Ebelerin ve kadın sağlığı alanında çalışan tüm sağlık personelinin obstetrik şiddet algılarının ve tutumlarının belirlenmesine yönelik araştırmaların yapılması, obstetrik şiddet farkındalıklarını arttırmak amacıyla eğitim programlarının planlanması ve yürütülmesi önerilir.

### **Kaynaklar**

1. Pérez D'Gregorio, R. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010; 111: 201-2.
2. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2018.
3. Katz, L., Amorim, M. M., Giordano, J. C., Bastos, M. H., Brilhante, A.V.M. Who is afraid of obstetric violence? *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2020; 20: 623-6.
4. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement (No. WHO/RHR/14.23). World Health Organization. 2014.
5. Bowser D., Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. Harvard School of Public Health. University Research Co, LLC; 2010.
6. d'Oliveira, A.F., Diniz, S.G., Schraiber, L.B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet.* 2002; 359: 1681-5.
7. Williams, C.R., Jerez, C., Klein, K., Correa, M., Belizán, J.M., Cormick, G. Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *BJOG.* 2018; 125: 1208-11.
8. Simonovic, D. UN human rights council. special rapporteur on violence against women. UN Secretary-General. A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence. 2019. <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=en>
9. Mihret, M. S. Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a specialized comprehensive hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia. *BMC Research Notes*, 2019; 12(1): 600.
10. Darilek, U. A Women's right to dignified respectful healthcare during childbirth: A review of the literature on obstetric mistreatment. *Issues Ment. Health Nurs.* 2018; 38(6): 538-41. doi:10.1080/01612840.2017.1368752
11. Mesenburg, M.A., Victora, C.G., Jacob Serruya, S. Ponce De León, R., Damaso, A.H., Domingues, M.R., Da Silveira, M.F. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reprod Health.* 2018; 15: 54 <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0495-6>
12. Bhattacharya, S., Sundari Ravindran, T.K. Silent voices: Institutional disrespect and abuse during delivery among women of Varanasi district, northern India. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018; 18: 338.
13. Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V.M., Cervera-Gasch, A., Andreu-Pejó, L., Valero-Chillon, M.J. Obstetric violence in Spain (Part I): Women's perception and interterritorial differences. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020; 17: 7726.
14. Kilci, Ş., Demirel-Bozkurt, Ö., Saruhan A. Bir kadın hakkı ihlali: Obstetrik şiddet. 2020; 29(2): 122-128.
15. Aşçi, Ö., Bal, M. D. The prevalence of obstetric violence experienced by women during childbirth care and its associated factors in Türkiye: A cross-sectional study. *Midwifery*, 2023; 124: 103766.

16. Abuya, T., Sripad, P., Ritter, J., Ndwigwa, C., Warren, C. E. Measuring mistreatment of women throughout the birthing process: Implications for quality of care assessments. *Reproductive Health Matters*, 2018; 26(53): 48-61.
17. Galle, A., Manaharlal, H., Cumbane, E., Picardo, J., Griffin, S., Osman, N., Roelens, K., Degomme, O. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in southern Mozambique: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2019; 19(1): 1-13. doi: 10.1186/s12884-019-2532-z
18. Montesinos-Segura, R., Urrunaga-Pastor, D., Mendoza-Chuctaya, G., Taype-Rondan, A., Helguero-Santin, L.M., Martinez-Ninanqui, F.W., Centeno, D.L., Jiménez-Meza, Y., Taminche-Canayo, R.C., Paucar-Tito, L., Villamonte-Calanche, W. Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Peru. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018; 140(2): 184-90. doi: 10.1002/ijgo.12353.
19. Chadwick, R. J., Cooper, D., Harries, J. Narratives of distress about birth in South African public maternity settings: A qualitative study. *Midwifery*, 2014; 30(7): 862-8.
20. Garcia, L.M. A concept analysis of obstetric violence in the United States of America. *Nursing Forum*, 2020; 55(4): 654-63.
21. Reed, R., Sharman, R., Inglis, C. Womens' descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2017; 17: 21. doi:10.1186/s12884-016-1197-0.
22. Jewkes, R., Penn-Kekana, L. Mistreatment of women in childbirth: Time for action on this important dimension of violence against women. *PLoS Med.* 2015. doi:10.1371/journal.pmed.1001849.
23. Olza-Fernández, I., Ruiz-Berdún, D. Midwives experiences regarding obstetric violence. *Arch. Women's Ment. Health*, 2015; 18: 322.
24. Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Valero-Chillerón, M. J., Andreu-Pejó, L., Cervera-Gasch, A. Obstetric violence in Spain (Part III): healthcare professionals, times, and areas. *International journal of environmental research and public health*, 2021; 18(7): 3359. doi: [10.3390/ijerph18073359](https://doi.org/10.3390/ijerph18073359)

**INVESTIGATING WOMEN’S AND MEN’S STIGMATIZING ATTITUDES AND BEHAVIORS TOWARDS  
ABORTION AND RELATED FACTORS: THE CASE OF TÜRKİYE, A MUSLIM COUNTRY**

**Assoc. Prof. Dr. Ummahan YÜCEL İlayda Nur İŞÇİ Başak ELVAN**

**ABSTRACT**

This study aimed to determine women’s and men’s stigmatizing attitudes and behaviors towards abortion in Türkiye, a Muslim country. The study also set out to examine the factors affecting stigmatizing attitudes and behaviors. A total of 982 individuals (701 females and 281 males) over the age of 18 were included in the cross-sectional analytical study. Convenience sampling, one of the non-random sampling types, was preferred in the research to reduce the cost and save time. The research data were collected through Google Forms and social media in 17 provinces of Türkiye out of a total of 81 provinces. Having participants from different provinces is a strong aspect of the research. Personal Information Form, Questionnaire for Determining the Participant Opinions about Abortion and Stigmatizing Attitudes, Beliefs and Actions Scale (SABAS) were used in data collection. It was concluded that participants with low education level, participants living in rural areas, men, married people and people with more than two children displayed a higher level of stigmatizing attitudes towards abortion. It is believed that this research will contribute to the assessment of the perspectives on stigmatization regarding abortion.

**Keywords:** Abortion, stigma, scale

**ÖZET**

Bu çalışmanın amacı Müslüman bir ülke olan Türkiye’de kadın ve erkeklerin kürtaja yönelik damgalayıcı tutum, davranışlarını belirlemektir. Çalışmanın bir diğer amacı damgalayıcı tutum ve davranışları etkileyen faktörlerin incelenmesidir. Kesitsel analitik tipte olan çalışmaya 18 yaşından büyük 701 kadın ve 281 erkek olmak üzere toplam 982 kişi dahil edilmiştir. Araştırmada, maliyeti düşürmek ve zamandan kazanmak için tesadüfi olmayan örnekleme türlerinden kolaylı örnekleme tercih edilmiştir. Araştırma verileri Türkiye’nin toplam 81 ilinden 17’sinde Google Forms ile sosyal medya aracılığıyla toplanmıştır. Farklı illerden katılımcıların olması araştırmanın güçlü bir yönüdür. Veri toplamada Bireysel Bilgi Formu, Kürtajla İlgili Düşüncelerin Belirlenmesine Yönelik Soru Formu,

Kürtaja Yönelik Damgalayıcı Tutum, İnanç ve Davranış Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmada eğitim düzeyi düşük olan ve kırsalda yaşayan katılımcıların, erkeklerin, evlilerin ve ikiden fazla çocuğu olanların kürtaja karşı daha yüksek düzeyde damgalama tutumuna sahip oldukları bulunmuştur. Araştırmamızın kürtaja ilişkin damgalamaya yönelik bakış açısının değerlendirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kürtaj, damgalama, ölçek

## INTRODUCTION

Worldwide, approximately 73 million induced abortions occur each year. In general, 6 out of 10 unintended pregnancies (61%) and 3 out of 10 pregnancies (29%) result in induced abortion. Of these induced abortions, 45% are unsafe<sup>72</sup>.

Abortion has many dimensions that include medicine, population policies, religion and political discourses<sup>74</sup> and stigmatizing attitudes towards abortion are usually shaped under the influences of religious and political discourses<sup>14,22,23,69-70</sup>. The stigma of abortion has been conceptualized as “a negative quality attributed to women who mark themselves internally or externally to be lower than the ideals of femininity and who attempt to terminate a pregnancy<sup>35</sup>”. Stigmatizing approaches to abortion cause fear of exclusion, anxiety, depression, self-blame, and social isolation in women<sup>42,55,59,62,64</sup>.

In Türkiye, the right to have an elective abortion was legalized in 1965 only in the presence of a medical indication<sup>19</sup> and the right to have an elective abortion became legal in 1983<sup>15</sup>. However, elective abortion has become a subject of discussion again during the administration of a party that defines itself as conservative democrat and has been in power for the last 20 years. The prohibition of elective abortion is voiced by the most authoritative political leaders, and the pronatalist political discourse is kept on the agenda. These discourses have negatively affected the attitudes of the society and health professionals towards abortion<sup>1,20,66,75</sup>. International studies reported that stigmatizing attitudes towards abortion complicate the access to abortion services, increasing the risk of mortality and morbidity due to unsafe abortion practices<sup>29,31,34</sup>.

Healthcare professionals who provide abortion services are affected by the stigmatizing approaches to abortion. Studies show that healthcare professionals experience stigmatization and exclusion from the society, family, and colleagues, and are hesitant to provide abortion services to avoid negative qualities attributed to their practices labeled as “dirty work”<sup>18,24,25,26,41,48,66</sup>. It is stated that stigmatizing approaches within the society have negative effects on access to abortion services as well as on abortion medical records. The decrease in the rates of induced abortions in Türkiye from 24% in 2013 to 15% in 2018 is



also regarded as a registration/record problem<sup>43</sup>. It can be argued that the increase in the need for family planning in Türkiye from 6% to 12% in the same years supports these comments<sup>67-68</sup>.

The effect of recent pronatalist political discourses and approaches in Türkiye against abortion on the stigmatizing attitudes of society towards abortion has not been extensively studied. This study aimed to examine the stigmatizing attitudes and behaviors of Turkish women and men towards abortion and the factors affecting it.

## **MATERIAL AND METHOD**

### **Research Design and Setting**

A cross-sectional study was carried out in 17 of the 81 provinces in Türkiye from January 20 2022 to March 7 2022.

### **The Universe and Sample of the Research:**

A total of 982 men and women over 18 years of age were included in the study. Convenience sampling, one of the non-random sampling types, was used in the study to reduce the research cost and save time. In this sampling method, the researcher chooses a situation that is easy to access<sup>75</sup>.

### **Data collection tools:**

The data were collected with the help of Personal Information Form, Questionnaire for Determining the Participant Opinions about Abortion, and Stigmatizing Attitudes, Beliefs and Actions Scale (SABAS). Data collection tools are described below.

1. **Personal Information Form:** The personal information form developed by the researchers by reviewing the relevant literature<sup>24,33</sup> consists of 16 questions
2. **Questionnaire for Determining the Participant Opinions about Abortion:** It was developed by the researchers by examining the relevant literature<sup>12,13,42,58,63</sup>. The questionnaire with 14 statements to determine the participants' opinions about abortion is answered with yes/no options.
3. **Stigmatizing Attitudes, Beliefs and Actions Scale (SABAS):** The scale was developed by Shellenberg et al in 2014<sup>24</sup>. The Turkish reliability and validity study of the scale was conducted by Öztürk and Güner in 2020<sup>24</sup>. The permission to use the scale was obtained by the researchers via e-mail. The factor analysis presented a three-factor model for the SABAS: negative stereotypes (Cronbach's alpha: 0.85), discrimination and exclusion (Cronbach's alpha: 0.80), and fear of contagion (Cronbach's alpha: 0.80). The scale was finalized with 18 items and the Cronbach alpha value was found to be 0.90<sup>58</sup>. The items of the scale were scored with a 5-point Likert system, ranking from 1 (strongly agree) to 5 (strongly disagree). Only the 15<sup>th</sup> item is reverse coded in the scale. The scale does not have a cut-off point, and it is interpreted that

stigmatizing attitudes, behaviors and beliefs towards abortion increase as the score increases towards 80, while the stigmatization decreases as the score decreases towards 0<sup>58</sup>.

Stigmatizing attitudes, beliefs and behaviors towards abortion were the dependent variables in the study while socio-demographic and obstetric characteristics and opinions about abortion were taken as the independent variables.

### **Data collection:**

The data were collected online by the researchers via Google Forms online questionnaire answered by voluntary men and women over 18. Data collection took approximately 5-7 minutes for each participant. The first question in the online survey asked whether the participants agreed to participate in the research, and only the participants who volunteered to take part in the study were able to answer the rest of the survey questions.

### **Data analysis:**

The research data were analyzed using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 program. "Reliability Analysis" was conducted to test the reliability of the scale used in this study. Descriptive statistical methods (number, percentage, minimum-maximum values, mean, standard deviation) were used during data analysis.

Since the presence of outliers and extreme values affects the power of statistical methods as it increases the value of error variance, they were examined to determine whether they were present in the data sets before starting the statistical analysis.

The conformity of the data to the normal distribution was tested. Having a normal distribution can be examined with the Q-Q Plot plot. In addition, the normal distribution of the data depends on the fact that the skewness and kurtosis values are between  $\pm 3$ .

Independent t-test was used to compare two independent groups and one-way analysis of variance was performed to compare more than 2 independent groups for the data with normal distribution, while Bonferroni was used to find out the source of the difference between two groups when there was a difference.

## **FINDINGS**

Of the participants, 71.4% were female and 28.6% were male; 54.9% of the participants were 36 years old and over; 57.4% were married and 81.4% had a nuclear family. While the rate of the participants who did not have children was 41%, the rate of the participants with 3 or more children was 12.2%. Of the participants, 78.2% had undergraduate or higher level education; 57.5% were employed, 84.4% had health insurance and 18.8% had more income than their expenses. While 15.2% of the participants or

their spouses had a previous experience of induced abortion; more than half (55.8%) had acquaintances who had abortion (Table 1).

Table 2 presents the distribution of the answers provided by the participants to the form to determine their opinions on abortion. It was found that 55.1% of the participants answered “yes” to the question “Do you think the laws allow elective abortion (abortion provided for reasons other than medical necessity) in our country?”; 62.2% of the respondents answered “yes” to the question “Would you support the decision of a relative who is considering having an abortion?”; 50.8% of the respondents answered “yes” to the question “Do you believe abortion is a sin?”; 97% of the participants answered “yes” to the question “Is a woman who has an abortion a bad person?” and 85.7% of the respondents answered “yes” to the question “Do you think having an abortion is acceptable?”.

The results showed a statistically significant difference between negative stereotypes scores and exclusion and discrimination scores based on age ( $p < 0.05$ ). Bonferroni was applied to find the group that created the difference. It was found that the negative stereotypes scores of the participants in the 36-45 age range and the exclusion and discrimination scores of the 46-55 age range were higher than the other participants (Table 3).

A statistically significant difference was found between all sub-scale scores and the total scale scores based on gender, marital status, educational status and participants’ residence ( $p < 0.05$ ). It was concluded the participants who were male, married, had a master's and/or doctorate degree and who resided in villages had higher sub-scale scores and total scale scores compared to the other participants (Table 3).

There was a statistically significant difference between the participants’ income status and their scores in the fear of contagion dimension ( $p < 0.05$ ). It was found that the participants with less income than their expenses had higher fear of contagion dimension scores of compared to those with income higher than their expenses (Table 3).

There was a statistically significant difference between the exclusion and discrimination dimension, fear of contagion dimension and total scale scores based on participants’ family structure ( $p < 0.05$ ). It was concluded that the exclusion and discrimination, fear of contagion and total scale scores of the participants with extended family structures were higher than the participants with nuclear families and who lived alone or lived with their children (Table 3).

There was a statistically significant difference between the negative stereotypes, exclusion and discrimination dimension and total scale scores based on the number of participants’ children ( $p < 0.05$ ). The negative stereotypes score, exclusion and discrimination score and total scale scores of the participants with three or more children were higher than the participants who did not have children or who had one or two children (Table 3).

## **CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS**

This study, which was carried out with a large sample in 17 different provinces of Türkiye, a Muslim country, examined the stigmatizing attitudes, beliefs and behaviors of women and men towards abortion and the relevant factors at play. It was found that about half of the participants regarded abortion as a sin. On the other hand, the general attitude towards abortion was found to be positive and abortion was accepted by the society. However, some socio-demographic and obstetric variables negatively affected the perceptions towards abortion. Negative attitudes were more common among disadvantaged groups with low education and among individuals living in rural areas. It can easily be foreseen that the negative attitude among this group, which is also disadvantaged in terms of accessing abortion services, will reflect on the health of the mother and child. It is recommended to conduct more research about stigmatizing attitudes towards abortion in people with lower socio-economic status.

Another important and surprising finding of the study is that about half of the participants thought that abortion was prohibited in Türkiye, where elective abortion has been legal since 1983. It is thought that this perception stems from the recent political and social debate in the country about banning abortion. Considering abortion to be illegal carries the potential to affect the demand and supply of abortion services. Studies are needed to correct this misperception. Women and men should be informed that abortion is legal through social media and health professionals. In addition, it is recommended to conduct comprehensive qualitative and quantitative studies on how the perception of prohibition affects the demand and supply of abortion services.

**Conflict of Interest:** The authors have no conflict of interest to declare

**Table 1: Participant socio-demographic and obstetric characteristics**

| <b>Variables</b>                                      | <b>N</b> | <b>%</b> |
|---|----------|----------|
| <b>Age</b><br>( $\bar{X} \pm SS$ , 37.88 $\pm$ 13.09) |          |          |
| 25 years or younger                                   | 258      | 26.3     |
| 26-35   | 185      | 18.8     |
| 36-45   | 230      | 23.4     |
| 46-55   | 225      | 22.9     |
| 56 and older  | 84       | 8.6      |
| <b>Gender</b>   |          |          |
| Female  | 701      | 71.4     |
| Male  | 281      | 28.6     |
| <b>Marital Status</b>                                 |          |          |
| Married   | 564      | 57.4     |
| Single  | 418      | 42.6     |
| <b>Educational Status</b>                             |          |          |
| Literate /Primary School                              | 77       | 7.8      |
| Secondary School                                      | 137      | 14.0     |
| Undergraduate   | 601      | 61.2     |
| Master's/PhD  | 167      | 17.0     |
| <b>Employment Status</b>                              |          |          |
| Working   | 565      | 57.5     |
| Not working   | 417      | 42.5     |
| <b>Existence of Social Security</b>                   |          |          |
| Yes   | 829      | 84.4     |
| No  | 153      | 15.6     |
| <b>Income Level</b>                                   |          |          |
| Income less than expenses                             | 289      | 29.4     |
| Income equal to expenses                              | 508      | 51.7     |
| Income more than expenses                             | 185      | 18.8     |
| <b>Place of Residence</b>                             |          |          |
| Province  | 506      | 51.5     |
| District  | 426      | 43.4     |
| Village   | 50       | 5.1      |
| <b>Family Structure</b>                               |          |          |
| Nuclear Family  | 799      | 81.4     |
| Extended Family                                       | 58       | 5.9      |
| Living alone or with children                         | 125      | 12.7     |
| <b>Number of Children</b>                             |          |          |
| None  | 403      | 41.0     |
| One   | 190      | 19.3     |
| Two   | 270      | 27.5     |
| Three or more   | 119      | 12.2     |
| <b>Unwanted Pregnancy Experience</b>                  |          |          |
| Yes   | 154      | 15.7     |
| No  | 828      | 84.3     |
| <b>Abortion Experience</b>                            |          |          |
| Yes   | 149      | 15.2     |
| No  | 833      | 84.8     |
| <b>Any acquaintance with abortion experience</b>      |          |          |
| Yes   | 548      | 55.8     |
| No  | 434      | 44.2     |
| <b>TOTAL</b>  | 982      | 100.0    |

**Table 2: Distribution of the answers given by the participants to the form to determine their opinions on abortion**

| Statements  | Yes |      | No  |      | Total |       |
|---|-----|------|-----|------|-------|-------|
|   | n   | %    | n   | %    | n     | %     |
| 1. Do you think the laws allow elective abortion (abortion provided for reasons other than medical necessity) in our country? | 541 | 55.1 | 441 | 44.9 | 982   | 100.0 |
| 2. Would you support the decision of a relative who is considering having an abortion?  | 611 | 62.2 | 371 | 37.8 | 982   | 100.0 |
| 3. If someone close to you has an abortion, would it affect the relationship between you two in a bad way?                    | 70  | 7.1  | 912 | 92.9 | 982   | 100.0 |
| 4. Should a woman who has had an abortion hide it from everyone?  | 97  | 9.9  | 885 | 90.1 | 982   | 100.0 |
| 5. Should a woman who has had an abortion be ashamed of her decision?   | 78  | 7.9  | 904 | 92.1 | 982   | 100.0 |
| 6. Do you believe abortion is a sin?  | 483 | 49.2 | 499 | 50.8 | 982   | 100.0 |
| 7. Is a woman who has an abortion a bad person?   | 29  | 3.0  | 953 | 97.0 | 982   | 100.0 |
| 8. Does a woman who has an abortion bring shame to her family and society?  | 36  | 3.7  | 946 | 96.3 | 982   | 100.0 |
| 9. Can you trust a woman who has had an abortion?   | 929 | 94.6 | 53  | 5.4  | 982   | 100.0 |
| 10. Should a woman who has had an abortion be treated with the same respect as other people?                                  | 961 | 97.9 | 21  | 2.1  | 982   | 100.0 |
| 11. Is a woman who has an abortion selfish?   | 89  | 9.1  | 893 | 90.9 | 982   | 100.0 |
| 12. Should a man whose wife has had an abortion be ashamed of this situation?   | 47  | 4.8  | 935 | 95.2 | 982   | 100.0 |
| 13. Would you have preferred that a woman who had an abortion to share her experience with you?                               | 727 | 74.0 | 255 | 26.0 | 982   | 100.0 |
| 14. Do you think having an abortion is acceptable?  | 842 | 85.7 | 140 | 14.3 | 982   | 100.0 |

**Table 3: Comparison of sub-scale and total scale scores according to participants' socio-demographic characteristics**

| Variables                           | Negative Stereotypes Dimension |  | Exclusion and Discrimination Dimension |  | Fear of Contagion Dimension |  | SABAS Total    |  |            |
|-------------------------------------|--------------------------------|--|--|--|-----------------------------|--|----------------|--|------------|
|                                     | $\bar{X}$ / SD                 | Test/p/Bonferroni  | $\bar{X}$ / SD                         | Test/p/Bonferroni  | $\bar{X}$ / SD              | Test/p/Bonferroni  | $\bar{X}$ / SD | Test/p/Bonferroni  |            |
| <b>Age</b>                          |                                |  |  |  |                             |  |                |  |            |
| 25≥ (1)                             | 12.72/4.67                     | 2.929***/<br><b>0.020*</b> /<br><b>3&gt;5</b>                      | 9.35/3.40                              | 3.814***   | 4.01/1.57                   | 1.324***<br>/<br>0.259   | 26.08/8.50     | 2.252***/<br>0.062   |            |
| 26-35 (2)                           | 13.08/4.43                     |  | 9.98/3.57                              | /  | 3.97/1.68                   |  | 27.04/8.38     |  |            |
| 36-45 (3)                           | 13.59/4.77                     |  | 10.41/3.69                             | <b>0.004*</b> /<br><b>4&gt;1</b>                         | 4.23/1.72                   |  | 28.23/8.83     |  |            |
| 46-55 (4)                           | 12.51/4.36                     |  | 10.29/3.38                             |  | 4.01/1.60                   |  | 26.81/7.75     |  |            |
| ≥ 56 (5)                            | 11.90/4.09                     |  | 10.49/3.46                             |  | 3.81/1.28                   |  | 26.20/7.67     |  |            |
| <b>Gender</b>                       |                                |  |  |  |                             |  |                |  |            |
| Female                              | 12.48/4.28                     | -<br>4.337**/<br><b>0.000*</b>                                     | 9.83/3.36                              | -<br>2.836**/<br><b>0.005*</b>                           | 3.91/1.51                   | -3.974**/<br>0.000*  | 26.22/7.80     | -4.337**/<br><b>0.000*</b>   |            |
| Male                                |                                |  | 10.53/3.85                             |  |                             |  | 28.75/9.34     |  |            |
| <b>Marital Status</b>               |                                |  |  |  |                             |  |                |  |            |
| Married                             | 13.13/4.62                     | 2.047**/<br><b>0.041*</b>  | 10.44/3.57                             | 4.287**/<br><b>0.000*</b>                                | 4.12/1.68                   | 2.002**/<br><b>0.046*</b>  | 27.70/8.48     | 3.311**/<br><b>0.001*</b>  |            |
| Single                              | 12.53/4.43                     |  | 9.47/3.38                              |  | 3.92/1.55                   |  | 25.92/8.05     |  |            |
| <b>Educational Status</b>           |                                |  |  |  |                             |  |                |  |            |
| Literate                            | 15.66/5.43                     | 12.678***<br>/<br><b>0.000*</b> /<br><b>1&gt;2, 1&gt;3, 1&gt;4</b> | 11.90/3.97                             | 26.185**   | 4.71/1.81                   | 16.748**   | 32.27/9.53     | 22.206***/<br><b>0.000*</b> /<br><b>1&gt;4, 2&gt;4, 3&gt;4, 1&gt;3, 2&gt;3</b> |            |
| /Primary School (1)                 | 13.36/4.84                     |  | 11.55/3.54                             | <b>0.000*</b> /<br><b>1&gt;3, 1&gt;4, 2&gt;3, 2&gt;4</b> | 4.53/1.77                   | <b>0.000*</b> /<br><b>1&gt;4, 2&gt;4, 3&gt;4, 1&gt;3, 2&gt;3</b> |                |  | 29.44/8.56 |
| Secondary School (2)                | 12.61/4.32                     |  | 9.81/3.39                              |  | 3.99/1.60                   |  |                |  | 26.41/8.05 |
| Undergraduate (3)                   | 12.15/4.21                     |  | 8.71/2.98                              |  | 3.47/1.11                   |  |                |  | 24.32/7.03 |
| Master's/PhD (4)                    |                                |  |  |  |                             |  |                |  |            |
| <b>Employment Status</b>            |                                |  |  |  |                             |  |                |  |            |
| Working                             | 12.78/4.55                     | -<br>0.749**/<br>0.454   | 10.02/3.55                             | -<br>0.130**/<br>0.896                                   | 4.01/1.60                   | -0.687**/<br>0.492   | 26.80/8.33     | -0.596**/<br>0.551   |            |
|                                     |                                |  | 10.05/3.49                             |  |                             |  | 27.12/8.36     |  |            |
| <b>Existence of Social Security</b> |                                |  |  |  |                             |  |                |  |            |
| Yes                                 | 12.82/4.51                     | -<br>0.832**/<br>0.406   | 10.03/3.50                             | 0.034**/<br>0.973  | 4.01/1.60                   | -1.068**/<br>0.286   | 26.87/8.25     | -0.645**/<br>0.519   |            |
| No                                  | 13.16/4.74                     |  | 10.02/3.63                             |  | 4.16/1.66                   |  | 27.34/8.86     |  |            |
| <b>Income Level</b>                 |                                |  |  |  |                             |  |                |  |            |
| Less than expenses (1)              | 12.75/4.72                     | 0.955***/<br>0.385   | 10.21/3.55                             | 1.144***<br>0.319  | 4.20/1.72                   | 4.922***<br><b>0.007*</b> /<br><b>1&gt;3</b>                     | 27.16/8.67     | 1.448***/<br>0.236   |            |
| Equal to expenses (2)               | 13.06/4.49                     |  | 10.04/3.59                             |  | 4.05/1.62                   |  | 27.16/8.36     |  |            |
| More than expenses (3)              | 12.56/4.43                     |  | 9.71/3.30                              |  | 3.73/1.36                   |  | 26.00/7.73     |  |            |

Table 3: Continued

| Variables                         | Negative Stereotypes Dimension |  | Exclusion and Discrimination Dimension |  | Fear of Contagion Dimension |  | SABAS Total    |   |
|-----------------------------------|--------------------------------|--|--|--|-----------------------------|--|----------------|---|
|                                   | $\bar{X}$ / SD                 | Test/p/<br>Bonferroni                            | $\bar{X}$ / SD                         | Test/p/<br>Bonferroni                            | $\bar{X}$ / SD              | Test/p/<br>Bonferroni                    | $\bar{X}$ / SD | Test/p/<br>Bonferroni   |
| <b>Place of Residence</b>         |                                |  |  |  |                             |  |                |   |
| Province (1)                      | 12.30/4.15                     | 11.585***  | 9.42/3.28                              | 17.435**<br>*/                                   | 3.84/1.52                   | 8.778***                                 | 25.56/7.67     | 17.352***   |
| District (2)                      | 13.31/4.67                     | <b>0.000*</b> /<br><b>3&gt;1, 3&gt;2, 2&gt;1</b> | 10.60/3.57                             | <b>0.000*</b> /<br><b>2&gt;1, 3&gt;1</b>         | 4.20/1.64                   | <b>0.000*</b> /<br><b>2&gt;1, 3&gt;1</b> | 28.11/8.42     | <b>0.000*</b> /<br><b>2&gt;1, 3&gt;1</b>                      |
| Village (3)                       | 15.00/6.16                     |  | 11.36/4.28                             |  | 4.56/1.94                   |  | 30.92/11.18    |   |
| <b>Family Structure</b>           |                                |  |  |  |                             |  |                |   |
| Nuclear Family (1)                | 12.82/4.45                     |  | 9.92/3.44                              | 8.006***   | 4.02/1.61                   | 4.491***                                 | 26.76/8.14     |   |
| Extended Family (2)               | 14.21/5.07                     | 2.729***/<br>0.066                               | 11.81/3.98                             | <b>0.000*</b> /<br><b>2&gt;1, 2&gt;3</b>         | 4.62/1.85                   | <b>0.011*</b> /<br><b>2&gt;1, 2&gt;3</b> | 30.64/9.51     | 6.220***/<br><b>0.002*</b> /<br><b>2&gt;1, 2&gt;3</b>         |
| Living alone or with children (3) | 12.64/4.86                     |  | 9.88/3.63                              |  | 3.88/1.48                   |  | 26.40/8.70     |   |
| <b>Number of Children</b>         |                                |  |  |  |                             |  |                |   |
| None (1)                          | 12.54/4.50                     |  |  | 10.325**<br>*/                                   | 3.93/1.56                   |  | 25.90/8.22     |   |
| One (2)                           | 12.73/4.61                     | 2.958***/<br><b>0.032*</b> /<br><b>4&gt;1</b>    | 9.44/3.39                              | <b>0.000*</b> /<br><b>4&gt;1, 4&gt;2, 3&gt;1</b> | 4.03/1.59                   | 2.441***                                 | 26.59/8.52     | 6.494***/<br><b>0.000*</b> /<br><b>4&gt;1, 4&gt;2, 3&gt;1</b> |
| Two (3)                           | 13.03/4.41                     |  | 10.54/3.46                             |  | 4.05/1.60                   | 0.063                                    | 27.62/7.93     |   |
| Three ≥ (4)                       | 13.91/4.79                     |  | 11.17/3.70                             |  | 4.38/1.79                   |  | 29.45/8.81     |   |

\*p<0.05, \*\* Independent t-test, \*\*\* One-way analysis of variance,



## REFERENCES

1. ADALI, T., & Çavlin, A. (2019). Türkiye’de Kürtajın Yaygınlığı ve Kürtaj Kararını Etkileyen Faktörler. *İstanbul University Journal of Sociology*, 39(2), 359-378.
2. Adebayo, A. (1990). Male attitudes toward abortion: An analysis of urban survey data. *Social Indicators Research*, 22, 213-228.
3. Akbulut, S., & Kılıçlı, A. (2022). Stigmatizing attitudes, beliefs, and actions of women towards abortion in rural regions with high fertility. *Electron J Gen Med*. 2022; 19 (6): em401.
4. Bahr, S. J., & Marcos, A. C. (2003). Cross-cultural attitudes toward abortion: Greeks versus Americans. *Journal of Family Issues*, 24(3), 402-424.
5. Barnartt, S. N., & Harris, R. J. (1982). Recent changes in predictors of abortion attitudes. *Sociology and Social Research*, 66, 320-334.
6. Belfrage, M., Ortiz Ramírez, O., & Sorhaindo, A. (2020). Story Circles and abortion stigma in Mexico: a mixed-methods evaluation of a new intervention for reducing individual level abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 22(1), 96-111.
7. Benin, M. H. (1985). Determinants of opposition to abortion: An analysis of the hard and soft scales. *Sociological Perspectives*, 28, 199-216.
8. Betzig, L., & Lombardo, L. H. (1992). Who’s pro-choice and why. *Ethology and Sociobiology*, 13(1), 49-71. [https://doi.org/10.1016/0162-3095\(92\)90006-P](https://doi.org/10.1016/0162-3095(92)90006-P)
9. Bozbeyoğlu, A. Ç. (2011). Doğurganlık kontrolünde rasyonelliğin sınırları: Türkiye kürtaj ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı. *Fe Dergi*, 3(1), 23-37
10. Cárdenas, R., Labandera, A., Baum, S. E., Chiribao, F., Leus, I., Avondet, S., & Friedman, J. (2018). “It’s something that marks you”: abortion stigma after decriminalization in Uruguay. *Reproductive health*, 15(1), 1-11.
11. Cinsiyet, K. H. Ü. T., Merkezi, K. Ç. A., Kılınç, F. R., Quirant Quiles, R. M., Aldanmaz, B., & O’Neil, M. L. (2016). Yasal Ancak Ulaşılabilir Değil: Türkiye'deki Devlet Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri.
12. Cockrill, K., & Hessini, L. (2014). Introduction: bringing abortion stigma into focus. *Women & Health*, 54(7), 593-598.
13. Cowan, S. K. (2017). Enacted abortion stigma in the United States. *Social science & medicine*, 177, 259-268.

14. Cutler, A. S., Lundsberg, L. S., White, M. A., Stanwood, N. L., & Garipey, A. M. (2021). Characterizing community-level abortion stigma in the United States. *Contraception*, 104(3), 305-313.
15. ÇAVLİN, A., Tezcan, S., & Ergöçmen, B. (2014). Kadınların Bakış Açısından Kürtaj. *Nüfusbilim Dergisi*, 34(1), 51-67.
16. Çokar, M. Benim Bedenim, benim kararım: isteyerek düşüğün yasaklanmasına karşı sivil tepkinin etik boyutu. *Turkish Journal of Public Health*, 10(Özel Sayı), 94-105.
17. D'Antonio, W. V., & Stack, S. (1980). Religion, ideal family size, and abortion: Extending Renzi's hypothesis. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 19, 397-408.
18. Dempsey, B., Favier, M., Mullally, A., & Higgins, M. F. (2021). Exploring providers' experience of stigma following the introduction of more liberal abortion care in the Republic of Ireland. *Contraception*, 104(4), 414-419.
19. Dölen, İ. (2012). Kürtaj Gerçeği- Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği görüşü. *Turkish Journal of Public Health*, Volume 10 special issue, 75-82. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/tjph/issue/68493/1071801>
20. Ekmekci P. E. (2017). Abortion in Islamic Ethics, and How it is Perceived in Turkey: A Secular, Muslim Country. *Journal of religion and health*, 56(3), 884–895. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0277-9>
21. Espósito, C. L., & Basow, S. A. (1995). College student's attitudes toward abortion: The role of knowledge and demographic variables. *Journal of Applied Social Psychology*, 25(22), 1996- 2017. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1995.tb01828.x>
22. Granger, M. (2021). Isolating Abortion Stigma from Women Who Have Had Abortions: A Look at Undergraduate Students at a Christian University.
23. Grossman D, Holt K, Peña M, Lara D, Veatch M, Córdova D. Selfinduction of abortion among women in the United States. *Reproductive Health Matters* 2010; 18:136– 146.
24. Güner, Ö. & Öztürk, R. (2021). Kürtaja Yönelik Damgalayıcı Tutum, İnanç ve Davranışlar Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması . *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences* , 7 (1) , 65-80 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/iaaojh/issue/57725/895428>
25. Harris, L. H., Debbink, M., Martin, L., & Hassinger, J. (2011). Dynamics of stigma in abortion work: findings from a pilot study of the Providers Share Workshop. *Social Science & Medicine*, 73(7), 1062-1070.

26. Holten, L., de Goeij, E., & Kleiverda, G. (2021). Permeability of abortion care in the Netherlands: a qualitative analysis of women's experiences, health professional perspectives, and the internet resource of Women on Web. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(1), 1917042.
27. Inglehart, R., Basanez, M., & Moreno, A. (1998). Human values and beliefs: A crosscultural sourcebook. Ann Arbor: University of Michigan Press.
28. Jelen, T. G., & Wilcox, C. (2003). Causes and consequences of public attitudes toward abortion: A review and research agenda. *Political Research Quarterly*, 56(4), 489-500.
29. Katz, A. J., Ramirez, A. M., Bercu, C., Filippa, S., Dirisu, O., Egwuatu, I., ... & Baum, S. E. (2022). "I just have to hope that this abortion should go well": Perceptions, fears, and experiences of abortion clients in Nigeria. *Plos one*, 17(2), e0263072.
30. Keskin, İ. (2015). Kürtaj tartışmaları ve feminizm. *Fe Dergi*, 7(1), 85-95.
31. Kim, E., Singh, S., Bommaraju, A., Norris, A. H., & Bessett, D. (2021). "We have to respect that option": The abortion aversion complex in safety-net healthcare organizations. *Social Science & Medicine*, 291, 114468.
32. Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman, A., Mallett, S., & Rosenthal, D. (2009). Reasons women give for abortion: a review of the literature. *Archives of women's mental health*, 12(6), 365-378.
33. Koç, Ö., Özkan, H., & Bekmezci, H. (2016). Anelik rolü ve ebeveynlik davranışı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 6(2), 143-50.
34. Kumar, A. (2018). Disgust, stigma, and the politics of abortion. *Feminism & Psychology*, 28(4), 530-538.
35. Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. M. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, health & sexuality*, 11(6), 625-639.  
<https://doi.org/10.1080/13691050902842741>
36. Levandowski, B. A., Kalilani-Phiri, L., Kachale, F., Awah, P., Kangaude, G., & Mhango, C. (2012). Investigating social consequences of unwanted pregnancy and unsafe abortion in Malawi: the role of stigma. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118, S167-S171.

37. Loll, D., & Hall, K. S. (2019). Differences in abortion attitudes by policy context and between men and women in the World Values Survey. *Women & health*, 59(5), 465-480.
38. Love, G. (2021). Abortion stigma, class and embodiment in neoliberal England. *Culture, Health & Sexuality*, 23(3), 317-332.
39. Lynxwiler, J., & Gay, D. (1996). The abortion attitudes of black women. *Journal of Black Studies*, 27, 260-277.
40. Maddow-Zimet, I., Lindberg, L. D., & Castle, K. (2021). State-Level Variation in Abortion Stigma and Women and Men's Abortion Underreporting in the USA. *Population research and policy review*, 40(6), 1149-1161.
41. Martin, L. A., Debbink, M., Hassinger, J., Youatt, E., & Harris, L. H. (2014). Abortion providers, stigma and professional quality of life. *Contraception*, 90(6), 581-587.
42. McMurtrie SM, García SG, Wilson KS, et al. Public opinion about abortion-related stigma among Mexican Catholics and implications for unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet*. 2012;118(Suppl. 2):S160–S166. [Crossref.](#) )
43. Medyascope. 'Kürtaj olan kadınlar anlatıyor (10): "Hastanede bana 'bildirmiyoruz' demişlerdi ama kürtaj olduğum e-nabız kayıtlarında çıkıyor" Erişim tarihi: 24.04.2022 <https://medyascope.tv/2020/08/13/kurtaj-olan-kadinlar-anlatiyor-10-hastanede-bana-bildirmiyoruz-demislerdi-ama-kurtaj-oldugum-e-nabiz-kayitlarinda-cikiyor/>
44. Meurice, M. E., Otieno, B., Chang, J. J., & Makenzius, M. (2021). Stigma surrounding contraceptive use and abortion among secondary school teachers: A cross-sectional study in Western Kenya. *Contraception: X*, 3, 100062., Otieno, B., Chang, J. J., & Makenzius, M. (2021). Stigma surrounding contraceptive use and abortion among secondary school teachers: A cross-sectional study in Western Kenya. *Contraception: X*, 3, 100062.
45. Millar, E. (2020, January). Abortion stigma as a social process. In *Women's Studies International Forum* (Vol. 78, p. 102328). Pergamon.
46. Misra, R., & Panigrahi, B. (1998). Effect of age, gender and race on abortion attitude. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 18, 94-118.
47. Moore, K. A., & Stief, T. M. (1991). Changes in marriage and fertility behavior: Behavior versus attitudes of young adults. *Youth and Society*, 22(3), 362-386. <https://doi.org/10.1177/0044118X91022003004>
48. O'Donnell, J., Weitz, T. A., & Freedman, L. R. (2011). Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work. *Social science & medicine*, 73(9), 1357-1364.

49. Ogland, C. P., & Verona, A. P. (2011). Religion and attitudes toward abortion and abortion policy in Brazil. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 50(4), 812-821.
50. Öcek, Z. A., Çiçeklioğlu, M., Yücel, U., & Özdemir, R. (2014). Family medicine model in Turkey: a qualitative assessment from the perspectives of primary care workers. *BMC family practice*, 15(1), 1-15.
51. Patev, A. J., Hood, K. B., & Hall, C. J. (2019). The interacting roles of abortion stigma and gender on attitudes toward abortion legality. *Personality and Individual Differences*, 146, 87–92. doi: 10.1016/j.paid.2019.04.005
52. Rehnström Loi, U., Otieno, B., Oguttu, M., Gemzell-Danielsson, K., Klingberg-Allvin, M., Faxelid, E., & Makenzius, M. (2019). Abortion and contraceptive use stigma: a cross-sectional study of attitudes and beliefs in secondary school students in western Kenya. *Sexual and reproductive health matters*, 27(3), 20-31.
53. Rocca, C. H., Samari, G., Foster, D. G., Gould, H., & Kimport, K. (2020). Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma. *Social science & medicine*, 248, 112704.
54. Rossi, A. S., & Sitaraman, B. (1988). Abortion in context: Historical trends and future changes. *Family Planning Perspectives*, 20, 273-281.
55. Roug, A., Muse, E. A., Smith, W. A., Mazet, J. A., Kazwala, R. R., Harvey, D., ... & Clifford, D. L. (2016). Demographics and parasites of African buffalo (*Syncerus caffer* S. parrman, 1779) in Ruaha National Park, Tanzania. *African Journal of Ecology*, 54(2), 146-153
56. Schnell, F., & McConatha, J. T. (1996). Value differences and abortion attitudes: A generational analysis. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11, 289-306.
57. Scott, J. (1998). Generational changes in attitudes to abortion: A cross-national comparison. *European Sociological Review*, 14, 177-190.
58. Shellenberg, K. M., Hessini, L., & Levandowski, B. A. (2014). Developing a scale to measure stigmatizing attitudes and beliefs about women who have abortions: results from Ghana and Zambia. *Women & health*, 54(7), 599-616.
59. Shellenberg KM, Moore AM, Bankole A, Juarez F, Omideyi AK, Palomino N, Tsui AO. Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study. *Global Public Health* 2011; 6(1):S111-S125
60. Shellenberg, K. M., & Tsui, A. O. (2012). Correlates of perceived and internalized stigma among abortion patients in the USA: an exploration by race and Hispanic ethnicity. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118, S152-S159.

61. Simon, R. J. (1998). *Abortion: Statutes, policies, and public attitudes the world over*. Westport, CT: Praeger.
62. Sorhaindo, A. M., Juárez-Ramírez, C., Olavarrieta, C. D., Aldaz, E., Mejia Pineros, M. C., & Garcia, S. (2014). Qualitative evidence on abortion stigma from Mexico City and five states in Mexico. *Women & Health, 54*(7), 622-640.
63. Sorhaindo, A. M., Karver, T. S., Karver, J. G., & Garcia, S. G. (2016). Constructing a validated scale to measure community-level abortion stigma in Mexico. *Contraception, 93*(5), 421-431.
64. Stone, H., & Henderson, K. L. (2021). *Abortion Stigma*.
65. Szafran, R. F., & Clagett, A. F. (1988). Variable predictors of attitudes toward the legalization of abortion. *Social Indicators Research, 20*(3), 271-290.  
<https://doi.org/10.1007/BF00302399>
66. Telli, P., Cesuroğlu, T., & Aksu Tanık, F. (2019). How Do Pronatalist Policies Impact Women's Access to Safe Abortion Services in Turkey?. *International Journal of Health Services, 49*(4), 799-816.
67. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Raporu (TNSA). (2018).Ankara. Erişim tarihi:11.03.2022, [http://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Araştırmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/TNSA2018\\_ana\\_Rapor\\_compressed.pdf](http://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Araştırmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/TNSA2018_ana_Rapor_compressed.pdf)
68. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Raporu (TNSA).(2013).Ankara. Erişim tarihi:11.03.2022, [http://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Araştırmalar%20-%20raporlar/2013%20tnsa/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor](http://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Araştırmalar%20-%20raporlar/2013%20tnsa/TNSA_2013_ana_rapor)
69. Ünalın D, Şeşen E. Kürtaj yasası ile ilgili haberlerin ulusal basında çerçevesi: hürriyet, evrensel ve yeni şafak örneği. *Dördüncü Kuvvet Uluslararası Hakemli Dergisi* 2019; 2(1):53-66.
70. Warriner IK, Shah IH. *Preventing Unsafe Abortion and its Consequences: Priorities for Research and Action*, New York:GuttmacherInstitute, 2006
71. Wetstein, M. E. (1996).*Abortion rates in the United States: The influence of opinion and policy*. Albany, NY: State University of New York Press.
72. World Health Organization. (2021). *Preventing unsafe abortion*. Geneva: WHO. Erişim tarihi:10.03.2022
73. Wright, L. S., & Rogers, R. R. (1987). Variables related to pro-choice attitudes among undergraduates. *Adolescence, 22*(87), 517-524.

74. Yıldırım, M., & Reşitoğlu, H. Ü. Öznenen Nesneye İtilme: Kadın Deneyimi Olarak Kürtaj/Repressing From Subject To Object: Abortion as a experience of woman. *Akdeniz Kadın Çalışmaları ve Toplumsal Cinsiyet Dergisi*, 3(1), 102-128.
75. Yıldırım, A., & Simsek, H. (1999). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (11 baski: 1999-2018).
76. YILDIRIM, S. (2018). Hak, cinayet ve politika üçgeninde kürtaj hakkı. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 19 (42 Kadın Çalışmaları Özel Sayısı), 55-76.
77. Yousfi, R., Beatty, E., Patev, A.,& Dunn, C. (2020). Effect of Political Ideology, Femininity, and Gender on Abortion Stigma

## BİLİMSEL SEKRETARYA



**A:** Talatpaşa Bulvarı Gevher Nesibe İş Merkezi 113/15, Hamamönü  
Altındağ, ANKARA, Türkiye  
**T:** +90 530 649 50 74  
**M:** info@turkebelerdernegi.org



**A:** Alsancak Mah. Ali Çetinkaya Blv. No:23 K:2 D:3 Konak, İZMİR, TÜRKİYE  
**T:** +90 232 381 96 92  
**M:** ebko@4team.com.tr