



SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
Faculty of Health Sciences

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ / ATATÜRK UNIVERSITY

EBELİK VE SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

**JOURNAL OF
MIDWIFERY AND
HEALTH SCIENCES**

E-ISSN 2687-2110

Ağustos/Agust 2021

Cilt/Volume 4

Sayı/Issue 2

EBELİK VE SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Journal of Midwifery and Health Sciences

EBELİK VE SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Journal of Midwifery and Health Sciences

Cilt/Volume:4

Sayı/Issue:2

2021

SAHİBİ

Atatürk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Adına
Prof. Dr. Mehtap TAN

Editör:

Prof. Dr. Serap EJDER APAY

Editör Yardımcıları:

Doç. Dr. Ayla KANBUR

Doç. Dr. Hava ÖZKAN

Yazı İşleri Müdür:

Prof. Dr. Serap EJDER APAY

Sekreter: Dr. Öğr. Üy. Elif Yağmur GÜR

Yayın Yürütme Kurulu:

Dr. Öğr. Üyesi Zehra Demet ÜST TAŞĞIN

Dizgi/Mizanpaj:

Arş. Gör. Tuğçenur YILMAZ

Arş. Gör. Zeynep Sena DERDİYOK

Cilt 4, Sayı 2, Dergi Hakem Kurulu /Volume 4, Issue 2, Advisory Board

Prof. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU

Prof. Dr. Ayden ÇOBAN

Prof. Dr. Rabia EKTİ GENÇ

Prof. Dr. Papatya KARAKURT

Doç. Dr. Büşra CESUR

Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR

Doç. Dr. Gülay İPEK ÇOBAN

Doç. Dr. Hava ÖZKAN

Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ

Doç. Dr. Sevda ELİŞ YILDIZ

Doç. Dr. Songül AKTAŞ

Dr. Öğr. Üyesi Aysel BÜLEZ

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

Dr. Öğr. Üyesi Aytül HADIMLI

Dr. Öğr. Üyesi Emine Serap ÇAĞAN

Dr. Öğr. Üyesi Eylem TOKER

Dr. Öğr. Üyesi Hacer ÜNVER

Asist. Prof. Małgorzata NAGÓRSKA

Dr. Öğr. Üyesi Nilgün AVCI

Dr. Öğr. Üyesi Nursel ALP DAL

Dr. Öğr. Üyesi Sibel ÖZTÜRK

Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe SÖNMEZ

Yazışma Adresi

Dr. Öğr. Üyesi Elif Yağmur GÜR
Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
25240/ERZURUM

Tel: 0-442-2314372

E-mail: ebelikdergisi @atauni.edu.tr

Web: <http://dergipark.gov.tr/esbder>

EDİTÖRDEN OKURA

Değerli okurlar Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi'nin 2021 yılının ikinci sayısı ile birlikteyiz. Dergimizin bu sayısında; "Sağlık İle İlgili Farklı Bölümlerde Öğrenim Gören Öğrencilerin Doğal Doğum Hakkındaki Görüşlerinin", "Kontraseptif Niyet Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmasının" "Gebeliğe Yönelik Bilinen ve Uygulanan Geleneksel Uygulamaların Belirlenmesinin", "Annelerin Sarsılmış Bebek Sendromu Hakkında Bilgi Düzeylerinin İncelenmesinin" ve "Evlü Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihlerine Etki Eden Faktörlerin" incelendiği beş araştırma makalesi yer almaktadır. Derleme makale olarak "Thompson & Thompson Biyoetik Karar Verme Modeli Kullanılarak Adölesan Bir Gebenin Bildiriminde Etik Karar Verme Süreci", "Sars-Cov2 Salgınında Gebelik, İnfertilite ve Yardımcı Üreme Tekniklerinin Kullanımı", "Doğumun İkinci Evresinde İkinma ve İkinma Sürecinde Ebenin Sorumlulukları", "Midwifery Education in Malta – A Historical Perspective", "Covid-19 Pandemisinde Gebenin, Yenidoğanın ve Sağlık Personelinin Travayda Korunmasına Yönelik Ebelik Bakımı" isimli beş derleme yer almaktadır. Bu sayıda ayrıca "Bir Olgu Nedeniyle Sezaryen Skarı Gebelikler" ve "Pelvik Organ Prolapsusu ve Stres Üriner İnkontinansı Olan Hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi" isimli iki olgu sunumuna dergimizde yer verdik. Ebelik ve sağlık biliminin gelişimine katkı sağlayacak çalışmalarla bir sonraki sayımızda buluşmak dileğiyle.

Saygılarımla

Serap EJDER APAY
Editör

EBELİK VE SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ**Journal of Midwifery and Health Sciences****Cilt/Volume:4****Sayı/Issue:2****2021****İÇİNDEKİLER/CONTENTS****Editörden Okura****ARAŞTIRMA MAKALELERİ/RESEARCH ARTICLES**

- Sağlık İle İlgili Farklı Bölümlerde Öğrenim Gören Öğrencilerin Doğal Doğum Hakkındaki Görüşleri**
Opinions of Students Studying in Different Departments of Health About Natural Birth
Duygu AKÇA, Gönül GÖKÇAY, Sevda ELİŞ YILDIZ, Ayşe ÇEVİRME..... 91-100
- Kontraseptif Niyet Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması**
Reliability and Validity Study of Contraceptive Intent Questionnaire
Nurlaila Ramadhan SUID, Türkan PASİNLİOĞLU..... 101-110
- Gebeliğe Yönelik Bilinen ve Uygulanan Geleneksel Uygulamaların Belirlenmesi**
Determination of Traditional Applications Known and Used for Pregnancy
Tuba GÜNER EMÜL, Aysu BULDUM, Rabiye VURAL, Gülfiya BEBİTOVA..... 111-118
- Annelerin Sarsılmış Bebek Sendromu Hakkında Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi**
Investigation of The Level of Knowledge of Mother's About the Shaken Baby Syndrome
Ayşe ÇATALOLUK, Özgür ALPARSLAN..... 119-127
- Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihlerine Etki Eden Faktörler**
The Factors Affecting of Family Planning Method Preferences of Married Womens
Sezer AVCI, Seda MUTLU, Feride YİĞİT.....128-138

DERLEME MAKALELER/REVIEW

- Thompson & Thompson Biyoetik Karar Verme Modeli Kullanılarak Adölesan Bir Gebenin Bildiriminde Etik Karar Verme Süreci**
Ethical Decision-Making Process in The Reporting of an Adolescent Pregnant by Using the Thompson & Thompson Bioethical Decision Making Model
 Resmiye KAYA ODABAŞ, Ayden ÇOBAN 139-146
- Sars-Cov2 Salgınında Gebelik, İnfertilite ve Yardımcı Üreme Tekniklerinin Kullanımı**
Pregnancy, Infertility and Use of Assisted Reproductive Techniques in Sars-Cov2 Outbreak
 Nurcan KIRCA, Meryem ÖNGEN..... 147-158
- Doğumun İkinci Evresinde İkınma ve İkınma Sürecinde Ebenin Sorumlulukları**
Pushing in Second Stage of Labour and Responsibilities of Midwifery in Process Pushing
 Songül AKTAŞ, Ruveyde AYDIN..... 159-166
- Midwifery Education in Malta – A Historical Perspective**
Malta Ebelik Eğitimi - Tarihi Bir Bakış
 Rita BORG XUEREB. 167-175
- Covid-19 Pandemisinde Gebenin, Yenidoğanın ve Sağlık Personelinin Travayda Korunmasına Yönelik Ebelik Bakımı**
Midwifery Care for The Protection of Pregnant, Newborn and Health Personnel in Labor in The Covid-19 Pandemic
 Melek ŞEN AYTEKİN, Zümrüt YILAR ERKEK, Ayşenur KAHRAMAN..... 176-188

OLGU SUNUMLARI/CASE REPORT

- Bir Olgu Nedeniyle Sezaryen Skarı Gebelikler: Olgu Sunumu**
Caesarean Scar Pregnancies Due to A Case: A Case Report
 Ceylan CESUR USAL, Ali Rıza ODABAŞI, Keziban AMANAK 189-194
- Pelvik Organ Prolapsusu ve Stres Üriner İnkontinansı Olan Hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu**
Assessment of A Case with Pelvic Organ Prolapse and Stress Urinary Incontinence According to Gordon's Functional Health Patterns Model: Case Report
 Aslıhan AKSU, Aysu BULDUM, Duygu VEFİKULUÇAY YILMAZ 195-203

**SAĞLIK İLE İLGİLİ FARKLI BÖLÜMLERDE ÖĞRENİM GÖREN
ÖĞRENCİLERİN DOĞAL DOĞUM HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ
OPINIONS OF STUDENTS STUDYING IN DIFFERENT DEPARTMENTS OF HEALTH ABOUT
NATURAL BIRTH**

Duygu AKÇA*, Gönül GÖKÇAY, Sevda ELİŞ YILDIZ***, Ayşe ÇEVİRME******

*Öğr. Gör., Kafkas Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Esasları Bölümü,
Kars/Türkiye.



0000-0003-0140-8668

**Öğr. Gör., Kafkas Üniversitesi,
Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek
Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve
Teknikleri Bölümü, Kars/Türkiye.



0000-0003-3952-6328

***Doç. Dr. Kafkas Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik
Bölümü, Kars/Türkiye.



0000-0002-3585-6648

****Doç. Dr. Sakarya Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü,
Sakarya/Türkiye.



0000-0001-7116-2523

ÖZ

Amaç: Bu çalışma sağlık ile ilgili farklı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin doğal doğum hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu'nda okuyan basit rastlantısal örneklem yöntemiyle seçilen 520 kız öğrenci ile yürütülmüştür. Veriler, öğrencilerin demografik özelliklerinin, doğal doğum bilgi ve görüşlerinin sorulduğu 39 anket sorusu ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi; SPSS paket programı kullanılarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki kare analizleri ile yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 19,80±1.74 bulunmuştur. Öğrencilerin 29.6'sı ilk ve acil yardım, %63.8'i birinci sınıf öğrencisi, %51.5'i devlet lisesini bitirmiş, %65.8'i çekirdek aileye mensup, %41.9'unun annesi ilköğretim mezunu, %41.3'ünün babası ortaöğretim ve lise mezunu, %81'inin aylık geliri orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin %74.4'ü doğal doğumu bildiğini, %49.2'sinin okuldan duyduğunu, %96'sının sağlık personeli olarak doğal doğumu önerdiği ve %91'inin doğal doğumu kendisi tercih edeceğini ifade etmiştir. Öğrencilerin bölümleri, sınıfları, mezun oldukları liseleri, aile yapıları, anne ve baba eğitim düzeyleri ile doğal doğumu bilme durumları; aile yapısı ve medeni durum ile doğal doğumu önerme durumları; aylık gelirleri, medeni durumları ile doğal doğumu tercih etme durumları arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmıştır ($p<0.005$).

Sonuçlar: Öğrencilerin büyük çoğunluğunun doğal doğum hakkında bilgili olduğu, kendilerinin de doğal doğumu istediği ve gebe kadınlara önerdikleri görülmektedir. Sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Bilgi; doğum; sağlık hizmetleri; üniversite

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to determine the opinions of students studying in different departments related to health about natural birth.

Materials and methods: The research was carried out with 520 female students who were selected by simple random sampling method studying at a university Faculty of Health Sciences and Health Services Vocational High School. The data were collected with 39 questionnaires asking students' demographic characteristics, natural birth knowledge, and opinions. Evaluation of the data; Number, percentage, average, standard deviation, chi-square analysis were done using SPSS package program.

Results: The average age of the students participating in the study was found to be 19.80±1.74. 29.6% of the students completed first and emergency aid, 63.8% of the first grade students, 51.5% of them completed state high school, 65.8% belonged to the nuclear family, 41.9% mother was primary school graduate, 41.3% father it is determined that 81% of secondary and high school graduates are at a medium income. 74.4% of the students stated that they knew natural birth 49.2% heard from school, 96% recommended natural birth as health personnel and 91% would prefer natural birth themselves. Students' departments, classes, high schools they graduate, family structures, education levels of mother and father, and their knowledge of birth and birth; family structure and marital status and situations of recommending natural birth; There was a statistically significant relationship between monthly income, marital status and preferring natural birth ($p<0.005$).

Conclusion: It is seen that the vast majority of students are knowledgeable about natural birth, they also want natural birth and recommend it to pregnant women. Suggestions were made in line with the results.

Keywords: Birth; health services; knowledge; university.

Yazisma Adresi:

Gönül GÖKÇAY

e-posta:

gonul.gokcay@ogr.sakarya.edu.tr

Gönderim Tarihi: 1 Temmuz 2020

Kabul Tarihi: 28 Aralık 2020

Atf için (How to cite): Akça D, Gökçay G, Eliş Yıldız S, Çevirme A. Sağlık İle İlgili Farklı Bölümlerde Öğrenim Gören Öğrencilerin Doğal Doğum Hakkındaki Görüşleri. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;4(1):91-100.

GİRİŞ

Doğal doğum, yapılan doğumun mümkün olduğu kadar müdahalesiz gerçekleşmesi olarak tanımlanmaktadır (Amanak ve Balkıya 2013; Karabulutlu ve Yavuz 2018). Doğal doğumun en önemli avantajı, normal ve fizyolojik olmasıdır. Ayrıca anneye ve fetüs yenidoğan üzerine çok önemli yararları bulunmaktadır. Anneye yönelik yararları; çabuk iyileşme, daha az oranda enfeksiyon riski, postpartum dönemde anne-bebek etkileşiminin, ilk emzirmenin ve anne-bebek bağlanmasının erken başlatılması gibidir. Annede daha az tıbbi ve cerrahi müdahale, erken taburculuk ve hızlı iyileşme gibi olumlu etkileriyle kişi başı maliyet yükünü azaltıp, ülke ekonomisine katkı da sağlamak diğer faydalarındandır (Aktaş ve Erkek 2018). Doğal doğuma yapılan her türlü müdahale doğumun doğallığını etkilemektedir. Günümüzde halen uygulamada normal doğuma yapılan birçok müdahale bulunmaktadır. Bu müdahaleler indüksiyon, amniyotomi, yeme içmenin kısıtlanması, hareket özgürlüğünün engellenmesi, lavman, sık vajinal muayene, epizyotomi, sürekli elektronik fetal monitorizasyon gibi uygulamalardır (Başar ve ark. 2020). Doğal doğum sürecine müdahale etmek için geçerli bir sebep bulunmalıdır (Aunea et al. 2018). İsteğe bağlı, tıbbi bir gerekçe olmaksızın uygulanan sezaryen, anne ve bebek sağlığı üzerinde birçok komplikasyona yol açmaktadır (Aydoğdu ve ark. 2018). Günümüzde sezaryen ile doğum oranı (tüm dünyada özellikle Türkiye’de son 20 yılda yaklaşık üç katına çıkmış) giderek artmaktadır (Aydoğdu ve ark. 2018; Çevirme ve Uğurlu 2017). Bunun yanı sıra Annenin doğum şeklini etkileyen faktörlere bakıldığı zaman, annenin öğrenim düzeyi, yaşı, yaşadığı yer, hekim tutumları, aile ve arkadaş çevresi, medya ve sağlık personeli, kadınların beklentileri ve psikolojik durumları kadınların doğum şekline karar verme sürecini etkilemesinin yanında spesifik doğum tarihi isteği, ağrı çekmemek ve olumsuz deneyimler yaşamama gibi gerekçelerle kadınlar müdahaleli doğuma yönelmektedirler (Amanak ve Balkaya 2013; Başar ve Sağlam 2018; Karabulutlu 2012; Ünay ve Taşpınar 2017). Week et al. (2020) çalışmasında ise sezaryen tercihlerini etkileyen faktörler arasında, doğum korkusu, ailede sezaryen öyküsü, doğum bilgisine güven, doğumda teknolojik müdahaleye karşı olumlu tutum, vajinal doğum riski algısı gibi faktörlerin etkili olduğunu ve eğitimle etkili olan faktörlerin

azaltılabileceğini bildirmişlerdir (Week et al. 2020).

Ülkemizde de müdahaleli doğum oranlarının da artışıyla giderek daha fazla önem kazanan bir konu olan doğal doğum konusundaki bilgilerinin yeterli ve doğru olmadığı görülmektedir (Başar ve ark. 2020).

Sağlık ekibi bünyesinde yer alacak olan öğrencilerin danışmanlık rolü ve örnek davranış sergileme adına anne adayları üzerindeki etkileri kaçınılmazdır. Bu sebeple çalışma sağlık ile ilgili farklı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin doğal doğum hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü: Bu çalışma tanımlayıcı türde yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini 2018–2019 öğretim yılı/güz yarıyılında Kafkas Üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu’nda öğrenim gören tüm öğrenciler ve örneklem sayı hesabı yapılmaksızın basit rastlantısal örnekleme yöntemiyle seçilen 520 öğrenci oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları: Çalışma da öğrencilerin demografik özelliklerinin (bölüm, yaş, doğum yeri, en son mezun olunan lise, medeni durum... gibi) sorulduğu ve doğal doğum hakkındaki bilgi ve görüşlerinin sorulduğu (doğal doğum nedir, zararları, yararları nelerdir ...) 39 soruluk anket formu uygulanmıştır.

Verilerin Toplanması: Kesitsel tipte olan araştırma verileri; 01-15 Ekim 2018 tarihlerinde, derslere devam eden ve çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden oluşan sınıflara dağıtılarak öğrencilerin doldurması istenmiştir. Soru formu dağıtılmadan önce öğrencilere araştırmanın amacı açıklanmış, kişisel bilgilerinin gizli tutulacağına dair gerekli açıklama yapılmış ve onam formu okutulmuş yazılı onamları alınmıştır. Veri toplama formları sınıf ortamında 20–25 dakikalık sürelerde yapılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 20 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve Pearson Chi-Square önemlilik testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü: Çalışmanın uygulanabilmesi için gerekli izin Kafkas

Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurul (14.03.2018 tarih ve 4 nolu oturumda onaylanan, 26.09.2018 tarih ve 11 numaralı oturumda isim değişikliği yapılan çalışma) onayı alınmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerden yazılı onam alınmıştır. Makalede Helsinki Deklarasyonu Prensiplerine uyulmuştur.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Bu araştırma yalnızca Hemşirelik, ebelik ve iki yıllık önlisans eğitimi alan sağlık bölümlerindeki öğrenciler ile gerçekleştirilmiştir. Tıp, dişhekimliği gibi sağlık eğitimi veren okullar araştırma kapsamına alınmamıştır. Çalışmanın sınırlılıklarından olan bu durum için sonrasında tüm sağlık birimlerinde eğitim gören öğrencileri kapsayacak şekilde araştırmalar yapılması önerilir ayrıca araştırmaya dahil olan örneklem grubundaki önlisans ve 1. sınıftaki öğrenciler çalışmaya daha ağırlıklı olarak yanıt vermişlerdir. İleriki çalışmaların tabakalama yöntemiyle tüm bölümleri dahil etmek çalışmaları güçlendirecektir.

BULGULAR

Bu çalışmada; öğrencilerin yaş ortalaması 19.80 ± 1.74 bulunmuştur. Öğrencilerin 29.6'sı İlk ve Acil Yardım, %63.8'i birinci sınıf öğrencisi, %51.5'i devlet lisesini bitirmiş, %65.8'i çekirdek aileye mensup, %41.9'unun annesi ilköğretim mezunu, %41.4'ünün babası ortaöğretim ve lise mezunu, %51.3'ü dört veya daha fazla kardeşe sahip, %81'inin aylık geliri orta düzeyde ve %96.7'si bekarıdır.

Tablo 1'de görüldüğü gibi; öğrencilerin %74.4'ü doğal doğumu bildiğini, %49.2'sinin okuldan duyduğunu, %81'i doğal doğumun faydalarının olduğunu, %72.2'sinin doğal doğumun faydasının bebeğin bağışıklık sistemi daha güçlendireceğini, %55.6'sının doğal doğumun zararlarının olduğunu, %92.5'i doğuma hazırlık kursu almadığını, %60.4'ü doğuma hazırlık kursu almak istediğini, %35.6'sı doğum başlamadan müdahale yapılması gerektiğini, %92.3'ü anne adayının doğuma hazırlık yapmasının gerekli olduğunu, %88.5'i anne adayının kursa gitmesi gerektiğini, %96'sının sağlık personeli olarak doğal doğumu önerdiğini, %91'inin normal doğumu tercih edeceğini ifade etmiştir.

Tablo 2'de görüldüğü gibi; öğrencilerin, %73.8'i anne adayına doğumda yiyecek içecek serbestliğinin olmaması görüşündedir. %61.9'u doğumda müzik, banyo, masaj vb. teknikleri kullanmanın yararlı olduğu, %92.3'ü kadınlara doğumda gevşeme tekniklerinin öğretilmesinin

doğumda kadınların etkin olmalarını sağladığı yönünde görüş bildirmişlerdir.

Tablo 1. Öğrencilerin Doğal Doğumu Bilme Durumlarının Dağılımı

| Öğrencilerin Doğal Doğuma İlişkin Özellikler | n | % |
|--|-----|------|
| Doğal doğumu bilme durumu | | |
| Biliyor | 387 | 74.4 |
| Bilmiyor | 133 | 25.6 |
| Doğal doğumu nerden duydu | | |
| Okuldan | 256 | 49.2 |
| T.V ve internet | 11 | 2.1 |
| Arkadaş | 28 | 5.1 |
| Diğer | 24 | 4.6 |
| Doğal doğumun faydalarını bilme durumu | | |
| Evet | 421 | 81.0 |
| Hayır | 8 | 1.5 |
| Bilmiyorum | 91 | 17.5 |
| Doğal doğumun faydaları (n=421) | | |
| Hastanede kalış süresi kısadır | 21 | 5.0 |
| Annenin toparlanması kolaydır | 66 | 15.7 |
| Doğum sonu ağrı azalır | 20 | 4.7 |
| Anne bebek teması daha çabuk | 10 | 2.4 |
| Bebeğin bağışıklık sistemi daha güçlüdür | 304 | 72.2 |
| Doğal doğumun zararlarını bilme durumu | | |
| Evet | 289 | 55.6 |
| Hayır | 96 | 18.4 |
| Bilmiyorum | 135 | 26.0 |
| Sağlık personeli olarak doğum önerisi | | |
| Normal doğum | 499 | 96.0 |
| Sezeryan | 21 | 4.0 |
| Doğuma hazırlık kursu alma durumu | | |
| Evet | 39 | 7.5 |
| Hayır | 481 | 92.5 |
| Doğuma hazırlık kursu alma isteme durumu | | |
| Evet | 314 | 60.4 |
| Hayır | 77 | 14.8 |
| Fikrim yok | 129 | 24.8 |
| Doğum başlamadan müdahale yapılmalıdır | | |
| Evet | 185 | 35.6 |
| Hayır | 156 | 30.0 |
| Fikrim yok | 179 | 34.4 |
| Anne adayının doğuma hazırlık yapma gerekliliği | | |
| Evet | 480 | 92.3 |
| Hayır | 12 | 2.3 |
| Fikrim yok | 28 | 5.4 |
| Anne adayı kursa gitme gerekliliği | | |
| Evet | 460 | 88.5 |
| Hayır | 13 | 2.5 |
| Fikrim yok | 47 | 9.0 |
| Kendisinin doğum tercihi | | |
| Normal doğum | 473 | 91.0 |
| Sezeryan | 47 | 9.0 |

Öğrencilerin %47.7'si doğumun aktif olduğu dönemde vücut ısısındaki suya girmenin doğumu hızlandırdığını, %43.1'i doğumda sırt üstü yerine diğer pozisyonların desteklenmesi hakkında fikri olmadığını, %36.3'ü doğumda dikey pozisyonların tercih edilmemesi gerektiğini, %80.8'i doğum sonrası anne ile bebeğin bir arada kalması gerektiğini, %51.5'i doğumdan hemen sonra kordonun kesilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca "Epidural anestezi doğal doğumun felsefesine tersdir" ifadesine öğrencilerin %53.5'i fikrim yok, "Medyada yer alan olumsuz örnekler doğuma ön yargı oluşturur" ifadesine %86.2'si "evet" yanıtı vermiştir.

Tablo 3'te öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre doğal doğumu bilme durumlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; doğal doğumu bildiğini ifade eden öğrencilerin %29.7'sinin İlk ve Acil Yardım bölümü öğrencisi olduğu ve bölümler arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.003$).

Tablo 3'te görüldüğü gibi; doğal doğumu bildiğini ifade eden öğrencilerin %60.7'sinin 1. sınıf öğrencisi olduğu ve sınıflar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.009$). Doğal doğumu bildiğini ifade eden öğrencilerin %46.2'sinin devlet lisesi mezunu olduğu ve mezun olunan liseler ile doğal doğumu bilme durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.000$). %69.8'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve aile yapısı ile doğal doğumu bilme durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=.004$). Doğal doğumu bildiğini ifade eden öğrencilerin %43.2'sinin annesinin ilkokul mezunu olduğu ve anne eğitim durumu ile doğal doğumu bilme durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=.007$). Doğal doğumu bildiğini ifade eden öğrencilerin %31.3'ünün babası ilkokul mezunudur ve baba eğitim durumu ile doğal doğumu bilme durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.000$).

Öğrencilerin kardeş sayısı, aylık gelir durumu ve medeni durum ile doğal doğumu bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 2. Öğrencilerin Doğal Doğum Hakkındaki Görüşleri

| Görüşler | n | % |
|--|-----|------|
| Doğumda yiyecek gebeye serbest olmalı | | |
| Evet | 25 | 4.8 |
| Hayır | 384 | 73.8 |
| Fikrim yok | 111 | 21.4 |
| Doğumda müzik, banyo, masaj vb. teknikleri kullanmak yararlıdır | | |
| Evet | 322 | 61.9 |
| Hayır | 78 | 15.0 |
| Fikrim yok | 120 | 23.1 |
| Doğumda gevşeme tekniklerinin öğretilmesi gebelerin etkin olmalarını sağlar | | |
| Evet | 480 | 92.3 |
| Hayır | 12 | 2.3 |
| Fikrim yok | 28 | 5.4 |
| Doğumda vücut ısısındaki suya girmek doğumu hızlandır | | |
| Evet | 248 | 47.7 |
| Hayır | 31 | 6.0 |
| Fikrim yok | 241 | 46.3 |
| Doğumda sırt üstü yerine diğer pozisyonlar desteklenmelidir | | |
| Evet | 155 | 29.8 |
| Hayır | 141 | 27.1 |
| Fikrim yok | 224 | 43.1 |
| Doğumda dikey pozisyonlar tercih edilmelidir | | |
| Evet | 149 | 28.7 |
| Hayır | 189 | 36.3 |
| Fikrim yok | 182 | 35.0 |
| Doğum sonrası anne ve bebek bir arada kalmalıdır | | |
| Evet | 420 | 80.8 |
| Hayır | 47 | 9.0 |
| Fikrim yok | 53 | 10.2 |
| Doğum olur olmaz kordon kesilmelidir | | |
| Evet | 268 | 51.6 |
| Hayır | 101 | 19.4 |
| Fikrim yok | 151 | 29.0 |
| Epidural anestezi doğal doğumun felsefesine tersdir | | |
| Evet | 159 | 30.5 |
| Hayır | 83 | 16.0 |
| Fikrim yok | 278 | 53.5 |
| Medyadaki olumsuz örnekler doğuma ön yargı oluşturur | | |
| Evet | 448 | 86.2 |
| Hayır | 25 | 4.8 |
| Fikrim yok | 47 | 9.0 |

Öğrencilerin doğum şekli önerileri ile sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldığında (Tablo 4); çekirdek aileye sahip olanların ($p=0.001$) ve bekar olanların ($p=0.004$) normal doğum önerisi diğerlerine göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 3. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Doğal Doğumu Bilme Durumlarının Karşılaştırılması

| Doğal Doğumu Bilme Durumu | Evet | | Hayır | | Test ve p değeri |
|----------------------------|------|------|-------|------|----------------------------------|
| | n | % | n | % | |
| Bölüm | | | | | |
| Ebelik | 80 | 20.7 | 21 | 15.8 | $\chi^2=15.88$ p=0.003 |
| Hemşirelik | 23 | 5.9 | 16 | 12.0 | |
| İlk ve Acil Yardım | 115 | 29.7 | 39 | 29.3 | |
| Anestezi | 111 | 28.7 | 24 | 18.0 | |
| Yaşlı Bakımı | 58 | 15.0 | 33 | 24.8 | |
| Sınıf | | | | | |
| 1. sınıf | 235 | 60.7 | 97 | 72.9 | $\chi^2=11.49$ p=0.009 |
| 2. sınıf | 97 | 25.1 | 22 | 16.5 | |
| 3. sınıf | 32 | 8.3 | 13 | 9.8 | |
| 4. sınıf | 23 | 5.9 | 1 | 0.8 | |
| Mezun olunan lise | | | | | |
| Devlet lisesi | 179 | 46.2 | 89 | 66.9 | $\chi^2=17.25$ p=0.000 |
| Sağlık lisesi | 152 | 39.3 | 30 | 22.6 | |
| Meslek lisesi | 56 | 14.5 | 14 | 10.5 | |
| Aile yapısı | | | | | |
| Çekirdek aile | 270 | 69.8 | 72 | 54.1 | $\chi^2=11.20$ p=0.004 |
| Geniş aile | 113 | 29.2 | 58 | 43.6 | |
| Anne baba ayrı | 4 | 1.0 | 3 | 2.3 | |
| Anne eğitim durumu | | | | | |
| Okuryazar değil | 90 | 23.3 | 47 | 35.3 | $\chi^2=14.03$ p=0.007 |
| Okuryazar | 60 | 15.5 | 10 | 7.5 | |
| İlkokul mezunu | 167 | 43.2 | 51 | 38.3 | |
| Ortaöğretim ve lise | 65 | 16.8 | 20 | 15.0 | |
| Yüksekokul-fakülte | 5 | 1.3 | 5 | 3.8 | |
| Baba eğitim durumu | | | | | |
| Okuryazar değil | 14 | 3.6 | 6 | 4.5 | $\chi^2=24.00$ p=0.000 |
| Okuryazar | 51 | 13.2 | 9 | 6.8 | |
| İlkokul mezunu | 121 | 31.3 | 62 | 46.6 | |
| Ortaöğretim ve lise | 177 | 45. | 38 | 28.6 | |
| Yüksekokul- fakülte | 24 | 6.2 | 18 | 13.5 | |
| Kardeş sayısı | | | | | |
| 1 | 39 | 10.1 | 6 | 4.5 | $\chi^2=24.00$ p=0.071 |
| 2 | 80 | 20.7 | 27 | 20.3 | |
| 3 | 80 | 20.7 | 21 | 15.8 | |
| 4 | 188 | 48.6 | 79 | 59.4 | |
| Gelir durumu algısı | | | | | |
| Düşük | 27 | 7.0 | 14 | 10.5 | $\chi^2=1.753$ p=0.416 |
| Orta | 317 | 81. | 104 | 78.2 | |
| İyi | 43 | 11.1 | 15 | 11.3 | |
| Medeni durum | | | | | |
| Evli | 16 | 4.1 | 1 | 0.8 | $\chi^2=3.581$ p=0.058 |
| Bekar | 371 | 95.9 | 132 | 99.2 | |

Öğrencilerin doğum şekli önerisi ile bölüm, sınıf, mezun olduğu lise, anne ve baba eğitimi ve kardeş sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.005$).

Öğrencilerin doğum tercihleri ile sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldığında (Tablo 5); orta gelirli öğrencilerin diğerlerinden ($p=0.014$) ve bekar olanların evlilerden

($p=0.003$) doğal doğum tercihi diğerlerine göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Öğrencilerin doğum tercihi ile bölüm, sınıf, mezun olduğu lise, aile yapısı, anne ve baba eğitimi, kardeş sayısı ve aylık gelirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.005$).

Tablo 4. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Doğum Şekli Önerme Durumlarının Karşılaştırılması

| Doğal Doğumu Önerme | Normal Doğum | | Sezaryen Doğum | | Test ve p değeri |
|----------------------------------|--------------|------|----------------|------|------------------------------|
| | n | % | n | % | |
| Bölüm | | | | | |
| Ebelik | 99 | 19.8 | 2 | 9.5 | $\chi^2=6.891$ $p=0.142$ |
| Hemşirelik | 36 | 7.2 | 3 | 14.3 | |
| İlk ve Acil Yardım | 148 | 29.7 | 6 | 28.6 | |
| Anestezi | 126 | 25.3 | 9 | 42.9 | |
| Yaşlı Bakımı | 90 | 18.0 | 1 | 4.8 | |
| Sınıf | | | | | |
| 1. sınıf | 318 | 63.7 | 14 | 66.7 | $\chi^2=1.980$ $p=0.577$ |
| 2. sınıf | 115 | 23.0 | 4 | 19.0 | |
| 3. sınıf | 42 | 8.4 | 3 | 14.3 | |
| 4. sınıf | 24 | 4.8 | 0 | 0.0 | |
| Mezun olunan lise | | | | | |
| Devlet lisesi | 252 | 50.5 | 16 | 76.2 | $\chi^2=6.309$ $p=0.073$ |
| Sağlık lisesi | 177 | 35.5 | 5 | 23.8 | |
| Meslek lisesi | 70 | 14.0 | 0 | 0.0 | |
| Aile yapısı | | | | | |
| Çekirdek aile | 326 | 65.3 | 16 | 76.2 | $\chi^2=13.53$ $p=0.001$ |
| Geniş aile | 168 | 33.7 | 3 | 14.3 | |
| Anne baba ayrı | 5 | 1.0 | 2 | 9.5 | |
| Anne eğitim durumu | | | | | |
| Okuryazar değil | 135 | 27.1 | 2 | 9.5 | $\chi^2=8.76$ $p=0.067$ |
| Okuryazar | 65 | 13.0 | 5 | 23.8 | |
| İlkokul mezunu | 211 | 42.3 | 7 | 33.3 | |
| Ortaöğretim ve lise | 78 | 15.6 | 7 | 33.3 | |
| Yüksekokul-fakülte | 10 | 2.0 | 0 | 0.0 | |
| Baba eğitim durumu | | | | | |
| Okuryazar değil | 20 | 4.0 | 0 | 0.0 | $\chi^2=1.04$ $p=0.904$ |
| Okuryazar | 58 | 11.6 | 2 | 9.5 | |
| İlkokul mezunu | 175 | 35.1 | 8 | 38.1 | |
| Ortaöğretim ve lise | 206 | 41.3 | 9 | 42.9 | |
| Yüksekokul- fakülte | 40 | 8.0 | 2 | 9.5 | |
| Kardeş sayısı | | | | | |
| 1 | 44 | 8.8 | 1 | 4.8 | $\chi^2=0.770$ $p=0.857$ |
| 2 | 102 | 20.4 | 5 | 23.8 | |
| 3 | 96 | 19.2 | 5 | 23.8 | |
| 4 | 257 | 51.5 | 10 | 47.6 | |
| Gelir durumu algısı | | | | | |
| Düşük | 39 | 7.8 | 2 | 9.5 | $\chi^2=.127$ $p=0.939$ |
| Orta | 404 | 81.0 | 17 | 81.0 | |
| İyi | 56 | 11.2 | 2 | 9.5 | |
| Medeni durum | | | | | |
| Evli | 14 | 2.8 | 3 | 14.3 | $\chi^2=8.398$ $p=0.004$ |
| Bekar | 485 | 97.2 | 18 | 85.7 | |
| Doğal doğumu bilme durumu | | | | | |
| Evet | 378 | 75.8 | 9 | 42.9 | $\chi^2=11.455$ $p=0.001$ |
| Hayır | 121 | 24.2 | 12 | 57.1 | |

TARTIŞMA

Öğrencilerin doğal doğum hakkında yeterli ve doğru bilgiye sahip olmaları anneleri bilinçlendirmek için önemli bir veridir. Bu çalışmada, öğrencilerin %74.4'ünün doğal doğumu bildiği bulunmuştur. Bilenlerin %49.2'si doğal doğumu okuldan duyduğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin bilme durumlarının doğumla ilgili derslerin varlığı veya ders içerik ve etkinliği ile

ilgili olduğu düşünülmektedir. Tektaş ve ark.'nın (2018) yaptığı çalışmada ise öğrencilerin %40.3'ünün bilgi kaynağının okul olduğu saptanmıştır. Palas Karaca ve Koyuncu (2015) Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda öğrencilerin %67.3'ünün doğuma yönelik bilgiyi okuldan aldığını belirlemiştir. Literatür verileri çalışmamızla benzer bulgular içermektedir.

Tablo 5. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Doğum Tercihlerinin Karşılaştırılması

| Doğal Doğumu Önerme | Normal Doğum | | Sezaryen | | Test ve p değeri |
|----------------------------------|--------------|------|----------|------|---------------------------|
| | n | % | n | % | |
| Bölüm | | | | | |
| Ebelik | 94 | 19.9 | 7 | 14.9 | $\chi^2=6.115$ p=0.191 |
| Hemşirelik | 35 | 7.4 | 4 | 8.5 | |
| İlk ve Acil Yardım | 143 | 30.2 | 11 | 23.4 | |
| Anestezi | 116 | 24.5 | 19 | 40.4 | |
| Yaşlı Bakımı | 85 | 18.0 | 6 | 12.8 | |
| Sınıf | | | | | |
| 1. sınıf | 306 | 64.7 | 26 | 55.3 | $\chi^2=3.358$ p=0.340 |
| 2. sınıf | 104 | 22.0 | 15 | 31.9 | |
| 3. sınıf | 40 | 8.5 | 5 | 10.6 | |
| 4. sınıf | 23 | 4.9 | 1 | 2.1 | |
| Mezun olunan lise | | | | | |
| Devlet lisesi | 244 | 51.6 | 24 | 51.1 | $\chi^2=.469$ p=.791 |
| Sağlık lisesi | 164 | 34.7 | 18 | 38.3 | |
| Meslek lisesi | 65 | 13.7 | 5 | 10.6 | |
| Aile yapısı | | | | | |
| Çekirdek aile | 309 | 65.3 | 33 | 70.2 | $\chi^2=4.253$ p=0.119 |
| Geniş aile | 159 | 33. | 12 | 25.5 | |
| Anne baba ayrı | 5 | 1.1 | 2 | 4.3 | |
| Anne eğitim durumu | | | | | |
| Okuryazar değil | 130 | 27.5 | 7 | 14.9 | $\chi^2=8.53$ p=.074 |
| Okuryazar | 63 | 13.3 | 7 | 14.9 | |
| İlkokul mezunu | 200 | 42.3 | 18 | 38.3 | |
| Ortaöğretim ve lise | 71 | 15.0 | 14 | 29.8 | |
| Yüksekokul-fakülte | 9 | 1.9 | 1 | 2.1 | |
| Baba eğitim durumu | | | | | |
| Okuryazar değil | 18 | 3.8 | 2 | 4.3 | $\chi^2=1.482$ p=0.830 |
| Okuryazar | 54 | 11.4 | 6 | 12.8 | |
| İlkokul mezunu | 170 | 35.9 | 13 | 27.7 | |
| Ortaöğretim ve lise | 194 | 41.0 | 21 | 44.7 | |
| Yüksekokul- fakülte | 37 | 7.8 | 5 | 10.6 | |
| Kardeş sayısı | | | | | |
| 1 | 42 | 8.9 | 3 | 6.4 | $\chi^2=5.671$ p=.129 |
| 2 | 92 | 19.5 | 15 | 31.9 | |
| 3 | 90 | 19.0 | 11 | 23.4 | |
| 4 | 249 | 52.6 | 18 | 38.3 | |
| Gelir durumu algısı | | | | | |
| Düşük | 33 | 7.0 | 8 | 17.0 | $\chi^2=8.502$ p=0.014 |
| Orta | 390 | 82.5 | 31 | 66.0 | |
| İyi | 50 | 10.6 | 8 | 17.0 | |
| Medeni durum | | | | | |
| Evli | 12 | 2.5 | 5 | 10.6 | $\chi^2=8.873$ p=0.003 |
| Bekar | 461 | 97.5 | 42 | 89.4 | |
| Doğal doğumu bilme durumu | | | | | |
| Evet | 358 | 75.7 | 29 | 61.7 | $\chi^2=4,393$ p=0.036 |
| Hayır | 115 | 24.3 | 18 | 38.3 | |

Öğrenciler çoğunluğu doğal doğumu bildiklerini ve faydalı gördüklerini ifade etmişlerdir. Fakat “Doğum olur olmaz kordon kesilmelidir” sorusuna öğrencilerin sadece %19.4’ü, “Epidural anestezi doğal doğumun felsefesine tersdir” sorusuna ise sadece %16’sı hayır yanıtını vermişlerdir. Aynı zamanda “Doğumda yiyecek içecek serbest olmalı”

sorusuna sadece %4.8’i evet, “Doğumda dikey pozisyonlar tercih edilmelidir” sorusuna da %28.7’si evet cevabını vermişlerdir. Öğrencilerin sorulara verildikleri yanıtlara bakılırsa aslında doğal doğum hakkında bilgi eksiklikleri olduğu görülmektedir. Bu durum doğum ile ilgili anlatılan, medyada yansıtılan, yanlış duyumsamalar, doğumun zihinde bıraktığı algı

ve okullarda doğal doğum hakkında derslerin olmayışı gibi nedenlere bağlanabilir.

Bulgularımız doğrultusunda; doğal doğumu bilen öğrencilerin %60.7'sinin 1. sınıf öğrencisi olduğu ve sınıflar arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Karabulutlu ve Yavuz'un (2018) çalışmalarında 2. Sınıf öğrencilerinin (%84.6), Amanak ve Balkaya'nın (2013) çalışmalarında 3. sınıf öğrencilerinin (%73.7) doğal doğumu bildikleri bulunmuştur. Sonuçlardaki farklılıklar, örneklem farklılıklarından, katılan öğrencilerin çoğunluğunun 1. sınıf olması ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Öğrencilerin doğal doğumu bilenler ile doğum şekli tavsiye etmeleri ve doğum tercihleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Doğal doğumu bilenlerin %75.8'inin normal doğumu önerdikleri ve %75.7'sinin normal doğumu tercih ettikleri saptanmıştır. Amanak ve Balkaya'nın (2013) çalışmalarında (%87), Karabulutlu ve Yavuz'un (2018) çalışmalarında (%97) öğrenciler doğal doğumu benzer oranlarda tavsiye etmişlerdir. Tektaş ve ark.'ın (2018) çalışmalarında öğrencilerden doğuma yönelik bilgisi olanların normal doğumu tercih ettiği bulunmuştur. Çalışma sonucumuz literatürü desteklemektedir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %91'i normal doğumu tercih edeceklerini ifade etmişlerdir. Çalışmamızla benzer şekilde; Tektaş ve ark.'nın (2018) çalışmasında %87.9, Palas Karaca ve Koyuncu'nun (2015) çalışmasında ve Doğaner ve ark.'nın (2013) çalışmasında % 88.5, Aksu ve Özsoy'un (2015) çalışmalarında öğrencilerin çoğunluğu normal doğum yapmayı tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Literatürdeki bahsi geçen çalışmalar ile çalışma bulgularımız benzerdir. Bunun yanı sıra Kadioğlu ve Şahin'in (2019) 820 kız öğrencide yaptığı çalışmada doğum tercihi olarak %26.5'i normal doğum, %65.4'ü kararsız olduklarını bildirmişlerdir. Kadioğlu ve Şahin'in çalışma sonuçları bizim çalışmamızdan farklı olup, farklılıklar örneklem sayı farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir.

Öğrencilerin doğum tercihi ile bölüm, sınıf, mezun olduğu lise, aile yapısı, anne ve

baba eğitimi, kardeş sayısı ve aylık gelirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Kadioğlu ve Şahin'in (2019) yaptıkları çalışmada; öğrencilerin bölümleri, anne eğitim durumu, aylık gelir düzeyi ile doğum tercihi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış fakat geniş aileye sahip öğrencilerin doğum tercihi ve babası ortaokul mezunu olanların normal doğumu tercih ettiği ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Öğrencilerin verdikleri cevaplara göre doğal doğum hakkında büyük çoğunluğun bilgisinin olduğunu. kendilerinin de doğal doğumu istediği ve gebe kadınlara önerdikleri ifade etmişlerdir. Çalışmamızda öğrencilerin bölümleri, sınıfları, mezun oldukları liseleri, aile yapıları, anne ve baba eğitim düzeyleri ile doğal doğumu bilme durumları; aile yapısı ve medeni durum ile doğal doğumu önerme durumları; aylık gelirleri, medeni durumları ile doğal doğumu tercih etme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Aynı zamanda doğal doğumu bilme durumlarıyla doğal doğumu önerme ve seçme durumları arasında da istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur.

Sonuçlar doğrultusunda doğal doğum hakkında bilgi düzeylerinin artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması adına. müfredata doğumla ilgili derslerin alınması veya olanlara ek eğitim ve bilgilendirmelerin yapılarak doğum öneri ve tercih oranlarının artırılmasını öneriyoruz. Öğrencilerin doğal doğum hakkındaki bilgi. düşünce ve tercihlerini içine alan daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

YAZAR KATKI DÜZEYİ

DA, GG, SEY, AÇ: Çalışma Fikri, Anket tasarımı, Veri toplama, Literatür tarama, Analiz, Kritik okuma.

KAYNAKLAR

Aksu H. Özsoy S. Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;24(1):44-8.

Amanak K. Balkaya N. Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Doğal Doğuma Yönelik Bilgi ve Düşünceleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;2(2):169-92.

Aktaş S. Erkek ZY. Annelerin Vajinal Doğumu Tercih Etme Nedenlerinin İncelenmesi: Bir Nitel

Araştırma Örneği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2018; 7(1):111-24.

Aune I et al. Midwifery Care Based on A Precautionary Approach: Promoting Normal Births in Maternity Wards: The Thoughts and Experiences of Midwives. Sexual & Reproductive Healthcare 2018;16:132-7.

Aydoğdu SGM ve ark. Ebelik Öğrencilerinin Normal Vajinal Doğum Yapma Konusundaki Görüşleri. *Androl Bul* 2018;20:78-84.

Başar F ve ark. Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Doğal Doğuma Yönelik Bilgi ve Düşünceleri. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2020;29(3):181-9.

Başar F. Sağlam HY. Kadınların Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. *Journal of Current Researches on Health Sector* 2018;8(1):59-74.

Çevirme A. Uğurlu EA. Anne Ölümüne Genel Bir Bakış: Prenatal Bakım ve Sezeryanın Rolü. *Uluslararası Aile Çocuk ve Eğitim Dergisi* 2017;2(4):54-71.

Doğaner G ve ark. Sağlık Bilimlerinde Okuyan Öğrencilerin Doğum Şekli Tercihlerine Yönelik Düşüncelerinin Belirlenmesi. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2013;10(1):31-6.

Kadioğlu M. Şahin. N. Üniversite Öğrencilerinin Doğum Şekline Yönelik Görüşleri, Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 2019;5(2):43-69.

Karabulutlu Ö. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *İÜFN Hem Dergisi* 2012;20(3): 210-21.

Karabulutlu Ö. Yavuz. C. Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Doğal Doğuma Yönelik Bilgi ve Düşünceleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2018;8(1):7-14.

Palas Karaca P. Genç Koyuncu R. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda Okuyan Öğrencilerin Doğum Şekli Tercihlerine Yönelik Düşüncelerinin Belirlenmesi. *Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi* 2015;3(1):4-11.

Tektaş E ve ark. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. *Çukurova Medical Journal* 2018;44(1):1-10.

Ünay V. Taşpınar A. Sağlık Çalışanlarının Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2018;27(3):190-6.

Weeks FH ve ark. Preference for Caesarean and Attitudes toward Birth in a Chilean Sample of Young Adults. *Women and Birth* 2020;33(2):159-65

EXTENDED ABSTRACT

Normal birth is defined as the occurrence of as many births as possible. There must be a valid reason to interfere with the normal birth process. Optional cesarean delivery without any medical reason causes many complications on maternal and infant health. Today, cesarean delivery rates are increasing all over the world (especially in Turkey, about three times in the last 20 years). When the factors affecting the mother's delivery method are examined, it is seen that the mother's education level, age, place of residence, physician attitudes, family and friends, media and health personnel, women's expectations and psychological conditions affect the decision process of women as well as the specific birth date request, pain relief. Women tend to give birth with intervention for reasons such as not having negative experiences. It is inevitable for the students to take part in the health team and to exhibit exemplary behavior and the impact on the expectant mothers. This research was conducted to determine the views of students studying in different health departments about natural birth.


The research was carried out with 520 female students who were selected by simple random sampling method studying at a university Faculty of Health Sciences and Health Services Vocational High School. The data were collected with 39 questionnaires asking students' demographic characteristics, natural birth knowledge and opinions. Evaluation of the data; Number, percentage, average, standard deviation, chi-square analysis were done using SPSS package program. Significance level was evaluated at $p < 0.05$ level. Permission required for the implementation of the study was obtained from the ethics committee of Kafkas University Faculty of Medicine (The study was approved in the session no. 4 of 14.03.2018 and the name was changed in the session no). Written consent was obtained from the students who participated in the study. The article complies with the Helsinki Declaration Principles.

In this study; The average age of students was found to be 19.80 ± 1.74 . 29.6 % of the students are First and Emergency Aid. 63.8 % are first-year students. 51.5 % have completed state high school. 65.8 % belong to the nuclear family. 41.9 % mother is primary school graduate. 41.3 % father secondary and high school graduates. 51.3 % have four or more siblings. 81% have a monthly income of medium level and 96.7 % are single. 74.4 % of the students knew about natural birth. 49.2 % of them heard from school. 81 % of the benefits of natural birth. 72.2 % of the benefits of natural birth would strengthen the baby's immune system. 55.6 % of the losses of natural birth. 92.5 % of them did not take childbirth preparation courses. 60.4 % wanted to take birth preparation courses. 35.6 % of them should be intervened before delivery. 92.3 % of them were required to prepare for childbirth. 88.5 % of them were to go to the course. Stated that 96 % of them recommended natural birth as health personnel and 91 % would prefer natural birth themselves. 73.8 % of students should be banned from food and drink at birth. 61.9 % of them should be given music, bath, massage, etc. at birth. It is beneficial to use techniques. 92.3 % teach women relaxation techniques at birth, make them effective at birth. 47.7 % of them accelerate the birth at body temperature when birth is active. 43.1 % have no idea about supporting other positions instead of on back at birth. 36.3 % of them should not prefer vertical positions at birth. 80.8 % of them should stay together after birth. 53.5 % of the students gave no idea to the statement "Epidural anesthesia is against the philosophy of natural birth", and 86.2 % answered "yes" to the statement "Negative examples in the media create prejudice against birth".


According to the answers given by the students, they stated that the majority of them had knowledge about natural birth, they also wanted natural birth and they recommended it to pregnant women. In our study, students' departments, classes, high schools they graduated, family structures, education levels of mother and father, and their knowledge of birth and birth; family structure and marital status and situations of recommending natural birth; There was a statistically significant relationship between monthly income, marital status and preferring natural birth ($p < .005$). Statistically significant results were found between the states of knowing natural birth and the cases of proposing and choosing natural birth ($p < .005$). In line with the results, in order to carry out studies to increase the level of knowledge about natural birth, we suggest that birth suggestions and preference rates should be increased by taking birth-related courses into the curriculum or by providing additional training and information to those who do. Students' knowledge about natural birth. There is a need for more comprehensive studies that include their thoughts and preferences.

**KONTRASEPTİF NİYET ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİLİK
VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**
RELIABILITY AND VALIDITY STUDY OF CONTRACEPTIVE INTENT QUESTIONNAIRE
Nurlaila Ramadhan SUID*, Türkan PASİNLİOĞLU**

*JL. Tanggul No: 38 Kuta Alam Banda
Aceh, Aceh/Indonesia

 0000-0001-5629-7243

**Prof. Dr. SANKO Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,
Gaziantep/Türkiye.

 0000-0001-5639-2232

Yazışma Adresi:

Türkan PASİNLİOĞLU
e-posta: tpasinlioglu@sanko.edu.tr

Gönderim Tarihi: 18 Şubat 2021

Kabul Tarihi: 13 Nisan 2021

ÖZ

Amaç: Bu araştırmanın amacı, kadınların doğurganlık dönemindeki kontraseptif niyetini belirleyen, Kontraseptif Niyet Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak Türk toplumuna uygunluğunu değerlendirmektir.

Yöntem: Metodolojik türde yapılan bu araştırma, Sağlık Bakanlığı'na bağlı Erzurum Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi'ne Aralık 2015-Haziran 2016 tarihleri arasında bir aile planlaması yöntemi kullanmak / değiştirmek için başvuran kadınlar üzerinde yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 202 kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu" ve "Kontraseptif Niyet Ölçeği'nin Türkçe Formu" kullanılmıştır. Geçerlilik-güvenilirlik analizinde dil, kapsam, yapı geçerliği ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır.

Bulgular: Kontraseptif Niyet Ölçeği'nin çeviri-geri çevirisi yapılarak dil geçerliliği sağlanmış, daha sonra uzman önerileri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak kapsam geçerliliği sağlanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek için yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda tek bir yapıda ve faktör yüklerinin uygun aralıkta olduğu (0.33-0.72) belirlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlık analizinde; Cronbach alfa katsayısının 0.82, madde-toplam puan korelasyonlarının 0.25-0.62 arasında olduğu belirlenmiş ve ölçekten herhangi bir madde çıkarılmamıştır.

Sonuç: Kontraseptif Niyet Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Geçerlilik ve güvenilirlik; kontraseptif niyet; ölçek.

ABSTRACT

Aim: This study aims to determine reliability and validity study of Turkish Version of "Contraceptive Intent Questionnaire", which assesses women's intention of using contraceptive in reproductive period.

Methods: This methodological research was conducted between December 2015 and June 2016 in Center of Women's Child Health and Family Planning, Erzurum. Study included 202 women who met the inclusion criteria and agree to participate without any sample selection. Data were collected by using "Personal Information Form" and "Contraceptive Intent Questionnaire". Validity and reliability were analyzed by using language and content validity, explanatory factor analysis, Cronbach's Alpha coefficient and item-total score correlation methods.

Results: Linguistic validity was verified by the translation-back-translation of Contraceptive Intent Questionnaire. Content validity was ensured by doing required corrections according to the recommendation of expert assessments. Construct validity was determined by performing explanatory factor analysis. It found that questioner fit one factor model which component matrix of each items in appropriate range (0.33-0.72). Internal consistency analysis determined that Cronbach's Alpha value is 0.82, item-total score correlations were between 0.25-0.62 and no item was removed from the scale.

Conclusion: Turkish version of Contraceptive Intent Questionnaire was found to be a valid and reliable assessment tool.

Keywords: Contraceptive intent; tool; validity and reliability.

Atf için (How to cite): **Suid NR, Pasinlioğlu T.** Kontraseptif Niyet Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2021;4(2):101-110.

GİRİŞ

Tüm kadınların, temel bir insan hakkı olarak, gebe kalıp kalmayacağına ve bunun zamanlamasını belirlemeye hakkı vardır (Mammel and Gilliam 2010). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre Türkiye’de istenen doğurganlık hızı 1.9 iken toplam doğurganlık hızı 2.3’tür. Buradan yola çıkarak toplam doğurganlık hızının %17’sinin istenmeyen gebelik olduğu söylenilebilir (TNSA 2013).

Aile planlaması ve kontrasepsiyon denildiği zaman akla gelen olgu çocuk sayısının kısıtlanması olmamalıdır. Uygun doğum aralığı ve doğum zamanının seçimi hem annenin ve doğacak çocuğun sağlığını, hem de ailenin sosyal durumunu etkileyeceği unutulmamalıdır (Bostancı 2011). Ayrıca sık aralıklarla doğan çocukların anne karnında gelişmeleri tam olmamakta, sakatlık oranı yükseltmekte, bakımları güçleşmekte ve bebek ölümleri artmaktadır (Göz ve ark. 2005). Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre dünyada 225 milyon kadar kadın artık çocuk sahibi olmak istemediği halde herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmamaktadır (WHO 2015). TNSA 2013 verilerine göre, doğurganlık çağındaki kadınların %26.5’i herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır. Gebelikten korunma başarısı düşük olan geleneksel yöntemleri kullananların oranı ise %26.1’dir (TNSA 2013).

Aile planlaması danışmanlığının amacı, başvuranın bilinçli ve gönüllü seçim yapmasını sağlamaktır. Aile planlaması danışmanlığı, kontraseptif yöntemlerin kabulünü artırır, kişiye uygun yöntemin seçimini, yöntemin etkin ve başarılı kullanımını sağlar (Coşkun 2012). Aile planlaması hizmetini alan kişinin hizmet alma ya da almama nedenleri, hizmeti sunan sağlık profesyonelleri tarafından ortaya çıkarılmalı, bireyin tutumu belirlenip, aile planlamasına yönelik istendik davranışa ulaşması sağlanmalıdır. Hizmet alanların aile planlaması yöntemlerini seçerken tutumlarının bilinmesi, sağlık personelinin aile planlaması eğitimi ve danışmanlığı verirken, bireylerin tutumlarını göz önünde bulundurarak davranış değiştirme yönünde danışmanlık hizmetlerinin idame ettirilmesini sağlayacaktır (Örsal ve Kubilay 2007).

Aile planlaması hizmeti alanların gelecekte bu konu ile ilgili gereksinimleri konusunda plan yapabilmek için danışanların ve danışmanların varolan kontraseptif kullanma durumu ve eşlerin gelecekte yöntem kullanmaya

ilişkin niyetleri ile ilgili bilgilendirilmeye ihtiyaçları olduğu düşünülmektedir (Kitapçıoğlu ve Yanikkerem 2008). Bennet ve Rocca tarafından 2015 yılında kadınların kontraseptif niyetini değerlendirmek amacıyla Kontraseptif Niyet Ölçeği (Contraceptive Intent Questionnaire-CIQ) geliştirilmiştir (Bennet and Rocca 2015). İlgili ölçeğin Türkçe’ye uyarlanmış formu bulunmamaktadır. Bu ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması durumunda doğurganlık dönemindeki kadınların kontraseptif niyeti belirlenecektir.

Bu araştırmanın amacı, kadınların doğurganlık dönemindeki kontraseptif niyetini belirleyen, Kontraseptif Niyet Ölçeği’nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak Türk toplumuna uygunluğunu değerlendirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü: Bu araştırma, metodolojik türde yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Araştırma, Sağlık Bakanlığı’na bağlı Erzurum Halk Sağlığı Müdürlüğü Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezinde Aralık 2015-Haziran 2016 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Bir aile planlaması yöntemi kullanmak için veya halen kullandığı yöntemi değiştirmek için ilgili merkeze başvuran kadınlar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlanmasında, örneklem sayısının ölçek madde sayısının en az 5-10 katına ulaşması gerekmektedir (Yasir 2016). Kontraseptif Niyet Ölçeği’nde 15 madde bulunmaktadır. Buna göre örneklemin en az 75-150 arasında olması gerekmektedir. Araştırmada, örneklem seçimine gidilmemiş, araştırma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 202 kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Verilerin Toplanması: Veriler, 01 Şubat-30 Nisan 2016 tarihleri arasında ilgili AÇSAP merkezinde bulunan uygun bir odada kadınlarla yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları: Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından oluşturulan “Kişisel Bilgi Formu” ve “Kontraseptif Niyet Ölçeği” nin Türkçe formu kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve kontrasepsiyon **Kontraseptif Niyet Ölçeği (KNÖ) (Contraceptive Intention Questionnaire-CIQ):** Bennet ve Rocca tarafından, kontraseptif niyetin değerlendirilmesi amacıyla, 2015 yılında Amerika'da geliştirilmiştir (Bennet and Rocca, 2015). Ölçek toplam 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 4'lü likert tipindedir. Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 15'tir. Puanın yükselmesi kontraseptif niyetin arttığını göstermektedir.

Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 18 paket programında yapılmıştır. Çalışmada ilk olarak dil ve kapsam geçerliliği sağlanmış, daha

özelliklerini içeren 10 sorudan oluşmaktadır.

sonra yapı geçerliliği ve iç tutarlılık kat sayıları analiz edilmiştir.

Araştırmanın Etik İlkeleri: Ölçeğin Türkçe'ye yarılanması için ölçeği geliştiren Tina R. Raine Bennett'ten yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay (21.12.2015, No:27) ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan kadınlardan yazılı olarak aydınlatılmış onam alınmıştır. Ayrıca araştırmanın tüm basamaklarında Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun davranılmıştır.

Tablo 1. Çalışmada Kullanılan İstatistiksel Testler

| Özellik | Kullanılan Teknikler |
|---|--|
| Dil geçerliliği | Çeviri-Geri Çeviri Yöntemi |
| Kapsam geçerliliği | Davis Tekniği Kapsam Geçerlilik İndeksi |
| Örneklem büyüklüğü ve veri setinin faktör analizine uygunluğu | Kaiser-Mayer-Olkin İndeksi Barlett's Testi |
| Yapı geçerliliği | Açıklayıcı Faktör Analizi |
| İç Tutarlılık | Cronbach alfa katsayısı Madde toplam puan korelasyonu |

BULGULAR

Dil Geçerliliği

Kontraseptif Niyet Ölçeği'nin dil geçerliliğini test etmek için çeviri-geri çeviri yapılmıştır. Ölçek maddeleri iki İngilizce dil bilim uzmanı tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçek maddelerinin Türkçe çevirilerinden en uygun ifadeler seçilerek oluşturulan Türkçe ölçek, her iki dili ve kültürü iyi bilen, ana dili Türkçe olan bir dil bilim uzmanı tarafından yeniden İngilizce'ye çevrilmiştir. Çeviri işleminde çevirmenler arasında benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çeviri işleminden sonra ölçek 20 kadından oluşan bir gruba pilot olarak uygulanmıştır. Pilot uygulama yapılan grupta ölçek maddelerinin anlaşılır olduğu gözlemlenmiştir.

Kapsam Geçerliliği

Kontraseptif Niyet Ölçeği'nin kapsam geçerliliğini değerlendirmek için uzman görüşlerine başvurulmuştur. Bu amaçla çevirisi tamamlanan ölçek 11 ebe/hemşire akademisyenden oluşan uzman grubun görüşüne sunulmuştur. Uzmanlardan her bir maddeye 1-4

arasında puan vererek ölçek maddelerinin amaca uygunluğunu ve anlaşılabilirliğini değerlendirmeleri istenmiştir. Ölçek maddelerine uzmanların verdiği puanlar ve ölçeğe ait kapsam geçerlik indeksi sonuçları Tablo 1'de görülmektedir. Ölçeğe ait tüm maddelerin KGİ skorları 0.80'in üzerindedir. Bu nedenle, herhangi bir madde ölçekten çıkarılmamıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra ölçek 20 kadından oluşan bir gruba pilot olarak yeniden uygulanmıştır. Uygulamadan sonra herhangi bir değişiklik yapmaya gerek olmadığı belirlenmiş ve Kontraseptif Niyet Ölçeği'nin Türkçe formu elde edilmiştir.

Yapı Geçerliliği

Kontraseptif Niyet Ölçeği'nin faktör yapısını belirlemeden önce örneklem grubunun büyüklüğünü incelemek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Measure of Sampling Adequacy, faktör analizinin uygunluğunu ve sıfırdan farklı olup olmadığını anlamak için ise Barlett's Test of Sphericity (BTS) (örneklem büyüklüğünü sına) analizleri yapılmıştır. Ölçeğin KMO katsayısı 0.801 olarak saptanmıştır. Bu değer temel bileşenler analizi için uygunluğu

göstermektedir. Benzer şekilde BTS sonuçları da $X^2 = 823,418$ ve $p=0.000$ olarak saptanmış, verilerin birbiri ile ilişki gösterdiği ve faktör analizi için uygun olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Ölçek Maddelerine Ait Kapsam Geçerlik İndeksi Sonuçları

| Maddeler | Puanlar | | | | KGİ |
|--|---------|---|---|----|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 1. İlk çocuğunuza ya da bundan sonraki çocuğunuza sahip olmadan önce, okulu bitirmek, iş bulmak ya da daha çok para kazanmak gibi sizi daha ileri götürecek şeyler ne kadar önemlidir? | - | 1 | 5 | 5 | 0.90 |
| 2. Sizce eşiniz sizin doğum kontrol yöntemi kullanmanıza karşı mıdır? | 1 | 1 | 2 | 7 | 0.81 |
| 3. Şu anda gebelikten korunmak sizin için ne kadar önemlidir? | - | - | - | 11 | 1.00 |
| 4. Şu anda doğum kontrolü yöntemi kullanmak sizin için ne kadar önemlidir? | - | - | - | 11 | 1.00 |
| 5. Gelecek yıl gebe kalacak olsanız bu sizi ne kadar mutlu eder? | - | - | 1 | 10 | 1.00 |
| 6. Gelecek yıl doğum kontrol yöntemi kullanacağınız konusunda ne kadar eminsiniz? | - | - | - | 11 | 1.00 |
| 7. Doğum kontrol yöntemini doğru bir şekilde kullanmanın, sizin için zor olacağını düşünüyor musunuz? | - | - | 4 | 7 | 1.00 |
| 8. Gelecekte doğum kontrol yöntemi kullanmayı sürdürebileceğinizden ne kadar eminsiniz? | - | 2 | 1 | 8 | 0.81 |
| 9. Gelecek yıl gebe kalacak olsanız, bu sizi ne kadar üzer? | - | - | 1 | 10 | 1.00 |
| 10. Eşinizin doğum kontrol yöntemi kullanmanızı istemediği bir durumda cinsel ilişkiye karşı koyabileceğinizden ne kadar eminsiniz? | - | - | 3 | 8 | 1.00 |
| 11. Doğum kontrol yöntemi kullanmanın size yarardan çok zarar vereceğini düşünüyor musunuz? | - | - | - | 11 | 1.00 |
| 12. Doğum kontrol yöntemini doğru bir şekilde kullansanız bile gebe kalacağınızı düşünüyor musunuz? | - | - | - | 11 | 1.00 |
| 13. Çok sık cinsel ilişkiye girmediğiniz zamanlarda doğum kontrol yöntemi kullanmak sizin için ne kadar önemlidir? | - | - | 3 | 8 | 1.00 |
| 14. Doğum kontrol yöntemi kullanmadığınız ve son derece uyarılmış ya da tahrik olmuş olduğunuz bir durumda, kendinizi durdurabileceğinizden ne kadar eminsiniz? | - | - | 2 | 9 | 1.00 |
| 15. Doğum kontrol yöntemi kullanmanın size yan etkisi olacağını düşünüyor musunuz? | - | - | 3 | 8 | 1.00 |

Açıklayıcı Faktör Analizi

KMO ve Barlett's testleri sonrasında açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Orijinal dilinde tek boyutlu yapıya sahip olan ölçeğin zorlamadan Türk Dilinde de tek boyutlu yapıya uygun olduğu saptanmıştır. Tablo 3'te görüldüğü gibi maddelerin faktör yükleri 0.33-0.72 arasında

değişmektedir. Az sayıdaki maddenin faktör yüklerinin 0.30'a kadar kabul edilmiştir (Can 2013). Çalışmada, bütün maddelerin faktör yükleri uygun olduğu için ölçekten madde çıkarılmamıştır. Toplam açıklanan varyans %29.01'dir.

Tablo 3. Kontraseptif Niyet Ölçeği Maddelerinin Faktör Yüğü

| Maddeler | Madde Yüğü |
|--|---------------|
| 1. İlk çocuğunuza ya da bundan sonraki çocuğunuza sahip olmadan önce, okulu bitirmek, iş bulmak ya da daha çok para kazanmak gibi sizi daha ileri götüreceğ şeyler ne kadar önemlidir? | 0.41 |
| 2. Sizce eşiniz sizin doğum kontrol yöntemi kullanmanıza karşı mıdır? | 0.33 |
| 3. Şu anda gebelikten korunmak sizin için ne kadar önemlidir? | 0.55 |
| 4. Şu anda doğum kontrolü yöntemi kullanmak sizin için ne kadar önemlidir? | 0.63 |
| 5. Gelecek yıl gebe kalacak olsanız bu sizi ne kadar mutlu eder? | 0.53 |
| 6. Gelecek yıl doğum kontrol yöntemi kullanacağınız konusunda ne kadar eminsiniz? | 0.61 |
| 7. Doğum kontrol yöntemini doğru bir şekilde kullanmanın, sizin için zor olacağını düşünüyor musunuz? | 0.52 |
| 8. Gelecekte doğum kontrol yöntemi kullanmayı sürdürebileceğinizden ne kadar eminsiniz? | 0.72 |
| 9. Gelecek yıl gebe kalacak olsanız, bu sizi ne kadar üzer? | 0.56 |
| 10. Eşinizin doğum kontrol yöntemi kullanmanızı istemediğı bir durumda cinsel ilişkiye karşı koyabileceğinizden ne kadar eminsiniz? | 0.37 |
| 11. Doğum kontrol yöntemi kullanmanın size yarardan çok zarar vereceğini düşünüyor musunuz? | 0.49 |
| 12. Doğum kontrol yöntemini doğru bir şekilde kullansanız bile gebe kalacağınızı düşünüyor musunuz? | 0.56 |
| 13. Çok sık cinsel ilişkiye girmediğiniz zamanlarda doğum kontrol yöntemi kullanmak sizin için ne kadar önemlidir? | 0.62 |
| 14. Doğum kontrol yöntemi kullanmadığınız ve son derece uyarılmış ya da tahrik olmuş olduğunuz bir durumda, kendinizi durdurabileceğinizden ne kadar eminsiniz? | 0.45 |
| 15. Doğum kontrol yöntemi kullanmanın size yan etkisi olacağını düşünüyor musunuz? | 0.53 |
| Toplam Açıklanan Varyans | %29.01 |

İç Tutarlılık

Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa kat sayısı ve madde toplam puan korelasyonları ile değerlendirilmiştir. Bir ölçekte Cronbach alfa katsayısı 0.80 üzeri olup test güvenilirliği için yüksek olarak değerlendirilmektedir (Esin 2014). Çalışmada, ölçeğin toplam

Cronbach alfa kat sayısının 0.82 olduğu saptanmıştır. Madde toplam korelasyonlarının her maddede en az 0.20 olması gerekmektedir (Şimşek, 2007). Ölçeğin her madde toplam puan korelasyonunun 0.25-0.62 arasında olduğu bulunmuştur.

Kontraseptif Niyet Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına katılan kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri Tablo 5'te verilmiştir. Tabloya bakıldığında görülmektedir ki; kadınların yaş ortalaması 29.93'tür. Kadınların %55.0'ı ilköğretim düzeyinde eğitim almış, %92.1'i ev hanımıdır. %30.7'sinin eşi ilköğretim düzeyinde

eğitim almış, %71.3'ü orta düzeyde bir gelire sahiptir ve %70.3'ü çekirdek ailede yaşamaktadır. Kadınların %29.7'sinin gebelik sayısı 4 ve üstüdür, %44.6'sının yaşayan çocuk sayısı 3 ve üstüdür, %50.0'ı doğum aralığı iki sene ya da üstüdür ve %38.1'i daha önce gebelikten koruyucu hiç bir yöntem kullanmamıştır.

TARTIŞMA

Ölçek uyarlama çalışmalarında ilk olarak yapılması gereken orijinal ölçeğin, uyarlama yapılacak olan toplumun kültürüne yönelik dil çevirisinin yapılmasıdır. Kontraseptif Niyet Ölçeği'nin dil uyarlamasında dünyada en çok kullanılan yöntem olan çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemde, ölçek ana dilden uyarlama yapılacak olan dile çevrilir, sonra tekrar ana diline çevrilerek anlamsal yönden değerlendirilir (Çapık, Gözüm ve Aksayan 2018).

Tablo 4. Madde Toplam Korelasyonları

| Maddeler | Ortalama | SS | Madde Silindiğinde Cronbach α | Düzeltilmiş Madde-Madde Toplam Korelasyonu |
|---------------------------|----------|------|--------------------------------------|--|
| Madde 1 | 0.43 | 0.49 | 0.81 | 0.33 |
| Madde 2 | 0.82 | 0.37 | 0.81 | 0.25 |
| Madde 3 | 0.84 | 0.36 | 0.80 | 0.43 |
| Madde 4 | 0.81 | 0.39 | 0.80 | 0.50 |
| Madde 5 | 0.67 | 0.47 | 0.80 | 0.41 |
| Madde 6 | 0.62 | 0.48 | 0.80 | 0.50 |
| Madde 7 | 0.52 | 0.50 | 0.80 | 0.44 |
| Madde 8 | 0.55 | 0.49 | 0.79 | 0.62 |
| Madde 9 | 0.61 | 0.48 | 0.80 | 0.44 |
| Madde 10 | 0.29 | 0.45 | 0.81 | 0.30 |
| Madde 11 | 0.49 | 0.50 | 0.80 | 0.41 |
| Madde 12 | 0.40 | 0.49 | 0.80 | 0.48 |
| Madde 13 | 0.56 | 0.49 | 0.80 | 0.51 |
| Madde 14 | 0.36 | 0.48 | 0.81 | 0.37 |
| Madde 15 | 0.38 | 0.48 | 0.80 | 0.44 |
| Cronbach alfa 0.82 | | | | |

Çeviri-geri çeviri yönteminde ilk olarak iki İngilizce dil bilim uzmanı Kontraseptif Niyet Ölçeğini İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçek Türkçe'ye çevrildikten sonra araştırmacı tarafından tekrar gözden geçirilip ortak bir form elde edilmiştir. Elde edilen form hem Türkçe'yi hem de İngilizce'yi anlayan ve konuşan bir İngilizce dil bilim uzmanı tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe'den İngilizce'ye çevirisi ve İngilizce'den Türkçe'ye geri çevirisi farklı uzmanlar tarafından yapılmıştır.

Çalışmada çeviri işleminden sonra ölçek maddelerinin kadınlar tarafından anlaşılabilirliğini saptamak için 20 kadına ön uygulama yapılmış ve soruların anlaşılabilirliği yönünden görüş bildirmeleri istenmiştir. Ön uygulama sonrasında gelen öneriler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Sonuçta, Kontraseptif Niyet Ölçeği'nin Türkçe formunun dil geçerliliği yönünden uygun bir ölçme aracı olduğu söylenebilir.

Kapsam (içerik) geçerliliği ölçüm aracının, ölçülmek istenen yapının temel elementlerini ne ölçüde kapsadığını değerlendirmek için kullanılır. Uzman kişilerden ölçekte bulunan maddelerin ifade şekli, ifadelerin açık ve anlaşılır olup olmadığı, değişik anlamlara neden olup olmadığı üzerine görüşler istenmiştir. Bu amaçla altı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Uzmanı, iki Halk Sağlığı Hemşireliği Uzmanı, ve üç Ebelik Uzmanından görüşleri alınmıştır. Kapsam geçerlilik indeks değerlendirmek için uzmanlardan Davis Tekniği

kullanılarak her bir ölçek maddesini puanlaması istenmiştir. Puanlama; 1 = 'uygun değil', 2 = 'maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir', 3 = 'uygun', 4 = 'çok uygun' şeklindedir (Polit and Back, 2006). Literatürde kapsam geçerliliklerinde KGİ skorunun 0.80 ve üzerinde olması gerektiği belirtilmektedir (Erefe 2012; Erdoğan ve ark. 2014). Bu çalışmada ölçeğe ait maddelerin KGİ skorları 0.80'in üzerindedir ve kapsam geçerliliğinin yeterli olduğu bulunmuştur. Ölçme aracının uygulanabilirliğinin saptanması için daha sonra sorun çıkmasını önlemek adına veri toplamaya başlamadan önce pilot uygulama yapılmalıdır. Pilot uygulama ve uzmanların önerileri sonucunda ölçek maddelerinin anlaşılır olduğu gözlenerek Kontraseptif Niyet Ölçeği son halini almıştır.

Yapı geçerliliği birbirleriyle ilgili olduğu düşünülen belirli öğelerin ya da öğeler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu bir örüntüdür (Öner 2009). Yapı geçerliliğini istatistiksel olarak incelemenin en iyi yolu faktör analizidir (Seçer 2015). Faktör analizi yapmadan önce örneklem büyüklüğünün uygun olup olmadığı değerlendirilmelidir. Bununla ilgili KMO en sık başvurulan tekniklerden biridir. KMO değeri 0 ile 1 arasında bir değer alır ve elde edilen değer 1'e yaklaşması örneklem büyüklüğünün yeterliliğine ilişkin fikir vermektedir. KMO değerinin 0.70'e eşit veya bu orandan büyük olması beklenir. 0.50'nin altındaki örneklem büyüklüğünün kabul edilemez olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Faktör analizinde örneklem büyüklüğünün yeterliliğine belirlemek amacıyla başvurulan diğer bir istatistiksel yöntem ise Barlett's testidir. Barlett's testi, test analiz edilecek değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı ve sıfırdan farklı olup olmadığını anlamak için uygulanan bir yöntemdir (Yasir 2016). Bu çalışmada KMO değeri 0.80 olarak belirlenmiştir. Bu bulgu 0.80-0.89 arası değerler çok iyi sonuç olarak değerlendirilir ve faktör analizi için örneklem büyüklüğünü iyi olduğunu göstermektedir. Barlett's testi sonucuna $X^2=823.418$, $p<0.001$ olarak bulunmuştur. Bu testin anlamlı çıkması faktör analizi için örneklem büyüklüğünün iyi ve korelasyon matrisinin uygun olduğunu göstermektedir (Büyüköztürk 2007). Literatürle paralellik gösteren bu bulgu, örneklemin faktör analizi için uygun ve yeterli olduğunu göstermektedir. Orijinal dilinde tek boyutlu yapıya sahip olan ölçeğin Türk Dilinde de tek boyutlu yapıya uygun olduğu saptanmıştır.

Tek faktörlü bir ölçekte faktör yüklerinin, faktör analizi sonucunda 0.30 ve üzerinde olması istenmektedir (Seçer 2015; Büyüköztürk 2007). Faktör yük değeri, maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan bir katsayıdır. Bir maddenin faktör yük değerinin ne kadar yüksek ise o maddenin faktörle o kadar güçlü bir ilişkiye sahip olduğu anlamına gelir (Çokluk ve ark. 2012).

Açıklanan varyans ise ölçeğin ilgili kavramı ya da yapının iyi ölçüp ölçmediğinin bir göstergesi olarak yorumlanır. Literatüre göre çok faktörlü ölçeklerde faktör sayısı arttıkça olması açıklanan varyans da artar. Tek faktörlü ölçeklerde açıklanan varyans oranının %30 olması yeterli olarak değerlendirilmektedir (Can 2013). Bu çalışmada maddelerin faktör yükleri 0.33-0.72 arasında değişmektedir (Tablo 3). Açıklanan varyans ise %29.01 olarak bulunmuştur (Tablo 3). Açıklayıcı faktör analizi bulgularına göre madde faktör yükleri ve açıklanan varyansın yeterli düzeyde olduğu söylenebilir.

Kontraseptif Niyet Ölçeği'nin güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılığı ölçmek için Cronbach alfa katsayısı ve madde toplam puan korelasyonu hesaplanmıştır. Cronbach alfa katsayısı, ölçek uyarlama çalışmalarında iç tutarlılığın belirlemede sıklıkla yapılan bir güvenilirlik belirleme yöntemidir. Cronbach alfa

katsayısının hesaplanmasındaki amaç, ölçekte yer alan maddelerin birbiriyle uyum düzeylerini ortaya çıkartmaktır (Şeker ve Gençdoğan2004; Sipahi ve ark. 2008).

Tablo 5. Kadınların Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

| Özellikler (n=202) | \bar{X} | SS |
|--|-------------|----------|
| Yaş | 29.93 | 6.69 |
| | Sayı | % |
| Eğitim | | |
| İlkokul | 111 | 55.0 |
| Ortaokul | 37 | 18.3 |
| Lise | 36 | 17.8 |
| Üniversite | 18 | 8.9 |
| Meslek | | |
| Ev hanımı | 182 | 90.1 |
| Memur | 12 | 5.9 |
| İşçi | 3 | 1.5 |
| Diğer | 5 | 2.5 |
| Eş Eğitimi | | |
| İlkokul | 62 | 30.7 |
| Ortaokul | 44 | 21.8 |
| Lise | 60 | 29.7 |
| Üniversite | 36 | 17.8 |
| Gelir Düzeyi | | |
| Kötü | 11 | 5.4 |
| Orta | 144 | 71.3 |
| İyi | 47 | 23.3 |
| Aile Tipi | | |
| Çekirdek aile | 142 | 70.3 |
| Geniş aile | 60 | 29.7 |
| Gebelik Sayısı | | |
| 1 | 29 | 14.4 |
| 2 | 58 | 28.7 |
| 3 | 55 | 27.2 |
| 4 ve üstü | 60 | 29.7 |
| Çocuk Sayısı | | |
| Yok | 4 | 2.0 |
| 1 | 37 | 18.3 |
| 2 | 71 | 35.1 |
| 3 ve üstü | 90 | 44.6 |
| Doğum Aralığı | | |
| 2 yıldan az | 101 | 50.0 |
| 2 yıl ve üstü | 101 | 50.0 |
| Daha Önce Kullandığı AP Yöntemi | | |
| 1 aylık iğne | 2 | 1.0 |
| 3 aylık iğne | 7 | 3.5 |
| Halka | 1 | 0.5 |
| Hap | 24 | 11.9 |
| Kondom | 25 | 12.4 |
| RİA | 66 | 32.6 |
| Yöntem kullanmayan | 77 | 38.1 |

Bir ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa, o ölçüde ölçeğin aynı özelliğin öğelerini ölçen tutarlı maddelerden oluştuğu söylenir (Akgül 2005). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa kat sayısının 0.82 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Orijinal ölçekte ise Cronbach alfa 0.73 olarak belirlenmiştir (Bennet and Rocca, 2015).

Cronbach Alfa katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenilirliği yorumları: (1) $0.00 < \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değil, (2) $0.40 < \alpha < 0.60$ ise ölçek güvenilirliği düşük, (3) $0.60 < \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilir, (4) $0.80 < \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (Can 2013).

Literatürde Cronbach alfa katsayısının 0.60 üzerinde olmasının yeterli olduğu ifade edilmektedir (Sipahi ve ark. 2008). Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı $0.80 < \alpha < 1.00$ aralığında olduğu için ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir.

Madde toplam puan korelasyonu her bir madde ile ölçek puanı arasındaki korelasyonların hesaplanması esasına dayanır. Eğer bir maddenin toplam puan korelasyon katsayısı işareti eksi, değeri sıfır ve sıfıra yakın ise o maddenin çıkarılması gerekmektedir. Değerin düşük olması o maddenin diğer maddelerden farklı bir niteliği ölçtüğünü göstermektedir (Gözüm ve Aksayan 2003). Madde toplam puan korelasyonu arttıkça o maddenin etkinliğini yüksek göstermekte ve ölçek maddelerinin güvenilir olduğunu belirlemektedir (Yasir 2016).

Bir maddenin kabul edilebilir olması için madde-toplam puan korelasyon katsayısı pozitif ve en az 0.20 olmalıdır (Can 2013). Bu çalışmada Kontraseptif Niyet Ölçeği'nin madde toplam puan korelasyonları 0.25-0.62 arasında değişmektedir. Bu bulgular maddelerin madde toplam puan korelasyonları madde analizi için yeterli düzeydedir. Orijinal çalışmaya benzer şekilde bu çalışmada da ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği değerlendirilmemiştir. Çalışmada, çoğu ziyaretlerde kadınların kısa bir süre sonra yeni bir yöntem başladıkları görülmüştür. Bir yöntem başlamadan kısa bir süre önce ya da başladıktan kısa bir süre sonra uygulanan maddelere verilen yanıtların tutarlılığını karşılaştırmak çok geçerli bir uygulama değildir (Örsal ve Kubilay 2007). Test- tekrar test uygulama aralığı kıaldığında kişilerin yeniden

anımsaması kolaylaşır ve ölçümün güvenilirliği hatalı bir şekilde yüksek çıkabilir (Gözüm ve Aksayan 2003).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kontraseptif Niyet Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlayarak, geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın sonucunda;

- ✓ Kontraseptif Niyet Ölçeği'nin çeviri-geri çeviri yöntemi ile dil geçerliliği analiz edilmiş ve uzman görüşleri ile kapsam geçerliliği sağlanmıştır.
- ✓ KMO ve Barlett's testi örneklem uygunluğu analizinde örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğu tespit edilmiştir.
- ✓ Açıklayıcı faktör analizi bulgularına göre madde faktör yükleri ve açıklanan varyansın kabul edilebilir düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Kontraseptif Niyet Ölçeği'nin maddelerinin toplam korelasyonlarının uygun olduğu tespit edilmiştir.
- ✓ Cronbach alfa kat sayısının iç tutarlık için yüksek derecede güvenilir olduğu bulunmuştur.
- ✓ Türkçe versiyonunun orijinal ölçekteki gibi tek boyutlu olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Sonuç olarak Kontraseptif Niyet Ölçeği'nin Türk toplumunda geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler getirilebilir;

- ✓ Kadınlarda, kontraseptif niyetin belirlenmesi ile ilgili araştırmalarda veri toplama aracı olarak kullanılması,
- ✓ Üreme çağındaki kadınların kontraseptif niyetini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ile ilgili çalışmalarda kullanılması,
- ✓ Farklı örneklem gruplarında geçerlilik ve güvenilirliğinin tekrarlanması.

ÇIKAR İLİŞKİSİ

Herhangi bir kişi ya da kurum arasında çıkar çatışması yoktur.

YAZARLARIN KATKI DÜZEYİ

NRS: Veri toplama, literatür tarama ve makale yazımı, TP: Araştırma konusu, makale yazımı ve kritik okuma.

KAYNAKLAR

- Akgül A.** Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları, 3. Baskı. Ankara: Emek Ofset, 2005:440-55.
- Bostancı MS.** Doğu Anadolu Bölgesindeki Bir İlçede Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemleri için Bilgi Kaynakları ve İstenmeyen Gebeliklerle İlişkisi. Dicle Tıp Dergisi 2011;38:202-7.
- Büyüköztürk Ş.** Veri Analizi El Kitabı, 8. Baskı. Ankara, Pegem Ak Yayıncılık, 2007:167-82.
- Can A.** SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde. Nicel Veri Analizi, 1. Baskı. Ankara: Pegem Akademi, 2013:267-84.
- Çapık C ve ark.** Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2018;26(3):199-210.
- Çokluk Ö ve ark.** Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve Lisrel Uygulamaları, 2. Baskı. Ankara: Pegem Akademi, 2012:177-400.
- Coşkun AM.** Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, 1. Baskı. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları, 2012:350-4.
- Erdoğan S ve ark.** Hemşirelikte Araştırma, 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2014: 216-30.
- Erefe İ.** Veri Toplama Araçlarının Niteliği. İçinde: Erefe İ (editör). Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri, 1. Baskı. İstanbul: Odak Ofset, 2012:169-87.
- Göz F ve ark.** Evlilik Öncesi Dönemdeki Genç Kızların Aile Planlaması ile İlgili Bilgi ve Düşünceleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2005;8:47-55.
- Gözüm S, Aksayan S.** Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II. Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003; 5:3-14.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.** T.C Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. 15 Ağustos 2016.
- Kitapçıoğlu G, Yanikkerem E.** Manisa Doğumevinde Doğum Yapan Kadınların Doğurganlık Öyküleri, Aile Planlaması Davranışı ve Doğum Sonrası Aile Planlaması Danışmanlığı. Ege Tıp Dergisi 2008;47:87-92.
- Bennett TRR, Rocca CH.** Development of A Brief Questionnaire to Assess Contraceptive Intent. Education and Counseling, 2015;98:1425-30.
- Memmel L, Gilliam M.** Kontrasepsiyon. İçinde: Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji. Ayhan A. Taşkıran Ç. Dursun P (Çeviri editörleri). Danforth's Obstetrics and Gynecology. Gibbs RS. Karlan BY. Haney AF. Nygaard I, 10. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2010:67-85.
- Öner N.** Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı. 2. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Maatbası, 2009:520-5.
- Örsal Ö, Kubilay G.** Aile Planlaması Tutum Ölçeği Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;15:155-64.
- Yasir ASM.** Cross cultural adaptation & psychometric validation of instruments: Step-wise description. International Journal of Psychiatry 2016;1(1):1-4.
- Polit DF, Beck CT.** The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. Research in Nursing & Health, 2006;29:489-97.
- Seçer İ.** SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi, Genişletilmiş 2. Baskı. Ankara, Anı Yayıncılık, 2015: 211-24
- Şeker H, Gençdoğan B.** Psikolojide ve Eğitimde Ölçek Aracı Geliştirme, 2. Baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık, 2014:23-9.
- Şimşek ÖF.** Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş, Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları, 1. Baskı. Ankara: Ekinoks, 2007:4-55.
- Sipahi B, Yurtkoru ES, Çinko M.** Sosyal Bilimlere SPSS'le Veri Analizi, 2. Baskı. İstanbul: Beta, 2008:89-100.
- Esin M. N.** Veri toplama yöntem ve araçları & veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği. İçinde: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN (Ed.), Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2014:169-92.
- World Health Organization.** Family Planning/Contraception. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/>. 10 Kasım 2015.

EXTENDED ABSTRACT

All women have the right, as a fundamental human right, to determine the timing of conception or not. Effective protection of a woman from an unwanted pregnancy until she feels physically and mentally ready for pregnancy is important for her and her baby's health. Because unwanted pregnancies affect the health of the mother and baby, in particular, the health of the family and society. Turkey Population and Health Survey (TDHS) according to 2013 data, while the desired fertility rate 1.9, total fertility rate 2.3 in Turkey. Based on this, it can be said that 17% of the total fertility rate is an unwanted pregnancy. Unwanted pregnancies can be prevented by using an appropriate family planning method. It is important to advise individuals in the selection of methods. Individuals enlightened with counseling are free to choose the method. Contraceptive intention determines whether individuals benefit from family planning services or not. For this reason, it is important to know the contraceptive intentions of individuals in family planning studies. Contraceptive Intent Questionnaire (CIQ) was developed by Bennet and Rocca for assessment women's contraceptive intent. Corresponding scale there is no form adapted to Turkish. The scale of the case of women of childbearing age to adapt to Turkish society contraceptives to determine the intention even to draw. This study aims to determine reliability and validity study of Turkish Version of "Contraceptive Intent Questionnaire", which assesses women's intention of using contraceptive in reproductive period.

This study was conducted in methodological type. The research was conducted in Erzurum Mother and Child Health and Family Planning (MCH / FP) Center affiliated to the Ministry of Health between December 2015 - June 2016. Women who applied to the relevant center to use a family planning method or to change the method they currently use constituted the universe of the study. In the study, no sample selection was made, 202 women who met the research criteria and agreed to participate in the study constituted the sample of the study. The data were collected by face-to-face interviews with women in a suitable room in the relevant center between 01 February - 30 April 2016. Data were collected "Personal Information Form" and "Contraceptive Intent Questionnaire the Turkish Version" was used. Personal Information Form short of their name of the socio population-based demographics, obstetric and contraception consists of 10 questions, including the properties. Contraceptive Intent Questionnaire Contraceptive Intent Questionnaire (CIQ) was developed by Bennet and Rocca in America in 2015, for assessment women's contraceptive intent. The scale consists of 15 items. The questionnaire is 4- point likert type. The lowest score that can be obtained from the questionnaire is 0, the highest score is 15. The higher score, the higher contraceptive intention.

In this study, first the language and scope of validity provided, even after the structure validity and internal consistency times the number of analyzes have been. Contraceptive Intent Questionnaire (CIQ) to Turkish adapting, validity and reliability tests to order performed research;

- The language validity of the Contraceptive Intent Questionnaire (CIQ) was analyzed with the translation-back translation method, and the content validity was provided with expert opinions.

- KMO and Bartlett's test with a sample of the size factor analysis to correspond to that determination is.

- Explanatory factor analysis of the findings by material factor loads and described variance acceptance may be at a level to be determined.

- The Contraceptive Intent Questionnaire (CIQ) of drug total correlations suitable to be identified is.

- Cronbach's alpha coefficient of the number of internal consistency for high been found to be extremely reliable.

- It was determined that the Turkish version is one -dimensional as in the original scale.

The Contraceptive Intent Questionnaire (CIQ) was found to be a valid and reliable tool for Turkish society.

GEBELİĞE YÖNELİK BİLİNEN VE UYGULANAN GELENEKSEL UYGULAMALARIN BELİRLENMESİ

DETERMINATION OF TRADITIONAL APPLICATIONS KNOWN AND USED FOR PREGNANCY

Tuba GÜNER EMÜL*, Aysu BULDUM**, Rabiye VURAL***, Gülfıya BEBİTOVA****

*Dr. Öğretim Üyesi, Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği ABD. Mersin/Türkiye .



0000-0002-6284-9419

**Araştırma Görevlisi, Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği ABD. Mersin/Türkiye



0000-0003-2663-3167

***Yükseklisans öğrencisi Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği ABD. Mersin/Türkiye



0000-0003-4003-7732

****Yükseklisans öğrencisi Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği ABD. Mersin/Türkiye



0000-0003-1551-9633

Yazışma Adresi:

Tuba GÜNER EMÜL
e-posta: tubaguner2007@gmail.com

Gönderim Tarihi: 4 Mart 2021

Kabul Tarihi: 08 Temmuz 2021

ÖZ

Amaç: Bu araştırmada gebelikte bilinen ve kullanılan geleneksel uygulamaları belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmanın örneklemi Ocak-Mart 2019 tarihleri arasında Mersin ilinde bulunan üniversite hastanesinin gebe polikliniğine başvuran 342 gebe oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanan gebe kadınların tanıtıcı özellikleri ile gebelikte uygulanan geleneksel uygulamaları belirlemeye yönelik sorulardan oluşan kişisel bilgi formu kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile elde edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya dahil olan kadınların yaş ortalaması 28.90 ± 6.04 (min=19, max=42), yarısına yakınının (%47.4) ilköğretim mezunu, yarından fazlasının (%68.1) multigravida, %88.9'unun da prenatal bakım aldıkları belirlenmiştir. Gebelerin yarısından fazlasının (%54.4) bebek güzel olsun diye güzel kimselere bakma, %74.3'ü gebe tatlı yemek isterse erkek, ekşi yemek isterse kız bebek olacağını düşünme, gebelerin yarısına yakınının (%47.1) gebelikte saç kestirmeme inancına sahip oldukları saptanmıştır. Gebelikte saç kestirmeme, güzel olsun diye güzel kimselere bakma ile öğrenim durumu ve gebelik sayısı karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$)

Sonuç: Araştırmamızda gebelerin bebeğin cinsiyetine ve özelliklerine yönelik geleneksel uygulamaları bildikleri ve uyguladıkları belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin bakım verirken geleneksel uygulama ve inanışları sorgulaması, bu uygulamaların anne ve bebek sağlığına etkilerini ortaya çıkarması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik; geleneksel uygulamalar; hemşirelik.

ABSTRACT

Aim: In this study, it was aimed to determine the traditional practices known and used in pregnancy.

Methods: This descriptive study consisted of 342 pregnant women who applied to the pregnant polyclinic of the university hospital in Mersin province between January and March 2019. The data of the study was obtained through face-to-face interview technique, using the personal information form, which was prepared by the researchers, to identify the characteristics of pregnant women and the traditional practices applied during pregnancy.

Results: The average age of the women included in the study was 28.90 ± 6.04 (min = 19, max = 42), almost half (47.4%) were primary school graduates, more than half (68.1%) were multigravida, 88%, It was determined that 9 of them also received prenatal care. More than half of the pregnant women (54.4%) do not look at beautiful people to make the baby beautiful, 74.3% of them will be a baby if they want to eat dessert, close to half of the pregnant women (% 47,1) It was determined that they have the belief of not cutting hair during pregnancy. It was found that there is a statistically significant difference between the application status of not having a hair cut during pregnancy, looking at beautiful people to be beautiful and the educational status and the number of pregnancies ($p < 0.05$).

Conclusion: In our study, the practices that pregnant women know and apply for the baby's gender. It is important that midwives and nurses question traditional practices and beliefs while providing care, and that these practices reveal maternal and infant health

Keywords: Nursing; pregnancy; traditional practices.

Atf için (How to cite): Güner Emül T, Buldum A, Vural R, Bebitoğa G. Gebeliğe Yönelik Bilinen ve Uygulanan Geleneksel Uygulamaların Belirlenmesi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;4(2):111-118.

GİRİŞ

Geleneksel uygulamalar; toplumun inanç, değer ve kültürlerinden etkilenerek yaptıkları uygulamalardır. Dünyanın hemen her yerinde değişik sıklıkta başvurulan geleneksel inanç ve uygulamalar bireylerin davranışlarını şekillendirerek kişilerin eğitim ve sağlık durumlarını etkileyebilmektedir (Kaewsarn et al. 2003; Şenol ve ark. 2004). Geleneksel inanç ve uygulamaların insan yaşamında en sık rastlandığı dönemler gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemler olarak sıralanmaktadır (Özsoy ve Katabi 2008; Kaewsarn et al. 2003). Yurt içi ve yurtdışında yapılan çalışmalar incelendiğinde gebelik dönemine yönelik geleneksel uygulamaların çoğunlukla bebeğin cinsiyetini belirlemeye ve gebenin beslenme biçimine yönelik olduğu görülmektedir (Çakırer ve Çalıklan 2010; Çetin ve ark. 2012; Işık ve ark. 2010; Liamputtong et. al. 2005; Şahin ve ark. 2009; Yalçın 2012). Kadın için eşsiz bir deneyim olan gebelik, farklı inanç ve kültürel değerlerle işaret edilen ve heyecanla beklenen bir dönemdir. Bu dönemde, bebeğin güzel olması için güzel kimselere bakmak, gebenin fiziksel özelliklerine göre bebeğin cinsiyetini belirlemek, bebeğin ömrü uzun olsun diye saç kestirmemek gibi zararsız uygulamaların yanı sıra, gebelikte yenmesi gereken besinleri yememek gibi zararlı kültürel uygulamaların olduğu da rapor edilmiştir (Çakırer ve Çalıklan 2010; Çetin ve ark. 2012; Liamputtong et al. 2005; Şahin ve ark. 2009; Yalçın 2012).

Günümüzde teknoloji ve modern tıp tekniklerinin gelişmesine rağmen toplumda halen geleneksel uygulamaların kullanıldığı bilinen bir gerçektir. Kültürün bireyin sağlığa yönelik olan inançlarını ve bakımını etkilediği göz önünde bulundurulurken çevresinden ve kültüründen ayrı düşünülmemelidir (Aydın ve Oskay 2013; Duran ve Sevil 2012). Bu nedenle kullanılan geleneksel uygulamalardan özellikle bireyin sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek olanların düzeltilmesi, olumlu olanların ise pekiştirilmesi gerekmektedir. Holistik bir bakış açısı ile bakım veren sağlık profesyonelleri hizmet verdiği toplumda gebeliğin o toplum için ne anlam ifade ettiğini bilmeli ve uygulanan geleneksel uygulamaları tanımlayarak bu konuyla ilgili danışmanlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır (Duran ve Sevil 2012). Böylece hemşirelik bakımının etkinliği ve kalitesi olumlu yönde etkilenmiş olacaktır. Bu araştırma, kadınların gebelikte bildikleri ve

kullandıkları geleneksel uygulamaları belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü: Tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

Araştırma Evren ve Örneklemi: Bu araştırma Ocak-Mart 2019 arasında Mersin ilinde bulunan Üniversite Hastanesi'nin obstetri polikliniğine başvuran gebelerle gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örnekleme alınacak gebe sayısı, araştırma değişkenleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ki-kare analizine göre yapılan güç analizleri sonucunda hesaplanmıştır (Ostle and Malone 1988; Zar 1984). Yapılan istatistiksel hesaplama sonucunda %81.23 test gücü ile araştırmanın örnekleme en az 210 gebe alınması gerektiği bulunmuştur. Araştırmanın örneklemini Ocak-Mart 2019 tarihleri arasında Üniversitesi Hastanesi'nin obstetri polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 342 gebe oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları: Araştırma verileri anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Anket formu, araştırmacılar tarafından konuya ilişkin literatür taraması sonucunda hazırlandı (Aydın ve Oskay 2013; Duran ve Sevil 2012; Şenol ve ark. 2004; Yalçın ve Koçak 2013). Araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu, alanında uzman olan beş öğretim üyesine gönderilerek uzman görüşü alınmıştır. Anket formu gebelerin sosyo-demografik özelliklerine (yaş, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi vb.), obstetrik özelliklerine (gebelik sayısı, prenatal bakım alma durumları vb.) ve gebelikte uygulanan (bebek güzel olsun diye çeşitli besinler tüketme, bebek güzel olsun diye güzel kimselere bakma, gebe tatlı yerse erkek, ekşi yerse kız, bebek cinsiyeti için hocaya okutma vb), geleneksel uygulamaları bilme ve kullanma durumlarını belirlemeye yönelik toplam 25 sorudan oluşmaktadır. Araştırmanın bağımlı değişkenlerini geleneksel uygulamaları bilme ve kullanma durumları oluştururken, bağımsız değişkenlerini ise yaş, cinsiyet, gelir durumu, aile tipi, gebelik sayısı ve gebelik haftası oluşturmuştur.

Veri Toplama Aracının Uygulanması: Araştırma yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Araştırmaya katılan gebelerin veri toplama araçlarını doldurmaları yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırmadan elde edilen veriler araştırmacı

tarafından kodlandıktan sonra SPSS for Windows 20.0 (Statistical Package for Social Sciences) bilgisayar programına aktarılmış ve gerekli analizler bu programda yapılmıştır. Veriler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırma, bilimsel ilkeler ve evrensel etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Veri toplama araçları uygulanmadan önce Mersin Üniversitesinden sosyal bilimler etik kurulundan 31/12/2018 tarihli 2018/17 sayılı karar ile etik kurul onayı ve çalışmanın yapıldığı kurumdan kurum izni alınmıştır. Veriler Helsinki deklarasyonu prensiplerine uygun olarak toplanmıştır. Araştırmacı tarafından araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanarak, araştırmaya katılımın tamamen gönüllülük esasına dayandığı ve istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek katılımcılardan yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırma sınırlılığı Mersin ilinde bulunan üniversite hastanesinin obstetri polikliniğine başvuran gebelerden oluşmaktadır.

BULGULAR

Araştırmada gebelerin yaş ortalaması 28.90 ± 6.04 (min=19, max=42), yarısına yakını (%47.4) ilköğretim mezunudur. Gebelerin %50.9'unun gelir durumunun gidere denk olduğu, %51.2'sinin en uzun yaşadığı yerleşim yerinin il, %65.2'sinin de çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo1). Gebelerin %68.1'i multigravida, %72.9'u üçüncü trimesterde ve çoğunluğunun (%88.9) en az bir kez prenatal bakım aldığı saptanmıştır.

Gebelerin gebelikte bildiği geleneksel uygulamalar incelendiğinde; %74.3'ü gebe tatlı yemek isterse erkek, ekşi yemek isterse kız olacağı, %69.6'sı gebe kadının karnı öne çıktığında erkek olacağı, %54.4'ü bebek güzel olsun diye güzel kimselere bakma, %51.2'si ise bebek sağda hissedilirse erkek, sol tarafta hissedilirse kız cinsiyetine sahip olabileceğini bildikleri saptanmıştır. Gebelerin yarısına

yakınının (%47.1) gebelikte saç kestirmeme, %23.7'si gebelikte hayvanlara bakmama, %24.6'sı ciğer yememe ve %23.4'ü kapı eşiğine oturmama gibi uygulamaları bildikleri belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 1. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri (n=342)

| Özellikler | n | % |
|---------------------------------------|-----|------|
| Yaş | | |
| 19-30 yaş | 238 | 69.5 |
| 31-42 yaş | 104 | 30.5 |
| Öğrenim düzeyi | | |
| Okur yazar | 51 | 14.8 |
| İlköğretim | 162 | 47.4 |
| Lise | 58 | 17.0 |
| Üniversite ve üzeri | 71 | 20.8 |
| Ekonomik durumu | | |
| Gelir giderden az | 143 | 41.8 |
| Gelir gidere denk | 174 | 50.9 |
| Gelir giderden fazla | 25 | 7.3 |
| En uzun yaşadığı yerleşim yeri | | |
| İl | 175 | 51.2 |
| İlçe | 152 | 44.4 |
| Köy | 15 | 4.4 |
| Aile tipi | | |
| Çekirdek aile | 223 | 65.2 |
| Geniş aile | 119 | 34.8 |

Gebelikte kullanılan geleneksel uygulamalar incelendiğinde gebelerin %31.0'ı bebeğin güzel olması için güzel kimselere baktığını, %40.6'sı gebe kadının karnı öne çıktığında bebeğin cinsiyetinin erkek olacağını, % 28.4'ü bebeğin anne karnında sağ tarafta hissedilmesi erkek bebek solda hissederse kız bebek olacağı inancına sahip oldukları saptanmıştır. Kadınların %31.3'ünün gebelikte saç kestirmedikleri, %13.7'sinin türbeye gitmedikleri, %13.5'inin ciğer yemedikleri ve %13.2'si ateşe su dökmedikleri belirlenmiştir (Tablo 2).

Gebelikte saç kestirmeme, güzel olsun diye güzel kimselere bakma uygulama durumları ile öğrenim durumu ve gebelik sayısı karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 3).

Tablo 2. Gebeliğe Yönelik Geleneksel Uygulamaları Bilme ve Uygulama Durumları

| Geleneksel Uygulamalar | Bilme ve Uygulama Durumları | | | |
|--|-----------------------------|------|----------|------|
| | Bilme | | Uygulama | |
| | n* | % | n* | % |
| Bebeğin özelliklerine yönelik uygulamalar | | | | |
| Bebek güzel olsun diye çeşitli besinler tüketme (ayva vb.) | 96 | 28.1 | 66 | 19.3 |
| Bebek güzel olsun diye güzel kimselere bakma | 186 | 54.4 | 106 | 31.0 |
| Bebek mavi gözlü olsun diye gökyüzüne bakma | 32 | 9.4 | 43 | 12.6 |
| Bebek ela gözlü olsun diye aya bakma | 32 | 9.4 | 4 | 1.2 |
| Bebeğin cinsiyetine yönelik uygulamalar | | | | |
| Gebe kadın çirkinleştiğinde kız, güzelleştiğinde erkek | 169 | 49.4 | 43 | 12.6 |
| Gebe kadının karnı öne çıktığında erkek | 238 | 69.6 | 139 | 40.6 |
| Bebek sağda hissedildiğinde erkek, solda hissedildiğinde kız | 175 | 51.2 | 97 | 28.4 |
| Gebe tatlı yerse erkek, ekşi yerse kız | 254 | 74.3 | 95 | 27.8 |
| Bebek cinsiyeti için hocaya okutma | 76 | 22.2 | 9 | 2.6 |
| Gebe kadının başına tuz atma başı kaşınırsa kız, burnu kaşınırsa erkek | 71 | 20.8 | 17 | 5.0 |
| Diğer uygulamalar | | | | |
| Gebelikte saç kestirmeme | 161 | 47.1 | 107 | 31.3 |
| Gebelikte hayvanlara bakmama | 81 | 23.7 | 43 | 12.6 |
| Gebelikte sakız çiğnememe | 78 | 22.8 | 34 | 9.9 |
| Gebelikte kapı eşiğine oturmama | 80 | 23.4 | 44 | 12.9 |
| Gebelikte ateşe su dökmeme | 79 | 23.1 | 45 | 13.2 |
| Gebelikte ciğer yememe | 84 | 24.6 | 46 | 13.5 |
| Gebelikte türbeye gitmeme | 76 | 22.2 | 47 | 13.7 |

n* birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

TARTIŞMA

Türkiye’de, çoğunlukla bebeğin özelliklerini ve cinsiyetini belirlemeye yönelik geleneksel inanışlar ve uygulamalar bulunmaktadır. Gebeliğin başlangıcından doğuma kadar geçen sürede bebeğin cinsiyeti hem anne baba, hem de yakın çevre için merakla beklenen ve tahminler yürütülen bir durumdur. Doğacak bebeğin cinsiyetinin belirlenmesi ile ilgili, deneme yanılma yolu ile öğrenilmiş geleneksel pek çok inanış ve uygulamalar bulunmaktadır. Bebeğin cinsiyetinin belirlenmesinde kadının fiziksel görünümü ya da yedikleri dikkate alınmakta, davranışları değerlendirilmekte, fal niteliği taşıyan uygulamalar yapılmaktadır (Çalbayram ve ark. 2019; Yalçın ve Koçak 2013). Araştırmamızda gebelerin yarısından fazlası (%54.4) bebek güzel olsun diye güzel kimselere bakmayı, %74.3’ü gebe tatlı yerse erkek, ekşi yerse kız bebek cinsiyetine sahip olacağı, yarısına yakınının (%47.1) gebelikte saç kestirmeme inancını bildikleri belirlenmiştir. Türkiye’nin farklı bölgelerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde araştırmamızla benzer şekilde, gebe kadının güzel olan şeylere baktığında bebeğinin de güzel olacağına inanıldığı ve cinsiyetini belirlemeye yönelik uygulamaları bildikleri ve uyguladıkları

Belirlenmiştir (Çalbayram 2019; Işık ve ark. 2010; Şahin ve ark. 2009; Yalçın 2012; Yalçın ve Koçak 2013). Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar incelendiğinde ise gebelikte bitkisel ilaçların kullanımı ya da büyü, sihir gibi uygulamaları bildikleri ve uyguladıkları saptanmıştır (Liamputtong et al. 2005; Namakau et al. 2015). Bu kültürel inanışların gebenin ve bebeğin sağlığına zararı olmamakla birlikte, gebe ve eşlerinin prenatal izlemleri süresince, hemşireler tarafından cinsiyet tercihi ve inanışları açısından değerlendirilmeleri oldukça önem arz etmektedir. Bununla birlikte doğum sonu dönemde de ebeveynlerin tepkileri izlenmeli ve gereken destek sağlanmalıdır (Aydın ve Oskay 2013; Duran ve Sevil 2012; Erbil ve Sağlam 2010; Karabulutlu 2014; Koyun ve ark. 2010).

Türk kültüründe gebelikte kadın saçını kestirirse doğacak bebeğin hayatının kısa olacağı, hayvanlara bakarsa bebeğin çirkin ya da engelli doğacağına yönelik batıl inanışlar mevcuttur. Araştırmamızda gebelerin, bebeklerine zarar verebileceğini düşündükleri gebelikte saç kestirmeme, hayvanlara bakmama, sakız çiğnememe, türbeye gitmeme gibi uygulamaları kullandıkları belirlenmiştir.

Tablo 3.Gebeliğe Yönelik Geleneksel Uygulamaları Bilme ve Uygulama Durumlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

| | Bebek güzel olsun diye güzel kimselere bakma | | | | Gebe tatlı yerse erkek, ekşi yerse kız bebek olma | | | | Gebelikte saç kestirmeme | | | |
|------------------------|--|------|------------------|------|---|------|------------------|------|--------------------------|------|------------------|------|
| | Bilme | | Uygulama | | Bilme | | Uygulama | | Bilme | | Uygulama | |
| Yaş* | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 19-30 yaş | 120 | 64.5 | 81 | 76.4 | 174 | 68.5 | 68 | 71.6 | 121 | 55.1 | 77 | 72.0 |
| 31-42 yaş | 66 | 35.5 | 25 | 23.6 | 80 | 31.5 | 27 | 28.4 | 40 | 24.8 | 30 | 28.0 |
| | p>0.05 | | p>0.05 | | p>0.05 | | p>0.05 | | p>0.05 | | p>0.05 | |
| Öğrenim düzeyi | | | | | | | | | | | | |
| Okuryazar | 29 | 15.6 | 14 | 13.2 | 38 | 15.0 | 25 | 26.4 | 22 | 13.7 | 16 | 15.0 |
| İlköğretim mezunu | 85 | 45.7 | 37 | 34.9 | 110 | 43.3 | 47 | 49.6 | 84 | 52.2 | 59 | 55.1 |
| Lise mezunu | 37 | 19.9 | 30 | 28.3 | 49 | 19.3 | 13 | 13.8 | 28 | 17.4 | 21 | 19.6 |
| Üniversite mezunu | 35 | 18.8 | 25 | 23.6 | 57 | 22.4 | 10 | 10.2 | 27 | 16.8 | 11 | 10.3 |
| | p>0.05 | | p<0.05 | | p>0.05 | | p<0.05 | | p>0.05 | | p<0.05 | |
| Aile Tipi* | | | | | | | | | | | | |
| Çekirdek aile | 124 | 66.7 | 71 | 67.0 | 171 | 67.3 | 65 | 68.4 | 97 | 60.2 | 64 | 59.8 |
| Geniş aile | 62 | 33.3 | 35 | 33.0 | 83 | 32.7 | 30 | 31.6 | 64 | 39.8 | 43 | 40.2 |
| | p>0.05 | | p>0.05 | | p>0.05 | | p>0.05 | | p>0.05 | | p>0.05 | |
| Gravida sayısı* | | | | | | | | | | | | |
| Primigravida | 67 | 36.0 | 57 | 53.8 | 86 | 33.9 | 41 | 43.2 | 38 | 11.1 | 16 | 15.0 |
| Multigravida | 119 | 64.0 | 49 | 46.2 | 168 | 66.1 | 54 | 56.8 | 123 | 98.9 | 91 | 85.0 |
| | p>0.05 | | p<0.05 | | p>0.05 | | p>0.05 | | p<0.05 | | p<0.05 | |

*p<0.0

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer uygulamaların olduğu saptanmıştır (Çakırcı ve Çalıklan 2010; Çetin ve ark. 2012; Işık ve ark. 2010; Şahin ve ark. 2009). Araştırma sonucumuz geçmişten günümüze kadar bu inanışların sürdürüldüğünün bir kanıtıdır. Yapılan uygulamaların gebeye ve bebeğe yönelik herhangi bir zararının olduğuna dair kanıta dayalı çalışmalar bulunmamıştır (Koyun ve ark. 2010; Aydın ve Oskay 2013) Bununla birlikte araştırmada gebelerin %13.5'inin gebelikte ciğer yemedikleri belirlenmiştir. Zararlı olduğu düşünülen ciğerin aslında zengin mineral ve protein kaynağı olması, sağlık profesyonelleri tarafından verilen gebelikte beslenme eğitiminin önemini göstermektedir.

Araştırmamızda bazı geleneksel uygulamaların bilinmesi ve kullanılmasında kadının öğrenim durumunun, daha önce gebelik yaşama durumlarının etkili olduğu ve bu durumların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Yapılan benzer çalışmalarda da geleneksel uygulamaları kullanma durumunun yaş, öğrenim durumu ve aile tipi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Çakırcı ve Çalıklan 2010; Işık ve ark. 2010; Liamputtong et al. 2005). Araştırmamızda anlamlı olmasada 19-30 yaş grubunda olan gebelerin bebek güzel olsun diye güzel kimselere bakma, gebe tatlı yerse erkek, ekşi yerse kız olacağı inancı, gebelikte saç kestirilmeme gibi geleneksel uygulamaları daha fazla bildikleri ve kullandıkları belirlenmiştir. Bununla birlikte ilköğretim mezunu olan gebelerin bu yöntemleri kullanma ve bilme durumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

KAYNAKLAR

- Aydın S, Oskay Ü. Intercultural Nursing in Perinatology. International Journal of Human Sciences 2013;10(1): 1607-19.
- Çakırcı N, Çalıklan ZI. Nevşehir İli Ağılı Köyünde Gebelik, Doğum ve Annelik İle İlgili Geleneksel İnançlar ve Uygulamalar. TAF Prev Med Bull. 2010;9(4):343-8.
- Çalbayram ÇN ve ark. Kadınların Doğum Öncesi Dönemden Doğum Sonrası Döneme Kadar Geleneksel İnanç ve Uygulamaları. HSP 2019;6(1): 237-46.
- Çetin H ve ark. Hamilelik, Doğum ve Doğum Sonrası Kadınlara Geleneksel Uygulamalar ve Nedenleri. Health MED 2012;6(7):2395-406.
- Duran ET, Sevil Ü. Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemde Kültürel Yaklaşım. Seviş Ü, Tanrıverdi G, editör. Kültürlerarası Hemşirelik. İstanbul Tıp Kitapevi; 2012. p:325-58.

Araştırmamızda yapılan benzer çalışmalardan farklı olarak daha genç yaş grubunun geleneksel uygulamaları bilmesi ve kullanması sosyo-kültürel farklılıklardan kaynaklanabilir. Bu durum aynı zamanda genç yaş grubunun sosyal medyayı daha yaygın kullanmasından da kaynaklanabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda gebelik dönemine yönelik birçok geleneksel uygulamaların bilindiği ve kullanıldığı belirlenmiştir. Bu nedenle, sağlık profesyonelleri olarak ebe ve hemşireler bakımlarını planlarken bireylerin geleneksel uygulama ve inanışlarını da göz önünde bulundurmaları bakımın kalitesini olumlu yönde etkileyecektir. Bu bağlamda geleneksel uygulamalar ve bunları etkileyen faktörlerin sağlık profesyonelleri tarafından farklı niceliksel ve niteliksel araştırmalara konu edilmesi önerilmektedir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarların herhangi bir çıkarı dayalı ilişkisi yoktur.

YAZAR KATKILARI

TGE: Fikir, TGE: Tasarım, TGE: Denetleme, TGE, AB, RV, GB: Kaynakların toplanması ve /veya işlenmesi, TGE ve AB: Analiz ve yorum, TGE,AB,RV, GB: Literatür taraması, TGE, RV,GB: Yazıyı yazan, TGE: Eleştirel inceleme

Erbil N, Sağlam G. Hamilelik Sırasında Bebeğin Cinsiyetini Belirleme ve Tahmin Etme İle İlgili Geleneksel İnançlar, Uygulamalar ve Bazı Sosyo-Demografik Özellikler. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2010;7(1):347-59.

Işık T ve ark. Traditional Practices for Mothers and Newborns During Pregnancy, Birth and Postpartum Period in Mersin. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2010;7(1):71-84.

Karabulutlu Ö. Kars İlinde Doğum Sonrası Dönemde Yenidoğan Bakımı İçin Geleneksel Uygulamaların Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2014;7(4):295-302.

Kaewsarn P et al. Thai Nurses Beliefs About Breastfeeding and Postpartum Practices. J Clin. Nurs 2003;12: 467

Koyun A ve ark. Kadınların Doğum ve Yenidoğan Bakımı ile İlgili Geleneksel İnançlar ve Uygulamalar. *Aile ve Toplum* 2010; 6:57-64.

Liamputtong P et al. Traditional Belief About Pregnancy and Child Birth Among Women from Chiang Mai, Northern Thailand. *Midwifery* 2005;21(2):139-53.

Namakau CM et al. Cultural and Health Beliefs of Pregnant Women in Zambia Regarding Pregnancy and Childbirth. *Curations* 2015;38(1):1-7: 10-6.

Ostle B, Malone LC. *Statistics in Research*. Ames, Iowa: Iowa State University Press, 1988.

Özsoy S, Katabi VA. Comparison of Traditional Practices Used in Pregnancy, Labor and The Postpartum Period Among Women in Turkey and Iran. *Midwifery* 2008; 24:291-300.

Şahin H ve ark. Gebe Kadınların İnançları: Gıda Seçimi Bebeğin Cinsiyetini ve Fiziksel Özelliklerini Etkiler Mi? *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi* 2009;5(19):41-51

Şenol V ve ark. Kayseri İlinde Halk Ebeliği ile İlgili Geleneksel Uygulamalar. *Klinik Gelişim* 2004;17: 47-55

Yalçın H. Gebelik, Doğum, Lohusalık ve Bebek Bakımına İlişkin Geleneksel Uygulamalar (Karaman örneği). *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2012;55:19-31.

Yalçın H, Koçak N. Annelere Verilen Eğitimin Geleneksel Uygulamalara Etkisi. *Türkiye Klinikleri J GynecolObst* 2013;23(1):1-14

Zar JH. *Biostatistical analysis*. Second Edition. Prentice-Hall. New Jersey: EnglewoodCliffs, 1984.

EXTENDED ABSTRACT

Pregnancy, which is a unique experience for women, is a period marked by different beliefs and cultural values and is anticipated with enthusiasm. In this period, besides harmless practices such as caring for beautiful people in order for the baby to be beautiful, determining the sex of the baby according to the physical characteristics of the pregnant, not cutting the hair for a long life of the baby, it was reported that there were also harmful cultural practices such as not eating the foods that should be eaten during pregnancy. This study was carried out with pregnant women who applied to the obstetrics outpatient clinic of the university hospital in Mersin province between January and March 2019. The sample of the study consisted of 342 pregnant women who applied to the obstetrics outpatient clinic of the University Hospital between January and March 2019 and volunteered to participate in the study. Research data were collected through a questionnaire. The questionnaire form was prepared by the researchers as a result of the literature review on the subject. The questionnaire form includes the socio-demographic characteristics of pregnant women (age, education level, employment status, income level, family type, etc.), obstetric characteristics (number of pregnancies, receiving prenatal care, etc.) and applied during pregnancy (consuming various foods to make the baby beautiful, It consists of 25 questions to determine the situations of looking at beautiful people to make the baby beautiful, male if the pregnant eats sweet, girl if the woman eats sour, reading to the teacher for baby gender etc. The dependent variables of the study were the state of knowing and using traditional practices, while the remaining independent variables were age, gender, income status, family type, number of pregnancies and week. The research was applied by face to face interview technique. It took about 10-15 minutes for the pregnant women participating in the study to fill in the data collection tools. After the data obtained from the research were coded by the researcher, they were transferred to the SPSS for Windows 20.0 (Statistical Package for Social Sciences) computer program and the necessary analyzes were made in this program. The data were evaluated by number, percentage, mean, standard deviation, chi-square test, students t-test. Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$. The average age of the women included in the study was 28.90 ± 6.04 (min=19, max=42), almost half (47.4%) were primary school graduates, more than half (68.1%) were multigravida, 88%, It was determined that 9 of them also received prenatal care. More than half of the pregnant women (54.4%) do not look at beautiful people to make the baby beautiful, 74.3% of them will be a baby if they want to eat dessert, close to half of the pregnant women (% 47,1) It was determined that they have the belief of not cutting hair during pregnancy. It was found that there is a statistically significant difference between the application status of not having a hair cut during pregnancy, looking at beautiful people to be beautiful, a male if the pregnant wants to eat sweet, or a baby girl if they want to eat sour, and the educational status and the number of pregnancies ($p < 0.05$). In our study, it was determined that more than half of the pregnant women (54.4%) would look after beautiful people so that the baby would be beautiful, 74.3% of them would have a male gender if the pregnant ate sweet, and a girl would have a baby gender if they eat sour, and nearly half (47.1%) of them knew the belief in not having a haircut during pregnancy. When Turkey's examined studies conducted in different regions mostly believed to be nice to the baby when you look at the things that are beautiful women, pregnancy hair shortcut to the application for determining the go and gender tomb is determined that they know and apply (Çalbayra in 2019; Light et al., 2010; Sahin et al., 2009 ; Yalçın 2012; Yalçın and Koçak 2013). When studies conducted in different countries were examined, it was found that they knew and applied the use of herbal medicines during pregnancy or practices such as magic and magic (Liamputtonget all. 2005; Namakau et all. 2015). Although these cultural beliefs do not harm the health of the pregnant woman and the baby, it is very important that pregnant women and their spouses are evaluated in terms of gender preferences and beliefs by nurses during antenatal follow-up. It should not be forgotten that postpartum depression may develop in mothers who have just given birth during this period; therefore, the reactions of the parents who cannot have a baby of their desired gender should be monitored and the necessary support should be provided in the postpartum period (Aydın and Oskay 2013; Duran and Sevil 2012; Erbil and Sağlam 2010; Karabulutlu 2014; Koyun and al. 2010). In our study, it was determined that pregnant women knew more about the traditional practices of the baby's gender and characteristics.

ANNELERİN SARSILMIŞ BEBEK SENDROMU HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ*

INVESTIGATION OF THE LEVEL OF KNOWLEDGE OF MOTHER'S ABOUT THE SHAKEN BABY SYNDROME

Ayşe ÇATALOLUK**, Özgür ALPARSLAN***

**Arş. Gör., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Tokat/Türkiye.



0000-0002-9344-107X

***Prof. Dr., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Tokat/Türkiye.



0000-0002-2264-2886

Yazışma Adresi:

Sorumlu YAZAR

Ayşe ÇATALOLUK

e-posta: ayse.mete@gop.edu.tr

Gönderim Tarihi: 20 Mart 2021

Kabul Tarihi: 18 Ağustos 2021

*Bu çalışma 03-05 Mayıs 2018 tarihleri arasında Amasya'da düzenlenen 5. Uluslararası 9. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, annelerin sarsılmış bebek sendromu hakkında bilgi düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki (07.02.2018–07.03.2018) araştırmanın evrenini Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi kadın hastalıkları ve çocuk servisi ile Tokat Devlet Hastanesinin doğum servisi, süt çocuğu servisi, çocuk servisinde yatan bebek ve çocukların anneleri oluşturmuştur. Örneklem seçilmemiş araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 213 anne ile araştırma tamamlanmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan, annelerin bazı sosyo-demografik özelliklerini ve sarsılmış bebek sendromu hakkında bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşan bir form kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Annelerin yaş ortalaması 29.48±5.72 yıl, bebeklerin yaş ortalaması 400.36±380.48 gündür. Annelerin çoğunun (%89.2) "Sarsılmış bebek sendromu" durumunu hiç duymadıkları saptanmıştır. Annelerin %60.1'inin bebeğinin ağlama durumunu "normal", %54.9'nun bebeğinin uyku düzenini "iyi", %46.5'inin bebeği ağladığında kendi öfke durumunu "normal" olarak değerlendirdiği görülmüştür. Annelerin çoğunun çocuğunu ayağında sallayarak uyuttuğu (%63.8), öfkelenerek bebeğini hiç sarsmadığı (%77.9), bebeği aşırı ağladığında bebeğini sakinleştirmeye çalıştığı (%74.6) belirlenmiştir. Bebeği sarsmanın bebek açısından sonuçları sorulduğunda, annelerin çoğu (%65.3) "öldürmez ama sakat bırakır" cevabını vermiştir.

Sonuç: Çalışma sonucunda annelerin çoğunun "Sarsılmış bebek sendromu" hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür. Bebekleri olası tehlikelerden korumak için, ciddi beyin travmasına ve ölüme neden olabilen "Sarsılmış bebek sendromu" hakkında annelerin bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anneler; ebelik; sarsılmış bebek; sarsılmış bebek sendromu.

ABSTRACT

Objectives: This study was conducted to examine mothers' level of knowledge about shaken baby syndrome.

Methods: The population of the descriptive and cross-sectional study (07.02.2018-07.03.2018) consisted of the gynecology and pediatric service of Tokat Gaziosmanpaşa University Research and Practice Hospital and the mothers of babies and children hospitalized in Tokat State Hospital's maternity service, infant child service, and pediatric service. The study was completed with 213 mothers who voluntarily agreed to participate in the study, whose sample was not selected. The data were collected using a form prepared by the researchers, consisting of questions aimed at determining some socio-demographic characteristics of mothers and their level of knowledge about shaken baby syndrome.

Results: The average age of mothers is 29.48±5.72 years, and the average age of babies is 400.36±380.48 days. It was found that most of the mothers (89.2%) had never heard of the "shaken baby syndrome" condition. It was observed that 60.1 % of the mothers evaluated their baby's crying state as "normal", 54.9% of their baby's sleep pattern as "good", 46.5 % of them evaluated their anger as "normal" when their baby cried. It was determined that most of the mothers put their baby to sleep by swinging their feet (63.8%), never shaken their baby by getting angry (77.9%), and tried to calm the baby when the baby cried too much (74.6%). When asked about the consequences of shaking the baby for the baby, most of the mothers (65.3 %) answered "it does not kill but cripples it".

Conclusion: As a result of the study, it was seen that most of the mothers did not have enough information about "Shaken Baby Syndrome". To protect babies from potential dangers, mothers should be informed about "Shaken baby syndrome", which can cause severe brain trauma and death.

Keywords: Mothers; midwifery; shaken baby; shaken baby syndrome.

Atf için (How to cite): Çataloluk A, Alparslan Ö. Annelerin Sarsılmış Bebek Sendromu Hakkında Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;4(2):119-127.

GİRİŞ

Sarsılmış Bebek Sendromu (SBS) terimi ilk kez Dr. John Caffey tarafından ortaya atılmıştır (Arlotti et al. 2007). Özellikle bir yaş altı çocuklarda ciddi beyin zedelenmesine neden olabilen SBS, bebeğin aniden çok şiddetli olarak sarsılması ve durulması esnasında beynin kafatasından gördüğü baskı olarak tanımlanmaktadır. Bebek sağlığında çok ciddi sonuçlar yaratabilen, hatta ölümlü sonuçlanabilen bir durum olan (American Academy of Pediatrics 2001; Chiesa and Duhaime 2009; Mian et al. 2015) SBS intrakraniyal kanama, retinal hemoraji, metafiz ve kaburga kırıkları ile karakterize bir durumdur (Arlotti et al. 2007; Mian et al. 2015). SBS kötü bir davranışın sonucudur ve çoğunlukla 2 yaşından küçük çocukları kapsamına rağmen 5 yaşına kadar tüm çocuklarda görülebilir (American Academy of Pediatrics, 2001). Aile, bebek ve bakıcılara bağlı olarak meydana gelebilen SBS’de sarsma eyleminin şiddetiyle oluşan travmanın çocuğu öldürme olasılığı yüksektir (American Academy of Pediatrics 2001; Şahin ve Taşar 2012).

SBS terimi yerine ‘hırpalanmış çocuk sendromu’, ‘sarsılmış bebek’, ‘istismara bağlı kafa travması’ veya ‘kaza dışı kafa travması’ (KDKT) gibi tanımlar da kullanıldığı için SBS sıklığının güvenilir bir şekilde saptanması zordur. Tanı koyarken SBS’nin akla gelmemesi ve kaza düşünülerek otopsi isteminin yapılmaması da SBS sıklığının elde edilememesinde etkili olabilir (Şahin ve Taşar 2012). Ayrıca SBS olguları hastaneye kusma, letarji, konvülsiyon, emmeme, solunum sıkıntısı, açıklanamayan koma, uykuya meyil gibi çocukluk çağı hastalıklarının birçoğunun semptomu olan şikayetlerle getirildiğinden tanı koymak güçleşebilir (Yağmur ve ark. 2010). SBS’ye bağlı yaralanma mağduru bebeklerin çoğu erkektir ve aileleri yoksulluk seviyesinde veya daha altındadır (Duhaime et al. 1987; Fanconi and Lips 2010; Mitsu and Varghese 2015). Vakaların %65-90’ında faillerin erkek ve genellikle bebeğin babası olduğu tahmin edilmektedir (Mitsu and Varghese 2015).

Ülkemizde SBS aileler tarafından yeni duyulan, farkında olunmayan, yeterli kanıt bulunamayan ve ciddi sonuçlar doğurabilen bir kavramdır. Bu nedenle bu çalışmada annelerin SBS hakkında bilgi düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Yeri ve Zamanı: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma, Tokat

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Tokat Devlet Hastanesi’nde 07/02/2018–07/03/2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi kadın hastalıkları ve çocuk servisi ile Tokat Devlet Hastanesi doğum servisi, süt çocuğu servisi, çocuk servislerinde yatan bebek ve çocukların anneleri oluşturmuştur. Örneklemi ise belirtilen tarih aralığında araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 213 anne oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları: Veriler, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan, annelerin bazı sosyo-demografik özellikleri ve SBS hakkında bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik anket formu kullanılarak toplanmıştır (Cansever ve ark. 2012; Taşar ve ark. 2014; Meral ve ark. 2018).

Verilerin Toplanması: Araştırmacılar tarafından katılımcılara çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden annelere anket formları dağıtılarak, araştırmacıların gözlemi altında formlar annelerin kendileri tarafından doldurulmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi: Veriler, bilgisayar ortamında SPSS istatistiksel paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizleri için frekans dağılımı, ki-kare testi, kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Fisher’s Exact Test veya Pearson ki-kare testi kullanılmış, istatistiksel anlamlılık değeri olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmaya başlamadan önce, çalışmanın yapıldığı kurumlardan izin (23845617-804.01/ ve E-87064461-044) alınmıştır. Araştırma süresince Helsinki Deklerasyonu Prensiplerine uyulmuş, katılımcılardan sözlü onam alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırma iki hastanede ve 213 kişilik bir örnekleme yapıldığı için sonuçlar örnekleme annelerin görüşleri ile sınırlıdır.

BULGULAR

Annelerin yaş ortalaması 29.48 ± 5.72 yıl (min-max=18-46 yıl), bebeklerin yaş ortalaması 400.36 ± 380.48 gündür (min-max=1-1095 gün). Annelerin çoğunu ilkokul mezunu (%66.2), çekirdek ailede yaşayan (%59.6), ev hanımı (%81.2), hayatlarının çoğunu ilde yaşayarak

geçiren (%43.7) ve gelir durumu gider durumuna denk olarak yaşayan kadınlar oluşturmuştur (%59.6). Annelerin en son doğurdukları bebeklerin gebelik haftası ortalaması 38.47±2.01 (min-max=27-43 hafta), ağırlık ortalaması 3166.52±582.63 gram (min-max=500-5000 gram) olup çoğunun cinsiyeti erkektir (%50.7). Annelerin çoğunun son bebekleri dışında yaşayan 1 (%30.0) ve 2 (%29.6) çocuğu olduğu

bulunmuştur. Annelerin %97.2'sinin bebeğinde doğumsal hastalık/anomali bulunmadığı, bulunanların %2.8 olduğu; bunların ise %1.8'inin kalp hastalığı, %0.5'inin pnömoni ve %0.5'inin hidrosefali olduğu görülmüştür. Annelerin %65.2'sinin bebeğinin beslenme şekli anne sütü, %14.1'inin mama ve %20.7'sinin ise anne sütü ve mama olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

| Özellikler | n | % |
|---|------------|------------|
| Eğitim durumu | | |
| Okuryazar değil | 6 | 2.8 |
| İlkokul | 141 | 66.2 |
| Lise | 35 | 16.4 |
| Üniversite ve üzeri | 31 | 14.6 |
| Aile tipi | | |
| Çekirdek | 127 | 59.6 |
| Geniş | 86 | 40.4 |
| Çalışma durumu | | |
| Çalışıyor | 40 | 18.8 |
| Çalışmıyor | 173 | 81.2 |
| Hayatının çoğunu geçirdiği yer | | |
| İl | 93 | 43.7 |
| İlçe | 62 | 29.1 |
| Kasaba/köy | 58 | 27.2 |
| Gelir gider durumu | | |
| Gelir giderden az | 55 | 25.8 |
| Gelir gidere denk | 127 | 59.6 |
| Gelir giderden fazla | 31 | 14.6 |
| Son bebeğin cinsiyeti | | |
| Erkek | 108 | 50.7 |
| Kız | 105 | 49.3 |
| Son bebek dışında yaşayan çocuk sayısı | | |
| 0 | 54 | 25.4 |
| 1 | 64 | 30.0 |
| 2 | 63 | 29.6 |
| 3 | 21 | 9.9 |
| 4 | 9 | 4.2 |
| 6 | 2 | 0.9 |
| Bebekte doğumsal hastalık/anomali | | |
| Evet | 6 | 2.8 |
| <i>Pnömoni</i> | 1 | 0.5 |
| <i>Kalp hastalığı</i> | 4 | 1.8 |
| <i>Hidrosefali</i> | 1 | 0.5 |
| Hayır | 207 | 97.2 |
| Bebeğinin beslenme şekli | | |
| Anne sütü | 139 | 65.2 |
| Mama | 30 | 14.1 |
| Anne sütü ve mama | 44 | 20.7 |
| Toplam | 213 | 100 |

Annelerin çoğunun (%89.2) “Sarsılmış bebek sendromu” durumunu hiç duymadıkları saptanmıştır. Annelerin %60.1'inin bebeğinin ağlama durumunu “normal”, %46.5'inin bebeği ağladığında kendi öfke

durumunu “normal”, %54.9'nun bebeğinin uyku düzenini “iyi”, olarak değerlendirdiği görülmüştür. Annelere bir bebeğin ağlama sebepleri sorulduğunda, çoğu bebeği acıktığında (%65.3) ve altını kirlettiğinde (%25.4) ağladığını

Tablo 2. Annelerin SBS Hakkındaki Özelliklerine Göre Dağılımı

| Özellikler | n | % |
|--|------------|------------|
| SBS terimini duyma durumu | | |
| Evet | 23 | 10.8 |
| Hayır | 190 | 89.2 |
| Bebeğinin ağlama durumunu değerlendirme | | |
| Aşırı | 51 | 23.9 |
| Normal | 128 | 60.1 |
| Az | 34 | 16.0 |
| Bir bebeğinin ağlama sebep/sebepleri* | | |
| Acıktığında | 139 | 65.3 |
| Ağrısı olduğunda | 40 | 18.8 |
| Altını kirlettiğinde | 54 | 25.4 |
| Huzursuz olduğunda | 46 | 21.6 |
| Bebeğinin öfke durumunu değerlendirme | | |
| Çok öfkeli | 46 | 21.6 |
| Normal | 99 | 46.5 |
| Sakin | 68 | 31.9 |
| Bebeğinin uyku düzenini değerlendirme | | |
| İyi | 117 | 54.9 |
| Orta | 62 | 29.1 |
| Kötü | 34 | 16.0 |
| Bebeğini öfkelenerek sarsma durumu | | |
| Evet | 23 | 10.8 |
| Kısmen | 24 | 11.3 |
| Hayır | 166 | 77.9 |
| Başka çocuğu varsa sallayarak uyutma durumu | | |
| Evet | 126 | 59.2 |
| Bazen | 11 | 5.1 |
| Hayır | 26 | 10.3 |
| Başka çocuğu yok | 54 | 25.4 |
| Son bebeğini sallayarak uyutma durumu | | |
| Evet | 136 | 63.9 |
| Bazen | 26 | 12.2 |
| Hayır | 51 | 23.9 |
| Bebeği sarsmanın sonuçları | | |
| Ciddi bir zarar vermez | 41 | 19.2 |
| Ölümcül olabilir | 33 | 15.5 |
| Öldürmez, sakat bırakır | 139 | 65.3 |
| Bebeği aşırı ağladığında verdiği tepki | | |
| Tepki vermem | 7 | 3.3 |
| Öfkelenirim | 20 | 9.4 |
| Ağlarım | 17 | 8.0 |
| Bebeği başkasına veririm | 10 | 4.7 |
| Bebeği sarsarım | 0 | 0.0 |
| Bebeği kucaklayarak sakinleştirmeye çalışırım | 159 | 74.6 |
| Bebeği çok ağladığında eşinin bebeği sarsma durumu | | |
| Evet | 12 | 5.6 |
| Hayır | 201 | 94.4 |
| Doğum sonrası eşinin bebek bakımına katılımı | | |
| Evet | 122 | 57.3 |
| Kısmen | 33 | 15.5 |
| Hayır | 58 | 27.2 |
| Doğum sonrası bebek bakımı için destek olan birisinin varlığı | | |
| Evet | 135 | 63.4 |
| Kısmen | 5 | 2.3 |
| Hayır | 73 | 34.3 |
| Toplam | 213 | 100 |

*Katılımcılar birden fazla seçeneğe cevap vermişlerdir.

belirtmiştir. Annelerin çoğunun öfkelenerek bebeğini hiç sarsmadığı (%77.9), son çocuğunu sallayarak uyuttuğu (%63.8), başka bebeği olan annelerin de bebeğinin sallayarak uyuttuğu (%59.2), bebeği aşırı ağladığında bebeğini kucaklayarak sakinleştirmeye çalıştığı (%74.6) bulunmuştur. Bebeği sarsmanın sonuçları sorulduğunda annelerin çoğu (%65.3) “öldürmez ama sakat bırakır” cevabını vermiştir. Annelere bebeği çok ağladığında eşinin bebeği sarsma durumu sorulduğunda annelerin çoğu eşinin bebeği sarsmadığını (%94.4) belirtmiştir. Annelerin %57.3’ünün doğum sonrası eşinin bebek bakımına katıldığı, %63.4’ünün doğum sonrası bebek bakımı için ona yardımcı olacak bir yakınının olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Yapılan ki-kare analizlerine göre annelerin eğitim durumu ve çalışma durumları ile SBS terimini duyma durumları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 3). Yapılan ileri analizlerde; okuryazar olmayan ve ilkokul mezunu annelerin SBS terimini duymadığı; yani eğitim durumu yükseldikçe SBS terimini duyma durumunun arttığı belirlenmiştir. Annelerin çalışma durumları ile SBS terimini duyma durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında; çalışmayan annelerin SBS terimini hiç duymadıkları belirlenmiştir.

Annelerin aile tipi, hayatının çoğunu geçirdiği yer, gelir gider durumu, son bebeğinin cinsiyeti, son bebeği dışında yaşayan çocuğunun olma durumu, bebekte doğumsal hastalık/anomali olma durumu, bebeğinin beslenme şekli ile SBS terimini duyma terimini duyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Annelerin SBS Terimini Duyma Durumu ve Diğer Özelliklerinin Karşılaştırılması

| Özellikler | SBS Terimini Duyma | | | Test Değeri χ^2 ; p |
|--|--------------------|------------------|-------------------|-----------------------------|
| | Evet (n=23) | Hayır (n=190) | Toplam (n=213) | |
| Eğitim durumu | | | | |
| Okuryazar değil | 0 | 6 | 6 | |
| İlkokul | 8 | 133 | 141 | 14.322; 0.002 |
| Lise | 8 | 27 | 35 | |
| Üniversite ve üzeri | 7 | 24 | 31 | |
| Aile tipi | | | | |
| Çekirdek | 16 | 111 | 127 | 0.646; 0.422 |
| Geniş | 7 | 79 | 86 | |
| Çalışma durumu | | | | |
| Çalışıyor | 14 | 159 | 173 | 6.968; 0.008 |
| Çalışmıyor | 9 | 31 | 40 | |
| Hayatının çoğunu geçirdiği yer | | | | |
| İl | 15 | 78 | 93 | 5.131; 0.077 |
| İlçe | 5 | 57 | 62 | |
| Kasaba/köy | 3 | 55 | 58 | |
| Gelir gider durumu | | | | |
| Gelir giderden az | 5 | 50 | 55 | 0.316; 0.854 |
| Gelir gidere denk | 14 | 113 | 127 | |
| Gelir giderden fazla | 4 | 27 | 31 | |
| Son bebeğin cinsiyeti | | | | |
| Erkek | 14 | 94 | 108 | 0.659; 0.417 |
| Kız | 9 | 96 | 105 | |
| Yaşayan çocuk | | | | |
| Olan | 15 | 144 | 159 | 0.717; 0.397 |
| Olmayan | 8 | 46 | 54 | |
| Bebekte doğumsal hastalık/anomali | | | | |
| Evet | 0 | 6 | 6 | 0.747; 0.387 |
| Hayır | 23 | 184 | 207 | |
| Bebeğinin beslenme şekli | | | | |
| Anne sütü | 13 | 126 | 139 | 1.389; 0.499 |
| Mama | 5 | 25 | 30 | |
| Anne sütü ve mama | 5 | 39 | 44 | |
| Toplam | 23 | 190 | 213 | |

TARTIŞMA

SBS'nin risk faktörleri olarak ebeveyn yaşının genç olması, boşanmış veya tek yaşayan ebeveyn, düşük eğitim düzeyi, düşük sosyo-ekonomik durum, işsizlik, postpartum depresyon, ev içi şiddet, erkek bebek, çoğul gebelik, erken doğan, düşük doğum ağırlığına sahip, doğuştan anomalili, zeka geriliği olan, süregen veya tekrarlayıcı hastalığı olan bebekler ve bebeğin susturulamayan ağlaması sayılabilir (Şahin ve Taşar, 2012; Akkuzu ve ark. 2018). Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalaması 29.48±5.72 yıl (min-max=18-46) olarak bulunmuştur. Annelerin çoğu çekirdek aileye sahip, ev hanımı olan, gelir durumunu gider durumuna denk olarak tanımlayan kadınlardır. Bebeklerin ise ağırlık ortalaması 3166.52±582.63 gram olarak bulunmuştur. Bebeklerin çoğu erkek cinsiyete sahip olup, doğumsal hastalık/anomalileri bulunmamaktadır. Bu sonuçlara göre çalışmamıza katılan annelerin SBS açısından düşük risk faktörlerine sahip olduğu söylenebilir.

Çalışmada annelerin çoğunun SBS terimini hiç duymadıkları, eğitim düzeyleri arttıkça SBS terimini duyma durumlarının arttığı bulunmuştur. Ayrıca çalışan annelerin çalışmayanlara göre SBS terimini daha fazla duydukları bulunmuştur. Çalışmaya benzer olarak ülkemizde yapılan bir araştırmada katılımcıların çoğunun (%65.6) SBS'nin ne olduğunu bilmedikleri belirtilmiştir (Meral ve ark., 2018). Cansever ve arkadaşlarının araştırmasında (2012) ailelerin çoğunun (%50.3) bebeği sarsmanın ona vereceği zararı duymadıklarını belirttiği bildirilmiştir. Çalışmada annelerin aile tipi, hayatının çoğunu geçirdiği yer, gelir gider durumu, son bebeğinin cinsiyeti, son bebeği dışında yaşayan çocuk sayısı, bebekte doğumsal hastalık/anomali olma durumu, bebeğinin beslenme şekli ile SBS terimini duyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Cansever ve arkadaşlarının (2012) yaptığı araştırmada sarsmanın zararını duyma yönünden veriler değerlendirildiğinde anne-baba arasında, ebeveyn yaş grupları, eğitim düzeyi, annenin çalışması, mesleği, gelir durumu ve aile tipi bakımından fark gözlenmediği bildirilmiştir.

Bebeklerde ilk 3 ay içinde, anne ile bağın kurulması sürecinde günde 3 saatten daha az ağlama normaldir. Sağlıklı bir bebekte ağlama, çevre ile iletişimi sağlayan bir yoldur. Bebekler acıktığını, üşüdüğünü, altının kirlendiğini, kucağa alınmak istediğini, ortamdan rahatsız olduğunu veya hasta olduğunu ağlayarak ifade

eder (Erkesim ve ark. 2018). Yaşamın ilk 3-4 ayı içerisinde %3-30 oranında görülen ve 24 saatlik zaman içinde 3 saat ya da daha fazla ağlama olması aşırı ağlama olarak yorumlanmaktadır. Bebeğin aşırı ağlaması ve bununla baş etme konusundaki yetersizlik ebeveynler için kaygı ve öfkeye neden olabilir. Bunun sonucunda da ebeveyn bebeği öne arkaya sarsma gibi eylemlerde bulunabilir (Aydın ve Karaca-Çiftçi, 2018). Çalışmaya katılan annelerin çoğunun bebeğinin ağlama durumunu "normal", bebeği ağladığında öfke durumunu "normal", bebeğinin uyku düzenini "iyi" olarak değerlendirdiği bulunmuştur. Cansever ve arkadaşlarının (2012) araştırmasında katılımcıların çoğunun bebeklerinin ortalama günlük ağlama sürelerinin bir saat (%58.3), uyku düzeninin iyi (%48.4) olduğunu belirttiği görülmüştür. Meral ve arkadaşlarının (2018) araştırmasında ise katılımcıların çoğunun (%72.6) bebeklerinin günde 0-1 saat ağladığı ve uyku düzeninin iyi olduğu (%48.4) belirtilmiştir. Çalışmada annelere bir bebeğin ağlama sebepleri sorulduğunda; acıktığında, altını kirlendiğinde, huzursuz olduğunda ve ağrısı olduğunda ağlayacağı cevapları alınmıştır. Ayrıca çalışmamıza katılan annelere öfkelenerek bebeğini sarsma durumu sorulduğunda çoğu (%77.9) hayır cevabını vermiştir.

Aşırı ağlayan bebekleri avutmak için yapılanlardan biri bebeği sallamadır. Bu durum istemeden de olsa bebeği sarsarak ona zarar verebilir (Meral ve ark. 2018). Yapılan araştırmalarda katılımcıların çoğunlukla bebeklerini ayaklarında/kucaklarında salladıkları bulunmuştur (Aydın ve Karaca-Çiftçi 2018; Meral ve ark. 2018). Benzer şekilde bu çalışmada da annelerin çoğunun hem son çocuğunu hem de önceki çocuklarını sallayarak uyuttukları saptanmıştır. Toplumumuzda geleneksel olarak bebekleri sakinleştirme ve uyutma yöntemi anne veya ebeveynler tarafından ayakta veya bir örtüde sallama şeklinde kullanılmaktadır. Bu nedenle sonuçlar tüm çalışmalarda benzer çıkmış olabilir.

SBS çoğu kez geri dönüşü olmayan ciddi beyin hasarları hatta ölümlerle sonuçlanabilen, hayatta kalan bebeklerde de fonksiyonel öğrenme güçlükleri, körlük, davranış bozuklukları, inme gibi sekeller bırakabilen ağır bir durumdur (American Academy of Pediatrics 2001; Çitil-Canbay ve Şeker 2018). Cansever ve arkadaşlarının (2012) araştırmasında, "sarsmak bebeklere ne gibi zararlar verir?" sorusuna ebeveynlerin %45'i "öldürmez fakat sakat

bırakır”, %22’si “hem öldürür hem sakat bırakır” belirtirken, %9’u “öldürebilir”, %24’ü ise “ciddi bir sorun yapmaz” şeklinde yanıt vermiştir. Aydın ve Karaca-Çiftçi (2018)’nin araştırmasında annelerin sarsılmış bebek sendromunun bebelere zararları konusunda bilgi düzeyi değerlendirildiğinde, annelerin %80.3’ü sarsmanın bebek için zararlı olduğunu, %77.1’i bebeği huzursuz ettiğini ve %69.2’si ise beyne zarar verebileceğini belirtmiştir. Çalışmada “bebeği sarsmanın sonuçları ne olur” sorusuna annelerin %65.3’ünün “öldürmez, sakat bırakır”, %19.2’sinin “ciddi bir zarar vermez”, %15.5’inin “ölümcül olabilir” şeklinde yanıt verdiği saptanmıştır.

Yatıştırılmayan aşırı ağlamalara tepki olarak bebeğin bakımından sorumlu olan kişiler genellikle bebeği sabırsız bir şekilde sarsmaktadır. Dolayısıyla sürekli ağlayan bebek, ebeveynin/bakıcının öfke kontrol bozukluğu gibi faktörler SBS’yi tetikler (Taşar ve ark. 2014; Çitil-Canbay ve Şeker 2018). Cansever ve arkadaşlarının (2012) araştırmasında ailelere bebeklerini sakinleştiremedikleri zaman öfkelenip öfkelenmedikleri sorulduklarında %65,8’inin kendilerini çaresiz ve öfkeli hissettiğini ifade ettikleri belirtilmiştir. Çalışmada bebeği aşırı ağladığında annelerin verdiği tepki çoğunlukla (%74.6) bebeği kucaklayarak sakinleştirmek olmuştur. Yapılan araştırmalarda annelerin/ebeveynlerin bebeği ağlarken sarsma oranlarına bakıldığında Cansever ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında %2.3, Aydın ve Karaca-Çiftçi (2018)’nin araştırmasında %7.9 olarak gösterilmiştir. Hollanda’da, 1-6 ay arasında bebeği olan 3259 anne ile yapılan başka bir araştırmada da annelerin %5.6’sının ağlarken en az bir kez bebeklerine vurdukları ya da sarstıkları belirtilmiştir (Reijneveld et al., 2004). Çalışmaya katılan annelerin hiç birisi bebeği aşırı ağladığında bebeğini sarsmadığını söylemiştir. Bu bulgu literatüre ters çıkmış gibi görünse de çalışmadaki annelerin %22.1’i öfkelenerek bebeği sarsma durumuna evet/kısmen şeklinde yanıt vermiştir. Bebeğin aşırı ağlaması da annenin öfkelenmesine yol açabileceği için bu bulgunun gerçeği yansıtmadığı düşünülmektedir. Ayrıca çalışmada annelere “bebeğiniz çok

ağladığında eşiniz bebeği sarsar mı?” diye sorulduğunda annelerin %5.6’sı “evet” şeklinde yanıt vermiştir.

Ebeveynin yaşı, eğitim, işsizlik, düşük sosyoekonomik durumu, tek ebeveynlik, bebeğin aşırı ağlaması gibi durumların yanı sıra sosyal destek eksikliği de bebeği sarsmak için risk faktörüdür (Altımier 2008; Aydın ve Karaca-Çiftçi 2018; Çitil-Canbay ve Şeker 2018). Çalışmaya katılan annelerin %72.8’i “doğum sonrası eşiniz bebek bakımına katılır mı?” sorusuna evet/kısmen, %65.7’si “doğum sonrası bebek bakımı için size destek olan birisi var mı?” sorusuna evet/kısmen yanıtını vermiştir. Buna göre çalışmadaki annelerin çoğunun doğum sonu dönemde sosyal destek sistemlerinin olduğu düşünülerek bu risk faktörü açısından SBS için düşük risk grubunda olduğu söylenebilir. Yapılan araştırmalarda doğum sonu dönemde annelerin önemli düzeyde sosyal desteğe ihtiyaç duydukları, ancak destek ihtiyaçlarının aldıkları destekten daha fazla olduğu ve alınan desteğin ihtiyaç duyulan desteği karşılamadığı gösterilmiştir (Mermer ve ark. 2010; Aksakallı ve ark. 2012; Türkoğlu ve ark. 2014).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada annelerin çoğunun SBS hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür. Bebekleri olası tehlikelerden korumak için, ciddi beyin travmasına ve ölüme neden olabilen SBS hakkında annelerin, babaların ve çocuğa bakım verecek kişilerin planlı eğitimlerle bilgilendirilmesi gerekmektedir. Ebeveynlerin, aile yakınlarının, bebek bakıcılarının ve sağlık personelinin bu konuda bilinçli olması ile SBS’den korunma sağlanabilir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

YAZAR KATKILARI

AÇ:Fikir, tasarım, verilerin toplanması ve işlenmesi, istatistiksel analiz ve yorum, literatür tarama ve makale yazımı.

ÖA: Denetleme, istatistiksel analiz ve yorum, eleştirel inceleme.

KAYNAKLAR

Akkuzu E ve ark. Sarsılmış Bebek Sendromu Bulguları Varlığında Aile Görüşmesinin Önemi. J Pediatr Emerg Intensive Care Med. 2018; 5:35-8.

Aksakallı M ve ark. Loğusaların Destek İhtiyaçlarının ve Doğum Sonu Dönemde Alınan Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3(3):129-35.

- American Academy of Pediatrics:** Committee on Child Abuse and Neglect. Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. *Pediatrics* 2001; 108: 206-10.
- Altimier L.** Shaken Baby Syndrome. *J Perinat Neonat Nurs* 2008; 22(1):68-76.
- Arlotti SA et al.** Unilateral Retinal Hemorrhages in Shaken Baby Syndrome. *AAPOS* 2007; 11(2):175-8.
- Aydın D, Karaca-Çiftçi E.** Annelerin Sarsılmış Bebek Sendromu ve Aşırı Ağlama Hakkında Bilgi ve Tutumları. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN* 2018;4(3):172-8.
- Cansever Z ve ark.** Ailelerin Sarsılmış Bebek Sendromu Konusundaki Bilgi ve Tutumları. *Gazi Med J.* 2012; 23: 39-45.
- Chiesa A, Duhaime AC.** Abusive head trauma. *Pediatr Clin North Am* 2009; 56: 317-31.
- Çitil-Canbay F, Şeker S.** Sarsılmış Bebek Sendromunun Yönetimi. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi* 2018; 10(5): 1-5.
- Duhaime AC et al.** The shaken baby syndrome: A clinical, pathological, and biomechanical study. *J Neurosurg* 1987;66(3):409-15. DOI:10.3171/jns.1987.66.3.0409
- Erkesim R, Gündüz M, Taştekin A.** Bebekler Neden Ağlar? *Klinik Tıp Pediatri Dergisi* 2018; 10(4): 25-9.
- Fanconi M, Lips U.** Shaken baby syndrome in Switzerland: results of a prospective follow-up study, 2002-2007. *Eur J Pediatr.* 2010;169(8):1023-8. doi: 10.1007/s00431-010-1175-x.
- Meral G ve ark.** Ailelerin Sarsılmış Bebek Sendromuna Dair Bilgi Düzeyi. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi* 2018;23:3.
- Mermer G ve ark.** Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Destek Algısı Düzeylerinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2010;1(2):71-6.
- Mian M et al.** Shaken Baby Syndrome: A Review. *Fetal Pediatr Pathol.* 2015;34(3):169-75. doi: 10.3109/15513815.2014.999394.
- Mitsu R, Varghese J.** Shaken Baby Syndrome: A Comprehensive Review of Manifestation, Diagnosis, Management and Prevention. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS).* 2015; 4(6):40-4. DOI: 10.9790/1959-04654044.
- Reijneveld SA et al.** Infant crying and abuse. *Pediatrics* 2004; 364: 1340-2.
- Şahin F, Taşar MA.** Sarsılmış bebek sendromu ve önleme programları. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi* 2012; 47: 152-8.
- Taşar MA et al.** Sarsılmış bebek sendromu önleme programının uzun dönem sonuçları: Türkiye deneyimi *Türk Ped Arş.* 2014;49:203-9.
- Türkoğlu N, Sis-Çelik A, Pasinlioğlu T.** Annelerin Doğum Sonrası Sosyal Destek İhtiyaçlarının ve Alınan Desteğin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2014;11 (1): 18-24.
- Yağmur F et al.** Kısa Mesafeli Düşme ve Sarsılmış Bebek Sendromu. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010;30(2):766-71.

EXTENDED ABSTRACT

The term Shaken Baby Syndrome was first introduced by Dr. John Caffey. Shaken baby syndrome, which can cause severe brain injury, has been defined as the pressure exerted by the skull on the brain while the baby is suddenly shaken and stopped. This can cause serious consequences for the health of the baby, as well as death. The shaken baby syndrome is characterized by intracranial hemorrhage, retinal hemorrhage, metaphysis, and rib fractures. The shaken baby syndrome is a result of bad behavior and can be seen in all children up to the age of 5, although it mostly involves children under 2 years old.

The population of this descriptive and cross-sectional study consisted of the gynecology and pediatric service of Tokat Gaziosmanpaşa University Research and Practice Hospital, and the obstetrics and pediatrics service of Tokat State Hospital, infant child service, mothers of infants and children inpatient services. Sampling consisted of 213 mothers who voluntarily agreed to participate in this study between 07/02/2018-07/03/2018. The data was collected using a questionnaire form prepared by the researchers in line with the literature. Participants were informed about the subject and purpose of the study by the researchers. Questionnaires were distributed to mothers and the forms were filled out by them before the researchers. The data were evaluated using the SPSS statistical package program in a computer environment. Before starting the research, written permission was obtained from the institutions where the study was conducted. During the study, the Helsinki Declaration Principles were followed and verbal consent was obtained from the participants.

The average age of mothers is 29.48 ± 5.72 years (min-max=18-46 years), and the average age of babies is 400.36 ± 380.48 days (min-max=1-1095 days). The average week of gestation of the babies that mothers gave birth to the last time was 38.47 ± 2.01 (min-max = 27-43 weeks), the average weight was 3166.52 ± 582.63 grams (min-max=500-5000 grams), and most of them were male (50.7%). It was determined that 65.2% of the mothers were fed with breast milk, 14.1% formula, and 20.7% breast milk and formula. It was found that most of the mothers (89.2%) had never heard of the "shaken baby syndrome" condition. It was observed that 60.1% of the mothers evaluated the crying state of their baby as "normal", 46.5% evaluated their anger state towards their baby's crying as "normal", and 54.9% evaluated the sleep pattern of their baby as "good". When mothers were asked about the reasons for their baby's crying, most of them stated that their babies cried when they were hungry (65.3%) and when they were soiled (25.4%). It was found that most of the mothers did not shake their baby at all when they got angry (77.9%), swung their baby to get them falling asleep (63.8%), and tried to calm their babies when they cried excessively (74.6%), and the mothers who had other babies also swung their babies to get them to fall asleep (59.2%). When asked about the consequences of shaking the baby, most of the mothers (65.3%) answered "it does not kill but cripples it". When the mothers were asked about the situation of shaking their babies of their spouses when their babies cry a lot, most of the mothers stated that their spouse did not shake their babies (94.4%). It was determined that 57.3% of the mothers stated that their spouses participated in the care of their babies after birth, 63.4% of them had a relative who would help them with baby care after birth. According to the chi-square analysis, a statistically significant relationship was found between the mother's education and employment status and their status of hearing the term shaken baby syndrome (respectively; $\chi^2=15.684$; $p=0.016$; $\chi^2=7.093$; $p=0.029$; $p<0.05$). In the advanced analysis, illiterate and primary school graduates do not hear the term shaken baby syndrome; In other words, it was determined that the higher the education level, the higher the probability of hearing the term shaken baby syndrome. Considering the relationship between the mothers' employment status and hearing status of the term shaken baby syndrome, it was found that non-working mothers never heard the term shaken baby syndrome.

In this study, it was observed that most of the mothers did not have enough information about the shaken baby syndrome. It appears that mothers should be informed to protect babies from the potential dangers of the shaken baby syndrome, which can cause severe brain trauma and death. It is understood that raising the awareness of parents, family relatives, babysitters and health personnel on this issue may decrease the incidence of shaken baby syndrome.

EVLİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI YÖNTEM TERCİHLERİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLER*

THE FACTORS AFFECTING OF FAMILY PLANNING METHOD PREFERENCES OF MARRIED WOMENS

Sezer AVCI**, Seda MUTLU***, Feride YİĞİT****

**Dr. Öğr. Üyesi, Hasan Kalyoncu
Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü,
Gaziantep/Türkiye.



0000-0003-3575-4585

*** Ebe, Osmaniye Serinova Sağlık
Evi, Osmaniye/Türkiye.



0000-0002-2828-8603

****Dr. Öğr. Üyesi, Atlas
Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Ebelik Bölümü,
İstanbul/Türkiye.



0000-0001-8152-0400

ÖZ

Amaç: Bu araştırma bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 15-50 yaş arası evli üreme çağı kadınlarının aile planlaması yöntemi tercihlerine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, Osmaniye 4 Nolu Aile Sağlığı Merkezi 25 Nolu Birime kayıtlı 1105 kadın oluşturmaktadır. Ancak 598 kadın araştırmanın örneklem grubunu oluşturmuştur. Veri toplama aracı araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formundan olmaktadır. Araştırmaya Osmaniye 4 Nolu Aile Sağlığı Merkezi 25 Nolu Birime kayıtlı 15-50 yaş kadınların katılacağı belirlendikten sonra, veriler bu birimin sisteminden tek tek alınarak toplanmıştır.

Bulgular: Kadınların aile planlaması yöntemi kullanmama nedenleri arasında; gebe kalmak istemesi (%7.7), eşinin istememesi (%3.8) ve şu an gebe olması (%5.0) gibi çeşitli durumların olduğu bulunmuştur. Aile planlaması yöntemi kullanma durumunun kadınların yaşı, ev halkı hane sayısı, çocuk sahibi olma sayısı, doğum sayısı, gebelik sayısı, istemeyerek olan düşük sayısı ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kadınların eğitim düzeylerinin kullanılan aile planlaması yöntemini temin etme durumu ve aile planlaması yöntemlerinin fiyatlarının tercih etmeyi etkileme durumuyla aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç: Araştırmaya katılan kadınların %79.6'sı herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Kullanılan aile planlaması yöntemleri arasında en yüksek kondom (%34.9) olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aile planlaması; kadın; üreme; üreme sağlığı.

ABSTRACT

Objective: The study was designed for determining the factors affecting the family planning method preferences of married reproductive-age women in the age range of 15-50 years, who were enrolled in a family health center.

Methods: The population of the study consisted of 1105 women who were enrolled in the Unit No 25 of Osmaniye Family Health Center No 4. However, the sample group consisted of 598 women. A survey form prepared by the researchers was used as data collection tool. After determining that women in the age range of 15-50 years, who were registered in Unit No 25 of Osmaniye Family Health Center No 4, would participate in the study, the data were collected one by one from the system of the aforementioned unit.

Results: The reasons for women not to use family planning methods were found to be the intention to conceive (7.7%), partner's rejection (3.8%) and being already pregnant at that moment (5.0%). It was determined that there was a statistically significant correlation between the averages of the women's age, the number of households, the number of having children, the number of births, the number of pregnancies and the number of unintentional abortions and their state of using family planning method ($p<0.05$). It was determined that there was a statistically significant correlation between the education level of women, the availability of the family planning method used and the effect of the prices of the family planning methods on the choice ($p<0.05$).

Conclusion: Of the women who participated in the study, 79.6% were using a family planning method. Among the family planning methods used, condom was determined to be the highest (34.9%).

Keywords: Family planning; reproductive; reproductive health; women.

Yazışma Adresi:

Sezer Avci

e-posta: sezer.avci@hku.edu.tr

Gönderim Tarihi: 01 Hairan 2021

Kabul Tarihi: 19 Ağustos 2021

*Bu çalışma 19-20 Aralık 2020 tarihleri arasında Gaziantep'te gerçekleştirilen "4. Halk Sağlığı Günleri Kadın Sağlığı Sempozyumu'nda sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Atıf için (How to cite): Avci S, Mutlu S, Yiğit F. Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihlerine Etki Eden Faktörler. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;4(2):128-138.

GİRİŞ

Üreme sağlığı; 'Üreme sistemi işleyişi ve zamanlaması ile ilgili olarak sadece sakatlık ve hastalığın olmaması değil, tüm bunlarla alakalı fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan tamamı ile bir iyilik durumunda olmasıdır' şeklinde tanımlanmaktadır (Kızılkaya Beji ve Partovi Meran 2016). Üreme sağlığı ayrıca, insanların güvenilir ve tatmin edici bir cinsel hayatlarının olması, üreme özelliklerine sahip olmaları, üreme özelliklerini kullanmada bir karara varma özgürlüğüne sahip olmaları gerektiği anlamına da gelmektedir (Özkan Arslan 2019).

Kadınların yaşadıkları üreme sağlığı problemleri, doğum anından ölüm gerçekleşinceye kadar zaman içerisinde hayatının her dönemlerinde kadınların genel sağlık durumlarını etkileyecek özelliktedir. Gelişmekte olan ülkelerde üreme çağındaki kadınlar (15-49 yaş) en çok gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde görülen komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Kızılkaya Beji ve Partovi Meran 2016). Bu gibi sorunlar birinci basamakta yürütülen üreme sağlığı hizmetlerinin kapsamındadır. Doğum öncesi bakım, doğum ve doğuma hazırlık, doğum sonrası bakım, yenidoğan bakımı, ergenlik dönemi, sağlam kadına yaklaşım, aile planlaması, menopoza, infertilite, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, beslenme hizmetleri birinci basamak kuruluşlarının yapması gereken üreme sağlığı hizmetleridir (Kırca 2001).

Riskli gebeliklerin, aşırı doğurganlığın, istenmeyen gebeliklerin ve bunlara bağlı olumsuz sonuçların önlenmesi uygun aile planlaması yöntemlerinin uygulanmasıyla mümkündür. Aile planlaması uygulamalarının kadın, anne ve çocuk, morbidite ve mortalitesini azaltmasının yanı sıra yaşam niteliğini yükseltici, çocukların daha iyi eğitilmelerinin sağlanması, ailenin kişi başına düşen ekonomik imkanlarının artması, kadının statüsünü dolaylı olarak artırması gibi olumlu etkileri de vardır. Ülkemizde aile planlaması hizmetlerinin temelleri bilimsel ve yaygın bir biçimde ilk defa 1965 yılında yürürlüğe giren 'Nüfus Planlaması Hakkında Yasa' ile atılmıştır ve aile planlaması politikalarının yürütülmesi, bu konudaki sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve örgütlenmesi sorumluluğu Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir. Kabul edilen yasa, nüfus planlamasının amacının kişilerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarının sağlanması olduğunu ve gebeliğin önlenmesi için koruyucu önlemlerin serbest bırakılacağını belirtmiştir (Akın ve ark. 2015).

Aile planlaması yöntemleri hakkında toplumun bilgisi, genel olarak aile planlaması (AP) yöntemlerinin özellikle de modern AP yöntemlerinin prevalansı artmış, bununla beraber geleneksel AP yöntemleri hala yaygın olarak kullanılmaya devam etmiştir (Akın ve ark. 2015). Ancak 2018 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verileri sonucu ise bize doğurganlık düzeyinin durağanlaştığını, gebeliği önleyici geleneksel yöntem kullanımının azaldığını göstermektedir. Türkiye genelinde ise evli ve doğurgan zamanlarındaki kadınların %70'i gebeliğe engel olacak bir yöntem kullanmaktadır. Araştırmada son 5 yıla bakıldığında modern yöntem kullanımı yükselişten (%47'den %49'a), modern olmayan yöntem kullanımı oranı ise azalma göstermiştir (%26'dan %21'e). Modern yöntem olarak en yaygın kullanılan kondom (%19), en yaygın kullanılabilen geleneksel yöntemin geri çekme yöntemi olduğu belirlenmiştir (%20) (TNSA 2018). Toplam doğurganlık hızı (TDH) Türkiye'de, 2017 yılında 2.07 olarak belirlenmiş iken 2018 yılında bu sayı 1.99 olarak belirlenmiştir. Bu sonuç bize nüfusun yenilenme düzeyi olan hesaplanan 2.10 doğurganlık seviyesinin altında kaldığını göstermektedir (TÜİK 2018). TDH; kadınların 15-49 yaş (üreme çağındaki olduğu dönem) boyunca doğurabileceği ortalama çocuk sayısı olarak tanımlanmaktadır (Kızılkaya Beji ve Partovi Meran 2016). Kadınlardaki bu doğurganlık değişimin okur-yazarlıkla etkili olduğu, daha doğrusu okur-yazar olmayan kadın oranı yükseldikçe TDH'nda artış olduğu bulunmuştur. Aile yapısının değişmesi, kırsal veya kentsel alanlarda yaşama ve cinsiyet tercihinin olması doğurganlığı etkilemektedir. Ayrıca çiftçiliğin yaygın olduğu alanlarda iş gücü ihtiyacının büyük oranda aile tarafından karşılanması, çok çocuğa sahip olma isteğini arttırmaktadır (Aydın ve ark. 2018).

Türkiye'de, Cumhuriyetin İlanı'ndan sonra 1960'ların ortalarına kadar pronatalist yani doğumları destekleyici, sonrasında ise antinatalist yani doğum karşıtı nüfus politikası izlenmiştir. 2008 yılından sonra yeniden, pronatalist bir politikaya izlenmeye başlanmıştır. 2015 yılında yürürlüğe giren Doğum Yardımı Sistemi ile Doğum Yardımı Yönetmeliği işlerlik kazanmış doğum yanlı nüfus politikası izlenmeye başlanmıştır (Oktay 2014). Değişen doğurganlık politikalarının kontraseptif tercihlere etkisini belirlemek hizmet sunumunu yeniden düzenlemek açısından son derece önemlidir. Yeni

politikalarla birlikte kadınların aile planlaması yöntem tercihlerine etki eden faktörlerin belirlenmesi, danışmanlık ve hizmet sunumunu yaparken hemşirelik girişimlerinin ve eğitimlerin buna göre yeniden yapılandırılması için rehberlik edeceğinden yola çıkılarak çalışma planlanmış ve gerçekleştirilmiştir. Bu araştırma bir aile sağlığı merkezine (ASM) kayıtlı olan 15-50 yaş arası evli üreme çağındaki kadınlarda aile planlaması yöntemi tercihlerine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü: Araştırma retrospektif tanımlayıcı tiptedir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Çalışma Osmaniye 4 Nolu Aile Sağlığı Merkezi 25 Nolu Birimde 22.06.2020-22.07.2020 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini, Osmaniye 4 Nolu Aile Sağlığı Merkezi 25 Nolu Birime kayıtlı 1105 kadın oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan 15-50 yaş arası kadınlar, evli olan, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan kadınlar, Türkçe bilen kadınlar dahil edilmiştir. Araştırmaya katılmak istemeyen, iletişim problemi olan, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmayan kadınlar, Türkçe bilmeyen kadınlar, menapoza girmiş olan kadınlar ve bekar olanlar araştırmaya dahil edilmemiştir. Çalışmada tüm evrene ulaşılması hedeflendi. Birime kayıtlı araştırmaya dahil olmama kriterlerine göre 64 tane boşanmış kadın ve 360 bekar kadın bulunmaktadır. Birime kayıtlı 5 kadın, aile hekimliklerini başka yere taşımıştır ve araştırmaya dahil olamamıştır. Araştırma için 676 kişi dahil olma kriterlerine uygundur. Ancak 598 kişi araştırmaya gönüllü olarak katılarak örneklem sayısını oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları: Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır.

Anket Formu: Uygulanan anket formunda katılımcıların sosyo-demografik bilgilerini, obstetrik öykülerini içeren ve aile planlaması yöntemi kullanımı ile ilgili sorular bulunmaktadır. Toplamda anket formu 38 sorudan oluşmaktadır.

Verilerin Toplanması: Araştırmaya Osmaniye 4 Nolu Aile Sağlığı Merkezi 25 Nolu Birime kayıtlı 15-50 yaş kadınların katılacağı belirlendikten sonra, veriler bu birimin sisteminden tek tek alınarak toplanmıştır. Sistemde kayıtlı telefon numaralarından 15-50

yaş arası araştırma kapsamına giren kadınlara ulaşılmıştır ve araştırma izni alınanlara ait bilgiler sistemden çekilerek hazırlanan veri toplama formuna aktarılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 Windows paket programı kullanılarak uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Önemlilik testi olarak ki-kare ve t testleri kullanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken %95 güven aralığında ve anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın etik kurul onayı, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başkanlığı'na başvuru yapılarak alındı (Karar No: 2020/041). Çalışma, Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak gerçekleştirildi. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Çalışmaları bölümüne başvuru yapılarak araştırmanın uygulanacağı merkez için izin alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm kadınlara araştırmanın amacı ve yöntemi açıklandı. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılardan sözlü onam alındı.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Çalışma Osmaniye 4 Nolu Aile Sağlığı Merkezi 25 Nolu birimdeki evli kadınlarla yapıldığından, araştırma sonuçları tüm ildeki kadınlara genellenemez.

BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların %23.9'unun 39-43 yaş arasında, %20.2'sinin 29-33 yaş arasında olduğu saptanmıştır. Kadınların öğrenim durumları incelendiğinde; %23.6'sının okur yazar olduğu, %0.8 nin okur yazar olmadığı belirlenmiştir. Kadınların büyük bir çoğunluğunun (%79.4) ev hanımı oldukları tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların ev halkı hane sayıları incelendiğinde; %63.7'sinin 5 kişi altında aile oldukları saptanmıştır. Ailenin toplam aylık gelirinin %61.4'ünün 3000 TL ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Kadınların büyük bir çoğunluğunun (%97.3) herhangi bir sosyal güvenceye sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Kadınların AP yöntemi kullanma durumları incelendiğinde; %79.6'sının aile planlaması (AP) yöntemi kullandıkları belirlenmiştir. Kadınların kullanılan AP yöntemlerinde ilk sırada (%34.9) kondom, ikinci sırada (%25.4) geri çekme ve üçüncü sırada

(%10.0) rahim içi araç (RİA) olduğu tespit edilmiştir. Kullanılan AP yönteminin süresinin en fazla oranlarda 1-2 yıl (%29.6) ile 3 yıl (%12.9) olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=598)

| Sosyo-demografik özellikler | Ortalama ±SD | Min-Max |
|-----------------------------------|--------------|----------|
| Yaş | 36.43±7.43 | 19-50 |
| Ev halkı hane sayısı | 4.16±1.22 | 2-9 |
| | n | % |
| Kadınların yaş grubu | | |
| 19-23 yaş | 22 | 3.7 |
| 24-28 yaş | 79 | 13.2 |
| 29-33 yaş | 121 | 20.2 |
| 34-38 yaş | 115 | 19.2 |
| 39-43 yaş | 143 | 23.9 |
| ≥44 yaş | 118 | 19.7 |
| Kadınların öğrenim durumu | | |
| Okur- yazar değil | 5 | 0.8 |
| Okur -yazar | 141 | 23.6 |
| İlkokul mezunu | 116 | 19.4 |
| Ortaokul veya ilköğretim mezunu | 100 | 16.7 |
| Lise mezunu | 114 | 19.1 |
| Yüksekokul veya üniversite mezunu | 122 | 20.4 |
| Kadınların çalışma durumu | | |
| Evet | 123 | 20.6 |
| Hayır | 475 | 79.4 |
| Kadınların meslekleri | | |
| Ev hanımı | 475 | 79.4 |
| Memur | 100 | 16.7 |
| İşçi | 23 | 3.8 |
| Ev halkı hane sayısı | | |
| < 5 kişi | 381 | 63.7 |
| ≥ 5 kişi | 217 | 36.3 |
| Aylık gelir durumu | | |
| 1000-2000 TL | 231 | 38.6 |
| ≥ 3000 TL | 367 | 61.4 |
| Sosyal güvence durumu | | |
| Olan | 582 | 97.3 |
| Olmayan | 16 | 2.7 |

Kadınların AP yöntemleri hakkında bilgiyi kimlerden aldıkları incelendiğinde; %80.4'ünün ebe/hemşirelerden bilgi aldığı belirlenmiştir. Kadınların AP yöntemini temin etme durumlarına bakıldığında; %60.0'nın ücretsiz ve %19.6'sının kendi temini (ücretli) olduğu tespit edilmiştir. Kadınların AP yöntemi tercih nedenlerini incelediğimizde kullanım kolaylığı ve eşin isteme durumunun (%25.3) aynı olduğu saptanmıştır. Kadınların AP yöntemlerinin fiyatlarının tercihlerine etki etme durumuna bakıldığında %77.9'unun en yüksek olarak 'hayır' cevabı verdikleri görülmüştür. Kadınların en fazla oranda (%7.7) gebe kalmak istediklerinden dolayı AP yöntemini

kullanmadıkları belirlenmiştir. Kadınların önceden kullandıkları AP yöntemi bırakma nedenlerine bakıldığında en fazla olarak (%9.7) eşin istememesi, gebe kalmayı isteme ve gebe kalmayı istememe (%5.2) eşit olarak çıktığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4'te araştırmaya katılan kadınların bazı özelliklerin ortalamalarının aile planlaması yöntemlerini kullanma durumuna göre karşılaştırılması yapılmıştır. AP yöntemi kullanma durumunun kadınların yaşı, ev halkı hane sayısı, çocuk sahibi olma sayısı, doğum sayısı, gebelik sayısı, istemeyerek olan düşük sayısı ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2. Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

| Aile planlaması yöntemi | n | % |
|---|-----|------|
| kullanma durumu (n=598) | | |
| Kullanıyor | 476 | 79.6 |
| Kullanmıyor | 122 | 20.4 |
| Kullanılan aile planlaması yöntemi (n=476) | | |
| Oral kontraseptif | 13 | 2.2 |
| İğne | 2 | 0.3 |
| RİA | 60 | 10.0 |
| Kondom | 209 | 34.9 |
| Geri çekme | 152 | 25.4 |
| Tübligasyon | 40 | 6.7 |
| Kullanılan aile planlaması yönteminin süresi (n=476) | | |
| < 1 yıl | 59 | 9.9 |
| 1-2 yıl | 177 | 29.6 |
| 3 yıl | 77 | 12.9 |
| 4 yıl | 47 | 7.9 |
| 5 yıl | 18 | 3.0 |
| 6 yıl | 19 | 3.2 |
| 7 yıl | 27 | 4.5 |
| 8-12 yıl | 52 | 8.7 |

Tablo 5'te araştırmaya katılan kadınların eğitim düzeyi ile AP yöntem kullanımı, AP yöntemini temin etme ve AP yöntem fiyatlarının tercih etmeyi etkileme durumuna göre karşılaştırılması yapılmıştır. Kadınların eğitim düzeylerinin kullanılan AP yöntemini temin etme durumu ve AP yöntemlerinin fiyatlarının tercih etmeyi etkileme durumuyla aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgular literatür bilgileri ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %79.6'sı herhangi bir AP yöntemi kullanmaktadır. Kaya ve ark.'nın (2008) Bingöl'de yaptığı çalışmada aile planlaması yöntemlerinin kullanım durumlarını sorduklarında kadınların %83.2'sinin yöntem kullandığı belirlenmiştir (Kaya ve ark. 2008). Karabulutlu ve Ersöz'ün (Karabulutlu ve Ersöz 2017) yaptığı çalışmada kadınların %72.9'unun, Cayan ve Karaçam'ın (Cayan ve Karaçam 2013) yaptığı çalışmada kadınların %96.7'sinin, Tokuç ve ark.'nın (Tokuç ve ark. 2005) yaptıkları çalışmada kadınların %75'inin, yapılan başka bir

çalışmada kadınların gebelikten önce AP yöntemlerini kullanma oranı %56.3 olarak bulunmuştur (Gılıç ve ark. 2009). 2018 TNSA verilerine göre herhangi bir yöntem kullanmış evli kadınların oranı %90'dır ve bu kadınların %63.3'ü en az bir kez aile planlaması yöntemi kullanmıştır (TNSA 2018). Dünya genelinde, üreme dönemindeki ailelerin %62.7'si gebelikten korunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde bu oran %72.4 iken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran %61.2, en az gelişmiş ülkelerde ise sadece %31.4'tür (Akın ve ark. 2015). Ülkemizde ki AP kullanım oranlarına baktığımızda diğer çalışmalarla uyumlu olduğu, ülkeler arası durum değerlendirildiğinde ise ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin farklılığından ve gelişmekte olan ülkelerde yeteri kadar aile planlaması eğitim ve danışmanlık hizmeti verilememesinden dolayı kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemi sırasıyla %34.9 kondom, %25.4 geri çekme, %10.0 RİA, %6.7 tübligasyon, %2.2 oral kontraseptif ve en son %0.3 oranla iğne seçeneği çıkmıştır. Yapılan bir çalışmada araştırmaya katılanların %21.5'i RİA, %23.1'i geri çekme, %19.8'i kondom, %13.9'u hap, %3'ü tübligasyon, %0.6'sı iğne yöntemlerini kullandıklarını belirtmişlerdir (Kaya ve ark. 2008). Başka bir çalışmada kullanılan AP yöntemlerinden yüksek oranlarda kondom (%32.5) ve RİA (%26.6) olduğu belirlenmiştir (Doğan Pekince ve Yılmaz 2012). Diğer çalışmalara baktığımızda; Öztaş ve ark.'nın çalışmasında (Öztaş ve ark. 2015) %26.4 geri çekme, %25.8 RİA, Karabulutlu ve Ersöz'ün yaptığı çalışmada doğurgan çağdaki kadınların %28.8'i RİA, %25.0'ı geri çekme, %24.4'ü kondom, %9.6'sı hap, %7.1'i tübligasyon, %4.5'i enjeksiyon yöntemlerini kullanmışlardır (Karabulutlu ve Ersöz 2017). Başka ülkelerde yapılan çalışmalara baktığımızda, Afrika'da kadınların %31.5'inin modern yöntem ve %39.3'ünün geleneksel yöntem kullandığı bulunmuştur (Speizer 2006). Bizim çalışmamızda da geleneksel yöntemin kullanımının önemli bir oranda olduğunu görmekteyiz. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2008'den 2014'e kadar 15-44 yaşları arasındaki kadınların kontraseptif yöntem kullanım düzeylerine bakıldığında; yöntem kullanımında en büyük artışın RİA olduğu tespit edilmiştir (Kavanaugh and Jerman 2018). Diğer ülkelere baktığımızda yöntem

tercihlerini gelişmişlik düzeyinin farklılığının bir sonucu olarak düşünebiliriz. İl merkezlerindeki çalışmalara katılan kadınların, il merkezinde hayatlarını devam ettirmeleri ve çalışma hayatına dahil olmalarının modern yöntemlerin kullanımında etkili olduğunu bize

düşündürmektedir. Kondom kullanımının çalışmamızda yüksek çıkması ve bazı çalışmalarda da ilk iki sırada kondomun yer alması kadınların eşlerinin de AP yöntem tercihinde sorumluluğu karşılıklı aldıklarını düşündürmektedir.

Tablo 3. Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Temin ve Tercih Etmelerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı

| Özellikler | n | % |
|---|-----|------|
| Kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgilere kimlerden ulaştığı durumu* | | |
| Hekim | 215 | 36.0 |
| Ebeveyn | 5 | 0.8 |
| Ebe/hemşire | 481 | 80.4 |
| İnternet | 135 | 22.6 |
| Eş/akraba/arkadaş | 189 | 31.6 |
| Kullanılan aile planlaması yöntemini temin etme durumu (n=476) | | |
| Ücretsiz | 359 | 60.0 |
| Kendi temini (ücretli) | 117 | 19.6 |
| Kullanılan aile planlaması yöntemini tercih nedeni (n=476) | | |
| Kullanım kolaylığı | 151 | 25.3 |
| Eşin istemesi | 151 | 25.3 |
| Çocuk sahibi olmayı istememesi | 34 | 5.7 |
| Ücretsiz olması | 46 | 7.7 |
| Temiz ve kolay olması | 15 | 2.5 |
| Uzun süreli koruma sağlaması | 38 | 6.4 |
| Güvenli olması | 21 | 3.5 |
| Diğer** | 20 | 3.2 |
| Aile planlaması yöntemlerinin fiyatlarının tercih etmeyi etkileme durumu (n=598) | | |
| Evet | 132 | 22.1 |
| Hayır | 466 | 77.9 |
| Aile planlaması yöntemi kullanmama nedeni (n=122) | | |
| Gebe kalmak istenmesi | 46 | 7.7 |
| Tedavisiz gebe kalamama | 5 | 0.8 |
| Eşin istememesi | 23 | 3.8 |
| Herhangi bir sebebi yok | 13 | 2.2 |
| Şu an gebe olması | 30 | 5.0 |
| Diğer*** | 5 | 0.9 |
| Daha önce kullanılan aile planlaması yöntemini bırakma durumu (n=598) | | |
| Evet | 145 | 24.2 |
| Hayır | 453 | 75.8 |
| Daha önce kullanılan aile planlaması yöntemini bırakma nedeni (n=145) | | |
| Eşin istememesi | 58 | 9.7 |
| Gebe kalmak istemesi | 31 | 5.2 |
| Gebe kalmak istememesi | 31 | 5.2 |
| Diğer (kanamanın fazla olması, baş ağrısının olması) | 25 | 4.2 |

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

**İlaç kullanmak istememesi, emzirmenin olması, doktorun tavsiye etmesi ve kanamayı düzenlemesi.

***Aile planlaması yöntemlerinin bilinmemesi, emzirmenin olması ve yöntemlerin sağlıklı olduğunun düşünülmemesi.

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Kadınların Bazı Özelliklerinin Ortalamalarının Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

| | Aile planlaması yöntemi kullanma durumu | | | | t testi | p |
|---|---|-------------|-------------|-------------|---------|--------------|
| | Kullanıyor | | Kullanmıyor | | | |
| | n | Ortalama±SD | n | Ortalama±SD | | |
| Kadınların yaşı (n=598) | 476 | 37.52±6.95 | 122 | 32.16±7.76 | 7.420 | 0.000 |
| Ev halkı hane sayısı (n=598) | 476 | 4.38±1.12 | 122 | 3.30±1.21 | 9.316 | 0.000 |
| Çocuk sahibi olma sayısı (n=557) | 471 | 2.40±1.07 | 86 | 1.84±1.05 | 4.386 | 0.000 |
| Doğum sayısı (n=555) | 470 | 2.40±1.08 | 85 | 1.87±1.07 | 4.161 | 0.000 |
| Gebelik sayısı (n=570) | 471 | 2.63±1.23 | 99 | 2.22±1.45 | 2.901 | 0.004 |
| İstemeyerek olan düşük sayısı (n=89) | 72 | 1.43±0.74 | 17 | 1.94±1.39 | -2.102 | 0.038 |

Çalışmamızda kadınların AP yöntemleri hakkında bilgiyi en fazla oranda (%80.4) ebe/hemşirelerden aldığı belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada da sağlık personelinin (doktor-ebe hemşire) önerisiyle yöntem kullanım oranının %64.7 olduğu tespit edilmiştir (Öztaş ve ark. 2015). Benzer çalışmalarda da kontraseptif yöntem hakkında bilgi alınan kaynaklardan en fazla oranda (%40.4) sağlık kuruluşları ve (Bostancı 2011), ASM ve çalışanları

(%46.9) olduğu tespit edilmiştir (Gür ve Sohbet 2017). Gebeliği önleyici yöntemlerin uygun zamanda, yaygın bir şekilde ve doğru olarak kullanımını etkileyen en önemli faktör, sağlık personeline yapılan eğitimlerdir (Karadağ ve ark.2013). Sağlık personelleri tarafından AP yöntemleri konusunda eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin daha yaygın bir şekilde verilmesi gerektiğinin önemli olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Kadınların Eğitim Düzeyi ile AP Yöntem Kullanımı, AP Yöntemini Temin Etme ve AP Yöntemlerinin Fiyatlarının Tercih Etmeyi Etkileme Durumuna Göre Karşılaştırılması

| | Kadınların eğitim düzeyi | | | | | | | | | | Toplam | χ^2 , p | |
|--|----------------------------------|------|----------------|------|---------------------------------|------|-------------|------|-----------------------------------|------|--------|--------------|--------------|
| | Herhangi bir okuldan mezun değil | | İlkokul mezunu | | Ortaokul veya ilköğretim mezunu | | Lise mezunu | | Yüksekokul veya üniversite mezunu | | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | | |
| AP yöntemi kullanma durumu (n=598) | | | | | | | | | | | | | |
| Kullanıyor | 125 | 26.3 | 95 | 20.0 | 74 | 15.5 | 91 | 19.1 | 91 | 19.1 | 476 | 100.0 | 7.451 |
| Kullanmıyor | 21 | 7.2 | 21 | 17.2 | 26 | 21.3 | 23 | 18.9 | 31 | 25.4 | 122 | 100.0 | 0.114 |
| Kullanılan AP yöntemi temin etme durumu (n=476) | | | | | | | | | | | | | |
| Ücretsiz | 103 | 28.7 | 82 | 22.8 | 61 | 17.0 | 65 | 18.1 | 48 | 13.4 | 359 | 100.0 | 37.348 |
| Kendi temini (ücretli) | 22 | 18.8 | 13 | 11.1 | 13 | 11.1 | 26 | 22.2 | 43 | 36.8 | 117 | 100.0 | 0.000 |
| AP yöntemlerinin fiyatlarının tercih etmeyi etkileme durumu (n=598) | | | | | | | | | | | | | |
| Evet | 42 | 31.8 | 37 | 28.0 | 23 | 17.4 | 22 | 16.7 | 8 | 6.1 | 132 | 100.0 | 27.946 |
| Hayır | 104 | 22.3 | 79 | 17.0 | 77 | 16.5 | 92 | 19.7 | 114 | 24.5 | 466 | 100.0 | 0.000 |

Kadınların tercih ettikleri AP yöntemlerini temin etme durumunu incelediğimizde %60.0'nın ücretsiz, %19.6'sı ücretli olması çıkmıştır. Yapılan benzer bir çalışmada kadınların % 92.9'unun şu anda kullandığı gebeliği önleyici yöntemi sağlık ocağından ücretsiz olarak temin ettiği, %12.1'inin hastane, ana-çocuk sağlığı merkezi, market, gibi diğer yollarla temin ettiği belirlenmiştir (Karadağ ve ark. 2013). Etiyopya'da yapılan bir araştırmada kadınların %32.7'sinin kamu kuruluşlarından temin ettikleri ortaya çıkmıştır (Tsehaya et al. 2013). TNSA 2018 verilerine baktığımızda; %52 gibi bir oranda modern yöntem kullananların kamu kurum ve kuruluşlarından tedarik ettikleri görülmüştür (TNSA 2018). Uluslararası ve ulusal araştırmalara bakıldığında modern yöntemlerin tedariki kamu kurum ve kuruluşlarından sağlandığı ortaya çıkarak yaptığımız çalışmamızla benzerlik göstermiştir. Kadınların modern yöntem tedariklerinde bilinçli bir tutum sergilediklerini, kamu kurum ve modern yöntemlerin ücretsiz temini ülkenin refah düzeyinin artmakta olduğunu bize göstermiştir.

Araştırmamıza katılan kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemini tercih etme nedenlerine baktığımızda kullanım kolaylığı ve eşin isteme durumu %25.3, ücretsiz olması %7.7 ve uzun süreli koruma ise %6.4 oranında çıkmıştır. Karadağ ve ark.'nın (2013) çalışmasında kadınların çoğunluğunun (%46.1) kanama, ağrı gibi yan etkisinin az olması, sağlığa zararının az olması, kullanımının infertiliteye neden olmaması, koruyuculuğunun/güvenilirliğinin yüksek olması ve sağlık ocağından rahat ulaşılabilir olması gibi yöntemle ilgili nedenlerden dolayı şu anda kullandıkları gebeliği önleyici yöntemi tercih ettikleri belirlenmiştir (Karadağ ve ark. 2013). Kadınların önceliklerinin güvenilir, kullanım kolaylığı olduğu ve AP yöntemlerine tercihlerine kadınların eşleriyle birlikte karar verdiklerini ortaya çıkarmış olup çiftlerin olumlu bir tutum içinde olduklarını bize düşündürmektedir.

Bizim çalışmamızda aile planlaması kullanmayanların nedenlerine baktığımızda; ilk sırada %7.7'sinin gebe kalmak istemesi, ikinci sırada %5.0'inin şuan gebe durumda olması ve üçüncü sırada %3.8'inin ise eşinin istememesinden dolayı kullanmadıkları görülmektedir. Yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan kadınların %39.6'sının çocuk istemesi, %16.7'sinin şu an gebe olması, %1.3'ü eşi istemediği için AP yöntemini

kullanmamaktadır (Kaya ve ark. 2008). Karabulutlu ve Ersöz'ün (2017) çalışmasında; kadınların %23.7'sinde kilo alımı, baş ağrısı ve hormonal durumların, %17.5'inin gebe kalmak istemesi, %16.5'inde yöntem kullanımı devam ederken gebe kalmış olması gibi nedenlerden (Karabulutlu ve Ersöz 2017) ve diğer bir çalışmada ise %81.2'sinin çocuk istediği için AP yöntemini kullanmadıklarını belirtmiştir (Gılıç ve ark. 2009). Diğer çalışmalarda olduğu gibi bizim araştırmamızda da benzer sebeplerden dolayı kadınlar yöntem kullanmadıklarını beyan etmişlerdir. Kadınlar, genellikle gebe kalmak istediklerinden dolayı korundukları yöntemi kullanmayı bırakmıştır. Kadınların AP yöntemini bırakmada daha çok kadının gebe olması, gebe kalma isteğinin olması gibi durumların etkilediğini düşünmekteyiz.

Araştırmamızdaki kadınların daha önce AP yöntemi bırakıp bırakmadıklarına baktığımızda %75.8'si hayır, %24.2'si evet cevabını vermiştir. Daha önce AP yöntemini bırakma nedenlerini incelediğimizde (%9.7) eşinin istememesi, (%5.2) gebe kalmak istemesi ve (%5.2) istememesi olarak çıkmıştır. Bir çalışmada kadınların % 45.3'ü daha önce herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıp bıraktığını belirtmiştir (Karabulutlu ve Ersöz 2017). Gür ve Sohbet'in araştırmasında; kadınların %48.0'i AP yöntemini kullanmayı bırakmıştır (Gür ve Sohbet 2017). Yapılan diğer çalışmalarda en çok AP yöntemini bırakma nedenlerinin; gebe kalma, gebelik istemi ve yan etkilerinden dolayı olduğu belirlenmiştir (Johnson et al. 2013; Doğan Pekince ve Yılmaz 2012). Aydın ilinde yapılan araştırmada en çok yöntem bırakma nedeni olarak kullanılan yöntemin yan etkisi ve istenilmeyen gebelikler olduğu tespit edilmiştir (Cayan ve Karaçam 2013). 2018 TNSA verilerine baktığımızda kadınların 5 yıllık dönemlerine bakıldığında yöntem kullanan kadınların %28'inin yöntem bıraktıkları görülmüştür. 2018 TNSA verilerine göre kadınların yöntem bırakma nedenleri olarak; (%38) gebe kalma isteği, (%19) yöntemi başarılı kullanamama, (%9) yan etki ve (%7) daha da etkili yöntem kullanma isteme çıkmıştır (TNSA 2018). Bırakma nedenleri genellikle gebelik istemi, gebe kalma durumu ve yan etki olarak çıkmış olup bizim çalışmamızla da benzerdir. Yöntem bırakmanın diğer araştırmaların yapıldığı illerden bizim çalışmamızı yaptığımız ildeki bırakılma oranına göre daha yüksek çıktığı görülmüştür. Bu durum bölgesel farklılık, refah düzeyi durumu, il

merkezinde yaşama durumundan kaynaklanabilir.

Araştırmaya katılan kadınların bazı özelliklerin ortalamalarının aile planlaması yöntemi kullanma durumuna göre dağılımı yapılmıştır. Aile planlaması yöntemi kullanan kadınların yaş ortalaması 37.52 ± 6.95 , ev halkı hane sayısı ortalaması 4.38 ± 1.12 , çocuk sahibi olma sayısı ortalaması 2.40 ± 1.07 , doğum sayısı ortalaması 2.40 ± 1.08 , gebelik sayısı ortalaması 2.63 ± 1.23 , istemeyerek düşük sayısı ortalaması 1.43 ± 0.74 olarak bulunmuştur. AP yöntemi kullanma durumunun kadınların yaşı, ev halkı hane sayısı, çocuk sahibi olma sayısı, doğum sayısı, gebelik sayısı, istemeyerek olan düşük sayısı ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Kaya ve ark.'nın yaptığı çalışmada aile planlaması yöntemi kullanan kadınların ortalama; yaşı 32.22 ± 5.96 , gebelik sayısı 2.84 ± 1.51 , doğum sayısı 2.65 ± 1.37 olarak bulunmuştur (Kaya ve ark. 2008). Aynı çalışmada aile planlaması kullanma durumunun kadınların gebelik sayısı ortalamaları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Yapılan bir çalışmada kadınların yaş grupları ile yöntem tercihi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Öztaş ve ark. 2015). Başka bir çalışmada kadınların herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma durumları ile yaşı, gebelik sayısı, doğum sayısı, son iki doğum arasında geçen süre, son doğumun üzerine geçen süre ve yaşayan çocuk sayısı gibi özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Aydoğdu ve Akça 2018). Diğer çalışmada ki oranların bizim çalışmamızdan farklı çıkması çalışma yapılan bölgelerin farklılığından, toplumun refah düzeyi durumundan kaynaklandığını bize düşündürmektedir.

Kadınların eğitim düzeylerinin kullanılan AP yöntemini temin etme durumu ve AP yöntemlerinin fiyatlarının tercih etmeyi etkileme durumuyla aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Benzer çalışmalarda da eğitim durumu ile AP yöntemini kullanma durumu arasında istatistiksel olarak bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (Kaya ve ark. 2008; Aydoğdu ve Akça 2018). Bir diğer çalışmada kadınların eğitim düzeyi arttıkça, aile planlamasını bilme durumunun da arttığı belirlenmiştir (Öztaş ve ark. 2015). Başka bir çalışmada kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe

modern kontrasepsiyon yöntem tercihinin arttığı belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Bostancı 2011). Bu durum, kadınların eğitim seviyelerinin aile planlaması ile ilgili tutumlarını, davranışlarını ve yöntem seçimini etkileyebileceğini düşündürmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılan kadınların %79.6'sının herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığı, modern yöntemlerden %34.9 gibi yüksek oranda kondom tercih ettikleri geleneksel yöntemlerden ise en fazla oranda (%25.4) geri çekme yöntemini tercih ettikleri görülmüştür. Kadınların %75.8'nin daha önceden aile planlaması yöntemi bırakmadığı, %24.2'sinin ise bıraktığı, bırakma nedeninin ise %9.7 ile eşinin istememesi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Kadınların AP tercih nedenine baktığımızda kullanım kolaylığı ve eşinin istemesi durumunun (%25.3) yüksek olduğu görülmüştür. AP yöntemi kullanmayan kadınların nedenini incelediğimizde %7.7'sinin gebe kalmak istediği için kullanmadıkları sonucuna varılmıştır. Kadınların tercih ettiği aile planlaması yöntemlerini temin etme durumuna baktığımızda %60.0'nin ücretsiz aldıkları ortaya çıkmıştır.

Ülkemizde kadınların eğitim düzeyi arttıkça aile planlaması sağlık hizmetlerine daha kolay ulaştığı görülmüştür. Kadınların eğitim hayatını desteklemek, kadınlara ulaşmak için etkinlikleri çeşitlendirip sunmak, toplumda farkındalığı arttırmak hedeflenmelidir. Modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımını yaygınlaştırmak, geleneksel yöntemlerin kullanımını azaltmak için kamu kurum ve kuruluşlarında yeterli düzeyde eğitim ve danışmanlık hizmeti verilip, eşlerle birlikte aktif katılım sağlayıp hizmetin sunulması gerekmektedir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar tarafından herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

YAZAR KATKILARI

FY, SNM ve SA: Fikir, Tasarım, SA ve SNM: Literatür taraması, SNM: Verilerin toplanması ve işlenmesi, SA: Verilerin analizi ve yorum, SA ve SNM: Makale yazımı, FY ve SA: Eleştirel inceleme ve kritik okuma.

KAYNAKLAR

- Akın A, Özvarış BŞ, Aykut Bilgili N.** Aile Planlaması. Güler Ç, Akın L, editörler. Halk Sağlığı Temel Bilgiler 1. 3. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2015. p. 283, 288-289.
- Aydın O, Bostan PA, Özgür EM.** Mekânsal Veri Analizi Teknikleriyle Türkiye’de Toplam Doğurganlık Hızının Dağılımı ve Modellenmesi. Coğrafya Dergisi 2018;(37):27-45.
- Aydoğdu SGM, Akça E.** Amasya İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanımı ve Etkileyen Faktörler. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2018;27(6):384-91.
- Bostancı MS.** Doğu Anadolu Bölgesindeki Bir İlçede Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemleri için Bilgi Kaynakları ve İstenmeyen Gebeliklerle İlişkisi. Dicle Tıp Dergisi 2011;38(2): 202-7.
- Cayan A, Karaçam Z.** Factors concerning the attitudes of married women toward family planning in Aydın, Turkey: A cross-sectional study. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2013;18(4):323-8.
- Doğan Pekince G, Yılmaz M.** Kontrasepsiyon Amaçlı Başvuran Kadınların Erkek Kontrasepsiyonuna Bakış Açısı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;15(2):69-74.
- Gılıç E, Ceyhan O, Özer A.** Niğde Doğumevi’nde Doğum Yapan Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışları. Fırat Tıp Dergisi 2009;14(4): 237-241.
- Gür F, Sohbet R.** Gaziantep İlinde El Beceri Kurslarına Gelen Kadınların Aile Planlamasına Yönelik, Bilgi Tutum ve Davranışları. Medical Sciences (NWSAMS) 2017;12(1):10-21, DOI: 10.12739/NWSA.2017.12.1.1B0043.
- Johnson S, Pion C, Jennings V.** Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America. Reproductive Health Journal 2013;10(7):1-9.
- Karabulutlu Ö, Ersöz B.** Kars İli, Susuz İlçe Merkezine Bağlı Aile Planlaması Yöntemi Kullanan 15–49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Kullanılan Yöntem ve Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler. Caucasian Journal of Science 2017;4(1):26-44.
- Karadağ G, Koçak HS, Yılmaz M.** Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemleri Kullanma ve Tercih Etme Nedenleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 2(1):13-25.
- Kaya H ve ark.** Bingöl İli Uydu Kent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15–49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2008;22(4):185-91.
- Kırca Ü.** Üreme Sağlığı ve Birinci Basamak. Sted 2001;12(10):463.
- Kızılkaya Beji N, Partovi Meran HE.** Kadın Sağlığına Genel Bakış. Kızılkaya Beji N, editör. Hemşirelere ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları.1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016. p. 7, 22.
- Kavanaugh ML, Jerman J.** Contraceptive method use in the United States: trends and characteristics between 2008, 2012 and 2014. Contraception 2018;97(1):14-21. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.10.003>
- Oktay EY.** Türkiye’de Cumhuriyet’in İlanından Günümüze Uygulanan Nüfus Politikaları. Yalova Sosyal Bilimler Dergisi 2014;4(7):31-53.
- Özkan Arslan H.** Kadın Sağlığına Giriş. Hemşirelik ve Ebelik için Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. 1. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2019. p. 4.
- Öztaş Ö ve ark.** 18-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Üreme Sağlığı ve Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Ankara Medical Journal 2015;15(2):67-76.
- Speizer IS.** Using Strength of Fertility Motivations to Identify Family Planning Program Strategies. International Family Planning Perspectives 2006;32(4):185-91.
- Tsehaye WT et al.** Assessment of preference and its determinant factors to ward modern contraceptive methods among women of reproductive age group in shire Indaselassie Town, Northern Ethiopia, 2011. International Journal of Family Medicine 2013; 1-8. Article ID 317609. <https://doi.org/10.1155/2013/317609>.
- Tokuç B ve ark.** Edirne Merkezinde 15–49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2005;14(1):8–14.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Doğum İstatistikleri 2018.** <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?jsessionid=cT1pfV6N6J6GRJLRSFrXnl2jrjfk66DyfbpwrIKJpSjtGnvZS0MT!-1856191778?id=30696> Erişim Tarihi: 20.04.2021.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018.** http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf Erişim Tarihi: 20.04.2021.

EXTENDED ABSTRACT

Determining the effect of the changing fertility policies on contraceptive preferences is crucial for rearranging the service delivery. This study was designed and conducted based upon the possibility that determining the factors affecting the family planning method preferences of women in line with new policies might guide in restructuring the nursing interventions and trainings accordingly when delivering counseling and service. The study was designed for determining the factors affecting the family planning method preferences of married reproductive-age women in the age range of 15-50 years, who were enrolled in a family health center.

The population of the study consisted of 1105 women who were enrolled in the Unit No 25 of Osmaniye Family Health Center No 4. However, the sample group consisted of 598 women. A survey form prepared by the researchers was used as data collection tool. After determining that women in the age range of 15-50 years, who were registered in Unit No 25 of Osmaniye Family Health Center No 4, would participate in the study, the data were collected one by one from the system of the aforementioned unit. In preparing a database and analysis, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 23.0 Windows package program was used. The results were evaluated at a confidence interval of 95% and a significance level of $p<0.05$. Descriptive statistical methods (mean, standard deviation, median, frequency, percentage, minimum, maximum) were used while evaluating the study data. Chi-square and t tests were used as the significance test. The ethical approval required for conducting the study was obtained from the Ethics Committee of the Faculty of Health Sciences in Hasan Kalyoncu University. The study was conducted under the principles of the Declaration of Helsinki. Written permissions were also obtained from institutions. Verbal consent of women who agreed to participate in the study was obtained.

When the educational status of the women participating in the research was examined; It was determined that 23.6% were literate and 0.8% were illiterate. It was determined that the majority of women (79.4%) were housewives. When the household numbers of the women participating in the research were examined; It was determined that 63.7% of them had families under 5 people. It has been determined that 61.4% of the total monthly income of the family is 3000 TL and above. It was determined that the majority of women (97.3%) had any social security.

Of the women who participated in the study, 79.6% were using a family planning method. Among the family planning methods used, it was determined that condom was used at the highest rate (34.9%). The reasons for women not to use family planning methods were found to be the intention to conceive (7.7%), partner's rejection (3.8%) and being already pregnant at that moment (5.0%). When it was examined from whom women get information about family planning methods; It was determined that 80.4% of them were midwives or nurses. Considering the women's availability of family planning method; It was determined that 60.0% was free and 19.6% was self-supplied (paid). Considering the effect of the prices of family planning methods on women's preferences; It was seen that 77.9% of them gave the highest answer "no". It was determined that there was a statistically significant correlation between the averages of the women's age, the number of households, the number of having children, the number of births, the number of pregnancies and the number of unintentional abortions and their state of using family planning method ($p<0.05$). It was determined that there was a statistically significant correlation between the education level of women, the availability of the family planning method used and the effect of the prices of the family planning methods on the choice ($p<0.05$).

It was stated that in recent years the women aged between 15-50 years have used family planning method at a higher rate but their rate of using the method effectively was very low. An effective presentation of family planning counseling services conducted in primary healthcare will also increase the use of modern family planning methods. It has been observed that as the education level of women in our country increases, they have easier access to family planning health services. It should be aimed to support women's educational life, to diversify and present activities to reach women, and to raise awareness in the society. In order to expand the use of modern family planning methods and to reduce the use of traditional methods, it is necessary to provide adequate training and consultancy services in public institutions and organizations and to ensure active participation with spouses.

THOMPSON & THOMPSON BİYOETİK KARAR VERME MODELİ KULLANILARAK ADÖLESAN BİR GEBENİN BİLDİRİMİNDE ETİK KARAR VERME SÜRECİ

ETHICAL DECISION-MAKING PROCESS IN THE REPORTING OF AN ADOLESCENT PREGNANT BY USING THE THOMPSON & THOMPSON BIOETHICAL DECISION MAKING MODEL

Resmiye KAYA ODABAŞ*, Ayden ÇOBAN**

*Arş. Gör., Kocaeli Üniversitesi Sağlık
Bilimler Fakültesi Ebelik Bölümü,
Kocaeli/Türkiye.



0000-0002-4470-0231

**Prof. Dr., Aydın Adnan Menderes
Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Ebelik Bölümü, Aydın/Türkiye..



0000-0002-2189-2488

Yazışma Adresi:

Resmiye Kaya Odabaş
e-Posta: resmiye.odabas@gmail.com

Gönderim Tarihi: 21 Mayıs 2020

Kabul Tarihi: 08 Ocak 2021

ÖZ

Dünya Sağlık Örgütü tarafından bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen adölesan gebelikler hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli bir üreme sağlığı sorunudur. Adölesanların önceki yıllara göre gittikçe daha erken yaşlarda cinsel ilişkiye girdiği ve kontraseptif yöntem kullanım oranının ise düşük olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde adölesan gebeliğin bildirim zorunlu olup bununla ilgili Türk Ceza Kanunu'nun 103. ve 104. maddeleri kendi rızası olsa bile cinsel ilişki yaşamak için 15 yaşını tamamlamış olmayı şart koşmaktadır. Mesleki etik ilkeler açısından bakıldığında, ebeğin adölesan gebeliklerde gerekli hassasiyeti ve özeni gösterip bakım vermesi ve gizlilik ilkesine uygun hareket etmesi gerekmektedir. Ancak bazı özel hallerde mesleki etik ilkelerden gizlilik ilkesi ile çelişmekte ve etik ikilem oluşmaktadır. Ebeler, alanları gereği meslek hayatlarında sıklıkla etik sorunlarla karşılaşmakta ve bunun çözümünde zaman zaman zorlanmaktadır. Bu yüzden etik sorunlar karşısında verilen kararlar kişiden kişiye değişebilmektedir. Bazen de etik sorunlar karşısında verilen kararlar yasalarla çelişebilmektedir. Mesleki etik ilkeler açısından bakıldığında, ebelerin adölesan gebeliklerde gerekli hassasiyeti ve özeni göstererek bakım vermesi ve gizlilik ilkesine uygun hareket etmesi gerekmektedir. Bu derleme, evlilik dışı adölesan gebeliklerin bildiriminde ebelerin mesleki sorumluluğu ile yasalar karşısındaki sorumluluğu arasında oluşan etik ikilemde Thompson & Thompson Biyoetik Karar Verme Modeli'ni kullanarak etik karar verme sürecini açıklamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Adölesan gebelik; ebelik; etik karar verme.

ABSTRACT

Adolescent pregnancy, which is accepted as a problem of public health by the World Health Organization, is a major health problem in both developed and developing countries. It has been determined that adolescents are involved in sexual intercourse at an earlier age compared to previous years and the rate of contraceptive use is low. In our country, notification of adolescent pregnancy is compulsory and articles 103 and 104 of the Turkish Penal Code requires a person to have completed the age of 15, regardless of the fact that it is with personal consent, in order to have sexual intercourse. Midwives frequently encounter ethical problems in their professional lives due to their fields and sometimes have difficulties in solving this. Therefore, decisions made in the face of ethical problems can vary from person to person. Sometimes, decisions made in the face of ethical issues may conflict with the law. From the point of view of professional ethical principles, midwives should give care in adolescent pregnancies by showing the necessary sensitivity and care and act in this direction while preserving the privacy principle. In this review, the ethical decision-making process using the Thompson & Thompson Bioethical Decision Making Model concerning the ethical dilemma between the professional responsibility of midwives and their responsibility toward the law in the notification of the adolescent pregnant outside of marriage is discussed.

Keywords: Adolescent pregnancy; ethical decision-making; midwifery.

Atıf için (How to cite): Kaya Odabaş R, Çoban A. Thompson & Thompson Biyoetik Karar Verme Modeli Kullanılarak Adölesan Bir Gebenin Bildiriminde Etik Karar Verme Süreci. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;4(2):139-146.

GİRİŞ

Adölesan dönem 10-19 yaş arasında çocukluktan yetişkinliğe geçiş olarak tanımlanmaktadır. Bedensel, psikolojik, algısal ve sosyo-ekonomik değişimin yaşandığı bu dönemde birçok sağlık sorunu bulunmakla beraber bu sorunların başında adölesan gebelikler gelmektedir (Loaiza and Liang 2013; Kut ve ark. 2016; World Health Organization 2018). Adölesan gebelikler; tanılanmasında gecikme, yetersiz bakım, istenmeyen gebelik oranının ve madde kullanımının yüksek olması, psikososyal faktörler, beslenme yetersizliği, eğitim seviyesinin düşük olması ve eş şiddeti gibi artan risklerle beraber görülmektedir (McCarthy et al. 2014).

Adölesan gebelik sonucu olan doğumlar dünyada ve ülkemizde yaygın bir üreme sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (2018) raporunda, adölesan dönemde gerçekleşen doğum oranları, Güney Afrika'da %71, Bulgaristan'da %39.4, Amerika Birleşik Devletleri'nde %22.3, Almanya'da %7.8, Kanada'da %11.1, İtalya'da 5.1 ve İsveç'te %4.4 olarak bildirmiştir. Ülkemizde ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (2018) verilerine göre adölesan dönemde olan kadınların yaklaşık %4'ü çocuk doğurmaya başladı; %3'ünün canlı bir doğum yaptığı ve %1'inin ise araştırma tarihinde ilk çocuğuna gebe olduğu rapor edilmiştir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2018).

Dünya'da adölesanların daha önceki yıllara göre gittikçe artan oranda erken yaşlarda cinsel ilişkiye girdiği ve kontraseptif yöntem kullanım oranlarının düşük olduğu bildirilmiştir (Darroch et al. 2018). Latin Amerika, Avrupa ve Asya ülkelerinde evli ve evli olmayan adölesanların kontraseptif kullanım oranları %42-68, Afrika ülkelerinde ise %3-49 arasında olduğu belirtilmiştir. Ayrıca gençlerin üreme işlevleri ve özellikleri konularında yeterli bilgileri olmadığı bilinmektedir (WHO 2012; Aydın 2013).

Ebeler, alanları gereği meslek hayatlarında sıklıkla etik ikilemlerle karşılaşmakta ve bunun çözümünde zorlanmaktadırlar. Bu yüzden etik sorunlar karşısında verilen kararlar kişiden kişiye değişebilmektedir. Bu duruma neden olan önemli faktörler ise ebelerin kişisel değerleri ile ahlaki duyarlılık düzeyleridir. Bazen de etik sorunlar karşısında verilen kararlar yasalarla çelişebilmektedir (Turan ve Atasoy 2019). Ülkemizde adölesan gebeliğin bildirim zorunlu olup bununla ilgili Türk Ceza Kanunu (TCK)

(2004)'nun 103. ve 104. maddelerine göre 15 yaşın altındaki çocuğa karşı gerçekleşen her türlü cinsel eylemi şikayete bakmaksızın suç olarak kabul etmektedir. Ancak 15 yaşını doldurmuş çocuklarda ise cinsel eylemde cebir, tehdit ve hile yoksa ve adli şikayette bulunulmuyorsa herhangi bir cezai yaptırım uygulanmamaktadır. Türk Ceza Kanunu (2004)'nun 104. maddesine göre; "Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, on beş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır" ibaresi bulunmaktadır. Mesleki etik ilkeler açısından bakıldığında, ebelerin adölesan gebeliklerde gerekli hassasiyeti ve özeni göstererek bakım vermesi ve gizlilik ilkesini koruyarak bu doğrultuda hareket etmesi gerekmektedir. Türk Ceza Kanunu (2004)'nun 280. maddesine göre "Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır" ibaresi bulunmaktadır (TCK 2004). Bu madde ile ebelerin bu durumu ihbar etmesi gerekirken mesleki etik ilkelerden gizlilik ilkesini göz önünde bulundurması gerekmektedir.

Bu derlemede evlilik dışı adölesan gebelik vakası literatür doğrultusunda senaryolaştırılarak sunulmuş olup, bu konuda ebelerin mesleki sorumluluğu ile yasalar karşısındaki sorumluluğu arasında oluşan etik ikilemde etik karar verme süreci, Thompson & Thompson Biyoetik Karar Verme Modeli'ne uyarlama yapılarak tartışılmıştır.

VAKA

15 yaşında olan lise öğrencisi M.B. şiddetli karın ağrısı ve kanama şikayetiyle saat 14:00 sıralarında tek başına hastanenin acil servisine başvurmuştur. Hastanın kanaması çok olduğu için acil olarak muayene edilmiştir. Muayene esnasında hastanın anamnezi alınırken M.B.'nin gergin olduğu ve baskı altında olduğu gözlenmiştir. Ebe anamnez alırken M.B.'ye ailesinin telefon numarasını sormuş ancak M.B. ailesinin telefon numarasını bilmediğini söylemiştir. Adet döngüsünün sorgulanması üzerine M.B. 13 yaşından beri adet gördüğünü ifade etmiştir. Hekim, ultrason muayenesinde M.B.'nin gebe olduğunu fark etmiş ve kan tahlilleri yapılarak 12 haftalık gebe olduğu tespit

edilmiştir. Gittikçe sancısı artan M.B.'ye "Missed Abortus" tanısı konulmuştur. Bunun ardından yatış, küretaj ve onam işlemleri için ailesi aranmak istenmiş, ancak M.B. ailesine durumun söylenmemesi ve bu durumun gizli kalması gerektiğini ifade etmiştir. Gebeliğin istismar sonucu olup olmadığı sorgulanmış ve M.B.'nin isteyerek beraber olduğu anlaşılmıştır. M.B.'nin gebe olduğunu bildiği ve bunu ailesinden sakladığı anlaşılmıştır. M.B. ailesi bu durumu öğrendiğinde babasının kendisini ve birlikte olduğu 27 yaşındaki sevgilisini öldüreceğini ifade etmiş ve sağlık çalışanlarına durumun gizli kalması için yalvarmıştır. Ancak, M.B. 18 yaşından küçük olduğu için sağlık çalışanlarının hem girişimler hem de yapılacak olan küretaj işlemi için aileden onam alması gerekmektedir. Sağlık çalışanları TCK (2004)'nın 103. ve 280. maddeleri gereği karşılaştıkları bu olayı adli olarak bildirmekle yükümlü olmakla beraber burada olay bildirdiğinde de iki kişinin hayatının tehlikede olabileceği söz konusudur. Bu durumda sağlık çalışanları etik ikilemede kalmıştır. Yasalar gereği olayı bildirim zorunlulukları vardır ancak bildirim sonucu da iki kişinin hayatının tehlikede olmasına neden olabilecektir.

TARTIŞMA

Bu vakada 15 yaşındaki M.B. gebeliğini ailesinden gizlemekle beraber kanamasının başlamasıyla hastaneye başvurmuştur. Ancak M.B. aile yapısı gereği, gebeliği öğrenince ailesinin kendisini ve sevgilisini öldüreceğini düşünmektedir. Bu yüzden hastaneye başvurduğunda bu durumun gizli kalmasını sağlık çalışanlarından istemiştir. Ancak bu olay bildirim zorunluluğu olan ve M.B.'nin ailesi tarafından öğrenildiğinde iki kişinin hayatını tehdit edebilecek bir olay olduğundan sağlık çalışanları etik ikileme düşmektedir. Adölesan dönemdeki kadınların cinsel ilişki, aile planlaması, gebelik, düşük ve anne olma gibi konularda bilgileri daha ileri yaşta kadınlara göre yetersizdir. Bundan dolayı gebelik adölesanların hem hayatlarını hem de doğacak bebeğin yaşamını etkilemektedir. Cinsel ilişkide bulunan adölesanlar çoğunlukla gebelikten korunmak için herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmamakta olup buna karşın gebe kalmayı istememektedirler. Bu şekilde korunmaksızın artan cinsel aktivite yasal olmayan gebelik oranını ve adölesanlarda istemli küretaj sayısını arttırmaktadır (Demirgöz ve Canbulat 2008; Aydın 2013). Vakamızda

korunmasız erken yaşta cinsel ilişki sonucu gebelik oluşmuş ve bu da abortusla sonuçlanmıştır.

Etik karar verebilmek için; insan tutum ve davranışlarını tanımlamak, açıklamak ve değerlendirmek gerekir. Etiğin merkezi ve en önemli ilgi alanı, insan davranışlarını yargılamaya olanak sağlayan normlar, idealler, ilkeler, standartlar ya da ahlaki gerekliliklerdir. Değerler, etik normlar, davranışlar ve politikalar toplumlara göre değişim göstermektedir (İrgil 2001; Elçigil ve ark. 2011; Utlu 2016). M.B.'nin evlilik dışı gebe kalması ve erken yaşta cinsel ilişkiye başlaması aile yapılarına ters düşmektedir. Bu süreçte verilecek kararda da M.B.'nin ailesinin yapısı göz önünde bulundurularak karar verilmesi önemlidir. Bu vakada verilecek karar, etik ilkeler ve Thompson & Thompson Biyoetik Karar Verme Modeli kullanılarak açıklanmaya çalışılmıştır (Thompson 2007). Bu modele göre karar verme adımları aşağıda belirtilmiştir.

Adım 1. Durumu Gözden Geçirmek:

Vakada 15 yaşında ailesinden gebeliğini gizlemiş bir adölesanın küretaj işlemi gerçekleşecektir. Sorun ise M.B.'nin ailesi bu olayı bilmemekte, küretaj için onamları gerekmekte ve bildirmeyi zorunlu bir olay olduğundan savcılığa bildirildiğinde ailenin haberinin olacağıdır. M.B.'nin ailesinin olaydan haberi olduğunda da aile, töreleri gereği hem M.B.'yi hem de M.B.'nin birlikte olduğu sevgilisini öldürmesi söz konusudur. Bu vakada karar verilmesi gereken olay gebeliğin savcılığa bildirilip M.B.'nin hayatını riske atmak mı ya da bildirmeyi zorunlu olayı bildirmeyip M.B.'nin hayatını riske atmayıp, suç işlemek midir? Verilen karar belki de iki insanın ölümüne sebep olacaktır. Bu sebeple verilen karar büyük önem taşımakta ve bu kararı verirken de etik ilkeleri göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Etik ilkelerden olan zarar vermeme ilkesine göre verilen kararın M.B.'nin hayatına zarar vermemesi gerekmektedir. Ancak ailenin gebelikten haberi olması durumunda M.B. ve sevgilisinin hayatlarının tehlikede olması söz konusudur. Yararlılık ilkesiyle de verilen karar M.B. yararına değildir. Özerklik ilkesinin gözetilmesi için 18 yaşından küçüklerde vasisinin kararı önemlidir. Bu vakada da olduğu gibi ebeler iş hayatında sıklıkla hastalarla ve gebelerle iç içe olmakta ve hastanın/gebenin değer ve beklentileri ile kendi değer ve görevlerinin çatıştığı bir ortam oluşabilmektedir. Bu durum ebe ile hasta/gebe ve ailesi arasında karmaşaya

neden olabilmektedir. Ebelerin etik sorunları tanınması, doğru karar verebilmesi için etik ilkelerle etik duyarlılığı ilişkilendirmesi ve aynı zamanda yasal sorumlulukları ile bunları tartması gerekmektedir (Elçigil ve ark. 2011; Turan ve Atasoy 2019).

Adım 2. İlave Bilgiler Toplamak: Yasal olarak TCK (2004)'nin 103. maddesi gereğince bu vaka 18 yaş altı gebelik olduğu için bildirim zorunlu olup, sağlık çalışanı tarafından bildirilmelidir. Bu vakada M.B. 15 yaşında olduğu için yasal bildirim gereklidir. Ayrıca ülkemizdeki mevcut yasaya yöre M.B. 15 yaşını doldurmadığından istismar durumu olmasa dahi failin cezalandırılması gerekmektedir (TCK 2004). Bu yüzden bu etik ikilemde durum sonuçlarıyla beraber değerlendirilerek karar verilmelidir.

Adım 3. Durumdaki Etik Konuları ve Endişeleri Belirleme: Toplumumuza göre evlilik dışı gebelikler hoş karşılanmamaktadır. M.B.'nin evlenmeden erken yaşta cinsel ilişki yaşaması ve gebe kalması ailesi tarafından kabul edilebilir bir durum değildir. Bu durumda ailenin töre cinayeti işleyebileceği M.B. tarafından ifade edilmektedir. M.B.'nin ifadesine göre daha önceden de halası bir erkekle birlikte kaçtığı için hem halası hem de halasının kaçtığı kişi öldürülmüştür. Bu yüzden de bu vakada da tekrar cinayet yaşanması olasıdır.

Adım 4. Kişisel ve Mesleki Ahlaki Durumları Tanımlama: Bu vakada sağlık çalışanı gebeye karşı ön yargılı davranmamalıdır. Yani "bu yaşta yapmasaydın, madem yaptın sonuçlarına katlanırsın!" tarzında düşünmek yanlıştır. Sağlık çalışanı bu etik ikilemi ön yargıdan uzak ve yararlılık ilkesini gözeterek çözmeli ve alınan kararda kimsenin zarar görmemesi gerekmektedir. Bildirim yapıldığında neler olabileceği ve bildirim yapılmaz ise neler yaşanabileceğine tartışılarak karar verilmelidir. Ayrıca bu gibi durumlarda ailenin tepkisini gözlemlemek önemlidir.

Adım 5. Durumdaki Asıl Bireylerin Ahlaki Durumlarını Belirleme: Burada dikkat edilmesi gereken noktalardan biri de M.B.'nin bu konuda doğru söyleyip söylemediğini anlamaktır. Belki de aile bu duruma M.B.'nin ifade ettiği şekilde tepki vermeyecektir. Ama M.B. durumdan korktuğu için ailesinin kendisini öldüreceğini ifade etmektedir. Bu da göz ardı edilmemesi gereken konulardan biridir.

Adım 6. Değer Çatışmalarını Tespit Etme: Bu adımda sorunun çözümünde konsültasyon istenmelidir. Pedagog ve sosyal

hizmet uzmanından konsültasyon istenmesi karar vermede etkili olacaktır. Şen ve Kavlak (2011)'in belirttiğine göre adölesan gebeliklerde psikolojik destek önemli yer tutmaktadır.

Adım 7. İhtiyaç Duyulan Kararı Kimin Vermesi Gerektiğini Belirleme: Bu vakada roller paylaşılmalıdır. Primer karar vermede kim etkili olmalı, karar verme yetkinliği kimde olmalı ve yasal olarak bildirim kimin sorumluluğunda olduğu belirlenmelidir. 18 yaş altı gebeliklerde bildirim sağlık çalışanı tarafından zorunludur. Bildirim yapma zorunluluğu olan sağlık çalışanı TCK (2004)'nin 280. maddesinin 2. fıkrasında "Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır" şeklinde tanımı yapılmıştır. Bu bağlamda da aşağıdaki maddelerden ebelerde sorumlu tutulmuştur. Bunlar;

Madde 280. (1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Madde 281 (1) Gerçeğin meydana çıkmasını engellemek amacıyla bir suçun delillerini yok eden, silen, gizleyen, değiştiren veya bozan kişi, altı aydan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Kendi işlediği veya işlenişine iştirak ettiği suçla ilgili olarak kişiye bu fıkra hükmüne göre ceza verilmez maddesi yer almaktadır (TCK, 2004). Buradan çıkarılması gereken sonuç, ekip olarak karar verilmesi gerektiği ve primer olarak hekim sorumlu olsa da bildirim yapılmadığında tüm ekibin suçlu konumuna düşeceği.

Adım 8. Her Birinin Beklenen Sonucu İle Eylemlerin Çeşitliliğini Belirleme: Bu adımda tüm alınabilecek kararların sonuçları değerlendirilerek bir karara varılması gerekmektedir. Eğer bildirim yapıp aile bu şekilde öğrenirse M.B.'nin zarar görmesi muhtemeldir. Ama eğer bildirim yapılmaz ve konu bildirim yapılmadan işlem sonrası M.B.'nin eve taburcu edilir ise sağlık çalışanı bildirim yapmadığı için suçlu konuma düşmektedir. Bu vakada sağlık çalışanı bildirim yapmakla yükümlüdür. Ama zarar vermeme ve yararlılık ilkeleri göz önünde bulundurularak M.B.'nin zarar görmeden olayın sonuçlandırması önemlidir. Burada sağlık çalışanı ve sosyal hizmetlerde dahil olmak üzere olayı bildirmelidir. Ancak dikkat edilmesi gereken konulardan biride bildirimden sonra savcılıkla

iletişime geçilerek konunun hassasiyetinin anlatılması ve böylece M.B.'nin korunması sağlanmalıdır. Eğer M.B.'nin anlattığı şekilde öldürme söz konusu ise sosyal hizmetlerin M.B.'yi alması önerilmelidir.

Adım 9. Eyleme Karar Verme ve Uygulama: Kararın uygulanması için sağlık ekibi üyeleriyle organize olunması gerekmektedir. Yani olayla ilgili herkesin hangi alanda etkin olduğu, neler yapması gerektiği ve görevlerinin dağılımı yapılmalıdır. Bu adım karar alındıktan sonra uygulanmalı ve değerlendirmek için gözlem yapılmalıdır. Bu vakada hekim savcılığa gebeliği bildirmiştir. Ardından iletişime geçerek gerek polisle gerek savcılıkla konunun hassasiyeti paylaşılmıştır. Aileye haber verildiğinde de güvenlik ile iş birliği yapılmıştır. Aile hastaneye geldiğinde ebe ve hekim durumu polis gözetiminde aileye açıklamıştır. Aile aşırı derecede öfkelenmiş ve M.B. ve sevgilisini öldüreceğini bağıra bağıra ifade etmiş ve M.B.'nin söylediklerinde haklı olduğu görülmüştür. Sosyal hizmet uzmanı aile ile iletişime geçip bu şekilde davranmanın yanlış olduğu konusunda aileyi ikna etmeye çalışmıştır. Aile biraz daha sakinleştikten sonra olayı kabullenmiş ve M.B.'nin sevgilisini savcılığa şikayet etmiştir.

Adım 10. Kararın/Eylemin Sonuçlarını Gözden Geçirme/Değerlendirme: Son olarak bu adım da ise alınan kararın

beklenen sonuçların oluşup oluşmadığı gözlemlenir. Alınan karar ailenin davranışlarına bakıldığında hastanede kalındığı süre boyunca çözüm olmuştur. Olay en az zararlar sonlandırılmıştır. M.B. taburcu olduktan sonra ailesinin nasıl davrandığı ya da evde neler olduğu bilinmemektedir. Bu konuda sosyal hizmetlerin daha sonrasında bu konuyu takip etmesi ve adölesanın pedagoğdan destek alması önerilmektedir.

Sonuç olarak TCK (2004)'nın, 280. maddesi gereği bu vakanın bildirim gereği iken hasta mahremiyeti ve sır saklama gibi meslek etik ilkeleriyle çeliştiği görülmektedir. Bu gibi durumlarda sağlık çalışanları, mesleğe karşı sorumlulukları ile yasalar karşısındaki sorumluluğu arasında etik ikilemde kalmaktadır. Bunun sonucunda; hasta/gebe ile sağlık çalışanı arasındaki güven ilişkisi zedelenmiş olacaktır. Adölesan gebeliklerin engellenmesi için bu konudaki eğitimler okullarda daha fazla yaygınlaştırılarak adölesanların cinselliği doğru yerden öğrenmesi sağlanmalıdır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar arasında herhangi bir kişisel ve finansal çıkar çatışması bulunmamaktadır.

YAZAR KATKI DÜZEYİ

Derlemenin tasarlanmasında ve yazımında her iki yazar ortak katkı sağlamıştır.

KAYNAKLAR

Aydın D. Adölesan Gebelik ve Adölesan Annelik. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 16(4): 250-254.

Darroch JE et al. Adding It Up: Costs And Benefits Of Meeting The Contraceptive Needs Of Adolescents. New York: Guttmacher Institute; 2016. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf (Erişim Tarihi:30.05.2020)

Demirgöz M, Canbulat N. Adölesan Gebelik. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 28(6): 947-52.

Elçigil A ve ark. Hemşirelerin Karşılaştıkları Etik İkilemlerin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14(2): 52-60.

İrgil E. Halk Sağlığı ve Etik. Klinik Etik, Demirhan E, editör. Ankara, Nobel Kitapevi, 2001, 295-305.

Kut A ve ark. Adölesan Gebelikler ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde İzlem. Smyrna Tıp Dergisi 2016; (1): 54-62.

Loaiza E, Liang M. Adolesc and Pregnancy: A Review of The Evidence UNFPA New York, 2013. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY_UNFPA.pdf (Erişim Tarihi: 15.05.2020).

McCarthy FP et al. The Management Of Teenage Pregnancy. BMJ 2014; 349(5887): 1-6.

Şen S, Kavlak O. Çocuk Gelinler: Erken Yaş Evlilikleri ve Adölesan Gebeliklere Yaklaşım. Aile ve Toplum. 2011; 7(25): 35-44.

Thompson JE. Professional Ethics. In L.A Ament, (eds), Professional Issues in Midwifery, Hampshire, 2007 p. 277-300.

Turan Z, Atasoy I. Ebelerin Ahlaki Duyarlılıkları ile Bireysel Değerleri Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi 2019;10(4):567-575.

TC. Resmi Gazete. Türk Ceza Kanunu. 12.10.2004, Sayı: 25611. Tertip:5, Cilt:43. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf> (Erişim Tarihi: 10.05.2020).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye 2018; Syf: 37. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf (Erişim Tarihi:11.05.2020)

Utlu N. Hastane Ortamında Hemşirelerin Etik Yaklaşımı ve Etik İnkilemler. İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi 2016; 29(1): 17-35.

World Health Organization. Adolescent Pregnancy. 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy> (Erişim Tarihi: 12.05.2020).

World Health Organization. Monitoring Health For The Sustainable Development Goals. Geneva, 2018. p.36.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>

(Erişim Tarihi: 29.04.2020).

World Health Organization. Early Marriages, Adolescent And Young Pregnancies. 2012. Report By The Secretariat. A 65/13. Geneva, Switzerland; 1-4.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78901/A65_13en.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Erişim Tarihi: 05.05.2020).

EXTENDED ABSTRACT

In this review, the ethical decision-making process for the ethical dilemma between the professional responsibility of midwives and their responsibility toward the law is discussed by presenting a case of adolescent pregnancy outside marriage. Adolescence is a period characterised by physical, psychological, perceptual and socio-economic change as well as many health problems. Increased risks such as delay of diagnosis, inadequate care, high rate of unwanted pregnancy, high rate of substance abuse, psychosocial factors, nutritional deficiency, low level of education, and spouse abuse are observed among pregnancies occurring during this period. Adolescent pregnancies and births is a common reproductive health problem both in our country and in the world at large. Moreover, the involvement of adolescents in sexual intercourse at an earlier age compared to previous years and the low rate of contraceptive use have been reported.

Midwives often encounter ethical issues in their professional lives and have difficulty in solving these. Therefore, the decisions made in the face of these ethical issues may vary from person to person. The major factors causing this are the personal values and moral sensitivity levels of the midwives. Sometimes, decisions made in the face of ethical issues may conflict with the law. In our country, reporting adolescent pregnancy is compulsory and all sexual acts towards children under 15 years of age are considered a crime regardless of the nature of the complaint. However, concerning individuals who have completed the age of 15, unless there is compulsion, threat or fraud, no legal action is taken where no legal complaint is made by the child.

In our case, a 15-year-old unmarried adolescent who was hiding her pregnancy from her family was admitted to the hospital for onset of haemorrhage. Due to the family structure of the pregnant woman, she thought her family would kill her along with her boyfriend when they learned of her pregnancy. Therefore, she asked the healthcare professionals to keep her condition confidential when she consulted at the hospital. However, since this was a case that required notification and could simultaneously lead to the death of the two individuals involved upon the knowledge of the family of the pregnant woman, the healthcare personnel faced an ethical dilemma.

An attempt was made at explaining the solution to this ethical dilemma using the Thompson & Thompson Bioethical Decision Making Model. The solution was analysed based on the steps of this model. Firstly, the case at hand should be analysed by reviewing it; the dilemma being faced should be identified. Who will be harmed in this case and what the consequences will be should also be evaluated. Furthermore, legal regulations regarding the case should be investigated. Subsequently, the health worker by determining the concerns related to this issue should not be biased in the process of solving the dilemma. Decisions should be made by considering and discussing what would happen if the notification were made and what would happen if the notification were not made. One of the points to be considered is to decipher whether the pregnant woman is telling the truth about the situation or not.

In solving the problem, consultation with the pedagogue and social worker should be requested. By determining who should influence the primary decision-making, who is competent to make a decision, and who is legally responsible for the notification; roles should be shared during the decision-making process. After all this has been done, a decision should be reached. The results of all possible decisions should be evaluated as well. In this case, the health personnel are obliged to make a notification. However, considering the principles of beneficence and non-maleficence, it is important to conclude the case without causing harm to the pregnant woman. Here, the health personnel should report the incident while involving social services. However, it is important not to explain the sensitivity of the case by contacting the prosecutor's office after making the notification. In order to implement the decision, organisation of the healthcare team members is necessary. Whether the decision taken yields the expected result or not should be observed. This decision was a good solution considering the family's behaviour during the hospital stay. However, it is not known how the family of the pregnant woman treated her or what happened at home after she had been discharged. In this regard, it is recommended that social services follow this case up later on and the adolescent get support from the pedagogue.

In conclusion, whereas the notification of this case is required by the law, it contradicts professional ethical principles such as patient privacy and confidentiality leading to ethical problems conflicting with the law. In cases such as this, healthcare professionals find themselves in a dilemma between their responsibilities towards the profession and their responsibilities towards the law. As a

result, the trust relationship between the patient and the medical staff will be damaged. In order to prevent adolescent pregnancies, education on this subject should be made more widespread in schools and by doing so, adolescents learning about sexuality from the right place will be ensured.

**SARS-CoV2 SALGININDA GEBELİK, İNFERTİLİTE VE YARDIMCI ÜREME
TEKNİKLERİNİN KULLANIMI
PREGNANCY, INFERTILITY AND USE OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNIQUES IN SARS-
COV2 OUTBREAK
Nurcan KIRCA*, Meryem ÖNGEN****

ÖZ

Pandemi sürecinde üreme sağlığının olumsuz yönde etkilenebileceği ve üreme sağlığı hizmetlerinin sunumunda güçlüklerin ortaya çıkabileceği belirtilmiştir. Gebe kadınların genel popülasyona kıyasla daha fazla risk altında olup olmadığı ve SARS-CoV2'nin gebe kadınlar üzerindeki etkisi açık değildir. Bu sebeple, üremeye yardımcı tedaviler dışında, pandemi döneminde gebe kalınmaması gerektiği ile ilgili bir açıklamada bulunulmamıştır. Human Papilloma Virüsü, İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü, Herpes Simpleks Virüsü ve Zika virüsü gibi çeşitli viral etkenler fertilité üzerinde olumsuz etkileri gösterebilmektedir. Şimdiye kadar, SARS-CoV2 ile enfekte olan hastalarda üreme sistemine yönelik bir zarar bildirilmemiştir. Ancak, etkenin ACE2 reseptörü aracılığı ile etki etmesi sebebiyle oosit ve spermatozoalar üzerinde olası bir olumsuz etkisinin olabileceği düşünülmektedir. Bu durumlar göz önünde bulundurulduğunda bu süreçte üremeye yardımcı tedavilerin kullanımı ile ilgili tartışmalar ortaya çıkmıştır. Amerikan Üreme Tıbbi Derneği, İnsan Fertilizasyon ve Embriyoloji Kurumu, Avrupa İnsan Üreme ve Embriyoloji Derneği gibi bazı organizasyonlar hem virüsün yayılımını azaltmak hem de infertilité tedavileri ve gebeliğe bağlı gelişebilecek olası komplikasyonları önlemek amacıyla infertilitéye yönelik tedavilerin bu süreçte ara verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Ancak kemoterapi veya radyoterapi tedavisi gören hastalar gibi acil fertilité koruyucu müdahaleler gerektiren durumlar bunun dışında tutulmuştur. Bu süreçte hemşirelerin halk sağlığı, enfeksiyonların önlenmesi, enfeksiyon kontrolü ve izolasyon önlemleri konularında birçok sorumlulukları bulunmaktadır. Multidisipliner bir ekip içinde yer alan infertilité hemşiresi de infertil bireylerin değerlendirerek eğitim ve gerekli danışmanlık hizmetlerinin verilmesini sağlamaktadır. Pandemi sürecinde mevcut tedavilerin ertelenmesi ya da yapılmamasına bağlı olarak hastaların yaşayacağı psikolojik semptomların azaltılması/önlenmesi ve hastaların enfeksiyonlardan korunabilmesinde hemşireler danışman rollerinden faydalanabilirler.

Anahtar Kelimeler: Gebelik; infertilité; SARS-CoV2; yardımcı üreme teknikleri.


ABSTRACT

It has been stated that reproductive health may be negatively affected and difficulties may arise in the provision of reproductive health services during pandemic process. It is not clear whether pregnant women are at higher risk compared to the general population and the effect of SARS-CoV2 on pregnant women. For this reason, no statement has been made about the need to avoid pregnancy during the pandemic period, except for assisted reproductive treatments. Various viral agents such as Human Papillomavirus, Human Immunodeficiency Virus, Herpes Simplex Virus and Zika virus can have negative effects on fertility. To date, no damage to the reproductive system has been reported in patients infected with SARS-CoV2. However, it is thought that the agent may have a possible negative effect on oocytes and spermatozoa due to its effect through the ACE2 receptor. Considering these conditions, discussions have arisen regarding the use of assisted reproductive therapies in this process. Some organizations such as American Society for Reproductive Medicine, Human Fertilisation and Embryology Authority, European Society of Human Reproduction and Embryology stated that the treatments for infertility should be suspended in this process in order to reduce the spread of the virus and to prevent possible complications due to infertility treatments and pregnancy. However, situations requiring emergency fertility-sparing interventions such as patients undergoing chemotherapy or radiotherapy are excluded. In this process, nurses have many responsibilities in public health, infection prevention, infection control and isolation measures. The infertility nurse, who is in a multidisciplinary team, evaluates infertile individuals and provides training and necessary consultancy services. During the pandemic process, nurses can benefit from consultant roles in reducing/preventing the psychological symptoms that patients will experience and protecting patients from infections, depending on the postponement or non-application of existing treatments.


Keywords: Pregnancy; infertility; SARS-CoV2; assisted reproductive techniques.

Atıf için (How to cite): **Kırca N, Öngen M. SARS-Cov2 Salgınında Gebelik, İnfertilité ve Yardımcı Üreme Tekniklerinin Kullanımı. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;4(2):147-158.**

*Dr. Öğr. Üyesi, Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Antalya/Türkiye.

 0000-0003-1856-4026

**Hemşire, Antalya/Türkiye.

 0000-0001-8708-3336

Yazışma Adresi:

Meryem ÖNGEN

e-posta: ongenmeryem@gmail.com

Gönderim Tarihi: 24 Eylül 2020

Kabul Tarihi: 10 Mart 2021

GİRİŞ

COVID-19'a neden olan yeni tip koronavirüsün (SARS-CoV-2) hızlı yayılım göstermesi üzerine Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 11 Mart 2020'de pandemi ilan edilmiştir. Hükümetler virüsün yayılımının önüne geçmek ve enfekte hastalara bakım sağlamak amacıyla kapsamlı çalışmalar başlatmıştır (WHO 2020a). Etkenin yayılmasını önlemek amacıyla, sosyal mesafe, teması sınırlandırma, karantina ve vakaların izolasyonu gibi çeşitli önlemler alınmaya çalışılmıştır (Chen W et al. 2020). Etkenin bulaş riskinin yüksek olduğu, hızlı yayılım gösterdiği, enfeksiyonun büyüme oranının 2.2-3.6 arasında değiştiği ve nazokomiyal enfeksiyonların da yaygın olduğu belirtilmiştir (CCDC 2020; Li Y et al. 2020; Zhao et al. 2020). Dünya genelinde onaylanmış toplam vaka sayısı 200 milyondan, hastalıktan kaybedilen insan sayısı dört milyondan fazladır (WHO 2021). Türkiye'de ise sağlık bakanlığının onayladığı toplam vaka sayısı altı milyondan, kaybedilen hasta sayısı 50 binden fazladır (SB 2021).

Genellikle memelilerde bulunan Coronaviridae (CoV) ailesine ait olan koronavirüsler, bronşiyal epitel hücrelerine ve tip II pnömonsitlere bulaşarak ciddi akut solunum yolu sendromuna (Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)) neden olurlar (Ashour et al. 2020). SARS-CoV2'nin, reseptör olarak işlev gören anjiyotensin-dönüştürücü enzim 2 (Angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2)) yoluyla konakçı epitel hücrelerini enfekte ettiği bildirilmiştir (Xu et al. 2020). SARS-CoV2'nin reseptör bağlanma kabiliyetinin SARSCoV'dan 10-20 kat daha yüksek olduğu görülmüştür (Sun et al. 2020). Etkenin damlacık yolu, yakın temas ve solunum salgıları ile kontamine olmuş yüzeylerle temas sonucunda bulaşabildiği belirtilmiştir (Chan et al. 2020; WHO 2020b). Ayrıca SARS-CoV2 RNA'sı bazı hastaların idrar ve dışkılarında da tespit edilmiştir. Kan yolu ile bulaş konusu ise belirsizliğini korumakla birlikte serum ve plazmada viral titrelerin düşük olması bu yolla bulaş riskinin düşük olduğunu düşündürmektedir (WHO 2020b). Solunum yollarının enfekte olması ile birlikte öksürük, nefes darlığı ve pnömoni gibi semptomlar gelişebilmekte ve bu semptomların şiddeti tipik grip belirtilerinden ciddi komplikasyonlara kadar değişiklik gösterebilmektedir (Ashour et al. 2020). ACE2 reseptörleri ince bağırsaktaki enterositler tarafından de düşük miktarda eksprese edilebilir ve bu sebeple diyare, kusma

gibi gastrointestinal sisteme yönelik semptomların da görülebildiği belirtilmektedir (Sun et al. 2020). Öte yandan COVID-19 pandemisi nedeniyle üreme sağlığının olumsuz yönde etkilenebileceği ve bu alana yönelik verilen hizmetlerin sunumunda güçlüklerin ortaya çıkabileceği ifade edilmiştir (Swatzyna and Pillai 2013).

SARS-COV2 SALGININDA CİNSEL SAĞLIK, ÜREME SAĞLIĞI VE İNFERTİLİTE

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı içerisinde yer alan, cinsellik, gebelik ve doğum insan yaşamının diğer yönleri ile bağlantılı olan geniş kavramlardır (Thanenthiran et al. 2013). Cinsel sağlık ve üreme sağlığı üreme sistemi fonksiyonlarında sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal yönlerden de tam bir iyilik halinde olunması şeklinde tanımlanmaktadır (UNFPA 1994). Buna ek olarak cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma, fertilitate sorunları, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve aile planlaması gibi konuları da içermektedir (Gürsoy ve Gençalp 2010). SARS-CoV2 pandemisi nedeniyle tüm toplumlarda cinsel sağlık ve üreme sağlığının olumsuz yönde etkilenebileceği ve bu alana yönelik ilgili hizmetlerin verilmesinde güçlüklerin ortaya çıkabileceği ifade edilmiştir (Swatzyna and Pillai 2013). Birçok ülkede üreme çağındaki kadınlar, gençler, sağlık sigortası olmayanlar ve düşük gelirli insanlar için sağlanan cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri, salgın önlemleri ve öncelikler nedeniyle geri planda bırakılmıştır (UNFPA 2020). Bu durumun nedenleri ise cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinin sunumunda görev alan sağlık profesyonellerinin diğer ihtiyaçları karşılamak için farklı alanlara yönlendirilebilmesi, kliniklerin kapanabilmesi ve insanların cinsel ve üreme sağlığı hizmetleri için sağlık tesislerine gitmeye isteksiz olmaları şeklinde sıralanabilir. Ayrıca ülkelerin birçoğu virüsün yayılımı engelleyebilmek amacıyla sosyal yaşama kısıtlamalar getirmektedir. Bu durum cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerinin geri planda bırakılmasına neden olabilmektedir (IPPF 2020). Geçmişte yaşanmış olan pandemilerde, aile planlaması, güvenli kürtaj, antenatal bakım ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerine erişimin azaltılması nedeniyle, istenmeyen gebelik sayısında artış, güvenli olmayan kürtajlar, cinsel

yolla bulaşan enfeksiyonlar, gebelik komplikasyonları ve anne ölümlerinde artış gibi üreme sağlığına ve kadın sağlığına yönelik önemli sorunların geliştiği bildirilmiştir (McGinn 2000; Bloom Feshbach et al. 2011). Ayrıca geçmiş pandemiler nedeniyle tıbbi hizmetlere yetersiz erişim, yetersiz beslenme, hijyen sorunları ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların artması gibi durumlar nedeniyle üreme sağlığı ve cinsel sağlığa yönelik sorunlar meydana gelmiştir (Swatzyna and Pillai 2013; Zotti et al. 2013).

Öte yandan viral etkenlerin fertilitede azalmaya ve infertiliteye neden olabileceği belirtilmektedir (Barzon et al. 2017). Kadınlarda, viral bir etken olan HIV (Human Immunodeficiency Virus) nedeniyle amonero, anovulasyon ve enflamatuvar değişimlere bağlı olarak tubal oklüzyon gibi durumların gelişebildiği ve bu durumlara bağlı olarak da fertilitenin azalabildiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Chirgwin et al. 1996; Cejtin et al. 2006; Coll et al. 2007). Başka bir viral etken olan HPV (Human Papilloma Virus)'nin üremeye yardımcı tedavilerde gebelik sonuçlarına etkisinin incelendiği bir çalışmada; HPV ile enfekte kadınlarda gebe kalma olasılıklarının altı kat daha az olduğu ve kötü intrauterin inseminasyon (IUI) sonuçları ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Depuydt et al. 2016). Bir başka viral etken olan HSV (Herpes Simplex Virus) ise spontan abortus, erken doğum ve fetal büyüme geriliği ile ilişkilendirilmiştir (Brown et al. 1997). Erkeklerde de viral etkenlerin spermatozoonlar ile etkileşerek, sperm sayısı ve motilitesinde azalmaya neden olabilecek reaksiyonları indüklediği bildirilmiştir. Bu süreçte etkenin yanı sıra açığa çıkan enflamatuvar sitokinlerde sperm üretimini ve genital organların işlevini dolaylı olarak etkileyebilir, böylece erkek fertilitesine zarar verebilir (Guazzone et al. 2009; Perez et al. 2013). Zika virüsü ile enfekte olan farelerde testis hasarı ve infertilitenin geliştiği bildirilmiştir (Meinhardt 2017). Epidemik parotit virüsü enfeksiyonu ile gelişen şiddetli orşit sonucunda da infertilite sorunun ortaya çıkabildiği bilinmektedir (Rubin et al. 2015). Viral etkenlerin erkek üreme sistemi üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu işaret eden çalışmaların olması viral enfeksiyonları erkek infertilitesi açısından önemli bir risk faktörü kılmaktadır (Dejucq and Jegou 2001; Rubin et al. 2015; Meinhardt 2017). Yine oksidatif stres üreme sistemi üzerinde önemli bir rol oynamaktadır ve influenza virüsleri gibi bazı virüslerin çeşitli mekanizmaların aktivasyonuna yol açarak

oksidatif strese neden olabileceği belirtilmektedir (Liu M et al. 2017). Erkeklerde oksidatif stres, spermatozoalarda motilitenin azalması ve sperm DNA hasarında artış ile ilişkilendirilmiş ve bu durumun erkeklerde infertiliteye neden olabileceğine işaret edilmiştir (Dorostghoal et al. 2017; Dutta et al. 2019). Kadınlarda oksidatif stresin üreme sistemi fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyen patolojik süreçlerin gelişmesinden sorumlu olduğu, gebe kadınlarda ise tekrarlayan gebelik kaybına, preeklampsiye, embriyolojik gelişimde sorunlara ve fetal ölüme neden olabileceği belirtilmiştir (Lu et al. 2018).

SARS-CoV2'nin bulaş yolu olarak, solunum damlacıkları, yakın temas ve fekal-oral yollarla bulaş tanımlanmıştır (Huang et al. 2020; Xiao et al. 2020). Vertikal ve seksüel yolla bulaşa işaret eden herhangi bir kanıt bulunmamaktadır (Cui et al. 2020; Chen H et al. 2020). Şimdiye kadar, SARS-CoV2 ile enfekte olan hastalarda üreme sistemine yönelik bir zarar bildirilmemiştir. Ancak, etkenin ACE2 reseptörü aracılığı ile etki etmesi sebebiyle oosit ve spermatozoalar üzerinde olası bir olumsuz etkisinin olabileceği düşünülmektedir (Wang and Xu 2020). Çünkü solunum sisteminin yanı sıra, böbrek, gastrointestinal sistem, arterler ve venlerde dâhil olmak üzere diğer birçok yapı ACE2 reseptörlerine sahiptir ve akciğerler dışındaki organlarda da hastalığın komplikasyonların görülmesi bu düşüncüyü doğrulamaktadır (Liu H et al 2020).

SARS-CoV-2'nin fertilitate üzerinde herhangi bir etkisi olup olmadığını belirleyebilmek için öncelikle viral konakçı giriş proteinleri üreten genlerin hücre tipi spesifik ekspresyon paternleri ve potansiyel enfeksiyon lokuslarının tanımlanması gereklidir (Stanley et al. 2020). ACE2'nin endometriyumun epitel hücreleri tarafından eksprese edildiği ve ekspresyonunun menstruel siklus değişimleri ile farklılık gösterdiği belirtilmiştir. Ayrıca bu endometriyumun epitel hücrelerindeki ACE2 ekspresyonunun stromal hücrelere kıyasla daha fazla olduğu ifade edilmiştir (Vaz-Silva et al. 2009). SARS-COV2'nin kadın üreme sistemi üzerindeki negatif etkilere neden olabilecek çeşitli olasılıklar öne sürülmüştür. Bu negatif etkiler; SARS-CoV2'nin over dokusu ve granüloza hücrelerinin tahrip ederek oosit kalitesini düşürmesi, endometriyal epitel hücrelerine zarar vermesi ve erken embriyo implantasyonunu etkileyebilmesi şeklinde mekanizmaların rol oynayabileceği tahmin edilmektedir. Bununla birlikte, SARS-COV2'nin

fallop tüpleri üzerindeki etkisi hakkında ise hala kanıt olmadığı ifade edilmiştir (Li R et al. 2020). Ayrıca oositlerinde ACE2 reseptörleri içermediği belirtilmiştir (Liu H et al. 2020). Erkeklerde ACE2 reseptörlerinin spermatogonia, Sertoli ve Leydig hücrelerinde ekprese edilebildiği belirtilmiştir (Fan et al. 2020; Wang and Xu 2020). ACE2'nin sperm fonksiyonları üzerinde, fertilizasyonda ve embriyo gelişiminde önemli rol oynadığı ifade edilmiştir (Köhn et al. 1998; Gianzo et al. 2018; Wang and Xu 2020). Bu sebeple SARS-CoV2'nin erkek üremesi üzerinde doğrudan etkisinin bulunabileceği ifade edilmektedir, ancak geçmişte SARS etkeni ile enfekte olan kişilerin testis hücrelerinin etken ile enfekte olmadığı belirtilmektedir (Ding et al. 2004). SARS-CoV2 ile enfekte olduktan sonra iyileşen erkeklerin seminal sıvısında etkene rastlanmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Song et al. 2020; Wang and Xu 2020). Ancak Pan ve ark. (2020)'nin yaptıkları çalışmada, SARS-CoV2 ile enfekte erkeklerin %19'unda skrotal rahatsızlığın bulunduğu görülmüştür (Pan et al. 2020). Başka bir çalışmada ise, akut hastalık döneminde olan erkeklerin %26.7'sinin, iyileşme döneminde olan erkeklerin ise %8.7'sinin semen örneklerinde SARS-CoV2'nin saptandığı belirtilmiştir (Li D et al. 2020).

SARS-COV2 VE YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ

Amerikan Üreme Tıbbı Derneği (ASRM), etkenin bulaşma riskinin yüksek olduğu hastalarda oosit veya embriyoların dondurulması ve risk azalana kadar embriyo transferinden kaçınılması gerektiği önerisinde bulunmuştur. Ancak, hastalığın semptomlarının diğer solunum yolu enfeksiyonlarına benzerlik gösterdiği belirtilerek şüpheli vakalar için bu önerinin mutlaka geçerli olmadığı vurgulanmıştır (ASRM 2020a). ASRM'nin üremeye yardımcı tedavilere yönelik 17 Mart'ta yayınladığı önerilerinde ise; fertilitenin korunmasına yönelik acil prosedürlerin uygulanması gereken veya mevcut döngüde stimülasyon uygulanan hastalar dışında, acil olmayan teşhis prosedürleri, elektif ameliyatlara ve embriyo transferi gibi uygulamaların askıya alınması yer almaktadır (ASRM 2020b). İnsan Fertilizasyon ve Embriyoloji Kurumu (HFEA)'nın yayınladığı önerilerde, hem virüsün yayılımını önlemek hem de infertilite tedavilerinde gelişebilecek olası komplikasyonlar nedeniyle hastanelere yapılacak

başvuruları ve sağlık hizmetleri üzerindeki yükü azaltabilmek amacıyla fertilitite tedavilerinin durdurulması gerektiğini belirtmişlerdir (HFEA 2020). Avrupa İnsan Üreme ve Embriyoloji Derneği (ESHRE), SARS-CoV2'nin erken ve ileri dönemlerde gebelik üzerindeki olumsuz etkilerine dair güçlü bir kanıt olmaması sebebi ile infertilite tedavisi almayı planlayan hastalara şu an için tedavi sürecine başlamamaları önerilmektedir. Bu süreçte oosit veya embriyoların dondurularak ileriki süreçler için saklanabileceği belirtilmiştir (ESHRE 2020).

Etkenin yayılımı konusunda belirsizliklerin olması bu süreçte üremeye yardımcı tedaviler ile gebeliğin elde edilmesini kısıtlamaktadır. Özellikle gamet veya embriyo transferi öncesinde işlem için hazırlık sürecinde gamet veya embriyonun etken ile kontamine olabileceği düşünülerek sağlıklı annenin enfekte olabileceği riskinin bulunduğu belirtilmiştir (Tesarik 2020). Bu nedenle üremeye yardımcı tedavilere yönelik, kontrollü ovaryen stimülasyon, oosit toplama, fertilizasyon işlemi ve kriyoprezervasyon işlemlerinde gecikmelerin olmamasına dikkat edilmesi ve embriyo transferi için en iyi politika olarak pandemiyin azalmasına kadar ertelenmesi gerektiği ifade edilmiştir (Sadeghi 2020). Ancak kemoterapi veya radyoterapi tedavisi gören hastalar gibi acil fertilitite koruyucu müdahaleler gerektiren durumlar bunun dışında tutulmuştur. Pandemiyin ilerleyen süreçlerinde bazı ülkelerde, yaşla birlikte fertilitite oranlarının azalması sebebiyle öncelikle 39 yaşın üzerindeki kadınlar, daha sonra ise 39 yaşın altındaki kadınlarda üremeye yardımcı tedaviler uygulanmaya başlamıştır. Ancak gebeler üzerindeki olası riskler göz önünde bulundurularak enfekte hastalarda üreme organlarının, gametlerin ve embriyonun etkilenip etkilenmeyeceği konusunun üzerinde durulması gerektiği belirtilmektedir (Blumenfeld 2020). Kemoterapi ve/veya radyoterapi gibi gonadotoksik tedavi alması gereken genç yaşta onkoloji hastalarında, onkolojik tedavinin ardından bir aile kurabilmelerini imkân sağlayabilmek için, acil fertilitenin korunmasına yönelik hizmetlerin verilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Peccatori et al. 2013). Kadın onkoloji hastaları için oosit veya embriyo kriyoprezervasyon işleminin fertilititeyi korumaya yönelik müdahalelerde ilk seçenek olduğu belirtilmiştir. Ancak bu durumda kemoterapi/radyoterapi tedavisinin iki-üç hafta kadar gecikebileceği ifade edilmiştir. Bu sebeple acil kemoterapi/radyoterapi tedavisi başlanması

gereken hastalarda over doku kriyoprezervasyonunun düşünülebileceği dile getirilmiştir. Erkeklerde ise kemoterapi/radyoterapi tedavisi öncesinde sperm bankacılığının (sperm kriyoprezervasyonu) standart uygulama olduğu belirtilmiştir (De Santis et al. 2020).

Üremeye yardımcı tedavi merkezlerinde çalışan personellerin maske, yüz koruyucusu, eldiven, tek kullanımlık laboratuvar önlükleri ve ayakkabı kılıfı (galoş) gibi çeşitli kişisel koruyucu ekipmanları kullanmaları gerektiği ve hastalar ile aralarında bir metre mesafeyi korumaları gerektiği belirtilmektedir (De Santis et al. 2020). Hastalar ile ameliyattan 1-2 gün öncesinde telefon veya mail yolu iletişime geçerek yerel veya ulusal yönergeler doğrultusunda COVID-19 yönünden sorgulanması gerektiği bildirilmiştir (Andrabi et al. 2020). Çevre, ekipman ve cihazların her işlemde veya ilgili alana her erişimden sonra uygun dezenfektanlarla sterilizasyonun yapılması gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca merkezde çalışan jinekolog, embriyolog, hemşire, anestezi uzmanı gibi personellerin sayısına bağlı olarak en az iki grup oluşturulmasının olası bir vaka durumunda sadece bir grubun karantinaya alınarak diğer grup(lar) ile işleyişin devam edebilmesini sağlayabileceği düşünülmektedir (Andrabi et al. 2020; De Santis et al. 2020). Laboratuvar personelinin ise, klinisyen, hemşire ve doğum uzmanı gibi dış personeller ile temasını en aza indirmeleri mümkünse tamamen önlemleri gerektiği belirtilmektedir (Andrabi et al. 2020). Hastalar ile yüz yüze etkileşimden kaçınılması mümkünse tele sağlık teknolojilerinin kullanımının tercih edilmesi gerektiği önerilmektedir. Yüz yüze görüşmenin gerektiği durumlarda ise yüz maskesi, eldiven, galoş ve uygun mesafenin gözetilmesi gibi gerekli önlemlerin alınması gereklidir (De Souza et al. 2020). Pandeminin ilerleyen süreçlerinde yeni kısıtlamalar getirilebilir veya yeni bulgular elde edildikçe bu önerilerde revize edilebilir.

SARS-COV2 VE GEBELİK

Gebelik süresi boyunca hormon düzeylerinde ve immün sistemin fonksiyonlarında çeşitli değişimler meydana gelmektedir. Gebeliğin erken dönemlerinde meydana gelen organogenezis dönemi, fetal organların gelişimi açısından önemli bir dönemdir. Bu dönemde fetal antijenlere tolerans sağlamak için gebe kadının bağışıklık sisteminde önemli değişiklikler meydana geldiği ve bu

sebeple gebe kadının immün sisteminin oldukça hassas olduğu ifade edilmiştir (Wong et al. 2004; Jamieson et al. 2009). İmmün sistemdeki değişimlere bağlı olarak hücre içi patojenlere duyarlılıkta artış olduğu belirtilmiştir. Bu durumun, grip gibi enfeksiyon hastalıkları durumunda ciddi semptomların ortaya çıkma ihtimalini de arttırabildiği dile getirilmiştir (Jamieson et al. 2009). Viral enfeksiyonlara bağlı gelişen pnömoninin gebelerde mortaliteye neden olan önemli nedenlerden biri olduğu belirtilmektedir (Liu et al. 2020). Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde ise hormon düzeyleri ve immün sistemin kademeli olarak stabilize olduğu ve geç gebelik döneminde stabilitenin en yüksek düzeye ulaştığı bildirilmiştir (Wong et al. 2004).

SARS-CoV2'nin gebe kadınlar üzerindeki etkisi ve genel popülasyona kıyasla gebe kadınların daha fazla risk altında olup olmadığı açık değildir. Virüsün, blastosist oluşumu, implantasyon ve embriyolojik döneme olan etkileri ile ilgili kesin veriler de bulunmamaktadır (Anifandis et al. 2020). Çeşitli viral enfeksiyonlar nedeniyle pulmoner rezidüel kapasitede azalma, hipoksi, abortus, fetal enfeksiyon, erken doğum ve fetal-maternal mortalite gibi durumların gelişebileceği belirtilmiştir (Jamieson et al. 2009; Kwon et al. 2014; Silasi et al. 2015). Geçmişte yaşanan salgınlarda hastalığa bağlı komplikasyon gelişme riskinin ve hospitalizasyon oranlarının gebe kadınlarda nüfusun geri kalanına kıyasla daha fazla olduğu bildirilmiştir (Wong et al. 2004; Jamieson et al. 2009). Bu risklere bağlı olarak mevcut SARS-CoV2 pandemi döneminde gebelikten kaçınılması ile ilgili tartışmalar ortaya çıkmıştır (SART 2020). SARS-CoV2 ile enfekte gebe ve gebe olmayan kadınlarla yapılan bir çalışmada, her iki grupta öksürük, nefes darlığı sıklığı yönünden anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Hastaneye yatış oranlarının gebe kadınlarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir (%31.5'e karşılık %5.8). Benzer şekilde yoğun bakım (%1.5'e karşılık %0.9) ve mekanik ventilasyon desteği (%0.5'e karşılık %0.3) gereksiniminin gebe kadınlarda daha yüksek olduğu vurgulanmıştır. Mortalite oranının her iki grupta benzer olduğu ifade edilmiştir (Ellington et al. 2020). SARS-CoV2 enfeksiyonu sonucunda gebe olan ve olmayan kadınlar arasında ciddi semptomların gelişmesi yönünden anlamlı bir farklılığın olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Iqbal et al. 2020; Liu D et al. 2020; Liu W et al. 2020; Liu Y et al. 2020; Yu et al. 2020; Zambrano et al. 2020). Ayrıca, SARS-

CoV2 ile enfekte gebe kadınlarda henüz vertikal transmisyon ve ciddi prenatal komplikasyonlarda bildirilmemiştir. Bütün bu sonuçlar göz önüne alındığında, SARS-CoV2 ile enfekte gebe kadınların gebe olmayan kadınlara kıyasla daha ciddi komplikasyon gelişme riski taşıdığını gösteren yeterli sayıda veri bulunmamaktadır (Chen L et al. 2020). Bu sebeple, üremeye yardımcı tedaviler dışında, pandemi döneminde gebe kalınmaması gerektiği ile ilgili bir uyarıda bulunulmamıştır (Liu H et al. 2020). Bununla birlikte, SARS-CoV2 pandemisinde gebelik sırasında enfeksiyon gelişmesi durumunda enfeksiyonun ve medikal tedavilerin gebelik için risk olabileceği de üzerinde düşünülen bir konudur (ESHRE 2020). Enfekte gebeden virüsün plasenta, doğum ve emzirme gibi yollardan fetüse vertikal transmisyonla geçiş olabileceğini gösteren bir bulguya rastlanmamıştır (Li Y et al. 2020; Chen H et al. 2020; Schwartz and Graham 2020; Zhu et al. 2020). Geçmişte yaşanan koronavirüs salgılarında da benzer şekilde vertikal transmisyon gelişimi rapor edilmemiştir. Ancak etkene bağlı olarak fetal ve maternal komplikasyonların ve maternal kayıpların olduğu bildirilmiştir (Shek et al. 2003; Isakbaeva et al. 2004; Schwartz and Graham 2020).

Sars-CoV2 enfeksiyonunun gebelerde herhangi bir zararlı etkisi olduğuna dair açık bir kanıt yoktur. Bununla birlikte, virüs bulaşmış hastalarda kullanılan bazı medikal tedaviler gebelik sırasında önerilemeyebileceğinden SARS-CoV2 pozitif gebe kadınların hastalık yönetiminin daha sıkıntılı olabileceği unutmamalıdır.

SARS-COV2 VE İNFERTİLİTE HEMŞİRELİĞİ

Hemşirelerin halk sağlığı, enfeksiyonların önlenmesi, enfeksiyon kontrolü ve izolasyon önlemleri konularında birçok sorumlulukları bulunmaktadır (Smith et al. 2020). SARS-CoV2 pandemisinde de hemşireler hayatlarını riske atarak salgınla mücadelede önemli bir rol oynamaktadırlar (Catton 2020). Multidisipliner bir ekip içinde yer alan infertilite hemşiresi de infertil bireylerin değerlendirmesi, eğitimi ve gerekli danışmanlık hizmetlerinin verilmesini sağlamaktadır (Güngör ve Kızılkaya Beji 2015). Ayrıca bu pandemi döneminde infertilite merkezinde çalışan laboratuvar personelinin karantinayı alınması ihtimaline karşın hemşire ve klinisyen gibi sağlık

profesyonellerinin sıvı azot tanklarının nasıl doldurulacağı ile ilgili eğitilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Andrabi et al. 2020). Bu durum, olağanüstü durumlarda hemşirelerin başka görevleri de üstlenebileceklerini göstermektedir.

Şu an için COVID-19'un gebelik, transmisyon ve fetal sağlık üzerindeki etkisi hakkında çok az şey bilinmektedir (Shek et al. 2003; Fan et al. 2020; Li Y et al. 2020). Daha fazla veri elde edildikçe, yönergeler de gelişmeye devam edecektir. Bununla birlikte, üremeye yardımcı tedaviler özellikle ileri üreme yaşı veya azalmış over rezervi olan hastalar için zamana duyarlı bir konudur. Zaman geçtikçe bazı hasta popülasyonlarında kendi gametleri ile gebe kalma olasılıkları giderek azalmaktadır (ASRM 2018). Etken ile enfekte olma durumunda siklus iptaline gidilip gidilmeyeceğinin önceden hastalar ile tartışılması gerektiği belirtilmiştir. Herhangi bir tedavi prosedürüne başlamadan önce uygun ve iyi belgelenmiş bilgilendirilmiş olurların imzalanması gerektiği bildirilmiştir. Bununla birlikte, üremeye yardımcı tedavilerin yürütüldüğü bir merkezde karantina olması halinde hastaların başka bir merkezde tedavilerine devam etmelerine izin verilmesi gerektiği ifade edilmiştir (De Souza et al. 2020).

Pandeminin belirsizliği hastalar üzerinde önemli bir psikolojik, duygusal ve finansal yüke neden olabilmektedir. İnfertilite hemşireleri, infertil bireylerin psikolojik yükünü hafifletebilmek, stresle başa çıkabilmelerini sağlamak ve psikolojik semptom düzeylerini azaltmak için özel psikolojik danışmanlık hizmeti verebilmektedir (Güngör ve Kızılkaya Beji 2015). Pandemi sürecinde mevcut tedavilerin iptaline bağlı olarak hastaların yaşayacağı psikolojik semptomların azaltılması/önlenmesi ve hastaların enfeksiyonlardan korunabilmesinde hemşireler danışman rollerinden faydalanabilirler.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Etkenin bulaşma hızını azaltmak amacıyla maske kullanımı, düzenli olarak elleri yıkama, sosyal mesafeyi koruma, gerekmedikçe evden çıkmama ve hastaların izolasyonu gibi birçok stratejiler uygulanmaktadır. Etkenin gebelik ve üreme sağlığı üzerinde olumsuz etkilerinin olup olmadığı ile ilgili kesin verilere ulaşılamamıştır. Ancak bu süreçte cinsel sağlık ve üreme sağlığının olumsuz yönde etkilenebileceği ve üreme sağlığı hizmetlerinin sunumunda da güçlüklerin ortaya çıkabileceği

belirtilmektedir. Bu dönemde fertil kadınların infertilite tedavi gören hastaların tedavilerini bir süre ertelemesi gerektiği önerilmektedir. İnfertilite tedavilerin kullanılan medikal tedavilerin neden olabileceği komplikasyonlara bağlı hastaneye yatışı azaltmak, embriyo transferi sırasında olası kontaminasyon ve sağlıklı kadının enfekte olma riskini önlemek amacıyla bu önerilerde bulunmaktadır. Gebe kadınlar ile ilgili olarak ise, etkenin gebe kadınlar üzerindeki etkisi ve gebe kadınların gebe olmayanlara göre daha fazla risk altında olup olmadığı belirsizliğini koruyan bir durumdur. Yapılan çalışmalarda ciddi maternal-neonatal sonuçlar ve vertikal transmisyona işaret eden bulgular elde edilememiş olsa da geçmiş pandemilerin maternal ve neonatal sağlık üzerindeki olumsuz etkileri göz önünde bulundurularak hareket edilmesi önemlidir.

SARS-CoV2'nin erken ve ileri dönemlerde gebelik üzerindeki olumsuz etkilerine dair güçlü kanıtlar olmaması sebebi ile infertilite tedavisi almayı planlayan hastalara şu an için tedavi sürecine başlamamaları önerilmektedir. Acil fertilitate koruyucu prosedürlerin uygulanması gereken veya mevcut döngüde stimülasyon uygulanan hastalar dışında, acil olmayan teşhis prosedürleri, elektif ameliyatlara ve embriyo transferi gibi uygulamaların ertelenmesi gerektiği

KAYNAKLAR

- American Society for Reproductive Medicine (ASRM).** (2018). Assisted Reproductive Technology. A Guide for Patients Revised. <https://www.reproductivefacts.org/globalassets/rf/new-s-and-publications/bookletsfact-sheets/english-fact-sheets-and-info-booklets/art-booklet2.pdf> Erişim Tarihi: 08.08.2020.
- American Society for Reproductive Medicine (ASRM).** (2020a). COVID-19: Suggestions On Managing Patients Who Are Undergoing Infertility Therapy Or Desiring Pregnancy. <https://www.asrm.org/news-and-publications/news-and-research/press-releases-and-bulletins/covid-19-suggestions-on-managing-patients-who-are-undergoing-infertility-therapy-or-desiring-pregnancy/> Erişim Tarihi: 10.08.2020.
- American Society for Reproductive Medicine (ASRM).** (2020b). Patient Management and Clinical Recommendations During The Coronavirus (COVID-19) Pandemic. <https://www.asrm.org/news-and-publications/covid-19/statements/patient-management-and-clinical-recommendations-during-the-coronavirus-covid-19-pandemic/> Erişim Tarihi: 10.08.2020.

gebe kalmaması ile ilgili uyarılar bulunmazken belirtilmektedir. Üremeye yardımcı tedavi merkezlerinde çalışan personellerin maske, yüz koruyucusu, eldiven ve tek kullanımlık laboratuvar önlükleri gibi çeşitli kişisel koruyucu ekipmanları kullanmaları gerektiği belirtilmekte ve personellerin sayısına bağlı olarak en az iki grup oluşturularak çalışılması önerilmektedir.

İnfertilite hemşirelerinin infertil bireylere psikolojik destek hizmeti sağlama ve bireyleri destek alabilecekleri kaynaklara yönlendirme gibi sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sebeple infertilite hemşireleri, pandemi döneminde ertelenen ya da iptal edilen tedaviler nedeniyle infertil bireylerin yaşayacağı psikolojik sıkıntıları hafifletebilmek ve bireylerin stresle başa çıkabilmelerini sağlamak amacıyla teknolojik araç-gereçlerden faydalanarak psikolojik danışmanlık hizmeti sunabilirler.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

YAZARLARIN KATKI DÜZEYLERİ

NK, MÖ: Fikir ve tasarım, literatür tarama, analiz, makalenin yazımı, NK: Kritik okuma

- Anifandis G et al.** COVID-19 and fertility: A virtual reality. *Reproductive Biomedicine Online* 2020;41(2):1-4.
- Andrabi SW et al.** COVID-19: New adaptation for IVF laboratory protocols. *JBRA Assisted Reproduction* 2020;24(3):358-61.
- Ashour HM et al.** Insights into the Recent 2019 Novel Coronavirus (SARS-CoV-2) in Light of Past Human Coronavirus Outbreaks. *Pathogens* 2020;9(3):186.
- Barzon L et al.** Zika virus infection in semen: effect on human reproduction. *Lancet Infectious Diseases* 2017;17(11):1107-9.
- Bloom-Feshbach K et al.** Natality decline and miscarriages associated with the 1918 influenza pandemic: the Scandinavian and United States experiences. *The Journal of Infectious Diseases* 2011;204(8):1157-64.
- Blumenfeld Z.** Possible impact of COVID-19 on fertility and assisted reproductive technologies. *Fertility and Sterility* 2020;114(1):56-7.
- Brown ZA et al.** The acquisition of herpes simplex virus during pregnancy. *The New England Journal of Medicine* 1997;337(8):509-15.

- Catton H.** Global challenges in health and health care for nurses and midwives everywhere. *International Nursing Review* 2020;67(1):4-6.
- Cejtin HE et al.** Effects of human immunodeficiency virus on protracted amenorrhea and ovarian dysfunction. *Obstetrics and Gynecology* 2006;108(6):1423-31.
- Chan JFW et al.** A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet* 2020;395(10223):514-23.
- Chen H et al.** Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet* 2020;395(10226):809-15.
- Chen L et al.** Clinical Characteristics of Pregnant Women with Covid-19 in Wuhan, China. *The New England Journal of Medicine* 2020;382(25):e1-3.
- Chen W et al.** Early containment strategies and core measures for prevention and control of novel coronavirus pneumonia in China. *Chinese Journal of Preventive Medicine* 2020;54(3):239-44.
- Chinese Center for Disease Control and Prevention (CCDC).** The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. *Chinese Journal of Epidemiology* 2020;41(2):145-51.
- Chirgwin KD et al.** Menstrual function in human immunodeficiency virus-infected women without acquired immunodeficiency syndrome. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 1996;12(5):489-94.
- Coll O et al.** Fertility assessment in non-infertile HIV-infected women and their partners. *Reproductive Biomedicine Online* 2007;14(4):488-94.
- Cui P et al.** Clinical features and sexual transmission potential of SARS-CoV-2 infected female patients: a descriptive study in Wuhan, China 2020. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.26.20028225v1.full.pdf> Erişim Tarihi: 25.07.2020.
- Dejuçq N, Jégou B.** Viruses in the mammalian male genital tract and their effects on the reproductive system. *Microbiology and Molecular Biology Reviews* 2001;65(2):208-31.
- Depuydt CE et al.** Human Papillomavirus Positivity in Women Undergoing Intrauterine Insemination Has a Negative Effect on Pregnancy Rates. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 2016;81(1):41-6.
- De Santis L et al.** COVID-19: The perspective of Italian embryologists managing the IVF laboratory in pandemic emergency. *Human Reproduction* 2020;35(4):1004-5.
- De Souza MCB et al.** Management of ART and COVID-19: Infertility in times of pandemic. What now? *JBRA Assisted Reproduction* 2020;24(3):231-2.
- Ding Y et al.** Organ distribution of severe acute respiratory syndrome (SARS) associated coronavirus (SARS-CoV) in SARS patients: implications for pathogenesis and virus transmission pathways. *The Journal of Pathology* 2004;203(2):622-30.
- Dorostghoal M et al.** Oxidative stress status and sperm DNA fragmentation in fertile and infertile men. *Andrologia* 2017;49(10):e1-9
- Dutta S et al.** Oxidative stress and sperm function: A systematic review on evaluation and management. *Arab Journal of Urology* 2019;17(2):87-97.
- Ellington S et al.** Characteristics of Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status - United States, January 22-June 7, 2020. *Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69(25):769-75. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6925a1.htm> Erişim Tarihi: 31.07.2020.
- European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE).** Coronavirus Covid-19: ESHRE statement on pregnancy and conception. <https://www.eshre.eu/Press-Room/ESHRE-News#COVID19WG> Erişim Tarihi: 05.08.2020.
- Fan C et al.** ACE2 Expression in Kidney and Testis May Cause Kidney and Testis Damage After 2019-nCoV Infection 2020. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.12.20022418v1> Erişim Tarihi: 25.07.2020.
- Gianzo M et al.** Human sperm testicular angiotensin-converting enzyme helps determine human embryo quality. *Asian Journal of Andrology* 2018;20(5):498-504.
- Guazzone VA et al.** Cytokines and chemokines in testicular inflammation: A brief review. *Microscopy Research and Technique* 2009;72(8):620-8.
- Göngör İ, Kızılkaya-Beji N.** İnfertilite hemşirelerinin gelişen rolleri ve sertifikasyon programı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2015;23(2):152-9.
- Gürsoy E, Gençalp NS.** Cinsel sağlık eğitiminin önemi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi* 2010;23(23):29-36.
- Huang C et al.** Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020;395(10223):497-506.
- Human Fertilisation & Embryology Authority (HFEA).** Coronavirus (COVID-19) guidance for patients. <https://www.hfea.gov.uk/treatments/covid-19-and-fertility-treatment/coronavirus-covid-19-guidance-for-patients/> Erişim Tarihi: 10.08.2020.
- Isakbaeva ET et al.** SARS-associated Coronavirus Transmission, United States. *Emerging Infectious Diseases* 2004;10(2):225-31.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF).** COVID-19 pandemic cuts access to sexual and reproductive healthcare for women around the world. https://www.ippf.org/news/covid-19-pandemic-cuts-access-sexual-and-reproductive-healthcare-women-around-world?mc_cid=f53e83a4b2&mc_eid=4d0ccae341 Erişim Tarihi: 05.08.2020.
- Iqbal SN et al.** An Uncomplicated Delivery in a Patient with Covid-19 in the United States. *The New England Journal of Medicine* 2020;382(16):e1-3.

- Jamieson DJ et al.** H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. *Lancet* 2009;374(9688):451-8.
- Köhn FM et al.** Effect of angiotensin converting enzyme (ACE) and angiotensins on human sperm functions. *Andrologia* 1998;30(4-5):207-15.
- Kwon JY et al.** New insights into the relationship between viral infection and pregnancy complications. *American Journal of Reproductive Immunology* 2014;71(5):387-90.
- Li D et al.** Clinical Characteristics and Results of Semen Tests Among Men With Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open* 2020;3(5):e1-3.
- Li R et al.** Potential risks of SARS-CoV-2 infection on reproductive health. *Reproductive Biomedicine Online* 2020;41(1):89-95.
- Li Y et al.** Lack of Vertical Transmission of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, China. *Emerging Infectious Diseases* 2020;26(6):1335-6.
- Liu D et al.** Pregnancy and Perinatal Outcomes of Women With Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia: A Preliminary Analysis. *American Journal of Roentgenology* 2020:1-6.
- Liu H et al.** Why are pregnant women susceptible to COVID-19? An immunological viewpoint. *Journal of Reproductive Immunology* 2020;139:e1-4.
- Liu M et al.** The role of oxidative stress in influenza virus infection. *Microbes and Infection* 2017;19(12):580-6.
- Liu W et al.** Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) During Pregnancy: A Case Series. *Preprints* 2020;e1-28.
- Liu Y et al.** Clinical manifestations and outcome of SARS-CoV-2 infection during pregnancy. *The Journal of Infection* 2020:e1-9.
- Lu J et al.** A novel and compact review on the role of oxidative stress in female reproduction. *Reproductive Biology and Endocrinology* 2018;16(1):80.
- Meinhardt A.** Infection: A new threat on the horizon - Zika virus and male fertility. *Nature Reviews Urology* 2017;14(3):135-6.
- McGinn T.** Reproductive health of war-affected populations: what do we know? *International Family Planning Perspectives* 2000;26(4):174-80.
- Pan F et al.** No evidence of severe acute respiratory syndrome-coronavirus 2 in semen of males recovering from coronavirus disease 2019. *Fertility and Sterility* 2020;113(6):1135-9.
- Peccatori FA et al.** Cancer, pregnancy and fertility: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology* 2013;24(Suppl 6):160-70.
- Pérez CV et al.** Dual role of immune cells in the testis: Protective or pathogenic for germ cells? *Spermatogenesis* 2013;3(1):e1-12.
- Rubin S et al.** Molecular biology, pathogenesis and pathology of mumps virus. *The Journal of Pathology*. 2015;235(2):242-52.
- Sadeghi MR.** Implications of Assisted Human Reproduction During Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Journal of Reproduction & Infertility* 2020;21(3):155-6.
- Schwartz DA, Graham AL.** Potential Maternal and Infant Outcomes from (Wuhan) Coronavirus 2019-nCoV Infecting Pregnant Women: Lessons from SARS, MERS, and Other Human Coronavirus Infections. *Viruses* 2020;12(2):1-16.
- Shek CC et al.** Infants born to mothers with severe acute respiratory syndrome. *Pediatrics* 2003;112(4):e254-256.
- Silasi M et al.** Viral infections during pregnancy. *American Journal of Reproductive Immunology* 2015;73(3):199-213.
- Smith GD et al.** COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. *Journal of Clinical Nursing* 2020;29(9-10):1425-8.
- Song C et al.** Absence of 2019 novel coronavirus in semen and testes of COVID-19 patients. *Biology of Reproduction* 2020;103(1):4-6.
- Society for Assisted Reproductive Technology (SART).** A Special Message to SART Members. <https://www.sart.org/professionals-and-providers/covid-19-resources/message-to-SART-members/> Erişim Tarihi: 05.08.2020.
- Stanley KE et al.** Coronavirus disease-19 and fertility: viral host entry protein expression in male and female reproductive tissues. *Fertility and Sterility* 2020;114(1):33-43.
- Sun P et al.** Understanding of COVID-19 based on current evidence. *Journal of Medical Virology* 2020;92(6):548-51.
- Swatzyna RJ, Pillai VK.** The effects of disaster on women's reproductive health in developing countries. *Global Journal of Health Science* 2013;5(4):106-13.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (SB).** Türkiye Koronavirüs Tablosu. <https://covid19.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 25.08.2021.
- Tesarik J.** After corona: there is life after the pandemic. *Reproductive Biomedicine Online* 2020;40(6):760-2.
- Thanenthiran S et al.** (2013). ICPD + 20: Status of Sexual and Reproductive Health and Rights in Asia Pacific Asia-Pacific Resource & Research Centre for Women (ARROW). https://arrow.org.my/wp-content/uploads/2015/04/ICPD-20-Asia-Pacific_Monitoring-Report_2013.pdf Erişim Tarihi: 05.08.2020.
- United Nations Population Fund (UNFPA).** Protecting sexual and reproductive health and rights, and promoting gender equality. <https://www.unfpa.org/resources/covid-19-gender-lens> Erişim Tarihi: 05.08.2020.
- United Nations Fund for Population Activities (UNFPA).** (1994). Programme of Action: Adopted at the International Conference on Population and Development. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub->

pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf
Erişim Tarihi: 05.08.2020.

Vaz-Silva J et al. The Vasoactive Peptide Angiotensin-(1-7), Its Receptor Mas and the Angiotensin-converting Enzyme Type 2 are Expressed in the Human Endometrium. *Reproductive Sciences* 2009;16(3):247-56.

Wang Z, Xu X. scRNA-seq Profiling of Human Testes Reveals the Presence of the ACE2 Receptor, A Target for SARS-CoV-2 Infection in Spermatogonia, Leydig and Sertoli Cells. *Cells* 2020;9(4):920.

Wong SF et al. Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004;191(1):292-7.

World Health Organization (WHO). (2020a). COVID-19: Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak: Interim guidance, 25 March 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331561/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y Erişim Tarihi: 30.07.2020.

World Health Organization (WHO). (2020b). Transmission of SARS-CoV-2: Implications for infection prevention precautions. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions> Erişim Tarihi: 02.08.2020.

World Health Organization (WHO). (2021). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int> Erişim Tarihi: 25.08.2021.

Xiao F et al. Evidence for Gastrointestinal Infection of SARS-CoV-2. *Gastroenterology* 2020;158(6):1831-3.e3.

Xu H et al. High expression of ACE2 receptor of 2019-nCoV on the epithelial cells of oral mucosa. *International Journal of Oral Science* 2020;12(1):1-5.

Yu N et al. Clinical features and obstetric and neonatal outcomes of pregnant patients with COVID-19 in Wuhan, China: A retrospective, single-centre, descriptive study. *The Lancet Infectious Diseases* 2020;20(5):559-64.

Zambrano LI et al. A pregnant woman with COVID-19 in Central America. *Travel Medicine and Infectious Disease* 2020;36:01639.

Zhao S et al. Preliminary estimation of the basic reproduction number of novel coronavirus (2019-nCoV) in China, from 2019 to 2020: A data-driven analysis in the early phase of the outbreak. *International Journal of Infectious Diseases* 2020;92:214-7.

Zhu H et al. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. *Translational Pediatrics* 2020;9(1):51-60.

Zotti ME et al. Post-Disaster Reproductive Health Outcomes. *Maternal and Child Health Journal* 2013;17(5):738-96.

EXTENDED ABSTRACT

Since the SARS-CoV2 outbreak, the number of cases and deaths continues to increase worldwide. It is stated that the agent has a high risk of transmission, spreads rapidly and nosocomial infections are also common. Various measures are taken to reduce the rate of spread of the agent. Currently, the total number of confirmed cases worldwide is more than 31 million and the number of people lost from the disease is more than 972 thousand. The total number of cases approved by the ministry of health in Turkey is more than 308 thousand and the number of patients lost more than seven thousand. SARS-CoV2 has been reported to infect host epithelial cells through angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2), which acts as a receptor. It has been stated that the receptor binding ability of SARS-CoV2 is 10-20 times higher than that of SARSCoV. It has been reported that the agent can be transmitted by contact with the droplet path, close contact and contact with surfaces contaminated with respiratory secretions. With the infection of the respiratory tract, symptoms such as cough, shortness of breath and pneumonia may develop, and the severity of these symptoms can range from typical flu symptoms to serious complications.

During pregnancy, various changes occur in hormone levels and functions of the immune system. It has been reported that there is an increase in sensitivity to intracellular pathogens due to changes in the immune system. It has been stated that this may increase the likelihood of serious symptoms in case of infectious diseases such as influenza. It is not clear whether pregnant women are at higher risk compared to the general population and the effect of SARS-CoV2 on pregnant women. It has been reported that the risk of developing complications related to the disease and hospitalization rates are higher in pregnant women compared to the rest of the population in past outbreaks. Due to these risks, discussions have arisen about avoiding pregnancy during the current SARS-CoV2 pandemic. There are no definitive data on the effects of the virus on blastocyst formation, implantation and embryological period. For this reason, no statement has been made about the need to avoid pregnancy during my pandemic period, except for assisted reproductive treatments. However, whether infection and medical treatments will pose a risk for pregnancy in case of infection during pregnancy is also a matter of concern.

It has been stated that sexual and reproductive health may be adversely affected in all societies due to the SARS-CoV2 pandemic, and difficulties may arise in providing relevant services in this field. It has been reported that in past crisis situations, reproductive and women's health problems have developed due to restriction of access to family planning, safe abortion, antenatal care and health services. In addition, various viral agents such as HIV, HPV, HSV and Zika virus can have negative effects on fertility. To date, no damage to the reproductive system has been reported in patients infected with SARS-CoV2. However, it is thought that the agent may have a possible negative effect on oocytes and spermatozoa due to its effect through the ACE2 receptor. In addition to the respiratory system, many other structures, including the kidney, gastrointestinal system, arteries and veins, have ACE2 receptors and complications in these structures confirm this idea. Considering these conditions, discussions have arisen regarding the use of assisted reproductive therapies in this process.

Various organizations have stated that the treatments for infertility should be suspended in this process in order to reduce the spread of the virus and to prevent possible complications due to infertility treatments and pregnancy. However, situations requiring emergency fertility-sparing interventions such as patients undergoing chemotherapy or radiotherapy are excluded. This situation has caused reproductive health services to be left behind. It was stated that it should be discussed with the patients in advance whether the cycle should be canceled in case of infection with the agent. It was emphasized that appropriate and well documented informed consent should be signed before starting any treatment procedure.

In this process, nurses have many responsibilities in public health, infection prevention, infection control and isolation measures. In the SARS-CoV2 pandemic, nurses play an important role in combating the epidemic by risking their lives. The infertility nurse, who is in a multidisciplinary team, also provides assessment, training and necessary consultancy services for infertile individuals. The uncertainty of the pandemic can cause a significant psychological, emotional and financial burden on patients. Nurses can benefit from consultant roles in reducing/preventing the psychological symptoms that patients will experience due to the cancellation of existing treatments and in protecting patients from infections during the pandemic process.

DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNDE İKINMA VE İKINMA SÜRECİNDE EBENİN SORUMLULUKLARI*

PUSHING IN SECOND STAGE OF LABOUR AND RESPONSIBILITIES OF MIDWIFERY IN PROCESS PUSHING

Songül AKTAŞ**, Ruveyde AYDIN***

**Doç. Dr. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Trabzon/Türkiye



0000-0001-8506-4844

***Arş. Gör. Dr. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Trabzon/Türkiye



0000-0003-4604-4570

Yazma Adresi:

Songül AKTAŞ

e-posta: saktas@ktu.edu.tr

ÖZ

Fetüsün prezente olan kısmının pelvik tabandaki sinir pleksuslarına yaptığı baskı sonucu oluşan içsel dürtüye ıkınma adı verilir. İkınma dürtüsü genellikle doğumun 2. evresinde ortaya çıkar. Doğumda ıkınma; fetüsün pelvisten iniş süreci ile doğumda ikinci evrenin kısaltmasını ve doğumu kolaylaştırmayı sağlamaktadır. Valsalva (kapalı glottis) ve spontan (açık glottis) olmak üzere iki tip ıkınma mevcuttur. Valsalva tipi ıkınma, gebenin nefesi tutarak gerçekleştirdiği ıkınma tipidir. Bu ıkınma, genellikle sağlık profesyonelleri tarafından direktifli (yönlendirilmiş) ıkınma kapsamında değerlendirilmektedir. Kadının ne zaman ve nasıl ıkınacağı konusunda sağlık profesyonelleri tarafından yönlendirilmektedirler. Spontan ıkınma, gebenin ses çıkararak ve nefes vererek yaptığı ıkınma tipidir. Gebe ıkınmayı spontan olarak gerçekleştirmektedir ve ıkınma kontraksiyonunun şiddetiyle uyumludur. Dünya Sağlık Örgütü, pozitif doğum deneyimi için anne ve fetüs sağlığını koruyan spontan ıkınmanın cesaretlendirilmesini, uzun süreli nefes tutularak yapılan valsalva ıkınmanın engellenmesini önermektedir. Anne adayının ıkınma etkililiğini ebe; fetüsün angajman seviyesi, servikal dilatasyon durumu, fetal prezantasyon ve uterus kontraksiyonunun şiddetini değerlendirerek yapmalıdır. Ebenin ıkınma süresince; spontan ıkınmayı destekleme, ideal ıkınma ortamı yaratma (pozisyon verme, mahremiyeti sağlama vb.), bire bir doğum desteği sağlama, empatik iletişimde bulunma gibi sorumlulukları vardır. Bu derlemenin amacı; doğumda ıkınma tipleri, ıkınmanın maternal ve fetal sağlık üzerine etkileri ve ıkınma sürecinde ebenin rol ve sorumluluklarını ortaya koymaktır.

Anahtar Kelimeler: Doğumun ikinci evresi; ebelik bakımı; ıkınma; ıkınma tipleri, maternal ve fetal sağlık.

Gönderim Tarihi: 1 Aralık 2020

Kabul Tarihi: 31 Mart 2021

*Bu derlemenin konusu, kısmi olarak 14-17 Şubat 2019 tarihinde Bolu ilinde yapılan 3. Uluslararası Gebelik, Doğum ve Lohusalık kongresinde yazarlardan Aktaş S. tarafından davetli konuşmacı kapsamında sözlü olarak sunulmuştur.

ABSTRACT

The internal impulse created by the pressure exerted by the presenting part of the fetus on the nerve plexuses in the pelvic floor is called pushing. Pushing in birth provides shortening of the second stage at birth and facilitating delivery by the process of descent of the fetus from the pelvis. There are two types of pushing, valsalva (closed glottis) and spontaneous (open glottis). Valsalva type pushing: It is the type of pushing performed by the pregnant woman by holding her breath. This pushing is generally considered as directed (directed) pushing by health professionals. Health professionals are guided by how and when a woman should bother. Spontaneous pushing: It is the type of pushing that the pregnant woman makes by making sounds and breathing. The pregnant pushing spontaneously and the pushing is compatible with the severity of the contraction. The World Health Organization recommends encouraging spontaneous pushing that protects the health of the mother and fetus for a positive delivery experience and preventing valsalva pushing by holding the breath for a long time. The midwife examines the pushing effect of the expectant mother; by evaluating fetal engagement level, cervical dilatation status, fetal presentation, and severity of uterine contraction. The midwife has responsibilities such as supporting spontaneous pushing, creating an ideal pushing environment (positioning, providing privacy, etc.), providing one-on-one birth support, and empathic communication. The purpose of this review is to reveal the types of pushing at birth, the effects of pushing on maternal and fetal health, and the roles and responsibilities of the midwife in the pushing process.

Keywords: Maternal and fetal health; midwifery care; pushing; pushing types; second stage of labour.

Atıf için (How to cite): Aktaş S, Aydın R. Doğumun İkinci Evresinde İkınma ve İkınma Sürecinde Ebenin Sorumlulukları. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;4(2):159-166.

GİRİŞ

Doğum eylemi, düzenli ve sancılı uterus kasılmaları sonucu serviksin efesmanı ve dilatasyonu ile fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı fizyolojik bir süreçtir (Taşkın 2018). Bu süreçte fetüsün prezente olan kısmının, pelvik tabandaki sinir pleksuslarına yaptığı baskı sonucu oluşan içsel dürtüye “ıkınma” adı verilir (Cooke 2010). İkınma dürtüsü büyük çoğunlukla doğumun 2. evresinde ortaya çıkar. Bilindiği gibi doğumun ikinci evresi, servikal açıklık tamamlandıktan sonra başlayıp, bebeğin doğumuna kadar olan süreyi kapsamaktadır (Petersen ve Besuner 1997). Bu evrenin süresi; kadının primipar ya da multipar oluşu, doğumda epidural aneztesi kullanma durumu gibi birçok faktöre bağlı olarak birkaç dakikadan birkaç saate kadar sürebilir (Downe 2009; Yılmaz 2017). Literatürde doğumun ikinci evresinin erken ve geç olmak üzere iki safhası olduğu belirtilmektedir. Erken evre, servikal dilatasyon tamamlandıktan spontan ıkınma dürtüsü gelene kadar ki evreyken, geç evre spontan ıkınma dürtüsünden itibaren başlayıp, bebeğin doğumunun gerçekleştiği ana dek geçen zaman dilimidir. İkınma dürtüsü genellikle geç evrede gerçekleşmektedir (Petersen ve Besuner 1997; Downe 2009). Doğumun ikinci evresinde ıkınma; fetüsün pelvisten iniş ile ikinci evrenin süresini kısaltmayı ve doğumu kolaylaştırmayı sağlamaktadır (Barasinski et al. 2020).

Literatürde annelerin doğum sürecinde ıkınma konusunda yetersiz bilgiye sahip oldukları, ıkınma esnasında güçlük yaşadıkları ve bu nedenle doğumu olumsuz algıladıkları (Aktaş ve Aydın 2019), doğuma yardım eden ebelerden ıkınma konusunda cesaretlendirici, yol gösterici ve empatik yaklaşımda beklentilerinin olduğu belirtilmektedir (Roberts ve ark. 2007; Macfarlane ve ark. 2014; Aktaş ve Pasinlioğlu 2017). Bu derlemede amaç; doğumda ıkınma tipleri, ıkınmanın maternal ve fetal sağlık üzerine etkileri ve ıkınma sürecinde ebenin rol ve sorumluluklarını ortaya koymaktır.

IKINMA TİPLERİ

Valsalva (kapalı glotis) ve spontan (açık glotis) olmak üzere iki ıkınma tipi bulunmaktadır. Bu ıkınma tipleri tanımı ve uygulanma şekli aşağıda açıklanmıştır (Yılmaz 2017; Rathfisch ve Aşçı, 2017; Turan ve Yılmaz 2017; Antsaklis et al. 2020).

Valsalva Tipi İkınma (Kapalı Glotis): Gebenin nefesini tutarak gerçekleştirdiği ıkınma

tipidir. Bu ıkınma, genellikle sağlık profesyonelleri tarafından direktifli (yönlendirilmiş) ıkınma kapsamında değerlendirilmektedir (Downe 2009; Yılmaz 2017; Antsaklis et al. 2020). Kadının ne zaman ve nasıl ıkınacağı sağlık profesyonelleri tarafından yönlendirilmektedirler. Kadınlar klasik olarak “derin nefes al, nefesini 10’a kadar tut ve ıkın, sonra hızlı bir nefes al ve aynısını yeniden yap” şeklinde yönlendirilir. Kadının nefesini uzun süre tutarak, kontraksiyonlarla birlikte çok güçlü ıkınmasının fetüsün doğum kanalından inişini kolaylaştıracağı düşünülmektedir (Yıldırım ve Beji 2008; Yılmaz 2017; Lee et al. 2019). Bu ıkınma tipinde, gebelerden spontan ıkınma isteklerini yok saymaları bunun yerine sağlık personelinin yönergelerine uymaları istenir. Günümüzde valsalva tipi ıkınmanın, kadında olumsuz hemo-dinamik etkileri olduğunu gösteren çalışmaların sayısı artmıştır (Kopas 2014; Koyucu ve Demirci 2017; Başar ve ark. 2018). Dünya Sağlık Örgütü tarafından (2018) pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerileri kapsamında, valsalva tipi ıkınma önerilmemektedir (WHO recommendations 2018).

Spontan İkınma (Açık Glotis): Gebenin ses çıkararak ve nefes vererek yaptığı ıkınma tipidir. Gebe ıkınmayı spontan olarak gerçekleştirmektedir ve ıkınma kontraksiyonun şiddetiyle uyumludur (Yıldırım ve Beji 2008; Prins et al. 2011; Lemos et al. 2017). Gebeden kontraksiyon başladığında, ıkınma hissi oluşuna kadar normal nefes alıp vermesi istenir. İkınma hissi oluştuğunda, öncelikle normal nefes alıp vermesi sağlanır. Ardından nefes alarak uterus içerisindeki karın kaslarını içeri çekmesi ve sonrası dereceli olarak dudaklarını büzerek ıkınmaya başlaması desteklenir (Koyucu ve Demirci 2016; Yılmaz 2017; Antsaklis et al. 2020). Nefes verirken yaklaşık 4-5 saniye ıkınması, nefesi tutmayıp tekrar nefes alması ve bu işlemi kontraksiyon boyunca tekrarlaması önerilir. Kontraksiyon süresince ortalama 3-4 kez ve 4-5 saniye spontan ıkınılmaktadır. Kontraksiyon azalınca normal nefes alıp vermeye devam edilir (Yılmaz 2017; Turan ve Yılmaz 2019). Dünya Sağlık Örgütü (2018) pozitif doğum deneyimi için, intrapartum bakım önerileri kapsamında “ıkınmaya” yönelik önerileri spontan ıkınmayı destekler özelliktedir. Bu öneriler şöyledir (WHO Recommendations 2018):

- ✓ Spontan maternal ıkınma girişimlerinin cesaretlendirilmesi,

- ✓ Annenin uzun süreli nefesini tutarak ıkmamasının engellenmesi,
- ✓ Annenin istemli olarak ıkmama zamanı belirlenirken, fetüsün duruş ve pozisyonunun değerlendirilmesi
- ✓ Kadının istemsiz ıkmama çabalarının desteklenmesi

Spontan ıkmama konusuna değinilmiş iken, “erken ıkmama dürtüsüne” kısaca değinmekte fayda vardır. Erken ıkmama dürtüsü, karşı konulamaz, spontan bir dürtüdür Genellikle servikal dilatasyon 10 cm olmadan evvel 8-9 cm’lik servikal açıklıkta iken ortaya çıkar ve görülme sıklığı %7.6’dır (Borrelli et al. 2013). Spontan erken ıkmamanın; servikal ödem, perineal travmalara ve maternal yorgunluğa neden olabileceği akılda tutulmalıdır (Downe 2009; Borrelli et al. 2013).

IKINMA TIPLERİNİN MATERNAL VE FETAL SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ

Spontan ve valsalva tipi ıkmamanın; doğumun ikinci evresinin süresi, doğumda memnuniyet, fetal oksijenasyon, yenidoğanda apkar skoru gibi maternal ve fetal sağlık üzerine etkileri bulunmaktadır (Yıldırım ve Beji 2008; Ratier et al. 2015; Ahmadi et al. 2017; Başar ve Hürata 2018; Araujo et al. 2020).

Valsalva tipi (kapalı glotis) ıkmamada; kadının nefesini uzun süre tutmasına bağlı intratorasik basınç artar, buna bağlı maternal kardiyak out putta azalma meydana gelmektedir. Bu değişimlerin sonucunda utero-pleantal dolaşımda yetersizlik ve fetal hipoksi gelişir (Başar ve Hürata 2018; Barasinski et al. 2020). Ayrıca bu ıkmama tipinde, annede postpartum erken dönemde daha fazla yorgunluk ve tükenme görülebilmektedir (Chang et al. 2011). Doğumun ikinci evresinin hemen başlarında kadınların kuvvetlice ıkmaları konusunda yönlendirilmesi, epizyotomi ve tamir gerektiren perineal yırtıkların oranında artışa neden olabilmektedir (Borrelli et al. 2013; Er Baba ve Pınar 2016; Di Mascio ve ark. 2020). Macfarlane et al. (2014) Londra’da yaptığı çalışmada; kadınların çoğunun spontan ıkmamayı, yönlendirilmiş (direktifli) ıkmamaya göre daha fazla tercih ettikleri ve ıkmama sürecinde kadınların yorgunluk, stres, ağrı ve korku yaşadığı belirtilmektedir. Doğumun ikinci evresinde, kadının “spontan ıkmama” dürtüsünü beklemek maternal enerjinin optimal kullanımıyla sonuçlanmaktadır (Cooke 2010; Ahmadi et al. 2017; Lee et al. 2019). Spontan

ıkmamada uterus kan akışı engellenmediğinden; fetal kalp atımı, fetal oksijenasyon ve yenidoğanın apkar skoru iyi düzeydedir (Yıldırım ve Beji 2008; Lemos et al. 2017; Başar ve Hürata 2018; Lee et al. 2019). Fieldler et al. (2020) epidural analjezi almış nulliparla yaptığı çalışmasında; valsalva tipi ıkmamanın kadınların postpartum kanamaya eğilimini artırdığı belirtilmektedir.

Literatürde iki ıkmama tipinin maternal ve neonatal sonuçlarının karşılaştırıldığı çalışmalar bulunmaktadır (Yıldırım ve Beji 2008; Lemos et al. 2017; Başar ve Hürata 2018; Lee et al. 2019; Araujo et al. 2020; Di Mascio et al. 2020). Lewos et al. (2015) tarafından 7 randomize kontrollü çalışmanın dâhil edildiği 815 kadının değerlendirildiği meta-analiz çalışmasında; spontan ıkmama ile valsalva ıkmama karşılaştırıldığında doğumun ikinci evresinin süresi, perineal laserasyon ve epizyotomi açısından gruplararası fark bulunmamıştır. Aynı çalışmada itme /ıkmama süresi, spontan ıkmama grubta 5 dakika daha az bulunmuştur. Di Mascio et al. (2020) doğumda analjezi almış 5445 kadının spontan ıkmama ve valsalva ıkmama tipi kullanımının doğum süreci üzerine etkisini incelediği meta-analiz çalışmasında; iki ıkmama tipi arasında spontan vajinal doğum, müdahaleli vajinal doğum ve sezeryan oranı açısından bir farklılık olmadığı, ancak valsalva tipi ıkmama yapan kadınlarda doğumun ikinci evresinin toplam süresinin daha uzun, ıkmamada itme süresinin ise daha kısa olduğu saptanmıştır. Ratier et al. (2015) çalışmasında spontan ıkmama kadınlarda, valsalva tipi ıkmamaya göre epizyotomi ve ikinci ya da üçüncü derece perine yırtıklarının daha az görüldüğü saptanmıştır. Lee et al. (2019) çalışmasında yönlendirilmiş ıkmamanın, spontan ıkmamaya göre neonatal resüstasyon riskini artırdığı saptanmıştır. ıkmama tipi kadının anksiyete düzeyini de etkilemektedir. Araujo et al. (2020)’nın çalışmasında doğumda maternal anksiyete düzeyinin valsalva tipi ıkmama kadınlarda, spontan ıkmamaya göre daha yüksek saptanmıştır.

Doğumda ıkmama tipleri, kadının ürogenital sisteminde de değişikliklere neden olabilmektedir. Prins et al. (2011) randomize kontrollü çalışmalardan oluşturduğu sistematik derleme çalışmasında; valsalva tipi ıkmama kadınlarda, spontan ıkmamaya göre doğumun ikinci evresi süresinin daha fazla kısalacağını, neonatal sonuçlarda ise iki ıkmama tipi arasında fark olmadığını belirtmektedir. Aynı çalışmada doğumdan üç ay sonra kadınların üro-dinamik bazı faktörleri değerlendirildiğinde; valsalva tipi

ıkananlarda spontan ıkananlara göre idrarını tutma süresinde ve mesane kapasitesinde azalma olduğu saptanmıştır.

Türkiye’de de doğumda ıkanma ile ilgili yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Yıldırım ve Beji’nin (2008) yaptığı çalışmada spontan ıkanan kadınlarda, valsalva tipi ıkananlara göre; doğumun ikinci evresinin süresinin kısaldığı, daha az fundal bası uygulandığı, yenidoğanın umbilikal arter kan oksijen düzeyinin ve apkar skoru daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Başar et al. (2018) çalışmasında ise spontan ıkanan grupta, valsalva tipi ıkanan gruba göre istatistiksel fark olmamakla birlikte; fetal distres, oksijen kullanımı, doğumda tıbbi girişimlerin uygulanması, perinal lasrasyon ve postpartum kanamanın daha az görüldüğü belirtilmiştir. Koyucu ve Demirci’nin (2017) randomize kontrollü çalışmasında valsalva tipi ıkanmada, spontan ıkanmaya göre doğumun ikinci evresini daha kısa sürdüğü ancak üretral mobilitenin arttığı, postpartum hemogloblin düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Bu araştırmaların sonuçları bize, valsalva tipi ıkanmanın kadının hem doğum sonrası hem de ileri yaşantısında bazı olumsuz sonuçlara yol açtığını göstermektedir. Yapılan bu araştırmalar ve DSÖ’nün önerileri doğrultusunda, spontan ıkanmanın valsalva tipi ıkanmaya kıyasla anne, fetus ve kadın sağlığı için daha güvenli olduğunu söylemek mümkündür (WHO Recommendations 2018).

IKINMA SÜRECİNDE EBENİN SORUMLULUKLARI

Literatürde ıkanma esnasında ebe tarafından cesaretlendirilen ve desteklenen kadınların, ıkanma başarısının arttığı belirtilmektedir. Ebe, doğumun ikinci evresi başlamadan kadınlara ıkanmayı öğretmeli ve ıkanma sürecinde cesaretlendirici sözlerle kadını desteklemelidir. Ebenin kullanabileceği destekleyici sözcüklere, aşağıdaki örnekleri vermek mümkündür (Roberts et al. 2007; Macfarlane et al. 2014)

- ✓ Çok iyi gidiyorsun, ıkanma hissin geldiğinde bebeğini dışarı it!
- ✓ Nefes almayı unutma, güçlü ve kararlı ol!
- ✓ Kasılma ve ıkanma hissin yoksa dinlen ve ıkanma hissin geldiğinde tekrar ıkan!

Ebe, doğumdaki kadının ıkanma öyküsü ve dürtüsünü iyi değerlendirmelidir. Kadında ıkanma dürtüsünün oluşabilmesi için şu üç

özellik ebe tarafından dikkatlice değerlendirilmelidir (Downe 2009):

- ✓ Fetusün angajmanı en az +1 seviyesinde olmalı,
- ✓ Servikal dilatasyonun 10 cm’ye yakın veya 10 cm olması ve
- ✓ Uterus kontraksiyonlarının şiddetinin güçlü olmasıdır.

Anneye epidural analjezi uygulanmış ise, kadında ıkanma dürtüsünün baskılanabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Downe 2009; Di Mascio et al. 2020). Bu nedenle; doğumda ıkanma eyleminde hem kadının tercihi hem de klinik durumu göz önünde bulundurulmalıdır (Kopas 2014). Kadının ıkanmasını baskılamak ya da istemediği zamanda ıkanmaya zorlamak, doğumu olumsuz deneyimlemesine neden olabilmektedir (Barasinski et al. 2020).

Doğumda kadının ıkanmada zorluk yaşaması, nasıl ıkanacağını bilmemesi ve bu konuda cesaretlendirilmemesi; doğumda anne memnuniyetinin azalmasına neden olabilmektedir. Aktaş ve Aydın (2019) tarafından yapılan nitel bir çalışmada; bazı anneler ıkanamamaya, ıkanmayı bilmemeye bağlı doğumunda güçlük yaşadığını ve doğumlarını olumsuz deneyimlediklerini belirtmiştir. Ebe, doğumda spontan ıkanmayı desteklemelidir. Direktifli (yönlendirilmiş) valsalva ıkanma tipinden kaçınılmalıdır (Downe 2009; Yılmaz 2017). Aksi durumda valsalva ıkanma tipine bağlı kadında oluşabilecek maternal yorgunluk, bitkinlik ve yorucu ıkanmalarla ilişkilendirilmiş olumsuz obstetrik sonuçlara neden olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Chang et al. 2011).

Ebe, ıkanma esnasında annenin mahremiyetini sağlamalıdır (Bekmezci ve Özkan, 2015). Bu süreçte bazı kadınlar yanında bir yakını, bir sağlık profesyonelinin ister iken; bazı kadınlar yalnız olmak isteyebilmektedir. Ebe, kadının tercihine saygılı olmalıdır (Barasinski et al. 2020). Ina May Gaskin (2018); bazı kadınların ıkanma esnasında cinsel yaşantılarının olumsuz etkilenebilme endişesiyle eşlerinin yanlarında bulunmasını istemediklerini belirtmektedir (Güler ve Aktaş 2018). ıkanma sürecinde ebe, annenin istediği doğum ortamını sağlayarak (bazen anneler bu süreçte refakatçisinin, klinikteki öğrencinin vb. yanında olmasını tercih etmeyebilir) mahremiyete duyarlı bakım sunmalıdır (Downe 2009; Borrelli 2013; Bekmezci ve Özkan 2015). Aktaş ve Pasinlioğlu’nun çalışmasında (2017); intrapartum dönemde ebelerin gebelere; ıkanma, doğum ağrısı ile baş etme ve bilgilendirme gibi konularda

empatik yaklaşımının kadınlarda hem doğum hem de ebe memnuniyetini artırdığı ortaya koyulmuştur.

Ebenin hizmet verdiği doğum ünitelerinin alt yapısı; annelerin istediği tarzda ıkınmalarını destekleyecek ve teşvik edecek özellikte olmalıdır. Doğum masaları portatif özellikte olmalı ve ıkınma esnasında çömelme, oturma gibi gebenin pozisyon alabilmesine uygun özellikte olmalıdır (Toker ve Aktaş 2010; Aktaş ve Can 2019). Örneğin McGill üniversitesi doğum merkezindeki doğum masaları; kadının çömelerek ıkınabileceği ve ıkınma esnasında aniden bebeğin doğup zarar görme riskine yönelik yenidoğanın güvenliğini sağlayan teknik özelliklere sahiptir. Başka bir örnek; sadece ebelerin çalıştığı Kanada'nın Toronto Doğum Merkezinin doğum odalarında yerden sabit monteli askılıklar bulunmaktadır. Bu askılıklara asılı olan bez parçalarına gebe kadın tutunarak, çömelme pozisyonunda ıkınabilmektedir (Aktaş ve Can 2019). Ülkemizde Moraloğlu ve ark. (2017) çalışmasında, ebe yardımıyla çömelme pozisyonu verilerek ıkınan annelerde doğumun ikinci evresinin daha kısa sürdüğü ve ağrı skorunun daha düşük olduğu saptanmıştır.

Literatürde kadınların ıkınma esnasında ayak bileğinin desteklenmesinin, ıkınma başarısını artırmada etkin olduğu belirtilmektedir. Ayak bileği desteği; vücudun dengesini sağlamada ve ayak bileği kaslarına ağırlık binmesini önlemede katkı sağlamaktadır (Dokmak ve ark. 2020). Yu-Ching et al. (2018) çalışmasında; doğumda kadınların ergonomik tasarımı ayak bileği destekleri ile çömelmesinin; ıkınma süresini azalttığı ve kadınların daha fazla pozitif ıkınma deneyimi yaşamalarına katkı sağladığı belirtilmektedir (Şekil 1). Öte yandan ebeler; annelerin ıkınma başarısını ve doğum konforunu artıran bu uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmalı ve bu uygulamaları doğum kliniğine entegre edebilmelidir.

Doğum süresince annelerin etkin ıkınmadığı bazı durumlarda, doğumun ikinci evresini kısaltmak amacıyla sağlık profesyonelleri veya sağlık profesyonelleri dışındaki kişilerce annenin abdomenine fundal bası uygulanmaktadır (Uzel 2018). Fundal bası uygulaması kanıt temelli bir uygulama değildir (WHO Recommendations 2018). Annenin ruhsal ve fiziksel sağlığını bozabilen bu uygulamadan, ebenin şiddetle kaçınması ve annelere ıkınma eğitimi vermesi gerekmektedir (Aktaş ve Aydın 2018). Ek olarak ebeler, doğuma hazırlık eğitimlerinde gebelere ıkınma konusunda daha

detaylı eğitim verilmelidir (Barasinski et al. 2020). Bu eğitimlerde kadınlara öğretilmiş ıkınma yöntemleri yerine, içgüdülerine güvenerek spontan ıkınma eylemini gerçekleştirmeleri önerilmelidir.



Şekil 1. ıkınmada ayak bileği desteği ile çömelme pozisyonu

Kaynak: Yu-Ching LIN et al. Efficacy of an Ergonomic Ankle Support Aid for Squatting Position in Improving Pushing Skills and Birth Outcomes During The Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. Journal of Nursing Research 2018;26(6), 376-84.

Tüm dünyayı etkisi altına alan Koronavirüs-19 (COVID-19) pandemisi, doğumdaki kadınların ıkınmaları esnasında soluk alıp verme ile bu virüsü damlacık yoluyla sağlık personeline, doğum sürecinde yenidoğana bulaştırma riskini artırmaktadır (Juan et al. 2020). Bu riski azaltmak için, doğum masası siperliği (doğum masası kalkanı) kullanılmaktadır. Ülkemizde doğum masası siperliği, Sağlık Bakanlığımıza bağlı Ankara Şehir Hastanelerinden Kadın Doğum Hastanesinde kullanılmaya başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi, 2020). Ebe doğumdaki kadınlara bu alternatifini sunarak, doğumda hem gebe/ailenin, hem de doğum ekibinin güvenliğini sağlamalıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Annelerin doğumda yaşadığı önemli güçlüklerden biri, ıkınmadır (Aktaş ve Aydın, 2019). Ebe annelerin ıkınma süresinde; bireyselleşmiş, doğumun fizyolojisini koruyan, mahremiyete özenli, empatik iletişimi esas alan kültüre duyarlı bireyselleşmiş bakım sunmalı ve spontan ıkınmayı desteklemelidir (Macfarlane 2014; Ahmadi et al. 2017). Türkiye'de özellikle anne dostu hastane uygulaması kapsamında anne dostu unvanı alan hastanelerde; doğum odalarının tek kişilik olması, oda duvarlarında demir tutaçların olması, ebe ile sürekli doğum desteğinin sağlanması gibi uygulamalar annelerin

istediği gibi ıkınmalarını destekleyici özelliktedir.

Literatürde annelerin ıkınma deneyimlerini inceleyen çalışmalar çok az sayıdadır. Klinikteki ebeler, ebelik bölümü akademisyenleri ve öğrencileri tarafından annelerin ıkınma deneyimlerini ve ıkınma esnasındaki beklentilerini ortaya koyan (özellikle nitel araştırma tipinde) bilimsel çalışmaların planlanması önerilmektedir. Bu araştırmalara dayalı, kadınların beklentisi doğrultusunda sunulan ebelik bakımı, hem kadınların pozitif

doğum deneyimlerinin hem de doğumda ebe memnuniyetinin artmasına katkı sağlayacaktır.

ÇIKAR İLİŞKİSİ

Herhangi bir kişi ya da kurum arasında çıkar çatışması yoktur.

YAZARLARIN KATKI DÜZEYİ

SA: Planlama, SA, RA: Literatür tarama, SA, RA: Derlemenin yazımı SA, RA: Kritik okuma

KAYNAKLAR

Ahmadi Z et al. Effect of Breathing Technique of Blowing on the Extent of Damage to the Perineum at the Momeno Delivery: A Randomized Clinical Trial. *Iranian Journal of Nursing And Midwifery Research* 2017;22(1):62.

Aktaş S, Aydın R. Fundal Bası Uygulamasının Maternal ve Fetal Sağlık Üzerine Etkisi Ve Bu Uygulamada Sağlık Profesyonellerinin Sorumlulukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018;7(3): 86-92.

Aktaş S, Aydın, R. The Analysis of Negative Birth Experiences of Mothers: A Qualitative Study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2019;37(2):176-92.

Aktaş S, Can HÖ. Doğum Merkezleri: Kanada İzlenimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019;8(4): 474-80.

Aktaş S, Pasinlioğlu T. Ebeler Verilen Empati Eğitiminin Postpartum Dönemdeki Annelerin Beklentilerini Karşılama, Doğumu ve Ebeyi Algılama Düzeyine Etkisi. *Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2017;14(2):60-5.

Antsaklis P et al. Natural Methods to Assist Delivery during the Second Stage of Labour: Part II: Timing and Type of Pushing. *HJOG* 2020;19(1):11-26.

Araujo AE et al. Efficacy of Spontaneous Pushing with Pursed Lips Breathing Compared with Directed Pushing in Maternal and Neonatal Outcomes: A Clinical Trial. *Authorea Preprints* 2020; 9(15):1-11.

Barasinski C et al. Is Directed Open-Glottis Pushing More Effective Than Directed Closed-Glottis Pushing During The Second Stage of Labor? A Pragmatic Randomized Trial—The EOLE Study. *Midwifery* 2020;91: 1028-43.

Barasinski C, Vendittelli F. Effect of the Type of Maternal Pushing During The Second Stage Of Labour on Obstetric and Neonatal Outcome: A Multicentre Randomised Trial—The EOLE Study Protocol. *BMJ Open* 2016;6(12):55-63.

Başar F, Hürata SŞ. The Effect of Pushing Techniques on Duration of The Second Labor Stage, Mother And Fetus: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Health Services Research and Policy.* 2018;3(3): 123-34.

Bekmezci H, Özkan H. Ebelik Uygulamalarında Mahremiyetin Önemi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2015;2(1):113-24.

Borrelli SE et al. Early Pushing Urge in Labour and Midwifery Practice: A Prospective Observational Study at an Italian Maternity Hospital. *Midwifery* 2013;29(8): 871-5.

Chang SC et al. Effects of a Pushing Intervention on Pain, Fatigue And Birthing Experiences Among Taiwanese Women During The Second Stage of Labour. *Midwifery* 2011;27(6): 825–31.

Cooke A. When ill We Change Practice and Stop Directing Pushing in Labour? *British Journal of Midwifery* 2010;18(2): 76-81.

Di Mascio D et al. Delayed Versus Immediate Pushing in The Second Stage of Labor in Women with Neuraxial Analgesia: A Systematic Review and Meta-Analysis Of Randomized Controlled trials. *American Journal of Obstetric Gynecology* 2020;223(2):189-203.

Downe S. Care in the second stage of labour. *Fraser D, Cooper MA, eds. Myles Text Book For Midwives.* 15thed. London: Elsevier; 2009. p.492-506.

Dokmak F et al. Squatting position in the second stage of labor: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2020; 254(2020):147-52

Erbaba H, Pınar G. Postpartum Perineal Travmanın Önlenmesi ve Yönetimine İlişkin Güncel Yaklaşımlar. *Koç Üniversitesi HEAD* 2016; 13(3):272-81.

Fiedler A et al. Adverse Effect of Delayed Pushing on Postpartum Blood Loss in Nulliparous Women with Epidural Analgesia. *International Journal of Gynaecology and Obstetry* 2020;150(1): 92-7.

Güler H, Aktaş S. Bir Baba Adayı Ne Yapmalı? Ina May Gaskin: Ina May'ın Doğum Meselesi (bir ebeinin manifestosu): Çeviri Editörü. Sayın FD Yardımcı Editör: Demirel G. 1. Baskı. Ankara. Akademisyen Yayıncılık; 2018.s s.167-180.

Juan J et al. Effect of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on Maternal, Perinatal and Neonatal

- Outcome: Systematic Review. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology 2020; 56(1):15-27.
- Koyucu RG, Demirci N.** Effects of Pushing Techniques During The Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. Taiwan Journal of Obstetry and Gynecology 2017;56(5): 606-12.
- Kopas ML.** A review of evidence-based practices for management of the second stage of labor. Journal of Midwifery & Women's Health 2014; 59(3):264-76.
- Koyuncu RG, Demirci N.** Doğumun İkinci Evresinde Kullanılan İkinma Tipleri: Literatür gözden Geçirme Çalışması. JAREN 2016;2(1):33-9.
- Lee N et al.** Maternal and Neonatal Outcomes From a Comparison of Spontaneous and Directed Pushing in Second Stage. Women Birth 2019; 32(4): e433-e40.
- Lemos A et al.** Pushing/Bearing Down Methods for the Second Stage of Labour. Database of Systematic Reviews, 2015;10.
- Lemos A et al.** Pushing/Bearing Down Methods for The Second Stage of Labour. Cochrane 2017(5),(3):120-30
- Macfarlane AJ et al.** Survey of Women' s Experiences of Care in a New Freestanding Midwifery Unit in An Inner City Area of London, England: 2. Specific Aspects Of Care. Midwifery 2014;30(9):1009-20.
- Macfarlane A et al.** Survey of women' s Experiences of Care in A New Freestanding Midwifery Unit in An inner City Area of London, England: 2. Specific aspects of care. Midwifery 2020; 30(9):1009-20.
- Moraloglu O et al.** The influence of different Maternal Pushing Positions on Birth Outcomes at The Second Stage of Labor İn Nulliparous Women. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 2017;30(2): 245-9.
- Petersen L, Besuner P.** Pushing Techniques During Labor: Issues and Controversies. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 1997; 26(6):719-26.
- Prins M et al.** Effect of Spontaneous Pushing Versus Valsalva Pushing in The Second Stage of Labour on Mother and Fetus: A Systematic Review of Randomised Trials. Int J Gynaecol Obstet 2011;118(6):662-70.
- Ratier N et al.** Methods of Pushing at Vaginal Delivery and Pelvi-Perineal Consequences. Review. Progres En Urologie: Journal De l'Association Francaise D'urologie Et De La Societe Francaise D'urologie 2015; 25(4):180-7.
- Rathfisch G, Aşçı Ö.** Doğum Eyleminde Bakım. Beji NK, editör. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Genişletilmiş 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;2017. p.397-409.
- Roberts JM et al.** Why do supportive birth attendants become directive of maternal bearing-down efforts in second-stage labor?. Journal of Midwifery & Women's Health 2007;52(2), 134-141.
- Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi,** <https://www.trthaber.com/haber/saglik/ankara-sehir-hastanesinden-dogum-masasi-siperligi-477685.htm> Erişim 20.02.2021
- Taşkın L.** Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş. 13. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2018. p. 301-3.
- Toker E, Aktaş S.** İngiltere'de ebelik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010;2(3):89-97.
- Thomson AM.** Pushing Techniques in the Second Stage of Labour. JAN 1993; 18(2):171-7.
- Turan A, Yılmaz T.** Doğumun İkinci Evresinin Süresi, Uzaması ve Yönetimi. Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi 2019;1(2):102-19.
- Uzel HG, Yanikkerem E.** İntrapartum Dönemde Kanıtla Dayalı Uygulamalar: Doğum Yapan Kadınların Tercihleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2018; 11(1):26-34.
- Yılmaz SD.** Doğum (Ebelere Yönelik Kapsamlı). Doğumun İkinci ve Üçüncü Evresi. Editörler: Bal MD, Yılmaz SD. 1. Baskı. Ankara. Akademisyen Kitabevi; 2017. p. 117-37.
- Yıldırım G, Beji NK.** Effects of Pushing Techniques in Birth on Mother And Fetus: A Randomized Study. Birth 2008;35(1): 25-30.
- Yu-Ching LIN et al.** Efficacy of an Ergonomic Ankle Support Aid for Squatting Position in Improving Pushing Skills and Birth Outcomes During The Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. Journal of Nursing Research 2018;26(6):376-84.
- WHO Recommendations:** Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience <https://www.who.int/reproductivehealth/intrapartum-care/en/> Available: 24.03.2021.

EXTENDED ABSTRACT

The internal impulse created by the pressure exerted by the presenting part of the fetus on the nerve plexuses in the pelvic floor is called pushing. The urge to push mostly occurs in the second stage of labor. As it is known, the second stage of birth covers the period starting after the cervical opening is completed until the birth of the baby. The duration of this phase can last from a few minutes to a few hours depending on many factors such as whether the woman is primiparous or multiparous, and the use of epidural anesthesia at birth. Pushing in birth provides shortening of the second stage at birth and facilitating delivery by the process of descent of the fetus from the pelvis.

There are two types of pushing, valsalva (closed glottis) and spontaneous (open glottis). Valsalva type pushing: It is the type of pushing performed by the pregnant woman by holding her breath. This pushing is generally considered as directed (directed) pushing by health professionals. Health professionals are guided by how and when a woman should bother. Women are traditionally guided as "breathe deeply, hold your breath up to 10 and breathe, then take a quick breath and do the same again." It is thought that the woman holding her breath for a long time and pushing very strongly with contractions would facilitate the descent of the fetus from the birth canal. In this type of pushing, pregnant women are asked to ignore their spontaneous straining request and instead follow the instructions of the healthcare personnel. Nowadays, the number of studies showing that valsalva type pushing has negative hemodynamic effects on women has increased. In valsalva type pushing, the intrathoracic pressure increases due to the woman holding her breath for a long time, resulting in a decrease in maternal cardiac output. As a result of these changes, insufficiency in utero-placental circulation and fetal hypoxia develop. In addition, in this type of pushing, more fatigue and exhaustion can be seen in the early postpartum period in the mother.

Spontaneous pushing: It is the type of pushing that the pregnant woman makes by making sounds and breathing. When the contraction starts, the pregnant woman is asked to breathe normally until the feeling of pushing occurs. When the sensation of pushing develops, normal breathing is provided first. It is then supported to breathe in the abdominal muscles in the uterus and then gradually contract the lips and start pushing. It is recommended to pushing for about 4-5 seconds while exhaling, to breathe again without holding the breath, and to repeat this process throughout the contraction. During the contraction, spontaneous pushing is on average 3-4 times and 4-5 seconds. When the contraction decreases, normal breathing continues. The pregnant pushing spontaneously and the pushing is compatible with the severity of the contraction. The World Health Organization recommends encouraging spontaneous pushing that protects the health of the mother and fetus for a positive delivery experience and preventing valsalva pushing by holding the breath for a long time.

In the literature, it is stated that supporting the ankle of women during pushing is effective in increasing the success of straining. Ankle support contributes to maintain the balance of the body and to prevent weight on the ankle muscles. It has been reported that squatting with ergonomically designed ankle supports decreases the pushing time and women experience more positive pushing.

Midwives should be informed about these practices that increase the pushing success and birth comfort of mothers and should be able to integrate these practices into the maternity clinic. The midwife examines the pushing effect of the expectant mother; by evaluating fetal engagement level, cervical dilatation status, fetal presentation, and severity of uterine contraction. The midwife has responsibilities such as supporting spontaneous pushing, creating an ideal pushing environment (positioning, providing privacy, etc.), providing one-on-one birth support, and empathic communication. There are few studies in the literature examining the straining experiences of mothers. Planning scientific studies by midwives in the clinic, midwifery department academicians, and students to reveal the pushing experiences of mothers and their expectations during pushing will contribute to the increase of intrapartum midwifery care and positive experience of the birth of mothers.

MIDWIFERY EDUCATION IN MALTA – A HISTORICAL PERSPECTIVE MALTA EBELİK EĞİTİMİ - TARİHİ BİR BAKIŞ

Rita BORG XUEREB*

*Prof. Dr. Faculty of Health Sciences,
University of Malta, Malta



0000-0001-8140-053X

Yazisma Adresi:

Rita BORG XUEREB
e-posta: rita.borg-xuereb@um.edu.mt

Gönderim Tarihi: 19 Haziran 2020
Kabul Tarihi: 08 Temmuz 2021

ABSTRACT

The significance of the word 'midwife' means 'with woman' in English, 'wise woman' in French, just to mention two variations. The International Confederation of Midwives (ICM), envisions a world where every childbearing woman has access to midwifery care for herself and her newborn and ICM's mission focuses on ensuring that women irrespective of where they live, and their economic status have access to right and respectable maternity care. Quality of midwifery care is a complex concept which demands the need for competent professionals operating within an enabling environment, to meet the physical, psychological, emotional, social and spiritual needs of women, infants and families. Contemporary midwifery in Malta is at a BSc. (Hons) level, with a 4-year direct entry programme offered by the Department of Midwifery, University of Malta. Midwifery education integrates the concepts and principles of caring, empowerment, partnership, leadership, holism and respect for uniqueness and for cultural diversity. The crux of midwifery is theory and practice, hence students are exposed and encouraged to put theory to practice. Midwives strive to empower women and work towards gender equity. The programme is accredited by the Council of Nurses and Midwives, Malta. In its religious roots, we find in Malta what is considered to be the statute of the goddess of fertility, dating back to thousands of years before Christ, implying that some form of midwifery was already thriving. The paper aims to give a historical overview of the development of midwifery education in Malta, which, dates back to the 17th century, and reflects on the contemporary sociocultural context of midwifery in Malta.

Keywords: Curriculum; community midwifery; competencies; historical perspective; midwifery education; socio-cultural context.

ÖZ

"Ebe" kelimesinin İngilizce'de "kadınla birlikte", Fransızca'da "bilge kadın", anlamına gelen iki varyasyonundan söz edilir. Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM), her doğurgan kadının kendisi ve yeni doğmuş bebek için ebelik bakımına erişebileceği bir dünya öngörüyor ve ICM'nin misyonu, kadınların nerede yaşadıklarına ve ekonomik durumlarına bakılmaksızın doğru ve saygın erişime sahip olmalarını sağlamaya odaklanıyor. doğum bakımı. Ebeler bakımının kalitesi, kadınların, bebeklerin ve ailelerin fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarını karşılayan, elverişli bir ortamda faaliyet gösteren yetkin profesyonellere ihtiyaç duyan karmaşık bir kavramdır. Malta'da çağdaş ebeler lisans derecesine sahiptir. Malta Üniversitesi Ebeler Bölümü tarafından sunulan 4 yıllık doğrudan giriş programı ile (Hons) seviyesi. Ebeler eğitimi, bakım, güçlendirme, ortaklık, liderlik, holizm ve benzersizliğe ve kültürel çeşitliliğe saygı kavramlarını ve ilkelerini bütünlüştürür. Ebelerin püf noktası teori ve pratiktir, bu nedenle öğrenciler maruz kalır ve teoriyi pratiğe dökmeye teşvik edilir. Ebeler kadınları güçlendirmeye ve toplumsal cinsiyet eşitliği için çalışır. Program, Malta Hemşireler ve Ebeler Konseyi tarafından akredite edilmiştir. Dini kökenlerinde, Malta'da doğurganlık tanrıçası statüsü olarak kabul edilen, Mesih'ten binlerce yıl öncesine dayanan, bir tür ebelerin zaten gelişmekte olduğunu ima eden bir şey buluyoruz. Makale, 17. yüzyıla kadar uzanan ve Malta'daki ebelerin çağdaş sosyokültürel bağlamını yansıtan Malta'da ebeler eğitiminin gelişimine tarihsel bir bakış sunmayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ebeler eğitimi; müfredat; sosyo-kültürel bağlam; yeterlilikler; tarihsel perspektif; toplum ebeleri.

Atıf için (How to cite): **Borg Xuereb, R.** Midwifery Education In Malta – A Historical Perspective. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2021;4(2):167-175.

INTRODUCTION

The International Confederation of Midwives (ICM), envisions a world where every childbearing woman has access to midwifery care for herself and her newborn and ICM's mission focuses on ensuring that women irrespective of where they live, and their economic status have access to right and respectable maternity care. The impact midwives have, is not just on pregnancy outcomes, as is often understood, but extends from preconception, antenatal, intranatal and postpartum, to newborn and infant care, breastfeeding, family planning and early child development amongst other aspects of adolescents', women's sexual, infants' and families' health.

Quality of midwifery care is a complex concept which demands the need for competent professionals operating within an enabling environment, to meet the physical, psychological, emotional, social and spiritual needs of women, infants and families (SoWMy report 2014; WHO 2016; WHO 2016,a). A critical aspect of quality of care is the provision of accredited pre- and post-registration midwifery education, together with continuous professional education to address the changing and evolving needs of the population of the country (Nove et al. 2018; ICM 2017; ICM 2019). Contemporary midwifery in Malta is at a BSc. (Hons) level, with a 4-year direct entry programme offered by the Department of Midwifery, University of Malta. The programme is accredited by the Council of Nurses and Midwives, Malta (Health Care Professions Act 2003).

However, the roots of midwifery in Malta goes back to the first legal enactment of 1624, but there was no record of formal teaching of midwifery (Savona-Ventura 1997). The paper aims to give a historical overview of the development of midwifery education in Malta, which, dates back to the 17th century, and reflects on the contemporary sociocultural context of midwifery in Malta.

HISTORICAL BACKGROUND

The significance of the word 'midwife' means 'with woman' (English) wise woman (French), just to mention two variations. In its religious roots, we find in Malta what is considered to be the statute of the goddess of fertility, dating back to thousands of years before

Christ (Bugeja 2016), implying that some form of midwifery was already thriving. Education of midwives however, dates back to the 17th Century (Savona Ventura 1997). Attempts at formal teaching of theory and practice of obstetrics to prospective midwives was made in 1772, by Dr. Creni. (Savona Ventura 1997). In 1802 Dr F. Butigiec was appointed teacher of Obstetrics in the Women's hospital, to deliver lectures to medical students and to hold a separate class for midwives who were taught in the Maltese language (Cassar 1978). The school was eventually closed with subsequent deterioration in midwifery practice. It was reopened in 1854 under the leadership of Dr. G. Cliquant but it was still not functioning properly, especially in the absence of anatomical models. In 1869, Dr Pisani reorganised the midwifery school, and introduced a 16-month midwifery programme consisting of theory and practice. Students had to sit for an examination and to take an oath of good practice. Dr. Pisani published the first Midwife's textbook in Maltese in 1883 (Cassar 1978). In 1896-7, Professor G. B. Schembri, published two Midwifery textbooks one in English and another Maltese, and he also formulated the first regulations for midwifery practice which were "legislated by a Government Notice in 1899" (Savona Ventura 1997). Midwifery activities and responsibilities were regulated and consequently listed as a profession in the first Sanitary Ordinance of 1901 (Savona Ventura 2003). Midwives were given a certificate and a license to practice following a formal teaching programme. Midwifery regulations established the role and responsibilities of the midwife in caring for the mother during pregnancy, birth and the postnatal period. These were reviewed periodically by the government. Midwifery regulation was subsequently enshrined under The Medical and Kindred Profession Ordinance (chap.51, 1942). In 1973, the Nursing and Midwifery Board was set up to regulate the two professions and was responsible to register midwives and nurses, under their respective registers. (Cassar 1978). The Medical and Kindred Profession Ordinance was replaced by the Health Care Professions Act in 2003.

In 1915, Midwifery education was offered as a three-year diploma course under the auspices of the University of Malta, however this was stopped after a few years and by 1946 the Medical and Health Department was responsible

for the teaching of midwifery, with The Chief Government Medical Officer commenting that midwives were fully qualified to render the best service. Midwifery education was once again discontinued between 1960 and 1970 and nurses who wanted to take up midwifery had to proceed to the United Kingdom for their studies (Vella Bondin 1994).

Subsequently, the School of Midwifery was reopened in 1970 the course was planned on the UK's system of midwifery education given that the course was headed by a British midwifery lecturer, Ms. E. Thompson (1970-73). The students had to be registered nurses with at least six months nursing experience prior to commencing a one-year programme leading to a Certificate in Midwifery. Ms M. Vella Bondin, who qualified as a Midwife teacher in England became the first Maltese teacher of Midwifery. She was responsible for the Midwifery school between 1974 and 1993 (Vella Bondin 1994). All midwives were registered in the Register for Midwives by the Nursing and Midwifery Board of the Department of Health as stipulated by the Medical and Kindred Professions Ordinance.

CONTEMPORARY MIDWIFERY STUDIES

In 1988, The Institute of Health Care, was set up within the University of Malta, to develop courses in health sciences on an academic level. The School of Midwifery joined the School of Nursing to become The Nursing and Midwifery division however, each profession had its own curricula and its own lecturers.

The year 1990, saw the setting up of a four-year direct entry diploma programme in Midwifery studies, based on the UK system and adhering to EU legislation, the Midwives Directive: 80/155/EEC Article 4 and the ICM definition of the Midwife (1972 amended 1990) and accredited by the Nursing and Midwifery Board (DoH). The post-registration programme in Midwifery studies following nursing studies was discontinued.

This was a major milestone, as midwifery was once again, standing on its own feet, with its own direct-entry programme of studies into the profession, emphasising that Midwifery is allied to but separate as a profession from Nursing. Applicants had to have successfully completed at least 10 years of education prior applying for the Diploma

programme. Regulation of midwives changed in 2000, with the setting up of the Council for Nurses and Midwives and the new Health Care Professionals Act, chapter 464 (2003) whereby now both women and men could apply to study midwifery. In addition, the activities of the midwives as stipulated by Art.4 of directive 80/155/EEC, were also enshrined in Law (Health Care Professions Act 2003).

In 2002, the Diploma gave way to a four-year direct-entry BSc (Hons) Midwifery Studies programme following accreditation by the Council for Nurses and Midwives. The BSc programme required women and men to have successfully completed at least 12 years of education to be eligible to join the Bachelor midwifery studies. The programme opens on a yearly basis and take a cohort of 15 students (regulated by a Numerus Clausus). The first masters' degree programme was offered in 2004 and is offered on an alternate year basis. In 2007 a two-year part-time diploma to degree programme was offered to qualified midwives who wished to upgrade their qualification to a degree level. Many midwives opted to complete the course to upgrade their academic level.

Midwifery lecturers were in the meantime furthering their studies, with the first midwife in Malta, successfully obtaining her PhD in Midwifery in 2008. Consequently, it was felt that the Midwifery studies was strong enough academically to induce the process of setting up a Division of Midwifery. This request was approved by the Institute of Health Care Board, Senate and Council of the University of Malta, respectively in 2009. The Division of Midwifery was raised to a Department in 2010 when the Institute of Health Care became the Faculty of Health Sciences.

THE VISION OF THE MIDWIFERY DEPARTMENT

The department is committed to excellence in teaching, research and practice that contributes to local and international context, with the aim of strengthening the health and well-being of women, infants, families, and societies. Our mission is to prepare internationally recognised midwifery graduates for roles that support the health and well-being of families and societies and to demonstrate leadership in the advancement of the discipline. Students are prepared for a midwifery career, to become practitioners who are accountable,

ethical, proactive, responsive and compassion ate to the health care needs of the woman, her family, community, and society. The department presently has seven full-time midwives' lecturers.

MIDWIFERY EDUCATION

Midwifery education integrates the concepts and principles of caring, empowerment, partnership, leadership, holism and respect for uniqueness and for cultural diversity. Midwifery curriculum embraces the essential competencies for Midwifery practice (ICM 2019), the framework of the global standards for Midwifery education as proposed by ICM, (2010 amended 2013) and EU Directive 2005/36/EC amended by Directive 2013/55/EU. The department celebrates the individual whilst cultivating collegial co-operation. Students are encouraged to become articulate, inquisitive, practitioners capable of problem solving, analysis, reflection, and self-directed at a level appropriate to their development. The curricula offered provide a pathway for personal and professional development and growth that seeks to enable the students to fulfil their potential, while reflecting the evolving healthcare needs. Midwifery education is a woman and family-centred, political health care discipline founded on the relationships between women, families and their midwives.

The midwifery programme consists of a total 5,500 hours of learning. With 2,600 hours theoretical and 2,400 hours in the clinical practice placements and approximately 500 hours practice in the simulation labs. Students practice with their mentor, at our main state hospital, which includes the antenatal and gynaecology outpatient's clinic, antenatal and postnatal, labour and gynaecology wards, neonatal intensive care units, walk-in breastfeeding unit, and Parentcraft Services. Midwifery students also practice with a mentor in all the Health centres, concerning Women's Health, the Well-baby clinics and home-visits in the community.

The department collaborates with other universities in Europe, namely through the Erasmus plus Student and Teachers Exchange Programme. Most of our students also opt to apply and participate in a 9-week clinical experience through the Erasmus plus students exchange programme. This is a golden opportunity for students to study, learn, observe,

and practice midwifery under the supervision of midwives from the host countries.

There is also close collaboration between the clinical area and the Midwifery lecturers. This is further enhanced given that three of our full time-lecturers also hold a part-time post with the Department of Health. This has consolidated our collaboration and has helped the lecturers to remain grounded in midwifery practice for the benefit of the students.

All students have a named mentor during their midwifery practice. Each student is responsible for her own practice portfolio and need to ensure that she achieves all the learning outcomes. At the end of each semester students discuss their practice portfolio with their mentors and clinical lecturers.

The department also holds regular meetings and workshops between lecturers, mentors, management of the clinical areas and other stake holders to discuss ways of working better together to enhance students' learning in the clinical area. The crux of midwifery is theory and practice, hence students are exposed and encouraged to put theory to practice. A lot has been written of the theory and practice gap. (Rafferty et al. 1996; Landers 2000; Spouse 2001; McNeil and Silvey 2018), It is not the place to discuss this issue, suffice to quote Paolo Freire from the book *We make the road by walking*, whereby, we should 'try to establish good relationships with the experience of people outside the system in order to help what we are trying to do inside' (Horton and Freire 1990)

The department reviews our curriculum on a regular basis, primarily each year by our external examiners. In addition, at the beginning and again at the end of each academic year we hold an evaluative meeting of the curriculum with each cohort of students. Each study unit is reviewed with regards to its theoretical structure, mode of delivery, learning outcomes and assessment. At the end of each academic year we hold a departmental workshop to collate all the information, reach a consensus and propose changes to curriculum if needed.

Additionally, the University also requests all departments to review the curriculum periodically with the students, old alumni, midwifery officers, practice development midwife and other stake holders including the general public and/or to perform international accreditation reviews

As stated previously midwifery is a practice-based profession; hence assessments

need to reflect both theory and competence in practice. Various assessment methods are used which include written examinations, clinical examinations, OSCE under simulation, case-studies, reflective portfolio, etc. Assessments namely, depends on the learning outcomes of the study-unit.

All midwifery students have been employed. The profession of midwifery in Malta is highly respected and there is no need for publicity to recruit students. Attrition rate is very low.

Midwives in Malta can opt to practice as a clinical midwife, proceeding to a senior clinical midwife, or to a specialist midwife in a particular area of midwifery for example perinatal mental health midwife, or follow the management route. Most midwives are mentors of students. Midwives can work in hospitals, primary health-centres, in the community or they can opt to work independently. Midwives can also choose the academic route as a researcher and/or lecturer, senior lecturer, and professor.

THE SOCIOCULTURAL CONTEXT OF MIDWIFERY

Malta is the largest island of the Maltese Archipelago made up of six islands situated in the middle of the Mediterranean Sea, with a total population of 493,559 inhabitants. Approximately 83,000 of the population are non-Maltese nationals (National Statistics Office, NSO, 2019) in 2017, we had 4379 live births. 2800 (63.7%) births were delivered by midwives, 190 (4.3%), were assisted vaginal instrumental births and 1408 (32.0%) births were delivered by emergency or elective caesarean section. The most common maternal age group at birth was within the range of 30-34years (33.3%). 22.2% of all births were to non-Maltese nationals and 77.8% to Maltese nationals (National Obstetrics, Information System, NOIS, 2018)

Midwifery education and practice are embedded within sociocultural context of the society it serves. Indeed, one cannot negate that our culture has changed drastically over the past decades. We are seeing an increase in the age when women become mothers, an increase in obese mothers; we have seen an increase in single parenthood and we are seeing more women who were considered infertile become mothers, we are seeing an increase in multiple births, and in preterm births. The very preterm now has a very good possibility of surviving. We

are also seeing an increasingly culturally diverse society.

Consequently, our curriculum must address the needs of the country. Midwives and student midwives need to become more culturally competent and given that we are living in a technological era, midwifery education and practice naturally also has to keep abreast with the ever changing technological context, if they want to survive in this changing culture (Davaki 2019).

Managing women at risk has also become an important facet of midwifery care. Hence, midwives need to be competent not only to take care of a woman during the preconception period, antenatal, perinatal and postnatal period but they also need to be competent in identifying, addressing or referring for more specialised care the sociological, psychological, emotional and cultural needs of the woman and her family for a positive birth experience (WHO 2016). These competencies deepen the hypothesis that women would benefit from participating in the decision-making process during pregnancy and birth; and from care which is consistent, respectful, compassionate and informative (Renfrew et al 2014) in other words providing holistic midwifery care to the woman and her family within their own communities and fulfilling the ICM definition of the midwife (ICM 2017).

The social model of midwifery (McCandlish 2010) warrants the need for midwives to be competent, from a biopsychosocial perspective to support parents not only physically but also emotionally, psychologically, socially and spiritually, through the transition to parenthood. Over the past decade midwifery education in Malta has continued to evolve as a result of local research (Spiteri and Borg Xuereb 2012; Borg Xuereb et al. 2012; Debono et al. 2016), together with the midwifery students', clinical midwives' and our stakeholders' feedback which, we take very seriously. Theory does not complete midwifery education, but neither would practice on its own. There must be a good mixture of ingredients, to succeed in moulding a midwifery education and practice curriculum that strives to meet the needs of the future midwifery practice.

Maternity practice in Malta has also changed over the centuries. It is not the scope of this paper to go into the historical perspective of midwifery practice, suffice to say that the past 50 years have seen a move from primarily community-based midwifery care to a highly

centralised hospital maternity care based largely

Ample evidence (SoWMy 2014; Lancet series 2014; Renfrew et al. 2014; Hoop-Bender et al. 2014) imply the need to move from a hospital base maternity care to a community-based maternity care. This is also in line with a key goal proposed by the United Nations to “reform service models concentrated on hospital care and focus instead on prevention and on the efficient provision of high-quality, affordable, integrated, community-based, people-centred and ambulatory care, paying special attention to underserved areas”, for all countries (Horton et al. 2016).

Making better use of outreach and community services, while utilising family friendly hours in maternity care can greatly alleviate the women’s and family’s burden. Antenatal care including the booking visits, parentcraft services, walk-in-breastfeeding clinic, perinatal mental health outreach, and family planning could all be offered in the community or health centres, during family friendly hours, morning, afternoons and/or evening. Decentralising these services will be highly beneficial not only for the women and families making use of such services, given that they will be within their catchment areas, but, will also be

REFERENCES

Borg Xuereb R et al. Early parenting- portraits from the lives of first-time parents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2012;30(5):468-82.

Bugeja L. (2016). The Maltese Temple’s period unique religious significance, *Times of Malta*, 28th February. Accessed online: <https://timesofmalta.com/articles/view/The-Maltese-Temple-Period-s-unique-religious-significance.604050>

Cassar P. *The Maltese Midwife in History.* 1978. Malta: Midwives Association of Malta.

Council for Nurses & Midwives. *Midwives code of practice.* 2005. Malta: Department of Health.

Davaki K. (2019). Access to maternal health and Midwifery. Accessed online: <http://www.europarl.europa.eu/committees/en/supporting-analyses>

Debono C et al. Intimate partner violence: Psychological and verbal abuse during pregnancy. *Journal Clinical Nursing* 2016; 26(15-16): 2426-38.

Directive 2013/55/EU of the European parliament and the Council of 20th November 2013 amending directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and regulation (EU) No 1024/2012 on administrative cooperation through the internal Market Information. EU, Brussels.

on the medical model.

beneficial for the main state hospital, which is in need of space for the more acute or at risk cases.

CONCLUSION

The midwifery profession must change, adapt and open itself to these new realities. Midwives strive to empower women and work towards gender equity. Empowering is not imposing our ideals, our philosophies. Empowerment means that we need to observe, study the powers women, infants, families already have and find or invent ways how we can support, promote, and sustain the power within them - for ultimately they should be taking most of the decisions.

Midwives need to promote a shift in perceptions, raise awareness, and help women, infants, partners and families understand the full value of our profession. This evolves from a midwifery education which prepares future academic, practitioners, researchers and leaders who can create and generate a better future to the mother and her family and ultimately to our profession.

CONFLICT OF INTEREST

There is no conflict of interest.

EU Directives 2005/36/EC of the European Parliament and the Council of 7th September, 2005 on the recognition of Professional qualifications. EU Brussels European Perinatal Health Report (PERISTAT) 2010

Gatt M, Borg K. (2018). NOIS Annual Report, 2017. National Obstetric Information System, Directorate for Health Information and Research. Accessed online:

<https://deputyprimeminister.gov.mt/en/dhir/Pages/Registries/births.aspx>.

Health Care Professions Act, Chapter 464 (2003). Part IV Nurses and Midwives, article 19-23. Accessed online:

<http://justiceservices.gov.mt/DownloadDocument.aspx?app=lom&itemid=8930&l=1>

Hoop-Bender P. et al. Improvement of Maternal and newborn health through midwifery. *Lancet Midwifery Series* 2014; 384: 1226–35.

Horton M, Freire P. *We Make the Road by Walking. Conversations in Education and Social change,* 1990. Philadelphia: Temple University Press.

Horton R et al. (2016). High-level commission on health employment and economic growth: Final report of the expert group. Geneva: WHO.

- International Confederation of Midwives (2019).** Essential Competencies for midwifery practice, ICM, The Hague, Netherlands.
- International Confederation of Midwives (2017).** ICM International definition of the midwife (revised and adopted, at the Toronto, Council meeting, Canada)
- International Confederation of Midwives (2010)** ICM, Global standards for Midwifery education, amended (2013). ICM, The Hague, Netherlands.
- Lancet Midwifery Series (2014).** Accessed online www.thelancet.com
- McClandish R.** Midwifery 2020 - delivering expectations, UK, London, 2012. DoH.
- Landers M.** The theory -practice gap in nursing: the role of the nurse teacher. Journal of Advanced Nursing. 2000; 27(2): 274-9.
- McNeil K, Silvey S.** Training the global midwifery workforce. Midwifery 2018;65:87-8.
- National Statistics Office (NSO). Key Figures for Malta. National Statistics Office, 2019. Malta.
- Nove A et al.** The development of a global midwifery accreditation programme. Global Health Action, 11, 1489604. 2018. Accessed online <https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1489604>
- Rafferty A et al.** The Theory/practice 'gap': taking issue with issue. Journal of Advanced Nursing. 1996; 23, 4: 685-91.
- Renfrew M et al.** Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. Lancet, Midwifery Series. 2014; Sep 20;384(9948):1129-45.
- Savona Ventura C.** Outlines of Maltese Medical History. 1997. Malta: Midsea Books Ltd.
- Savona Ventura C.** The History of Maternity care in the Maltese Islands. 1997. Malta. Dormax Ltd.
- Spiteri G and Borg Xuereb R.** Going back to work after childbirth: women's lived experiences. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2012; 30(2):201-6.
- Spouse J.** Bridging theory and practice in the supervisory relationship: A sociocultural perspective. Journal of Advanced Nursing 2001;33(4):512-22.
- UNFPA.** The State of the World's Midwifery report: A Universal pathway. A woman's right to Health, SoWMy, 2014. UNFPA, ICM, WHO
- United Nations (2015).** UN World's women report. Accessed online: <https://unstats.un.org/unsd/gender/worldswomen.html>
- Vella Bondin M. (1994).** Midwifery through the years. Midwives Journal. Midwives Association of Malta. 3, 20 - 25
- WHO (2016)** WHO, Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva WHO.
- WHO (2016a).** Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva, WHO.

GENİŞLETİLMİŞ ÖZ

“Ebe” kelimesi, İngilizce’de “kadınla”, Fransızca’da ‘bilge kadın’ anlamlarına gelmektedir. Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM), saygın annelik bakımında çocuk doğuran her kadının kendisi ve yenidoğan bebeği için ebelik bakımına erişebildiği bir dünya tasavvur etmektedir. ICM'nin misyonu, nerede yaşarlarsa yaşasınlar ve ekonomik durumları ne olursa olsun, kadınların hak ve saygınlığa erişebilmelerini sağlamaya odaklanmaktadır. Ebelik bakımının kalitesi, kadınların, bebeklerin ve ailelerin fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarını karşılamak için elverişli bir ortamda faaliyet gösteren yetkin profesyonellere duyulan ihtiyacı gerektiren karmaşık bir kavramdır.

Dini köklerinde, Malta'da doğurganlık tanrıçası statüsü olarak kabul edilen, Mesih'ten binlerce yıl öncesine dayanan ve bir tür ebeliğin zaten gelişmekte olduğunu ima eden şeyi buluyoruz. Ebelerin eğitimi ise 17. yüzyıla kadar uzanmaktadır. Aday ebelere obstetrik teori ve uygulamanın resmi öğretim girişimleri 1772'de Dr. Creni tarafından yapıldı. 1802'de Dr. F. Butigiec, Tıp öğrencilerine ders vermek ve Malta dilinde eğitim gören ebeler için ayrı bir sınıf düzenlemek üzere Kadın Hastanesine Kadın Hastalıkları öğretmeni olarak atandı. Okul, ebelik uygulamasında kötüleşme olduğunda kapatıldı. Ebelik okulu 1854'te Dr. G. Cliquant'ın önderliğinde yeniden açıldı, ancak özellikle anatomik modellerin yokluğundan dolayı okul eğitimi düzgün yapılamıyordu. Sonrasında ebelik faaliyetleri ve sorumlulukları düzenlenmiş ve 1901 tarihli ilk Sağlık Nizamnamesi'nde ebelik bir meslek olarak belirlenmiştir. Ebelere, resmi bir öğretim programını takiben bir sertifika ve uygulama ruhsatı verilmiştir. Ebelik yönetmeliği gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde annenin bakımında ebe'nin rol ve sorumluluklarını belirlemiştir. Bunlar hükümet tarafından periyodik olarak gözden geçirilmiştir.

1988 yılında ebelik eğitimi için Malta Üniversitesi bünyesinde sağlık bilimlerinde akademik düzeyde kurslar geliştirmek adına Sağlık Bakımı Enstitüsü kuruldu. Ebelik Okulu, Hemşirelik Yüksekokulu'na katılarak Hemşirelik ve Ebelik bölümü olmuştur, ancak her mesleğin kendi müfredatı ve kendi öğretim görevlisi bulunmaktadır.

Ebelik çalışmalarında Birleşik Krallık sistemine dayalı ve AB mevzuatına uygun olarak, Ebeler Direktifi: 80/155/EEC Madde 4 ve Ebe'nin ICM tanımına bağlı olarak 1990 yılında, dört yıllık programının kuruldu ve Hemşirelik / Ebelik Kurulu (DoH) tarafından akredite edildi. Hemşirelik çalışmalarını takiben Ebelik çalışmalarında kayıt sonrası programa son verilmiştir. Bu, ebeliğin bir kez daha kendi ayakları üzerinde durması, mesleğe doğrudan giriş programı ile ebeliğin bir meslek olarak Hemşirelikten ayrı olduğunu vurgulayan önemli bir dönüm noktasıydı. Adayların Diploma programına başvurmadan önce en az 10 yıllık eğitimi başarıyla tamamlamış olmaları gerekiyordu. Hemşireler ve Ebeler Kurulu'nun 2000 yılında kurulması ve yeni Sağlık Hizmetleri Uzmanları Yasası'nın (2003) 464. Ayrıca, ebelerin 80/155/EEC sayılı direktifin 4. maddesinde öngörülen faaliyetleri de Kanun'da yer almıştır (Sağlık Meslekleri Yasası, 2003).

Hemşireler ve Ebeler Konseyi tarafından 2002 yılında Diploma akreditasyonunun ardından dört yıllık doğrudan girişli bir BSc (Hons) Ebelik Çalışmaları programı oluşturuldu. İlk yüksek lisans programı 2004 yılında açıldı. Yeterliliklerini yükseltmek isteyen nitelikli ebelere iki yıllık yarı zamanlı bir diploma programı 2007'de açıldı. Ebelik öğretim görevlileri bu arada çalışmalarını ilerletiyordu, Malta'daki ilk ebe ile 2008 yılında Ebelik alanında doktorasını başarıyla aldı. Ebelik çalışmalarının, Ebelik Bölümü kurma sürecini teşvik etmek için akademik olarak yeterince güçlü olduğu görüldü. Bu girişimler, 2009 yılında sırasıyla Sağlık Enstitüsü Kurulu, Malta Üniversitesi Senatosu ve Konseyi tarafından onaylanmıştır.

Ebelik bölümü, kadınların, bebeklerin, ailelerin ve toplumların sağlığını ve refahını güçlendirmek amacıyla yerel ve uluslararası bağlama katkıda bulunan öğretim, araştırma ve uygulamada mükemmelliğe kendini adanmıştır. Misyonumuz, uluslararası kabul görmüş ebelik mezunlarını ailelerin ve toplumların sağlığını ve refahını destekleyen roller için hazırlamak ve disiplinin ilerlemesinde liderlik yapmaktır. Öğrenciler, ebelik kariyerine, kadının, ailesinin ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılayan, hesap verebilir, etik, proaktif, duyarlı ve şefkatli uygulayıcılar olmaya hazırlanır. Bölümde şu anda tam zamanlı yedi ebe öğretim görevlisi bulunmaktadır.

Ebelik eğitimi, bakım, güçlendirme, ortaklık, liderlik, bütünsellik ve benzersizlik ve kültürel çeşitliliğe saygı kavramlarını ve ilkelerini bütünleştirir. Ebelik programı toplam 5.500 saatlik

eğitimden oluşmaktadır. Klinik uygulama yerleştirmelerinde 2.600 saat teorik ve 2.400 saat ve simülasyon laboratuvarlarında yaklaşık 500 saat uygulama ile verilmektedir.

Ebelik Bölümü, Erasmus plus Öğrenci ve Öğretmen Değişim Programı aracılığıyla Avrupa'daki diğer üniversitelerle işbirliği yapmaktadır. Öğrencilerimizin çoğu, Erasmus plus öğrenci değişim programı aracılığıyla 9 haftalık bir klinik deneyime başvurmayı ve katılmayı tercih etmektedirler. Bu, öğrencilerin ev sahibi ülkelerdeki ebelerin gözetiminde ebelik eğitimi almaları, öğrenmeleri, gözlemlenmeleri ve uygulamaları için önemli bir fırsattır.

Ebelik eğitimi ve pratiği, hizmet verdiği toplumun sosyokültürel bağlamı içinde yer alır. Gerçekten de, kültürümüzün son on yılda büyük ölçüde değiştiğini kimse inkar edemez. Kadınların, anne olma yaşının, obez annelerin, tek ebeveynliklerin, çoğul doğumların ve erken doğumların arttığını görmekteyiz. Artık preterm bebeklerin yaşama olasılıkları artmaktadır. Tüm bu durumlar aynı zamanda giderek kültürel olarak çeşitliliğe sahip bir toplum olmaya doğru yöneldiğimizi göstermektedir.

Ebelik mesleği değişmeli, uyum sağlamalı ve kendini bu yeni gerçeklere açmalıdır. Ebeler, kadınları güçlendirmek ve cinsiyet eşitliği için çalışmak için çaba gösterirler. Güçlendirmek, ideallerimizi, felsefelerimizi dayatmak değildir. Güçlendirme, kadınların, bebeklerin, ailelerin zaten sahip oldukları güçleri gözlemlememiz, incelememiz ve içlerindeki gücü nasıl destekleyeceğimiz, teşvik edeceğimiz ve sürdürebileceğimizin yollarını bulmamız veya icat etmemiz gerektiği anlamına gelir - çünkü sonuçta kararların çoğunu onlar almalıdır.

Ebeler, algılarda bir değişimi teşvik etmeli, farkındalık yaratmalı ve kadınlara, bebeklere, eşlere ve ailelere mesleğimizin tam olarak değerini anlamalarında yardımcı olmalıdır. Bu, anneye ve ailesine ve nihayetinde mesleğimize daha iyi bir gelecek yaratabilecek ve oluşturabilecek geleceğin akademisyenlerini, uygulayıcılarını, araştırmacılarını ve liderlerini hazırlayan bir ebelik eğitiminden gelişir.

COVID-19 PANDEMİSİNDE GEBENİN, YENİDOĞANIN VE SAĞLIK PERSONELİNİN TRAVAYDA KORUNMASINA YÖNELİK EBELİK BAKIMI MIDWIFERY CARE FOR THE PROTECTION OF PREGNANT, NEWBORN AND HEALTH PERSONNEL IN LABOR IN THE COVID-19 PANDEMIC

Melek ŞEN AYTEKİN*, Zümrüt YILAR ERKEK**, Ayşenur KAHRAMAN***

*Araş. Gör., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Tokat/Türkiye



0000-0003-2490-8390

**Dr. Öğr. Üyesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Tokat/Türkiye



0000-0002-0495-9003

***Araş. Gör., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Tokat/Türkiye



0000-0001-8194-9776

ÖZ

Toplumda her bireyi derinden etkileyen COVID-19 pandemisi hiç kuşkusuz gebeleride etkilemektedir. Pandemi sürecinde anne adaylarının antenatal izlemleri kimi zaman ertelenmiştir ancak doğum eylemi için bu durum mümkün değildir. Bu nedenle doğum eyleminde gebenin, yenidoğanın ve sağlık personellerinin virüsten korunması önem kazanmıştır. Doğum eyleminde gebeyi, yenidoğanı ve sağlık personellerini korumak için yapılan gereken temel uygulamalardır; risk durumuna göre triyajın sağlanması, doğuma gelen gebeye test yapılması, gebenin mümkünse tek kişilik odalarda takibi, COVID-19 tanılı/şüpheli gebenin izolasyonu, gebenin risk durumuna uygun kişisel koruyucu ekipmanın hem gebe hemde sağlık personeli tarafından kullanılması, doğum eyleminde indüksiyon yöntemlerinin kullanılması, doğum eylemine uygun şartların sağlanabilmesi durumunda bir refakatçinin katılmasıdır. Ayrıca ebe ve diğer sağlık personellerinin pandemi konusunda eğitilmesi, gereksiz obstetrik müdahalelerden kaçınılması, travayda ve doğum sırasında odada bulunacak ebe ve sağlık personeli sayısı minimumda tutulması önerilmektedir. Doğum sonrası annenin COVID-19 tanısı yoksa ya da enfekte değilse yenidoğanla beraber kalabilmesi ve kişisel koruyucu önlemler alarak bebeğini emzirmesi önerilmektedir. Bu derlemede pandemi döneminde travayda gebenin, yenidoğanın ve sağlık personelinin korunmasına yönelik alınacak önlemler literatür bilgisi kapsamında derlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Anne; doğum eylemi; ebelik; gebe kadınlar; pandemik; travay; yenidoğan.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic, which deeply affects every individual in society, undoubtedly affects pregnant women as well. Antenatal follow-ups of expectant mothers are sometimes delayed during the pandemic process, but this is not possible for labor. For this reason, it has gained importance to protect the pregnant, newborn and health personnel from the virus during labor. Basic practices that should be done to protect the pregnant, newborn and health personnel in labor; providing triage according to the risk status, testing the pregnant woman who comes to delivery, monitoring the pregnant in single rooms if possible, isolation of the pregnant/suspected pregnant woman with COVID-19, use of personal protective equipment suitable for the risk status of the pregnant by both the pregnant and health personnel, use of induction methods in labor, delivery It is the participation of an accompanying person if the appropriate conditions for the action can be met. In addition, it is recommended to train midwives and other health personnel about the pandemic, avoid unnecessary obstetric interventions, and keep the number of midwives and health personnel in the room during labor and delivery to a minimum. If the mother is not diagnosed with COVID-19 or is not infected, it is recommended that the mother can stay with the newborn and breastfeed her baby by taking personal protective measures. In this review, the precautions to be taken for the protection of pregnant women, newborns and health personnel in labor during the pandemic period have been compiled within the scope of literature.

Keywords: Labor; midwifery; mother; newborn; pandemic; pregnant women.

Yazışma Adresi:

Melek ŞEN AYTEKİN

e-posta: meleksenaytekin@gmail.com

Gönderim Tarihi: 09 Mart 2021

Kabul Tarihi: 19 Temmuz 2021

Atf için (How to cite): Şen Aytakin M, Yılar Erkek Z, Kahraman A. Covid-19 Pandemisinde Gebenin, Yenidoğanın ve Sağlık Personelinin Travayda Korunmasına Yönelik Ebelik Bakımı. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;4(2):176-188.

GİRİŞ

COVID-19 ilk olarak Aralık 2019' da Wuhan'da görülmüştür ve hızla tüm dünyada yayılmaya başlamıştır (Cucinotta and Vanelli 2020; Yang et al. 2020). COVID-19 Dünya Sağlık Örgütü tarafından 11 Mart 2020'de pandemik bir hastalık ve küresel bir halk sağlığı acil durumu olarak ilan edilmiştir. (WHO 2020). COVID-19 enfeksiyonu tüm insanlar için günlük yaşamlarında önemli değişiklikler getiren küresel bir problem haline gelmiştir. Yapılan araştırmalar virüsün şiddetli akciğer hastalıklarına ve pnömoniye yol açtığını göstermiştir (Liao et al. 2020). COVID-19 öksürük, hışırtı ya da yakın temas sonucu solunum damlacıkları aracılığıyla kişiden kişiye ya da kontamine yüzeylerle temas yoluyla bulaşmaktadır (Jamieson et al. 2020; Palatnik and Mcintosh, 2020) . Mortalite hızı %4 ila %15 arasında olan virüsün (Rasmussen et al. 2020) inkübasyon süresi ise yaklaşık ortalama 5 gün (2-14 gün) sürmektedir (Morau et al. 2020). COVID-19'un bireylerdeki temel bulguları ateş, yorgunluk ve kuru öksürüktür (Salvatore et al. 2020).

COVID-19'un gebelikte mortalite hızının %6 olduğu belirtilmektedir (RCOG 2020b). Klinik seyirinde ise başta ateş ve öksürük olmak üzere, daha az oranda dispne, miyalji, tat alma duyusunun kaybı ve diyare görülmektedir (Allotey et al. 2020; Zaigham and Andersson, 2020). Bununla birlikte hastanede takip edilen gebelerin yarısından fazlasında virüsün asemptomatik seyrettiği görülmüştür (Delahoy et al. 2020). Virüsün fetal etkileri konusunda çok az kanıt olmasının yanı sıra rapor edilen durumlar arasında preterm eylem ve düşük doğum ağırlığından bahsedilmiştir (Gildner and Thayer 2020; Melo and Araújo 2020).

COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle oluşabilecek maternal ve fetal sağlık problemleri düşünüldüğünde virüsten korunmak önemli bir boyut kazanmıştır. Çünkü pandemi döneminde doğumların ve ebelik hizmetlerinin ertelenmesi mümkün değildir. Bu süreçte gebenin doğum için hastaneye başvurduğu andan itibaren risk değerlendirmesinin yapılması, doğum eyleminin güvenli bir şekilde sonuçlanmasına imkan sağlayacaktır. Bu nedenle sağlık profesyonellerine büyük görev düşmektedir. Bu ekibin bir üyesi olan ebeler özellikle doğum eyleminin yönetimi ve yenidoğanın bakımı konusunda bazı önlemleri alarak hem kendileri hem de gebe ve fetus açısından daha güvenli bir

ortamda doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlamalıdır.

Bu derleme de güvenli bir doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlamak amacıyla travayda sunulan ebelik hizmetlerinin pandemi dönemindeki mevcut durumu ve gebe, yenidoğan ve sağlık personelinin korunmasına yönelik önlemler literatür bilgisi kapsamında derlenmiştir

PANDEMİ SÜRECİNDE GEBEYE YÖNELİK KORUYUCU EBELİK UYGULAMALARI

COVID-19 nedeniyle hastaneye yatan gebelerin yarısından fazlasının asemptomatik olduğu (Delahoy et al. 2020) ve asemptomatik gebeler ile hafif semptomları bulunan gebelerde daha az komplikasyon geliştiği belirtilmektedir (Boelig et al. 2020). Gebelikte geçirilen COVID-19 enfeksiyonunun preeklampsi, preterm eylem, sezaryen, yoğun bakım ihtiyacı, mekanik ventilasyona bağlanma ve ölüm (Dang et al. 2020; Di Mascio et al. 2020; Delahoy et al. 2020) gibi maternal etkileri göz önüne alındığında, doğum için hastaneye başvuran gebelerin virüsten korunması hem kendi sağlığı hem yenidoğanın sağlığı hem de sağlık çalışanları için oldukça önemlidir. Doğumun her evresinde gebenin önlemler alınarak takip edilmesi sağlık çalışanlarının üzerinde titizlikle durması gereken bir konudur. Gebenin korunması doğumhaneye başvuru ilk zamandan başlayarak taburculuğa kadar devam eden bir süreçtir.

Doğuma Gelen Gebenin Doğumhaneye Kabulü Aşamasında Yapılacak Ebelik Uygulamaları

Pandeminin güncel durumu düşünüldüğünde gebeler ve sağlık çalışanları için enfeksiyon riskini sıfıra indirmenin yolu yoktur, bu nedenle enfeksiyonun bulaşma riskinin olabildiğince azaltılması gerekmektedir (CDC 2020a). Doğum eylemi sürecinde virüsün taranmasına yönelik yaklaşımlar hastaneye başvurmadan önce başlanmalıdır. Bu yaklaşım planlı doğum girişimleri olan gebelere uygulanabilirken (Boelig et al. 2020; Saiman et al. 2020), planlı olmayan doğumlar için pek mümkün değildir. COVID-19 enfeksiyonunun bulaşma riskini azaltmak için doğum eylemine gelen gebenin izole edilmesi önerilmektedir (Boelig et al. 2020). Doğum eylemi için başvuran gebenin hastaneye kabulünde koruyuculuğu sağlamak için obstetrik protokollerin

uygulanması gerekir. Bu koruyucu protokoller; triajın sağlanması, travay birim protokolleri, doğumda kişisel koruyucu ekipmanın sağlanması, doğumun ve doğum sonu dönemin koruyucu önlemlerle yönetimini içerir (Boelig et al. 2020). Gebe doğum eylemi için hastaneye geldiğinde triaj sırasında COVID' e yönelik semptomları olup olmadığı ve pozitif bir bireyle teması olup olmadığı sorgulanmalıdır (Boelig et al. 2020; Delahoy et al. 2020; Ellington et al. 2020;

Jamieson et al. 2020; RCOG 2020). Eğer ülkenin kaynakları yeterliyse yüksek asemptomatik pozitif vaka sayıları göz önünde tutulup doğuma her gelen gebeye test yapılması önerilmektedir.

Gebenin durumu şüpheli ise test sonuçlanana kadar izole edilmeli ve hem sağlık personeli hem de gebe koruyucu ekipman kullanılmalıdır (Boelig et al. 2020).

Tablo 1. Triajda Annenin Enfeksiyon Riski Açısından Değerlendirilmesi

| Parametreler / Riskler | Düşük Risk | Orta Risk | Yüksek Risk |
|--|------------|-----------|-------------|
| Gebenin ateşi yok | √ | | |
| Gebenin ateşi var, solunum problemi yok | √ | | |
| Gebenin ateşi ve solunum problemi var | | √ | |
| COVID-19 semptomların başlangıcından 14 gün önce yerel bulaş bildiren yabancı bir ülkeye seyahat yok | | √ | |
| COVID-19 semptomların başlangıcından 14 gün önce yerel bulaş bildiren yabancı bir ülkeye seyahat var | | | √ |
| Ateş ve solunum problemi olan gebenin şüpheli veya COVID-19 tanılı birey ile yakın teması yok | | √ | |
| Ateş ve solunum problemi olan şüpheli veya COVID-19 tanılı birey ile yakın teması var | | | √ |
| Tanı konulmuş COVID-19 yok | | √ | |
| Tanı konulmuş COVID-19 var | | | √ |

Kaynak: Dashraath, P., Wong, J. L. J., Lim, M. X. K., Lim, L. M., Li, S., Biswas, A., Choolani, M., Mattar, C., & Su, L. L. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(6), 521–531. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.03>.

Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (CDC) sağlık personelleri için COVID-19 şüpheli veya tanı konulmuş vakalar ile temas edileceğinde sağlık hizmeti sunulurken koruyucu ekipman olarak; cerrahi maske, koruyucu gözlük, önlük ve eldiven kullanmasını ve bununla beraber şüpheli gebenin de bu süre içerisinde N-95 maskesi kullanılması önermektedir (CDC 2020b). Doğum servisine gelen gebeler, COVID-19 enfeksiyonu için düşük, orta veya yüksek riskli olarak sınıflandırılmalıdır. Bu sınıflandırma Tablo 1' de verilmiştir. Buna göre gebe hastaneye başvurduğunda ateşi sorgulanmalı, eğer ateşi yoksa ya da ateşi var ancak solunum problemi

yoksa düşük riskli sayılmalıdır. Gebenin hem ateşi hem de solunum problemi varsa orta riskli grupta değerlendirilmelidir. Eğer ateş ve solunum problemi olan gebe, semptomların başlangıcından önceki 14 gün içinde yerel bulaşma bildiren yabancı bir ülkeye seyahat etmişse, şüpheli veya doğrulanmış bir COVID-19 hastasıyla yakın teması varsa ya da tanı konulmuş COVID-19 varsa yüksek riskli olarak değerlendirilmelidir (Dashraath et al. 2020). Triaj sonrası COVID-19 enfeksiyonu için düşük, orta ya da yüksek riskli olarak sınıflandırılan gebe, tespit edilen risk düzeyine uygun önlemler alınarak doğum eylemi sürecine hazırlanmalıdır.

Tablo 2. Koruma Seviyeleri ve Koruyucu Ekipman Listesi

| Koruyucu ekipman | Koruma düzeyleri | | |
|------------------------------------|------------------|---------|---------|
| | 1.Düzye | 2.Düzye | 3.Düzye |
| Tek kullanımlık bone | √ | √ | √ |
| Tıbbi cerrahi maske | √ | | |
| Tıbbi koruyucu maske | • | √ | √ |
| Koruyucu gözlük/yüz siperi | | √ | √ |
| Önlükler | √ | √ | √ |
| Tek kullanımlık izolasyon kıyafeti | • | | • |
| Tek kullanımlık koruyucu giysi | | √ | √ |
| Tek kullanımlık lateks eldiven | • | √ | √ |
| Tek kullanımlık galoş | | √ | √ |
| El hijyeni | √ | √ | √ |

√ : zorunlu

• : gerektiğinde

Kaynak: Qi, H., Chen, M., Luo, X., Liu, X., Shi, Y., Liu, T., Zhang, H., Zhang, J., Zhao, Y., Tong, C., & Baker, P. N. (2020). European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology Management of a delivery suite during the COVID-19 epidemic. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 250, 250–2.

Qi ve arkadaşları (2020) kendi deneyimlerinden yola çıkarak farklı enfeksiyon risklerine sahip gebeler için kademeli koruma önermektedir. Tablo 2’de Qi ve arkadaşlarının (2020) enfeksiyon riskine göre kullanılmasını önerdiği koruyucu ekipmanlar verilmiştir. Gebenin riskine göre kişisel koruyucu ekipmanların kullanımının yanı sıra doğum eylemi sürecinde dikkat edilmesi gereken bazı durumlar ve alınması gereken bazı önlemler mevcuttur. Qi ve arkadaşları (2020) farklı enfeksiyon risklerine sahip gebeler için doğumhanede alınması gereken bazı önerilerde bulunmuşlardır. Tablo 3’de bu önerilere yer verilmiştir.

Ebelere ve gebelik ve doğum hizmeti sunan diğer sağlık personellerine pandeminin getirdiği en önemli sorumluluklardan biri gebelerin güvenli bir ortamda doğum yapmalarını sağlamaktır (Dumitrascu et al. 2021). Bu nedenle gebeler doğum için hastaneye ilk başvurduğunda triajda risk açısından değerlendirildikten sonra, risk grubuna (Tablo 1) uygun koruyucu ekipman (Tablo 2) hem gebe hem de sağlık personeli tarafından kullanılmaya başlanmalıdır. Doğum eylemi sürecinde alınması gereken tüm önlemlere dikkat edilmelidir. Gebe doğum eylemi için doğumhaneye kabul edildikten sonra bakımları ve izlemleri yapan ebeler;

- Triajda gebeyi risk açısından değerlendirmelidir.
- Belirlenen risk grubuna uygun kişisel koruyucu ekipman sağlamalıdır.

- Annenin ve yenidoğanın sağlığını izlemelidir.
- Sürece yönelik kayıtları tutulmalıdır.
- Enfeksiyonun doğumhanede yatan diğer gebe ve yenidoğanlara bulaş riskini azaltmaya yönelik önlemleri almalıdır (Aydın Doğan et al. 2020; Dumitrascu et al. 2021).

Tüm bunlar yapılırken hem gebe hem de ebeinin uygulaması gereken bazı kişisel önlemler söz konusudur. Gebenin risk açısından triajı yapıldıktan sonra gebenin, fetüsün ve sağlık çalışanlarının korunmasına yönelik önlemlerde alınmalıdır.

Travay Sürecinde Gebenin Korunmasına Yönelik Ebelik Uygulamaları

Doğum eylemi 4 evreden oluşan, her bir evre kendine özgü karakteristiklerle tamamlanan bir süreçtir. Pandemi süreci doğum eylemi için normal standartların dışında yeni ve özel uygulamaları beraberinde getirmiştir (Boelig et al. 2020; CDC 2020b; Qi et al. 2020, Saiman et al. 2020). Bu sürecin etkin yönetimi için ebeler tarafından alınacak önlemler, doğum eyleminin her evresinde hem sağlık personelinin güvenliğini hem de anne ve doğacak olan bebeğin güvenliğini sağlamalıdır.

Doğumun I. Evresinin Yönetimi:

Doğumun birinci evresi doğum ağrılarının başladığı, efasman ve dilatasyonun tamamlandığı evredir (Başgöl ve Kızılkaya Beji 2015a). Doğum eylemi süreci uzun ve yorucu bir

dönemdir. Bu süreçte gebe destek için eşini ya da aile üyelerini yanında isteyebilir. Pandemi süreci düşünüldüğünde buna izin vermek hem kadın hem yenidoğan hem de sağlık personeli için geri dönüşsüz sonuçlara sebep olabilir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri hem kadının ihtiyacını karşılamak hem de COVID-19'dan korumak adına doğum eylemi sürecine gerekli kişisel koruyucu ekipmanları kullanarak en fazla bir kişinin doğuma katılmasını sağlayabilirler (Boelig et al. 2020). Eğer doğum eylemi sürecine katılacak kişide temas öyküsü, semptomları veya ateşi varsa birimden ayrılması sağlanmalıdır (Saiman et al. 2020).

Gebenin risk durumuna göre virüsten korunmaya yönelik tavsiye edilen kişisel koruyucu ekipman kullanımı hem gebe hem de doğum eylemi sürecine katılan eş/aile üyesi tarafından da kullanılmalıdır. Pandemi ile birlikte hayatımıza giren kişisel koruyucu ekipmanların uygun kullanımı konusunda gebeler ve eşleri bilgi sahibi olmayabilirler. Bu bilgi eksikliğini gidermek için hastanelerin konu üzerinde girişimde bulunması gerekmektedir. Buna yönelik olarak doğum birimlerinin, kişisel koruyucu ekipmanların takılması da dahil olmak üzere COVID-19 pandemisine ilişkin simülasyonlar hazırlamaları önerilmektedir (Boelig et al. 2020).

Tablo 3. Farklı Enfeksiyon Riskleri Olan Gebeler İçin Doğum Odasında Alınması Gereken Önlemler

| Öneriler | Düşük Riskli | Orta Riskli | Yüksek Riskli |
|---|--------------|-------------|---------------|
| Gebe odada tek olmalı | √ | √ | √ |
| Rutin doğumhane koşullarında doğum gerçekleştirilmeli | √ | | |
| Sağlık personeli tek kullanımlık tıbbi maske kullanılmalı | √ | | |
| Sağlık personeli 1. Düzey koruma seviyesini dikkate almalı | √ | | |
| İzole doğumhane koşullarında doğum eylemi gerçekleştirilmeli | | √ | √ |
| Doğum eylemine aile dahil edilmemeli. | | √ | √ |
| Sağlık personeli cerrahi maske kullanılmalı | | √ | √ |
| Sağlık personeli 2. Düzey koruma seviyesini dikkate almalı | | √ | |
| Doğum negatif basınçlı odada gerçekleştirilmeli | | | √ |
| Sağlık personeli 3. Düzey koruma seviyesini dikkate almalı | | | √ |
| Doğum sonrası normal prosedüre göre bakım | √ | √ | |
| Doğum sonrası izole doğum odasında bakım | | √ | √ |
| Yenidoğanların 14 gün izole edilmesi | | | √ |
| Doğum sonrası temizliğin yapılması ve tıbbi bulaşıcı atıkların imhası | | √ | √ |

Kaynak: Qi, H., Chen, M., Luo, X., Liu, X., Shi, Y., Liu, T., Zhang, H., Zhang, J., Zhao, Y., Tong, C., & Baker, P. N. (2020). European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology Management of a delivery suite during the COVID-19 epidemic. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 250, 250-2

Qi ve arkadaşları (2020) kendi deneyimlerinden yola çıkarak doğumhanelerin yönetimine yönelik olarak önerilerde bulunmuşlardır. Bunlar;

COVID-19 pozitif olduğunda şüphelenilen gebeler hemen izole bir doğum odasına (diğer hastalarla temastan kaçınarak) veya negatif basınçlı doğum odasına transfer edilmeli ve cerrahi maske takmaları önerilmektedir. Gebenin yanında refakatçiye izin verilmemelidir. Hastalar, özel deneyimli kıdemli tıp uzmanları tarafından yönetilmeli ve çapraz enfeksiyonu önlemek için üçüncü düzey (Tablo 2) koruyucu ekipman uygulanmalıdır. Orta düzeyde enfeksiyon riski taşıyan gebeler için: Refakatçiye

izin verilmemelidir. Hastalara cerrahi maske takmaları tavsiye edilir ve özel deneyimli kıdemli tıp uzmanlarının yönetimi / gözetimi ile izole doğum odalarına nakledilmelidir. Koruyucu malzemelerin yeterli olması halinde, çapraz enfeksiyonu önlemek için ikinci düzey (Tablo 2) koruyucu ekipman uygulanmalıdır. Düşük riskli gebeler (herhangi bir epidemiyolojik maruziyet veya klinik semptom öyküsü olmayanlar) doğum için normal bir doğum odasına nakledilmelidir. İkinci düzey (Tablo 2) koruyucu ekipman uygulanmalıdır. Bu gebelerin tek kullanımlık tıbbi maske takmaları önerilmektedir. Yalnızca son 2 hafta içinde epidemiyolojik temas ve klinik semptom öyküsü olmayan aile üyelerinin

doğuma katılmasına izin verilir ve eşlik eden aile üyelerinin de tek kullanımlık tıbbi maske takmaları gerekir.

Doğum eyleminin daha pozitif bir algıyla gerçekleşmesi ve ağrının azaltılması için çeşitli uygulamalar vardır. Bunlardan birisi epidural analjezi kullanımıdır. Erken doğum eyleminde epidural analjezi kullanımı ile ağrı kontrolü sağlanabilir. Böylelikle doğum eyleminde gelişen hiperventilasyon durumunda, viral yayılma olasılığı azaltılabilir. Bu sayede de doğum eylemine katılan ebe, sağlık personeli ve doğum yapan kadın arasında çapraz kontaminasyon riski azalabilir (Ashokka et al. 2020). Suda doğum alternatifi bazı hastanelerde gebelere sunulan bir doğum yöntemidir. Ancak şüpheli veya doğrulanmış COVID-19 vakası varlığında, virüsün yayılmasını sınırlandırmak için suda doğum gibi yaklaşımların gözden geçirilmesi önerilmektedir (Ashokka et al. 2020).

Ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı (2020) tarafından gebede COVID-19 enfeksiyonu varlığında, yenidoğana bulaş riskini azaltmak için, acil bir endikasyon yoksa doğumun izolasyon süresi tamamlandıktan sonra gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Ayrıca gebe COVID-19 tanısı almışsa doğum eylemi sürecinin negatif basınçlı odalarda takip edilmeli ve doğum eylemi süresini kısaltmaya yönelik oksitosin kullanılması önerilmektedir. Alınacak diğer önlemler ise; doğum eylemi sırasında sağlık personeli sayısı minimumda tutulmalı ve uygun kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır. Ayrıca doğum eyleminde gebenin göğüs hizasından itibaren şeffaf bir örtü ile doğrudan temas engellenmelidir (Sağlık Bakanlığı 2020a). Bu öneriye yönelik olarak Ankara Şehir Hastanesi bünyesinde hizmet veren Kadın Doğum Hastanesinde normal doğum yapan gebelerde damlacık yoluyla bulaş riskini azaltmak için doğum masası siperliği geliştirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi 2020).

Doğumun II. ve III. Evresinin Yönetimi:

Doğumun ikinci evresi, silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile başlayan ve fetüsün doğumuyla biten evredir (Başgöl and Kızılkaya Beji 2015b). Doğum kadın için eşsiz bir dönemdir. Bu önemli anında yanında eşini ve aile üyelerinin bulunmasını isteyebilir. Doğum eylemine gebenin istediği bir kişinin katılımı sağlanabilir. Eğer doğuma katılacak kişide temas öyküsü, semptomları veya ateşi varsa doğum

eylemine alınmamalı ayrıca birimden ayrılması sağlanmalıdır (Saiman et al. 2020).

Doğum eylemine katılacak eş/aile üyesi konusunda RCOG bazı önerilerde bulunmuştur. Bu öneriler;

- Eş/aile üyesinde doğrulanmış COVID-19 ya da şüphesi varsa doğum sürecine alınmaması ve karantina da kalması sağlanmalıdır.
- Eş/aile üyesine doğumdan önceki 10 gün içinde COVID-19' u düşündüren herhangi bir semptom olup olmadığı sorgulanmalı, eğer varsa negatif sonuçlu test olmadan eyleme alınmamalıdır.
- Son 48 saat içinde ateşleri olduysa, Eş/aile üyesine doğum ünitesinden ayrılmasını ve test sonuçları ne olursa olsun evde kendilerini izole etmelerini istenmelidir (RCOG, 2020).

COVID-19 enfeksiyonu solunum yoluyla bulaştığı için aerosolizasyon virüsün yayılmasını artırır. Bu nedenle doğumun ikinci evresi aerosolizasyon için yüksek risklidir ve N-95 maskesi kullanılmalıdır (Boelig et al. 2020). Bu evrede anne yorulmuş ve tükenmiş olabilir bu nedenle ıkmaya gücü kalmamış olabilir. Bu durumda II. evrenin kısaltılması için fundal bası ve vakum ekstraksiyon uygulaması düşünülebilir (laserasyon ve anal sfinkter yaralanmasını azaltmak için de perineal masaj ve sıcak kompres uygulanabilir) (Boelig et al. 2020; Sağlık Bakanlığı 2020a).

Doğumun üçüncü evresi, bebeğin doğumundan sonra başlayıp plasentanın doğumuna kadar geçen 5-30 dakikalık evredir (Başgöl ve Kızılkaya Beji 2015b). Plasentanın doğumuna yönelik olarak incelenen literatürde özellikle vurgu yapılan bir bilgiye ulaşılamamıştır. Bu evrede gebenin risk durumuna uygun olarak doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinde alınan önlemler devam ettirilerek, plasenta ve eklerinin uygun atılımının sağlanması önerilebilir.

T.C. Sağlık Bakanlığı sezaryen ile doğumu gebenin klinik durumunda bozulma, akut organ yetmezliği, septik şok, mekanik ventilasyonda zorluk ve fetal distres gelişmesi halinde önermektedir. Sezaryenin izole ameliyathanede ve uygun kişisel koruyucu ekipman ile yapılması önerilmektedir. Eğer sezaryen olacaksa genel anestezi, aerosol ortaya çıkaran bir işlem olduğu için tercih edilmemesi gerektiği bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2020a).

Doğumun IV. Evresinin Yönetimi:

Doğumun dördüncü evresi, plasentanın doğumu ile başlar ve doğum sonrası ilk 4 saati kapsar (Kızılkaya ve Yılmaz 2019). T.C. Sağlık Bakanlığı doğum sonrası dönemde annelerin mümkünse tek kişilik odalarda takip edilmesi gerektiğini önermektedir. Qi ve arkadaşları (2020) doğum sonrası süreçte anne eğer düşük riskliyse doğum sonrası normal prosedüre göre bakım önermektedir. Anne orta düzeyde riskliyse izole doğum odasında normal prosedüre göre bakım, yüksek düzeyde riskli gebe ise doğum sonrası izole odada bakım ve yenidoğanların 14 gün izole edilmesini önermektedir.

Doğum sonrası süreçte kadın yorulmuştur ve kendi ve bebeğin bakımı için yanında destek kişilerin bulunması gereklidir. Ancak yanında bulunacak kişiler COVID-19 semptomlarına yönelik taranmalıdır ve belirtileri olanlar birime alınmamalıdır. Gebeler ve refakatçisi, hastaneye geldiklerinde, doğuma kabul edildikten sonra ve taburculuğa kadar COVID-19 semptomları ve ateş açısından taranmalıdır (Saiman et al. 2020).

Doğumun 4. evresinde takip edilmesi gereken bir grubuda yenidoğanlar oluşturmaktadır.

PANDEMİ SÜRECİNDE YENİDOĞANA YÖNELİK KORUYUCU EBELİK UYGULAMALARI

Pandemi döneminde doğum sonu süreçte yenidoğanın sağlığı konusunda yapılan çalışmalar sınırlı olmakla beraber olası riske karşı yenidoğanın hassas bir dönemde olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle de ebeler yenidoğanı korumaya yönelik bazı önlemler almalıdır. Bu dönemde özel bakım ve ilgi gerekmektedir. Yenidoğanların bağışıklık sistemleri immatür olduğu için birçok hastalığa karşı savunmasızdır. Pandeminin yenidoğana etkileri konusunda yeterince kanıt olmadığı düşünüldüğünde yenidoğanları hem doğum eylemi sürecinde hemde doğum sonrası dönemde COVID-19'a karşı korumak önem arz etmektedir. Yenidoğanı korumaya yönelik travay sürecinde yapılması gereken bazı öneriler vardır. Bunlar arasında doğum eyleminin hızlandırılması için amniotomi, gecikmiş kordon klemplenmesinin terkedilmesi ve ten tene temasın yapılmaması başta gelmektedir (Ashokka et al. 2020; Boelig et al. 2020)

Yenidoğanın etkilenmesine sebep olabilecek bir diğer faktör ise doğum şeklidir. Pandeminin başında normal doğumun güvenli

olup olmadığına yönelik endişeler söz konusu olmuştur. Pandemi sürecinde COVID-19 tanısı almış gebelerde sezaryen ile doğum oranlarında artış olduğu görülmüştür (R. Yang et al., 2020). İlerleyen zamanlarda vajinal doğumun güvenliğine ilişkin çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Yapılan bir çalışmada COVID-19 tanısı alan 13 gebenin vajinal sürüntü örneğinde virüsün negatif olduğu bulunmuştur (Wu et al. 2020). Vajinal sekresyonlarda virüs bulunmadığı içinde vajinal doğumun güvenli bir şekilde yapılabileceği bildirilmiştir. Lubbe ve arkadaşları (2020) yenidoğanı virüsten korumaya yönelik doğum tercihinde vajinal doğum ile bulaş riskinin arttığını gösteren bir çalışma olmadığı için ve vajinal sekresyonlarda virüs bulunmadığından normal vajinal yolla doğum yapılabileceğini desteklemişlerdir (Lubbe et al. 2020). Ancak burada dikkat edilmesi gereken önemli bir durum vardır. Dışkıda COVID-19 virüsü tespit edildiği için (Young et al. 2020) doğum yapan gebenin olası dışkılama durumunda uygun antiseptik temizliğin kişisel koruyucu ekipmanlar ile sağlanması yenidoğanın eylem sırasında virüs ile karşılaşmasını engellemek adına önemlidir.

Doğum sonrası yenidoğanı COVID-19'a karşı korumak için doğar doğmaz banyo yaptırılıp yaptırılmamasına yönelik çok az çalışma mevcuttur. Pandeminin başlarında amniyotik mayi ve vajinal salgılarda virüsün bulunup bulunmadığı endişesi nedeniyle yenidoğanı yıkama yaklaşımı ile hem yenidoğan hem de sağlık personelinin korumak amaçlanmış olabilir. Amniyotik mayi ve vajinal sekresyonlarda virüsün bulunmadığına yönelik yapılan çalışmalar mevcuttur (H. Chen et al. 2020; Wu et al. 2020). Kyle ve arkadaşları (2020) yenidoğana banyo yaptırmamanın faydaları (hipotermi ve hipoglisemi oranlarında azalma, verniks ve amniyotik sıvının tutulması ve amniyotik sıvının kokusu emzirme sırasında yenidoğanlara yol göstermeye yardımcı olması gibi) nedeniyle ilk banyonun ertelenmesini önermektedir (Kyle et al. 2020).

Gebeden dikey geçiş olduğunu düşündüren kanıtlar olmasa da COVID-19 tanısı alan annelerden doğan yenidoğanlar, doğumdan sonra COVID-19 bulaşması açısından risk altındadırlar. Bu nedenle yenidoğanın doğum sonu dönemde korunmasına yönelik çaba gösterilmesi önem arz etmektedir (Ashokka et al. 2020). Anne COVID-19 tanısı almışsa ya da şüpheli bir durum söz konusu ise annenin yenidoğan bebeğine nasıl bakacağı belirsizdir.

Benzer şekilde doğum sonrası dönemde yenidoğan ve annenin aynı odada kalıp kalamayacağı tartışılmaktadır. Shahbazi Sighaldehy ve Ebrahimi Kalan (2020) bu konuyu araştırmışlar ve en uygun yaklaşımın COVID-19 şüpheli veya enfekte annenin yenidoğandan en az 2 hafta süreyle ayrılması olduğunu bildirmişlerdir.

Yenidoğanların korunmasına yönelik alınacak diğer bir önlem ise kişisel hijyen ve sosyal mesafedir (Lubbe et al. 2020). COVID-19 tanısı olan annelerin yeni doğan bebekleri için özel bakım alanları önceden belirlenmelidir; bakım ekiplerinin iş akışı ve enfeksiyon kontrol önlemleri konusunda eğitilmesi gereklidir (Ashokka et al. 2020). Yenidoğanı görmesi zorunlu olmayan bireyler hastalık belirtisi göstermese de ziyaret etmemelidir. Anneler eğer enfekte ise bebeğini emzirip emziremeyeceği yönünde endişeler mevcuttur. Chen ve arkadaşları (2020) COVID-19 tanısı almış sezaryen ile doğum yapan 9 gebenin anne sütü örneklerini virüs için negatif olduğu bulmuşlardır (H. Chen et al. 2020). Başka bir çalışmada üç anne sütü örneğinden birinin virüs için pozitif olduğu sonucu bulunmuştur (Wu et al. 2020). Lubbe ve arkadaşları da annenin COVID-19 tanısı olduğu durumlarda, anne sütünde COVID-19 virüsünün bulunduğu dair bir kanıt olmadığı için anne sütünün bebeğe verilebileceğini bildirmişlerdir (Lubbe et al. 2020). Benzer şekilde COVID-19 tanısı alan ya da şüpheli annelerde emzirmenin teşvik edilebileceği, ancak ebeveynlerin bilgiye dayalı karar vermesinin sağlanması gerektiği gerekli korunma önlemleri alınarak yenidoğanın emzirilebileceği önerilmektedir (Shahbazi Sighaldehy and Ebrahimi Kalan 2020). Eğer anne emziremeyecek durumda ise anne sütü sağılarak COVID-19 olmayan biri tarafından yenidoğana verilmelidir (Lubbe et al. 2020). Ancak süt sağma öncesinde mutlaka ellerini yıkamalı ve kişisel koruyucu ekipman kullanmalıdır (Çağlar ve Oskay 2020). Ayrıca süt pompasının sağma öncesi ve sonrasında uygun şartlarla dezenfekte edilmesi gereklidir (Bülbül et al. 2020).

Pandemi sürecinin getirdiği yeni yaşam koşullarının sağlığın devam etmesi açısından oldukça önemli bir noktada olduğu hiç kuşkusuz görülmektedir. Benzer şekilde yaşama ilk başlangıç olan doğum eyleminin üst düzeyde sağlıklı gerçekleşmesi istendik bir durumdur. Bu süreçte anne ve yenidoğanın sağlığının devam etmesi açısından önemli bir diğer nokta sağlık çalışanlarının da sağlığının devam etmesidir.

Ebeler bu süreçte kişisel önlemler olarak kendi sağlıklarını da korumalıdır.

TRAVAY SÜRECİNDE EBE VE DOĞUMA EŞLİK EDEN SAĞLIK PERSONELİNİN KORUNMASINA YÖNELİK EBELİK UYGULAMALARI

COVID-19 enfeksiyonu için genel popülasyondan çok daha yüksek risk altında olan kişiler şüphesiz birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personelleridir (Khan et al. 2020; Palatnik and Mcintosh 2020). Nitekim küresel olarak COVID-19 binlerce sağlık çalışanına bulaşmıştır ve bulaşmaya devam etmektedir (Palatnik and Mcintosh 2020). Bu sağlık profesyonellerinin bir grubunda kadınlara yaşamın en özel dönemlerinden biri olan doğum sürecinde hizmet sunan ebelerdir.

Doğum eylemi süreci durdurulamaz ve ertelenemez özelliğe sahiptir. Gebe COVID-19 tanısı almış olsa bile doğum eyleminin gerçekleşmesi gerekmektedir. Bu süreçte bakım verecek ebelerin gerekli tüm önlemleri alması hem anne ve yenidoğan hemde kendi sağlığı açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle sağlık kuruluşları, COVID-19'un önlenmesi ve kontrolü konusundaki farkındalığı sürekli geliştirmek için sağlık personellerine; kademeli, aşamalı, kapsamlı ve sürekli eğitim vermesi gerekmektedir (Qi et al. 2020).

Gebeye bakım veren ebe ve sağlık personellerinin doğumun birinci evresi ve doğum eylemi sırasında (ikinci ve üçüncü evre), birden fazla vücut sıvısı türüne (ter, solunum damlacıkları / aerosoller, amniyotik sıvı, kan, idrar ve dışkı) maruz kalabilir ve gebe ile yakın fiziksel temas halindedir (Boelig et al. 2020). Bu durumlar nedeniyle vajinal doğum sırasında bulaşma riskinin artması doğuma katılan ebe ve sağlık personelleri için endişe kaynağı haline gelmektedir (Palatnik and Mcintosh 2020). Bu nedenle ebe ve diğer sağlık personelinin hem birlikte çalıştığı ekip arkadaşlarını hem de bakım verdiği gebeleri korumak adına, ilk yapması gereken uygulamalardan biri kendinde COVID-19 semptomlarını takip etmesidir (Saiman et al. 2020).

Pandemide gereksiz obstetrik müdahale olmaksızın vajinal yolla doğum önerilmektedir (Qi et al. 2020). Doğum eylemi sürecinde beraber çalışan gebe, ebe ve sağlık personeli doğumun doğası nedeniyle yakın temas halinde oldukları için birbirlerine enfeksiyon bulaştırma riski ile karşılaşabilirler. Bu nedenle travayda ve

doğum sırasında odada bulunacak ebe ve sağlık personeli sayısı mümkün olduğunca azaltılmalı, ayrıca şüpheli veya enfekte gebelere bakım vermek için oluşturulan özel ekipler rotasyona tabii tutulmalıdır (Ashokka et al. 2020; Boelig et al.2020; Sağlık Bakanlığı, 2020).

Covid 19' dan korunmaya yönelik en temel öneriler; maske kullanımı, sosyal mesafe, kişisel hijyen ve el yıkamadır. Doğum eylemi sürecinde bulunan ebe ve sağlık personellerinin dikkat etmesi gereken ilk önlem kişisel koruyucu ekipman kullanımınıdır. Obstetride, kişisel koruyucu ekipman kullanımına ilişkin yönergeler tartışmalıdır ve kurumlara göre farklılık gösterebilir (Palatnik and Mcintosh 2020). Asemptomatik ya da COVID-19 şüphesi olmayan gebeye doğum eyleminin ikinci evresinde standart bir cerrahi maske takılması önerilir (Palatnik and Mcintosh 2020). Ancak gebe COVID-19 tanısı almış ise N95 maskesinin kullanılması önerilmektedir (Palatnik and Mcintosh 2020).

Young ve arkadaşları (2020) çalışmalarında COVID-19 virüsünün dışkı ve kanda da tespit edildiğini ancak idrarda tespit edilmediğini belirtmişlerdir (Young et al. 2020). Bu bilgi nedeniyle doğumun ikinci evresinde bir gebenin perinede bulunan dışkısını temizlemek durumunda kalan ebe ve doğuma katılan sağlık personelleri için özellikle önemlidir. Dışkı ile artan maruziyet söz konusu olduğu düşünülünce kişisel koruyucu ekipman ihtiyacı daha da önem kazanmaktadır (Palatnik and Mcintosh 2020).

Kişisel koruyucu ekipman kullanımı sağlık çalışanlarını korumak için kritik bir adım olsa da tek başına uygulanması yeterli olmayabilir (Jamieson et al. 2020). Korumayı arttırmak adına alınacak diğer bir önlem de kişisel hijyen ve el yıkamadır. Ebeler tüm muayene ve bakımları elleri ile vermektedirler. Bu nedenle de doğum servislerinde ve doğumhanede çalışan ebelerin el hijyenine dikkat etmesi en önemli noktalardan biridir. Ebeler ellerini hijyen kurallarına uygun olarak en az 20 saniye su ve sabunla yıkaması gerekmektedir (Çağlar ve Oskay 2020). Ebeler ellerini gebe muayenesinden önce, muayene sonrasında, kontamine yüzeylere ve malzemelere dokunduktan sonra yıkamalıdır.

Doğum eyleminde teması azaltmak için servikal muayenelerin sayısı olabildiğince sınırlandırılabilir. Bu yaklaşımla ebevirüs ile maruz kalma riski azaltılabilir (Boelig et al. 2020). Doğumun ikinci evresinde gebesinin sık nefes alıp vermesi, öksürme, bağırma ve kusma

gibi davranışları ile sağlık ekibini riske atmaktadır (Palatnik and Mcintosh 2020). Ortama aşırı aerosol yayılımının önlenmesi amacıyla aktif doğum eylemi süresi mümkün olan en kısa sürede tamamlanmaya çalışılmalıdır (Sağlık Bakanlığı 2020a). Bulaş riskini azaltmak için herhangi bir risk durumu yoksa travayda ve doğum eylemi sürecinde, zamanı yönetebilmek için doğumun indüksiyonu ve amniotomi uygulanabilir (Boelig et al. 2020). Doğum eylemi sırasında epizyotomi, fundal bası ve vakum/forseps gibi yaklaşımlar tercih edilebilir (Boelig et al., 2020; Qi et al. 2020; Sağlık Bakanlığı 2020a). Ayrıca bu süreçte gebenin maskesi mutlaka takılı olmalı ve göğüs hizasından itibaren şeffaf bir örtü örtülerek doğrudan temas durumu önlenmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Doğum sonrası atlanmaması gereken nokta ise doğum odasının temizliğidir. Anne izole odasına alındıktan sonra rutin temizlik yapılması gerekmektedir. İzolasyon doğum odasındaki ve negatif basınçlı doğum odasındaki ekipmanın (obstetrik masa, ultrason makinesi ve yenidoğan sıcak yatağı dahil) yüzeylerinin, tercihen 1000 mg/L klor içeren dezenfektan ile silinmesi ve dezenfekte edilmesi gerekir. Korozyona dirençli olmayan aletler için % 75 etanol kullanılabilir (Qi et al. 2020). Doğum sonrası hem sağlık personeli hem de diğer hastaları korumak adına tıbbi atıkların imhası oldukça önemlidir. Bunun içinde doğum eylemine katılan tüm ebe ve sağlık personelleri kişisel koruyucu ekipmanları uygun bir şekilde çıkarmalı ve kullanılmış ekipmanları ve diğer giysileri hastane politikasına göre uygun şekilde atmalıdırlar (Sharma et al. 2020). Bu işlem için uygun olan yaklaşım ise; tıbbi personel tarafından kullanılan koruyucu malzemeler ve tüm hasta atıkları, çift katmanlı mühürleme, açık etiketleme ve hava geçirmez taşıma gerektiren bulaşıcı tıbbi atık olarak kabul edilmesidir (Qi et al. 2020).

SONUÇ VE ÖNERİLER

COVID-19 bulaşıcılığı yüksek olan ciddi hastalık ve ölüme sonuçlanabilen bir enfeksiyondur. Enfeksiyonun gebe ve yenidoğana etkileri henüz net değildir. Bu nedenle gebelerin ve yenidoğanların korunması önemlidir. Pandemi nedeniyle tüm klinik izlem, muayene ve takipler ertelenebilmiştir. Ancak gebelik zamanı geldiğinde doğum ile sonlanmalıdır ve bu durum geciktirilemez.

Doğum eylemi sürecinde hem anne ve yenidoğan hem de sağlık personellerinin korunması için çeşitli önlemler alınmalıdır. Bu önlemler;

Gebeye yönelik;

- Doğum için başvuran her gebeye COVID-19'un tanınmasına yönelik test yapılması,
- Gebenin COVID-19 enfeksiyonuna yönelik risk sınıflandırılmasının sağlanması için triyaj yapılması, risk durumuna uygun odaya yerleştirilmesi.
- Gebenin risk durumuna uygun kişisel koruyucu ekipman kullanımının sağlanması,
- Düşük riskli gebelerin doğum eylemi sürecine COVID-19 temas durumu olmayan ve semptom göstermeyen bir refakatçinin katılmasına izin verilmesi,
- Doğum eylemi sürecini kısaltmaya yönelik indüksiyon yöntemleri, fundal bası ve vakum/forseps kullanılması,
- Doğum sonrası tek kişilik odalarda takibin sürdürülmesidir.

Yenidoğana yönelik;

- Dikey geçişi düşündüren bir bulgu olmadığı (Aydın ve Aktaş, 2021; Derya ve ark., 2021) ve vajinal sekresyonlarda virüs bulunmadığı için vajinal doğum denenmelidir,
- Doğum eyleminde gecikmiş kordon klemplenmesinin terkedilmesi ve ten tene temasın yapılmaması,
- Amniyotik mayi ve vajinal sekresyonlarda virüsün bulunmadığı için ve yenidoğana banyo yaptırmamanın faydaları göz önüne alındığında ilk banyonun ertelenmesi,
- Doğum sonrası annenin enfekte ya da şüpheli değilse yenidoğanla aynı odada kalması, kişisel koruyucu ekipmanlar kullanarak bebeğine bakım verebileceği,

KAYNAKLAR

Allotey J et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)* 2020;370: m3320.

Ashokka B et al. Care of the Pregnant Woman with Coronavirus Disease 2019 in Labor and Delivery: Anesthesia, Emergency Cesarean Delivery, Differential Diagnosis in the Acutely Ill Parturient, Care of the Newborn, and Protection of the Healthcare Personnel. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2020; 223(1):66-74.e3.

Aydın Doğan R. COVID-19 Pandemisinde; Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Dönemde Kadınların Sosyal Destek Gereksinimi ve Ebelik Yaklaşımları. *Turkish Studies* 2020;15(4):679-90.

- COVID-19 şüpheli veya enfekte annenin yenidoğandan en az 2 hafta süreyle ayrı kalması,
- Emzirmenin devam etmesi
- Eğer anne emziremiyorsa, anne sütü sağılarak COVID-19 ile enfekte olmayan biri tarafından yenidoğanın beslenmesi sağlanmalıdır.

Sağlık Personellerine Yönelik;

- Sağlık kuruluşlarının, COVID-19'un önlenmesi ve kontrolü için sağlık personellerine eğitim vermesi,
- Ebe ve diğer sağlık personellerinin kendilerinde COVID-19 semptomlarını takip etmesi,
- Gereksiz obstetrik müdahalelerden kaçınılması,
- Doğum sırasında odada bulunacak ebe ve sağlık personeli sayısının mümkün olduğunca azaltılması,
- Sağlık personelinin el hijyenine ve bakım verdiği gebenin risk durumuna uygun kişisel koruyucu ekipman kullanımına özen göstermesi,
- Doğum sonrası doğum odasındaki ekipmanın ve yüzeylerin uygun antiseptik solüsyonlar ile temizlenmesidir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Makalenin yazarları arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

YAZAR KATKILARI

MŞA, AK.: Fikir, Tasarım, Analiz, Kaynak Taraması, Makalenin Yazımı, Eleştirel İnceleme. **ZYE:** Fikir, Tasarım, Danışmanlık, Analiz, Makalenin Yazımı, Eleştirel İnceleme.

Aydın R ve Aktaş S. An investigation of women's pregnancy experiences during the covid-19 pandemic: A qualitative study. *International Journal of Clinical Practice* 2021; e14418.

Başgöl Ş ve Kızılkaya Beji N. Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Sık Yapılan Uygulamalar ve Kanıta Dayalı Yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015a;5(2):32-9.

Başgöl Ş ve Kızılkaya Beji N. Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresinde Sık Yapılan Uygulamalar ve Kanıta Dayalı Yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015b; 5(3):66-71.

Boelig R et al. Obstetric protocols in the setting of a pandemic. *Seminars in Perinatology* 2020;44(6): 151-295.

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC)**, Coronavirus Disease, (COVID-19): Pregnancy, Breastfeeding, and Caring for Newborns. 2020a; (Erişim tarihi: 03.01.2021) <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnancy-breastfeeding.html>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC)**, Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Ealthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. 2020b. (Erişim tarihi: 04.01.2020) <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>
- Çağlar M ve Oskay ÜY.** COVID-19 Pandemisi Sürecinde Gebelik ve Doğum Yönetimi Pregnancy and Birth Management in COVID-19 Pandemic Process. Health Sciences Journal of Nursing 2020;2(2):99-104.
- Cucinotta D and Vanelli M.** WHO declares COVID-19 a pandemic. Acta Biomedica 2020;91(1):157–60. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>
- Dang D et al.** Potential effects of SARS-CoV-2 infection during pregnancy on fetuses and newborns are worthy of attention. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research 2020;46(10):1951–7. <https://doi.org/10.1111/jog.14406>
- Dashraath P et al.** Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2020;222(6): 521–31. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.03.021>
- Delahoy MJ et al.** Characteristics and Maternal and Birth Outcomes of Hospitalized Pregnant Women with Laboratory-Confirmed COVID-19-COVID-NET, 13 States. MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report 2020;69(38): 1347–54.
- Derya YA ve ark.** Pregnancy and birth planning during COVID-19: the effects of tele-education offered to pregnant women on prenatal distress and pregnancy-related anxiety. *Midwifery* 2021;92, 102877.
- Di Mascio D et al.** Outcome of coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM 2020;2(2):100-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100107>
- Dumitrascu M et al.** Delivery and breastfeeding in pregnant patients with COVID-19 (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine* 2021;21(3): 1–9. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.9709>
- Salvatore CM et al.** Neonatal management and outcomes during the COVID-19 pandemic: an observation cohort study. *The Lancet Child & Adolescent Health* 2020;4(10): 721-7.
- Shahbazi Sighaldehy S and Ebrahimi Kalan M.** Care of newborns born to mothers with COVID-19 infection; a review of existing evidence. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 2020; 0(0): 1–13. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1777969>
- Sharma JB et al.** Recommendations for prenatal, intrapartum, and postpartum care during COVID-19 pandemic in India. *American Journal of Reproductive Immunology* 2020; 84(5):1–12. <https://doi.org/10.1111/aji.13336>
- T.C. Sağlık Bakanlığı.** Solunum Sistemi Hastalıklarının Yaygın Olduğu Dönemde Sağlık Kuruluşlarında Gebe Takibi 2020a. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı.** COVID-19 Nedir? 2020b; <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66300/covid-19-nedir-.html>. (Erişim Tarihi: 27.02.2021).
- WHO Director** – General’s Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19-11 March 2020; <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>. (Erişim tarihi: 27.02.2021).
- WHO.** Coronavirus (COVID-19) events as they happen 2020; <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen> (Erişim tarihi: 27/02/2021)
- Yang H et al.** Novel coronavirus infection and pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2020;55(4):435-7. <https://doi.org/10.1002/uog.22006>
- Young BE et al.** Epidemiologic Features and Clinical Course of Patients Infected with SARS-CoV-2 in Singapore. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 2020;323(15): 1488-94. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3204>
- Zaigham M and Andersson O.** Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: A systematic review of 108 pregnancies. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2020;99(7):823–9. <https://doi.org/10.1111/aogs.13867>

EXTENDED ABSTRACT

Coronavirus (COVID-19) was first seen in Wuhan in December 2019, started to spread rapidly all over the world and was declared by the World Health Organization as a pandemic disease and a global public health emergency on March 11, 2020. COVID-19 causes severe lung disease and serious illnesses such as pneumonia, and can also result in death. The effect of the COVID-19 virus on pregnant women and newborns has not been fully proven due to the fact that it is a new condition and the studies are limited.

While there are opinions about the transmission of COVID-1 from person to person at close range, it is a situation where research is needed and it is difficult to provide ideas on the issue of transition from a pregnant to fetus. Therefore, considering the maternal and fetal health problems that may occur due to the COVID-19 virus, protection from the virus has gained an important dimension. Risk assessment, especially from the moment the pregnant woman applies to the hospital for delivery, ensures a healthy management of the labor process and a safer result in terms of maternal, fetal and healthcare workers.

There are measures to be taken to protect the mother, newborn and healthcare personnel from the first application for birth to the end of labor in order to ensure a safe labor. These precautions should be started by screening for COVID-19 without applying to the pregnant hospital in planned deliveries. In order to reduce the risk of transmission of the COVID-19 virus, it is recommended to isolate the pregnant woman who comes to labor. In order to provide protection in the later period, attention should be paid to protocols such as providing triage, labor unit protocols, providing personal protective equipment at birth, and managing birth and postpartum period with protective measures. When the pregnant woman comes to the hospital for labor, it should be questioned whether she has symptoms related to COVID during triage and whether she has contact with a positive individual. If the country's resources are sufficient, it is recommended to test every pregnant woman who comes to the birth, considering the high number of asymptomatic positive cases. If the condition of the pregnant woman is suspicious, it should be isolated until the test is concluded, and both healthcare personnel and pregnant personal protective equipment should be used.

Pregnant women attending the maternity ward should be classified as low, intermediate, or high risk for COVID-19 infection. According to this classification, when the pregnant woman applies to the hospital, her fever should be questioned, if she does not have fever or has a fever but no respiratory problem, it should be considered as low risk. If the pregnant woman has both fever and respiratory problems, it should be evaluated in the medium-risk group. If the pregnant woman with fever and respiratory problems has traveled to a foreign country reporting local transmission within 14 days prior to the onset of symptoms, has close contact with a suspected or confirmed COVID-19 patient, or has been diagnosed with COVID-19, it should be considered high risk. The use of personal protective equipment recommended according to the risk group should be used by both pregnant and healthcare professionals.

A person may be allowed to participate in labor, using the necessary protective equipment to support the pregnant woman. However, there are points to be considered here. The first of these is the risk status of the pregnant woman. If the pregnant woman has medium or high risk, it should not be taken near the birth. Another is that if the person who will participate in the labor process has a contact history, symptoms or fever, it should not be included in the labor process and it should be separated from the unit.

If the pregnant woman is diagnosed with COVID-19 or is at high risk, it should be followed up in isolated negative pressure rooms. Oxytocin, vacuum, and fundal pressure can be used to shorten the labor process. Due to the high aerosolization in labor, midwives and other healthcare professionals both pregnant and participating in delivery should use N-95 masks.

Since there is no study showing that the risk of transmission to the newborn with vaginal delivery is increased and there is no virus in the vaginal secretions, it is recommended that normal vaginal delivery can be performed. There is no evidence to suggest vertical transfer in pregnancy to a newborn. However, transmission may occur after labor. Therefore, it is recommended that amniotomy can be performed to accelerate labor, abandoning delayed cord clamping and avoiding skin-to-skin contact. There are studies showing that the virus is not found in amniotic fluid and vaginal secretions. For this reason, the first bath should be postponed due to the benefits of not bathing the newborn. The most important measure to be taken to protect the newborn is social distance and personal protective

equipment. Since COVID-19 has not been detected from breast milk, it is safe to breastfeed by paying attention to hygiene rules.

For protection from the epidemic in labor; Measures such as reducing the number of health personnel as much as possible, paying attention to hand washing and personal hygiene, using appropriate personal protective equipment, following the symptoms of COVID-19 by health personnel, and reducing the frequency of cervical examination should be taken.


The frequency of pregnancy follow-up and follow-up has been reduced or postponed due to the pandemic. However, when the time of pregnancy comes, it should end with birth and this situation cannot be delayed. Pregnant women who come to the hospital for labor may be asymptomatic, positive, or contact for COVID-19. At the same time, the virus can be found in the midwives and health personnel who will care for the pregnant woman. For this reason, it is important that midwives fulfill their responsibilities for virus protection and protection during this long and difficult labor.

BİR OLGU NEDENİYLE SEZARYEN SKARI GEBELİKLER: OLGU SUNUMU


CAESAREAN SCAR PREGNANCIES DUE TO A CASE: A CASE REPORT

Ceylan CESUR USAL*, Ali Rıza ODABAŞI**, Keziban AMANAK***


*Yüksek Lisans Öğr. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın/Türkiye.

 0000-0003-1724-3845

**Prof. Dr. Ali Rıza ODABAŞI Özel Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Aydın/Türkiye.

 0000-0002-4833-7396

***Dr. Öğr. Üyesi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Aydın/Türkiye.

 0000-0001-8824-084X

Yazısma Adresi:

Keziban Amanak,

e-posta: keziban.amanak@adu.edu.tr

Gönderim Tarihi: 17 Temmuz 2020

Kabul Tarihi : 28 Aralık 2020

ÖZ

Sezaryen skar gebeliği ektopik gebeliğin nadir bir formu olup, son yıllarda sezaryen oranlarındaki artışa bağlı olarak sıklığı artmaktadır. Sezaryen skar gebeliği, uterin rüptür ve aşırı kan kaybı ile yaşamı tehdit eden komplikasyonlara yol açabilir. Semptomatik hastalarda klinik görünümü oldukça geniş olan bu durumun erken tanı ve tedavisi önemlidir. Tanıda asıl olarak transvajinal ultrasonografi olmak üzere çeşitli görüntüleme teknikleri kullanılır. Uterin kavitenin boş olması ve gestasyonel kesenin anterior istmik miyometrial alanda olduğunun görülmesi sonografik tanı kriterleridir. Medikal ve cerrahi tedavi seçenekleri yanı sıra bekleme-izleme yaklaşımı da başka bir seçenektir. Medikal tedavide, gebelik kesesi içine ve/veya sistemik metotreksat ve lokal potasyum klorid uygulaması; cerrahi tedavide uterin arter embolizasyonu, dilatasyon küretaj, histeroskopik girişim, gestasyonel kesenin kama şeklinde rezeksiyonu (histerotomi) ve histerektomi tercih edilebilir. Makalede, literatür taranarak, lokal ve sistemik metotreksat tedavisi sonrası spontan rezorbe olan olgu sunuldu. Herhangi bir uterin cerrahi geçirmiş bir anne adayının gebeliğinde, sezaryen skar gebeliği açısından erken ve doğru tanı konması kadının yaşamı ve fertilizasyonun korunması açısından oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik; sezaryen; sezaryen skar gebeliği.

ABSTRACT

Cesarean scar pregnancy is a rare form of ectopic pregnancy, and its frequency has increased in recent years due to an increase in cesarean rates. Cesarean scar pregnancy can lead to life-threatening complications with uterine rupture and excessive blood loss. Early diagnosis and treatment of this condition is important in symptomatic patients. Various imaging techniques, mainly transvaginal ultrasonography, are used in the diagnosis. Embryos of the uterine cavity and the presence of anterior isthmic myometrial area of the gestational sac are the diagnostic criteria for sonographic diagnosis. Medical and surgical treatment options as well as the monitor - and - wait approach is another option. In medical treatment, administration of systemic methotrexate and local potassium chloride into the gestational sac; In surgical treatment, uterine artery embolization, dilatation curettage, hysteroscopic intervention, wedge resection of the gestational sac (hysterotomy) and hysterectomy may be preferred. In this article, we present a case of spontaneous resorption of the patient after local and systemic methotrexate treatment. An early and accurate diagnosis of cesarean scar pregnancy is very important in the pregnancy of a prospective mother who has undergone any uterine surgery in terms of protecting the life and fertilization of women.

Keywords: Cesarean; cesarean scar pregnancy; pregnancy.

Atf için (How to cite): Cesur Usal C, Odabaşı AR, Amanak K. Bir Olgu Nedeniyle Sezaryen Skarı Gebelikler: Olgu Sunumu. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;4(2):189-194.

GİRİŞ

Sezaryen skar gebeliği (SSG) gestasyonel kesenin histerotomi skarına implantasyonu ile oluşan nadir bir ektopik gebelik şeklidir (Rotas et al. 2006; Annappa ve et al 2009). SSG insidansının tüm sezaryen doğumların 1/1008'i ile 1/2500'ü arasında olduğu bildirilmektedir (Jurkovic et al. 2003; Jurkovic et al. 2003). Olguların %72'si ikiden fazla sezaryen doğumu olan kadınlarda görülmektedir (Ash et al. 2007;

Timor et al. 2017). Son yıllarda giderek artan sezaryen oranlarına bağlı olarak insidansı da artmaktadır. Altta yatan asıl patoloji halen tam olarak bilinmemektedir ancak blastosistin alt uterin segmentte, kama şeklindeki miyometrial defekt içinde fibröz skar dokusu üzerine implantasyonu sonucu olduğuna inanılmaktadır. SSG, plasenta previa veya akreata, uterin rüptür ve hemoraji gibi komplikasyonlarla maternal

morbidite ve mortaliteye yol açabilir. Bu nedenle doğru tedavi için erken tanı hayati öneme sahiptir. SSG'nin tanısında bir dizi sonografik kriter tanımlanmış olmasına karşın hala tanısal zorluklar vardır (Vial et al. 2000; Jurkovic et al. 2003; Timor and Monteagudo 2012). Dahası erken tanı ve tedavi yaşamsal öneme sahip olmasına karşın optimal tedavi yaklaşımı hala tam olarak belirlenmemiştir. Bu makalede literatür taranarak metotreksat (MTX) ile tedavi edilen bir SSG olgusu sunuldu.

OLGU

Olgumuzun sunumu için Helsinki Deklarasyonu Prensiplerine uyulmuş ve obstetrik anamneziyle birlikte USG görüntülerinin kullanılması için hastadan gönüllü onam alınmıştır. Kırk yaşındaki olgunun obstetrik anamnezinden G5 P3 Y3 D&C1 olduğu ve ilk iki doğumunu normal vajinal yolla, son doğumunu sezaryen ile gerçekleştirdiği öğrenildi. Geçmişte ve halen prezervatif ve geri çekme yöntemiyle korunduğunu söyleyen hastanın bir yıl önce yaklaşık 7-8 haftalık gebeliği elektif yasal tahliye ile yine tarafımızca sonlandırılmıştı. Son adet tarihi 12.05.2018 olan ve düzenli adet gören olgunun 30 günlük adet gecikmesinin ardından yapılan β -HCG'nin pozitif olması nedeni ile gebeliğinin sonlandırılması istemiyle muayenehaneye başvurdu. Transvajinal ultrasonografisinde (TVUSG), gebelik kesesinin endometrial kavite içinde beklenen yerinde olmadığı, sezaryen skarına çok yakın bir lokalizasyonda bulunduğu ve gebelik kesesinin hemen üzerindeki miyometrial alanın oldukça ince olduğu görüldü. Gebelik kesesi 21.84 mm, fetal oluşum 7.57 mm ölçüldü ve son adet tarihi ile uyumlu 6 hafta 5 günlük gebelik tespit edildi (Şekil 1). Fötal kalp atımı izlenemedi. Gebelik kesesi ile uterin seroza arasında kalan miyometrial kalınlığın 3.22 mm. olduğu, gebelik kesesinin eski sezaryen skarının üzerinde olduğu saptandı (Şekil 2).

Hasta sezaryen skar gebeliği ve komplikasyonları hakkında bilgilendirildi. Tedavi seçenekleri anlatıldı ve muayenehane koşullarında tedavi edilmesinin uygun olmaması nedeniyle üçüncül bir sağlık merkezine yönlendirildi. Süreç içinde üçüncül sağlık merkezinde kese içine MTX enjeksiyonu ve ardından sistemik MTX (S-MTX) tedavisiyle gebeliğin cerrahi bir işleme gerek kalmaksızın kendiliğinden rezorbe olduğu bilgisine ulaşıldı.



Şekil 1. Transvajinal ultrasonografide gebelik tespit bulguları

TARTIŞMA

Geçirilmiş sezaryen ya da uterin cerrahi öyküsü olan ve gebelik testi pozitif bir kadında, dış gebeliğin nadir bir formu olan SSG olabileceği unutulmamalıdır. Ultrasonografik tanı kriterleri, boş uterin kavite ve servikal kanal, gebelik kesesinin anterior uterin duvarda istmik bölgede olduğunun tespit edilmesi, mesane ile gebelik kesesi arasında sağlıklı miyometrial dokunun olmaması ve doppler ultrasonografide gebelik kesesi çevresinde vasküler akım saptanması şeklinde belirlenmiştir (Tan et al. 2005; Fadhlaoui et al. 2012). Tanı kriterlerinin iyi tanımlanmış olmasına karşın SSG hala sıklıkla tanıda atlanan bir durumdur (Timor et al. 2016). Vakaların çoğu ilk trimesterde saptanmaktadır (Rotas et al. 2006). Ancak 7. gebelik haftasından önce gebelik kesesi, içine implante olduğu girintinin şeklini andırır. Gebelik 7. haftadan sonraya devam ederse, kese uterin kaviteye doğru yönelir ve görünümünü değiştirerek intrakaviter, normal yerleşimli bir gebelik şeklini alır. Bu durumun tanının zorlaşmasına veya atlanmasına yol açabileceği unutulmamalıdır (Cali et al. 2013; D'Antonio et al. 2016). Literatür bilgisine paralel olarak son doğumu sezaryen olan olgumuzun gebelik testinin pozitif olmasıyla akla getirilen SSG tanı kriterleri, ultrasonografik olarak ta belirlenmiştir. SSG'deki yüksek morbidite ve mortalite olasılığı dikkate alınarak, bu tür olguların muayenehane veya özel hastane koşullarında doğru ve uygun bir şekilde tedavi ve izleminin yapılamayacağı düşüncesiyle olgu, üçüncül bir sağlık merkezine yönlendirilmiştir.



Şekil 2. Transvajinal ultrasonografide skar gebelik tespit bulguları

SSG'nin erken ve doğru tanı konmamasında muhtemelen ilk ve en büyük etken nadir görülmesinden dolayı akla getirilmemesidir. İkincil olası neden de transvajinal ultrasonografi yerine trans abdominal yaklaşımın tercih edilmesi olabilir. Tanıdaki zorluklar yanı sıra tedavide de henüz bir standart belirlenmemiştir. Tedavi seçenekleri arasında; herhangi bir girişimde bulunmadan sadece bekleme-izleme yaklaşımı, D&C, histeroskopik girişimler, lokal ve/veya sistemik MTX uygulaması, uterin arter embolizasyonu, kısmi ya da parsiyel rezeksiyon (histeretomi) ve histerektomi tedavi seçenekleri arasındadır. Bu tedaviler tek tek uygulanabileceği gibi, kombine edilerek de kullanılabilirdiği belirtilmektedir (Giampaolino et al. 2018). Çok nadir görülmesi nedeniyle literatürde ulaşılabilen olgu sayısı oldukça sınırlıdır (Demirtaş ve ark. 2015; Fuch et al. 2015; Gözdemir ve ark. 2015; Karakuş ve ark. 2014; Turgut ve ark. 2015; Usta ve ark. 2017).

Literatürde en büyük olgu sayılarına sahip 3 makale dikkat çekmektedir (Cali et al. 2013; Pektaş ve ark. 2016; Giampaolino et al. 2018). Giampaolino et al. (2018)'nin morbiditeyi azaltmak, fertilitiyi korumak ve olası komplikasyonları ön görebilmek hedefiyle 751 SSG olgusunun analiz edildiği araştırmasında, 45 olguya uygulanan 5 farklı tedavinin sonuçları karşılaştırılmıştır. Bekleme-izleme yaklaşımı, operatif histereskopi, 50 mg. intramusküler MTX tedavisi ardından USG kontrolü altında servikal dilatasyon ve Karman vakum küretaj, uterin arter embolizasyonu (UAE) ve ardından USG kontrolü altında Karman vakum küretaj ve son olarak laparotomik cerrahi rezeksiyon öncesi UAE sonuçları karşılaştırılmıştır. Çalışmada komplikasyonların en sık 3 ve daha fazla sezaryen geçiren kadınlarda ve gebelik kesesi üzerindeki

miyometrial alanın 2 mm'den daha ince olan olgularda görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca araştırmada en etkin tedavi yöntemi erken gebelik haftalarında MTX ardından D&C iken, erken-geç tüm gebelik haftalarında en yüksek komplikasyon riskinin UAE ve D&C olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın sonucunda komplikasyonları azaltmanın temel yolunun erken-doğru tanı ile yüksek risk taşıyan hastaların ve konzervatif tedaviye uygun hastaların ivedilikle belirlenmesi olduğu görülmüştür (Giampaolino et al. 2018).

Cali et al. (2018)'nin araştırmasında; SSG olan ve bekleme-izleme yaklaşımı ile izlenen 69 olgu, tanı konduğunda fetal kalp atımlarının (FKA) olup olmadığına göre ayrıldıktan sonra, bazı ölçütlere göre değerlendirmeye alınmıştır. Bu ölçütler; ilk trimesterde şiddetli vajinal kanama, tedavi gerektiren klinik semptomlar (abdominal ağrı, vajinal kanama), komplike olmayan gebelik kaybı (düşük), girişim gerektiren komplike gebelik kaybı (düşük), birinci veya ikinci trimester uterin rüptür veya histerektomi, üçüncü trimesterde kanama, uterin rüptür veya histerektomi, maternal ölüm, plasenta insersiyon anormallik (PİA) sıklığı, plasenta percreta prevalansı, muhtemel plasental insersiyon anormalliklerin ultrason bulguları ve canlı doğumdur. Çalışmada 52 olguda FKA pozitif iken, 17 olguda FKA negatif olarak bildirilmiştir. FKA'nın pozitif olduğu 52 olgunun %13'ünde komplike olmayan gebelik kaybı yaşanırken, %20'sinde tıbbi girişim gerekmiş, %9.9'unda birinci veya ikinci trimesterde uterin rüptür gözlenirken, olguların sadece %15.2'sinde histerektomi uygulanmıştır. Çalışmada 40 olgu (%76.9)'nun üçüncü trimestere ulaştığı, %39.2'sinde şiddetli vajinal kanama görüldüğü, %74.8'inde doğum sırasında cerrahi veya patolojik PİA saptandığı bildirilmiştir. Ayrıca araştırmada yaklaşık 2/3 olguda (%69.7) placenta percreta görüldüğü, buna karşılık FKA negatif olan 17 olgunun %69.1'inde komplike olmayan gebelik kaybı (düşük) görülürken, düşük sırasında veya hemen sonrasında cerrahi ya da medikal girişim gerektiren olgu oranı %30.9 bulunduğu görülmektedir. Bu bulgulara ek olarak çalışmada olguların %13.4'ünde ilk trimesterde uterin rüptür geliştiği ancak hiçbir olguda histerektomi gerekmediği bildirilmiştir. 69 olgudan oluşan bu değerlendirmede, bekleme izleme-yaklaşımı ile izlenmeye karar verilen olgularda, SSG tanısı sırasında fetal kalp atımının pozitif ya da negatif olma durumuna

göre komplikasyonların görülme insidanslarında değişiklik gösterdiği belirtilmektedir. Pozitif olduğu durumlarda araştırmada; şiddetli kanama, erken dönemde uterin rüptür, histerektomi ve PIA dahil olmak üzere maternal morbiditenin yüksek olduğu komplikasyonlarla karşılaşıldığına ve daha az sayıda olgunun üçüncü trimestere ulaştığına; FKA'nın negatif olduğu durumlarda ise daha az oranda komplikasyon saptandığına dikkat çekilmiştir (Cali et al. 2013).

Literatürdeki 3. büyük olgu serisi, olgu sunumu, olgu serileri ve araştırma verilerinden oluşmuş sistematik bir derlemedir. Farklı primer tedavi modalitelerinin etkinlik ve güvenilirliklerinin değerlendirildiği 274 makale içermektedir. Primer tedavi başarı oranları S-MTX için %8.7, UAE %18.3, histeroskopi için %39.1, D&C için %61.6 ve histerotomi için %92.1 olarak bildirilmiştir. Histerektomi oranları ise sırasıyla %3.6, %1.1, %0, %7.3 ve %1.7 bulunmuştur. Bir sonraki gebeliğin terme ulaşabilme oranı en yüksek histerotomi yapıldığı olgularda saptanmıştır. Histeroskopik girişim ve laparoskopik histerotominin, primer tedavide güvenli ve etkin yöntemler olduğu sonucuna varılan bu analizde, UAE'nin şiddetli kanama ve/veya arteriovenöz malformasyon kuşkusunun yüksek olduğu olgulara saklanması gerektiği düşünülmektedir. S-MTX'in ve D&C'nin, komplikasyon ve histerektomi oranlarının yüksek olması nedeniyle birinci basamak tedavide yeri olmadığı ileri sürülmektedir (Pektaş ve ark. 2016).

Görüldüğü üzere literatürde olgu sayıları görece yüksek araştırmalarda, SSG'nin en etkin ve en az komplikasyona yol açan tedavi şekli hakkında ortak bir görüş bulunmamaktadır. Giampaolino ve arkadaşlarına göre en etkin tedavi yöntemi S-MTX iken tam tersine, Taiwan ve arkadaşlarına göre en yüksek komplikasyon oranı S-MTX tedavisi ile dir. Buna karşılık tanı konduğunda, fetal kalp atımının pozitif olması durumunda şiddetli kanama, erken dönemde uterin rüptür, histerektomi ve PIA dahil olmak üzere maternal morbidite yüksektir. Bir sonraki gebeliğin terme ulaşabilme oranı en yüksek histerotomi yaklaşımında olduğu ileri sürülmektedir.

Olgumuz, fetal kalp atımlarının olmaması ve başvuru amacının gebeliğininin sonlandırılması olduğu için, gebelik, kese içine L-MTX enjeksiyonu ve ardından S-MTX tedavisiyle spontan sonlanmıştır.

SONUÇ

Herhangi bir uterin cerrahi geçirmiş bir anne adayının gebeliğinde, sezaryen skar gebeliği açısından erken ve doğru tanı konması kadının yaşamı ve fertilizasyonun korunması açısından oldukça önemlidir. Sezaryen sıklığı bugünkü yüksek düzeylerinde kaldığı sürece, batın içi yapışıklıklar, plasenta implantasyon anomalileri ve sezaryen skar gebeliği gibi ciddi komplikasyonlarla daha sık karşılaşılacağı açıktır. Burada en önemli noktalardan biri gebeye birlikte olan sağlık çalışanlarına; özellikle sezaryen başta olmak üzere herhangi bir uterin cerrahi geçirmiş anne adaylarının gebeliklerinde SSG ile karşılaşma olasılıklarının giderek artmakta olduğu mesajını vermektir. Kuşkusuz herhangi bir uterin cerrahi geçirmiş bir anne adayının gebeliğinde, SSG açısından erken ve doğru tanı konmasına yönelik danışmanlık hizmeti önemlidir. Çünkü SSG'nin erken tanısı, etkin tedavi edilmesi ve komplikasyonların engellenmesi hayat kurtarıcı ve fertilitenin korunması için oldukça önem arz etmektedir.

Ayrıca SSG tanısı almış ve bekleme-izleme yaklaşımı ile takip edilen bir gebenin servisteki izleminde görev alan ebe vb. sağlık çalışanları, ciddi maternal morbidite ve mortalite olasılığını akılda tutmalıdırlar. Son olarak, ailelerin elektif sezaryen istekleri karşısında sezaryenin, SSG gibi nadir görülen ancak ciddi komplikasyonları da dahil olmak üzere her türden riskleri konusunda verilecek danışmanlık önem kazanmaktadır.

TEŞEKKÜR

Çalışmamızda kullanılması için, obstetrik anamneziyle birlikte USG görüntülerinin kullanılması için izin veren çiftimize teşekkür ederiz.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

YAZAR KATKISI

Yazarların hepsi çalışmanın planlamasında, yürütülmesinde ve değerlendirmesinde katkı sağlamıştır.

KAYNAKLAR

- Annappa M et al.** Cesarean Section Scar Ectopic Pregnancy Presenting as a Fibroid. *Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2009;29(8):774.
- Ash A et al.** Cesarean Scar Pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics&Gynaecology* 2007;114(3):253–63.
- Cali G et al.** Outcome of Cesarean Scar Pregnancy Managed Expectantly: Systematic Review and Meta-Analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2018; 51(2): 169–75.
- D’Antonio F et al.** Counseling in Fetal Medicine: Evidence-Based Answers to Clinical Questions on Morbidly Adherent Placenta. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016;47(3):290–1.
- Demirtaş Ö ve ark.** Skar Gebeliğinin Başarısız Dilatasyon ve Küretajdan Sonra Spontan Rezölüsyonu: Olgu Sunumu. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;6(1): 30-4.
- Fadhlaoui A et al.** Successful Conservative Treatment of a Cesarean Scar Pregnancy with Systemically Administered Methotrexate and Subsequent Dilatation and Curettage: A Case Report. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology* 2012; Article ID 248564.
- Fuchs N et al.** Laparoscopic Management of Extrauterine Pregnancy in Cesarean Section Scar: Description of a Surgical Technique and Review of the Literature. *BJOG* 2015;122:137–42.
- Giampaolino P et al.** Management of Cesarean Scar Pregnancy: A Single-Institution Retrospective Review. *BioMed Research International* 2018; 1-10.
- Gözdemir E ve ark.** Sezaryen Skar Gebeliğinin Sistemik Multidoz Metotreksat Protokolü ile Başarılı Tedavisi: Olgu Sunumu. *Int J Basic Clin Med* 2015;3(2):80-3.
- Jurkovic D et al.** Cesarean Scar Pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics &Gynecology* 2003;21(3): 310.
- Jurkovic D et al.** First-Trimester Diagnosis and Management of Pregnancies Implanted into the Lower Uterine Segment Cesarean Section Scar. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 2003;21(3):220–27.
- Karakuş S ve ark.** Sezaryen Skar gebeliği: İki olgu nedeniyle. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2014; 36: 558-61.
- Pektaş MK ve ark.** Systematic Review: What is the Best First-Line Approach for Cesarean Section Ectopic Pregnancy? *Taiwanese Journal of Obstetrics& Gynecology* 2016;55(2): 263-9.
- Rotas MA et al.** Cesarean Scar Ectopic Pregnancies: Etiology, Diagnosis, and Management. *Obstetrics & Gynecology* 2006;107(6): 1373–81.
- Tan G et al.** Cesarean Scar Pregnancy: A Diagnosis to Consider Carefully in Patients with Risk Factors. *Ann Acad Med Singapore* 2005;34(2):216-9.
- Timor-Tritsch E et al.** Cesarean Scar Pregnancy and Early Placenta Accreta Share Common Histology. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 2014;43(4):383–95.
- Timor-Tritsch E, Monteagudo A.** Unforeseen Consequences of the Increasing Rate of Cesarean Deliveries: Early Placenta Accreta and Cesarean Scar Pregnancy. *A Review* 2012; *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2012;207(1):14–29.
- Timor-Tritsch IE et al.** Easy Sonographic Differential Diagnosis between Intrauterine Pregnancy and Cesarean Delivery Scar Pregnancy in the Early First Trimester. *Am J Obstet :Gynecol* 2016; 215(2): 225.e1-7.
- Turgut A et al.** Sezaryen Skar Gebeliği: Bir Tersiyer Merkez Olgu Serisi ve Literatür İncelemesi. *Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2015;17(2):62-5.
- Usta A ve ark.** Sezaryen Skar Gebeliğinin Laparoskopik Tedavisi: Olgu Sunumu. *Balıkesir Medical Journal* 2017;1(2):30-3.
- Vial Y et al.** Preganacy in a Cesarean Scan. *Ultrasound in Obstetrics Gynecology* 2000; 1(66):592-3.

EXTENDED ABSTRACT

Cesarean scar pregnancy (CSP) is a rare form of ectopic pregnancy caused by the implantation of the gestational sac to the hysterotomy scar. It is reported that the incidence of CSP is between 1/1008 and 1/2500 of all cesarean deliveries. 72% of cases are seen in women with more than two cesarean deliveries. The incidence has also increased due to the increasing cesarean rates in recent years. CSP can cause maternal morbidity and mortality with complications such as placenta previa or accreta, uterine rupture and hemorrhage. Therefore, early diagnosis is vital for proper treatment. Although a number of sonographic criteria have been defined, there are still diagnostic difficulties. Moreover, although early diagnosis and treatment is of vital importance, the optimal treatment approach is still not fully defined. A case of CSP treated with methotrexate (MTX) was presented by reviewing the literature. It should be kept in mind that CSP, a rare form of ectopic pregnancy, may be present in a woman with a history of previous cesarean section or uterine surgery and a positive pregnancy test. Ultrasonographic diagnostic criteria were determined as empty uterine cavity and cervical canal, determination of the gestational sac in the isthmic region on the anterior uterine wall, the absence of healthy myometrial tissue between the bladder and gestational sac, and the detection of vascular flow around the gestational sac in doppler ultrasonography. Although the diagnostic criteria are well defined, CSP is still frequently overlooked in the diagnosis. In parallel with the literature, the CSP diagnostic criteria, which were brought to mind with a positive pregnancy test in our case whose last birth was cesarean, were also determined ultrasonographically. Considering the high morbidity and mortality probability in CSP, the case was directed to a tertiary health center with the thought that such cases could not be treated and followed up correctly and appropriately in the office or private hospital conditions. Probably the first and most important factor in the early and accurate diagnosis of CSP is that it is not considered because of its rarity. Secondary possible reason may be the preference of trans abdominal approach instead of transvaginal ultrasonography. In addition to the difficulties in diagnosis, a standard has not yet been determined in treatment. Among the treatment options; the monitor - and - wait approach without any intervention, D&C, hysteroscopic interventions, local and/or systemic MTX application, uterine artery embolization, partial or partial resection (hysterectomy) and hysterectomy are among the treatment options. It is stated that these treatments can be applied individually or in combination. Three articles with the largest number of cases in the literature draw attention. In the literature, in studies with relatively high number of cases, there is no common opinion about the most effective treatment method of CSP that causes the least complications. According to Giampaolino et al., S-MTX is the most effective treatment method, while S-MTX treatment has the highest complication rate according to Taiwan et al. On the other hand, when the fetal heart rate is positive when diagnosed, maternal morbidity is high, including severe bleeding, early uterine rupture, hysterectomy and PIA. It is suggested that the hysterectomy approach has the highest rate of reaching the term in the next pregnancy.

Since our case had no fetal heartbeats and the purpose of application was to terminate the pregnancy, the pregnancy was terminated spontaneously with L-MTX injection into the sac and then S-MTX treatment. In the pregnancy of a expectant mother who has undergone any uterine surgery, early and accurate diagnosis in terms of cesarean scar pregnancy is very important in terms of the life of the woman and the protection of fertilization. It is clear that serious complications such as intraabdominal adhesions, placenta implantation anomalies and cesarean scar pregnancy will be encountered more frequently, as long as the cesarean rate remains at its current high levels. One of the most important points here is to the healthcare professionals who are with the pregnancy; to give the message that prospective mothers who have undergone any uterine surgery, especially cesarean section, are more likely to encounter CSP in their pregnancy. Undoubtedly, in the pregnancy of a expectant mother who has undergone any uterine surgery, consultancy service for early and accurate diagnosis of CSP is important. Because early diagnosis, effective treatment and prevention of complications of CSP are very important for life saving and preservation of fertility. In addition, midwives, etc. healthcare professionals should keep in mind the possibility of serious maternal morbidity and mortality. Finally, counseling on all kinds of risks of cesarean section, including rare but serious complications such as CSP, becomes important in response to families' request for elective cesarean section.

**PELVİK ORGAN PROLAPSUSU VE STRES ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN
HASTANIN GORDON'UN FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ MODELİ'NE
GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ: OLGU SUNUMU**

**ASSESSMENT OF A CASE WITH PELVIC ORGAN PROLAPSE AND STRESS URINARY
INCONTINENCE ACCORDING TO GORDON'S FUNCTIONAL HEALTH PATTERNS MODEL:
CASE REPORT**

Aslıhan AKSU*, Aysu BULDUM, Duygu VEFİKULUÇAY YILMAZ*****

*Arş. Gör. Mersin Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi,
Mersin/Türkiye.



0000-0002-8416-3055

**Arş. Gör. Mersin Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi,
Mersin/Türkiye.



0000-0003-2663-3167

**Prof. Dr. Mersin Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi,
Mersin/Türkiye.



0000-0002-9202-8558

Yazışma Adresi:

Aslıhan AKSU

e-posta: aslihanaksu1@hotmail.com

Gönderim Tarihi: 17 Şubat 2021

Kabul Tarihi: 14 Nisan 2021

ÖZ

Kadınlarda inkontinans tipleri arasında en sık görülen stres üriner inkontinans, temel olarak pelvik organ prolapsusu nedeniyle oluşan ve karın içi basıncını arttıran durumlar ile ortaya çıkan istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmaktadır. Klinik olarak sıklıkla pelvik organ prolapsusları ile birlikte görülen stres üriner inkontinansa zemin hazırlayan birçok risk faktörü bulunmaktadır. Ele alınan olguda belirlenen obezite, postmenopozal dönemde olma, çok ve sık doğum yapma, iri bebek öyküsü gibi risk faktörlerinin literatürle uyumlu olduğu belirlenmiştir. Olgu değerlendirilirken Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli kullanılmış ve olguya bütüncül bir hemşirelik yaklaşımı sunulmuştur. Bu olgu sunumunda, pelvik organ prolapsusu ve stres üriner inkontinansı bulunan hastanın mevcut durumu, risk faktörleri ve nedenleri ile hastaya sunulan bütüncül hemşirelik bakımınının açıklayıcı bir şekilde sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik; pelvik organ prolapsusu; üriner inkontinans.

ABSTRACT

Stress urinary incontinence, which is the most common type of incontinence in women, is defined as involuntary urinary incontinence that occurs mainly due to pelvic organ prolapse and which occurs with conditions that increase intra-abdominal pressure. There are many risk factors that predispose to stress urinary incontinence, which is clinically common with pelvic organ prolapse. It was determined that risk factors such as obesity, being in the postmenopausal period, giving birth more and more frequently, and the history of a large baby in the case studied are compatible with the literature. While evaluating the case, Gordon's Functional Health Patterns Model was used and a holistic nursing approach was presented to the case. This case report, it is aimed to present the current situation, risk factors, and reasons of the patient with pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence and the holistic nursing care provided to the patient in a descriptive way.

Keywords: Nursing; pelvic organ prolapse; urinary incontinence.

Atf için (How to cite): Aksu A, Buldum A, Vefikuluçay Yılmaz D. Pelvik Organ Prolapsusu ve Stres Üriner İnkontinansı Olan Hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi: Olgu Sunumu. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;4(2):195-203.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün öncelikli halk sağlığı sorunlarından biri olarak kabul ettiği üriner inkontinans (Üİ), Uluslararası Kontinans Topluluğu tarafından 2002 yılında, "miktarı ne olursa olsun her türlü istemsiz idrar kaçırma durumu" olarak tanımlanmıştır (Abrams et al. 2002) Dünyada ve Türkiye'de yapılan toplum tabanlı prevalans çalışmalarında Üİ'nin kadınlarda ortalama %18 ile %45 arasında değiştiği ve bu oranların ilerleyen yaşla birlikte arttığı bildirilmektedir (Norton and Brubaker 2006; Özkan ve ark. 2019).

Üriner inkontinans vakalarının büyük çoğunluğunu oluşturan stres üriner inkontinans (SÜİ), temel olarak pelvik organ prolapsus (POP) nedeniyle oluşan ve karın içi basıncını arttıran aktiviteler (gülme, öksürme, hapşırma, egzersiz yapma vb.) esnasında ortaya çıkan istemsiz idrar kaçırmasıdır (Salman ve ark. 2005; Top ve Ertem 2018). Dünya çapında giderek yaygınlaşan POP ve SÜİ, kadınları iş, eğitim, sosyal ve cinsel yaşantıları gibi birçok alanda olumsuz etkileyen ve yaşam kalitelerini düşüren önemli bir sağlık sorunudur (Çetinel 2005). Bu sorunun tedavisi, POP'un şiddetine, semptomlarına, hastanın tedaviden beklentilerine, yaşına, gebelik isteğine, tıbbi ve cerrahi öyküsüne göre belirlenmektedir (Yalçın ve Delier 2004). POP ve Üİ tedavisinde konservatif, medikal ve cerrahi seçenekler mevcuttur. Bu sorunda kadınların %10'undan fazlasının cerrahi operasyon geçirdiği bilinmektedir (Subak et al. 2001; Canaz ve ark. 2013). Cerrahi tedavinin amacı üriner ve bağırsak fonksiyonlarını normal duruma getirmek, normal pelvik anatomiye sağlamak, bozulan cinsel fonksiyonlar varsa düzeltmek, semptomları iyileştirmek ve kadının yaşam kalitesini yükseltmektir. Cerrahi yöntemler arasında vajinal ve abdominal yaklaşımlar bulunmaktadır (Uğurlucan ve ark. 2013).

Pelvik organ prolapsusu ve Üİ cerrahisi multidisipliner bir ekip yaklaşımını gerektirmektedir. Bu ekip içinde hemşireler perioperatif dönemde kadınlara verilecek bakım hizmetlerinin belirlenmesi, planlanması, uygulanması ve değerlendirmesi süreçlerinde yer almaktadırlar (Yalçın ve Delier 2004). Buna ek olarak cerrahi dönem sonrasında da hastalara verilecek hemşirelik bakımı POP ve Üİ'nin yeniden oluşmasının önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Kadın sağlığı alanında çalışan hemşireler, kadınların yaşam kalitelerini her alanda olumsuz etkileyen POP ve Üİ'yi

önlemeye yönelik risk faktörlerini belirleme, erken tanılama, değerlendirme ve izlem basamaklarında koruyucu önlemler olarak hastalığın önlenmesi veya tekrarlanmasını sağlayabilmektedirler.

OLGU SUNUMU

Amaç

Bu olguda, ikinci derece sistorektosel tanısı ve SÜİ bulunan hastanın mevcut sağlık durumu, risk faktörleri ve nedenleri ile hastaya sunulan bütüncül hemşirelik bakımının açıklayıcı bir şekilde sunulması amaçlanmıştır.

Olguya Ait Veriler

Veriler, hastaya araştırma hakkında bilgi verildikten, hastadan sözel ve yazılı onam formu alındıktan sonra toplanmıştır. Etik ilkeler doğrultusunda hastanın adı mahremiyet ve bireye saygı yönünden kısaltılmıştır. S.K. Hanım ile ilk karşılaşma 13.03.2020 tarihinde saat 08.30'da gerçekleşmiş ve veriler kendisinden toplanmıştır. S.K. Hanım 15.03.2020 tarihinde taburcu olmuştur. 51 yaşında kadın hasta olan S.K. Hanım, 35 yıldır evli, ev hanımı, ilköğretim mezunu, sağlık güvencesine sahip olduğunu ve en uzun süre Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaşadığını ifade etmiştir. S.K. Hanımın dört yıldır devam eden idrar kaçırma şikayetinin artması üzerine hasta bir ay önce polikliniğe başvurmuştur. Poliklinikte yapılan değerlendirmeler sonucunda hastaya SÜİ ve ikinci derece sistorektosel tanıları konulmuş ve TOT (Trans Obturator Tape)+CAP (Kolporafi Anterior Posterior) operasyonu planlanmıştır.

Hastanın Pre-operatif Değerlendirilmesi

Hasta ile ilk karşılaşma 13.03.2020 tarihinde saat 08.30'da olmuştur. Yapılan görüşmede hastanın psikolojik açıdan rahat ve ameliyata istekli olduğu görülmüştür. Kendisi hastalık durumunu şu şekilde ifade etmiştir: "Normalde bu sorundan dolayı iç çamaşırama bez yerleştiririm. Çişimi artık damla damla kaçırmıyorum. hımm...neredeyse çişimin tamamını iç çamaşırama koyduğum beze yapıyorum".

Ameliyat öncesi pre-operatif hazırlıkları (önlük giydirilmesi, ojelerin silinmesi vb.) tamamlanmıştır. Perine bölgesinin inspeksiyon ve palpasyonla incelenmesinde ikinci evre sistorektosel ile uyumlu olduğu görülmüştür. Pre-op dönemde hastaya ameliyattan sonra aynı odaya geleceği ve perineal bölgede ağrısının

olabileceği anlatılmıştır. Ayrıca ameliyattan sonra yapması gereken derin solunum ve öksürme egzersizleri öğretilmiştir. Hastaya solunum ve öksürme egzersizlerini ameliyatı takiben hastanın bilincine kavuşup hemşire ile diyalog kuracak düzeye geldikten sonra başlatıp iki saatte bir 10'ar kez uygulanacağı söylenmiştir. Pre-op eğitimleri biten hasta saat 10.00'da ameliyathaneye sedye ile hemşire eşliğinde gönderilmiştir.

Hastaya ait veriler, pre-operatif dönemde Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne göre gruplandırılarak başlıklar halinde aşağıda verilmiştir:

Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Verilerin Değerlendirilmesi

a. Sağlık Algısı-Sağlık Yönetimi

S.K. Hanım dört yıldır devam eden idrar kaçırma şikayetinin artması nedeni ile 12.02.2020 tarihinde bir üniversite hastanesinin Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana bilim dalının Jinekoloji polikliniğine başvurmuştur. S.K. Hanım öksürürken, hapsirirken, şiddetli gülerken ve spor yaparken idrar kaçırma şikayetlerinin olduğunu, bu şikayetlerin son bir kaç ayda arttığını ve bu nedenle sürekli bez kullandığını açıklamıştır.

S.K. Hanım genel sağlığını iyi olarak açıklamaktadır. Aile risk faktörleri incelendiğinde anne, baba ve kardeşlerinde herhangi bir hastalığın bulunmadığını ifade etmiştir. S.K. Hanım, alkol kullanmadığını ve günde 1-2 adet sigara içtiğini belirtmiştir. Buna ek olarak genel sağlık öyküsünde jinekolojik herhangi bir ameliyat geçirmediği, kegel egzersizlerini hiç yapmadığı, kronik öksürüğünün olmadığı belirlenmiştir.

b. Beslenme-Metabolizma

S.K. Hanım 158 cm boyunda, 76 kg ağırlığında ve beden kitle indeksinin (BKİ) 30.44 (Şişman/Obez) - I. Sınıf) olduğu belirlenmiştir. S.K. Hanımın, düzenli beslenmediği ve abur cubur tüketiminin sık olduğu, çok az miktarda günlük su tükettiğini (günde iki-üç bardak), çay/kahveyi günde en az dört bardak tükettiğini ifade etmiştir. S.K. Hanımın ağız mukozası nemli, bütün ve deri turgoru iyi olarak değerlendirilmiştir.

c. Boşaltım

S.K. Hanım defekasyon alışkanlığının üç günde bir olduğunu belirtmiştir. Bağırsak sesleri 4/dk olarak dinlenmiş ve batin yumuşak palpe edilmiştir. S.K. Hanımın idrar yaparken herhangi bir sorun yaşamadığını ancak öksürürken,

hapsirirken, şiddetli gülerken ve spor yaparken idrar kaçırma şikayetlerinin var olduğunu belirtmiştir. Ayrıca bu şikayetlerin son bir kaç ayda arttığını ve bu nedenle sürekli bir kumaş parçasını bez olarak kullandığını açıklamıştır.

d. Aktivite-Egzersiz, Kendine Bakım

S.K. Hanım'ın haftada dört kere spor yaptığı ifade etmiştir. Ancak idrar kaçırma şikayeti nedeniyle son iki aydır daha az sıklıkta spor yaptığını belirtmiştir. S.K. Hanım'ın hijyen uygulamaları sorulduğunda haftada bir kez genel duş aldığını ifade etmiştir.

e. Uyku-Dinlenme

S.K. Hanım uykusunun genel olarak düzenli olduğunu günde 6-8 saat uyduğunu belirtmiştir. Uyku esnasında idrar kaçırma şikayetlerinin olmadığını ve kendini uykuda rahat hissettiğini ifade etmiştir.

f. Kendini Algılama-Benlik Kavramı

S.K. Hanım'a "Şu anki sağlık probleminiz sizde ne tür duygular yaratıyor?" sorusu sorulmuş ve S.K. Hanım "Normalde herkes benim ne kadar dışa dönük, sosyal ve neşeli olduğumu söylerler. Ama son zamanlarda çişimi kaçırdığım için komşu ziyaretlerim ve spora gitmem azaldı. Ama son günlerde koyduğum bez bile tamamen dolduğu için markete bile gidemiyorum artık..." şeklinde cevap vermiştir. "Fiziksel sağlığınızla ilgili en önemli endişeniz/korkunuz nedir?" sorusuna ise "Bu durumumun hayatım boyunca artarak devam etmesi beni korkutuyor. Tüm hayatımı etkileyen birşey bu. Düşünsenize sokağa çıkamaz hale geldim" diyerek cevap vermiştir. "Kendinizi nasıl tanımlarsınız?" sorusuna ise "Normalde neşeli ve hareketli biriyimdir, yerimde duramam" demiştir.

g. Zihinsel-Algisal Fonksiyonlar

S.K. Hanım'ın bilinci açık, yer ve zamana oryante ve kooperedir. Buna ek olarak hastanın pupiller izokorik ve ışık refleksi pozitif, görme, işitme, tat alma ve dokunma duyuları normaldir.

h. Roller-İlişkiler

S.K. Hanım ile yapılan görüşmede aile yapısının geniş aile olup, eşi, oğlu, gelini ve torunları ile yaşadığı öğrenilmiştir. Ayrıca aile içi rollerini eş, ebeveyn, evden sorumlu kadın ve bakıcı olarak sıralamıştır. Bu rolleri yerine getirmedeki duygu ve düşüncelerini ise şu cümlelerle ifade etmiştir "Oğlum ve ailesi ile aynı evde yaşıyoruz. Ekonomik sorunlar nedeniyle böyle olmak zorunda. Oğlumun sürekli bir işi yok o nedenle bizim evimizde kalmak

zorunda. Zaman zaman gelinimle idare ediyoruz işte. Sorumluluklarım çok fazla. Evdeki işlerin çoğu hala bende. Ben anneyim deyip kenara çekilemiyorum, her işe koşturuyorum”.

i. Stres -Baş Etme

S.K. Hanım, günlük yaşamda bir sorunla karşılaştığında spora giderek ya da dışarı çıkıp arkadaşlarıyla görüşerek rahatladığını ifade etmiştir. “Sağlık personeli size nasıl yardımcı olabilir?” sorusuna “*Sorunlardan kaçma yöntemim spor yapmak ve arkadaşarımla görüşmektir. Artık bu sorundan sonra kaç aydır onu bile yapamıyorum, evde sıkıştım kaldım. Beni bundan kurtarın başka bir şey istemem. Abur cubur yemeyi zaten seviyordum bir de şimdi evde sürekli yiyorum, başka bir aktivite yapamaz haldeyim*” şeklinde yanıt vermiştir.

j. Değerler-İnançlar

S.K. Hanım hayatta her şeyin yaradandan geldiğine inandığını belirtmiştir. Herhangi bir sağlık sorununda Allah’a olan inancıyla şifasını bulacağına inandığını ifade etmiştir.

k. Cinsellik-Üreme

S.K. Hanım’ın evli ve cinsel yaşamında bir sorun olmadığını ifade etmiştir. Cinsel yaşamını konuşmaktan kaçınmadığı, göz teması kurduğu görülmüştür. Eşi ile haftada iki-üç kez cinsel ilişkiye girdiğini ve idrar kaçırma probleminin cinsel ilişki sırasında yaşanmadığını belirtmiştir. Ayrıca her cinsel ilişkiden sonra vajinal duş yaptığını ifade etmiştir. S.K. Hanım bir yıldır menopozda olduğu, sık sık vajinal enfeksiyon yaşadığını, üç yıl önceki muayenesinde 6 cm büyüklüğünde myomunun var olduğu söylendiğini belirtmiştir. Aile planlaması yöntemi olarak daha önceden geri çekmeyi kullandıklarını ancak menopozla birlikte herhangi bir yöntem kullanmadıklarını ifade etmiştir.

Hastanın obstetrik öyküsünde gravida sayısının dört, yaşayan çocuk sayısının üç olduğu belirlenmiş ve hasta bir çocuğunu altı aylık iken gastrointestinal sorunlar nedeniyle kaybettiğini ifade etmiştir. Hastanın evlenme ve ilk gebelik yaşı 17’dir. Hastanın tüm doğumlarını vajinal yoldan yaptığı, ilk doğumunda epizyotomi, vakum uygulandığı, 4000 gr’ın üzerinde bebek doğurduğu, ikinci doğumunda ise sadece epizyotomi uygulandığı belirlenmiştir. Hastanın doğum yaptığı yıllar sırasıyla 1986, 1987, 1989, 1996’dır.

anlaşamadığımız noktalar olsa da mecburen

Hastanın Post-operatif Değerlendirilmesi

Hasta, 13 Mart 2020 tarihinde saat 13.00’de operasyondan sonra servise tekrar çıkmıştır. Hastanın post-op dönemde yaşamsal bulguları stabil (Kan basıncı: 100/65, mm/Hg nabız: 58/dk solunum: 18/dk, ateş: 36,4°C, saturasyon: %98) seyretmiştir. S.K. hanımın post-operatif sıfırncı günde VAS (Visual Analog Scale)’a göre ağrısının 4, birinci günde ise VAS’a göre 3 düzeyinde olduğunu ifade etmiştir. S.K. Hanım’a tedavi olarak ampisilin sodyum flakon, diklofenak sodyum ampul uygulanmıştır. Ayrıca hastaya post-operatif ilk 24 saatte dönüşümlü mayi (1000 cc Serum Fizyolojik, 1000 cc %5 Dekstroz ve 1000 cc Laktatlı Ringer) ile hidrasyon sağlanmıştır. Hasta sekizinci saatte oral alıma rejim 1 (sulu diyet) ile başlamış ve mobilize olmuştur. İdrar sondasında 100 ml rezidü idrar olduğu belirlenmiştir. Ameliyattan sonra (yaklaşık 18 saatlik) idrar çıkışı ortalama 75 ml/sa olarak kaydedilmiştir. Post-op birinci günün sabahında ise idrar sondası ve vajinada bırakılan tampon çıkarılmıştır. İdrara tuvalete çıkan hasta yanma vb. şikayetinin olmadığını ifade etmiş, yapılan perineal inspeksiyonda insizyon alanında kanamasının olmadığı gözlemlenmiştir. S.K. Hanım’ın perioperatif dönem boyunca yaşam bulgularında normal sınırlarda olarak belirlenmiş ve laboratuvar bulgularında anormal bir değer saptanmamıştır.

Hemşirelik Girişimleri

İlk karşılaşmadan itibaren S.K. Hanım ile güven verici ve terapötik bir iletişim kurulmuştur. Hasta ile yapılan görüşmelerde hastanın konuşmaya istekli olduğu ve göz teması kurduğu görülmüştür.

Hemşirelik Tanısı 1: Akut Ağrı: (NANDA Alan 12: Konfor) (Wilkinson and Barcus, 2018).

Etijolojik Faktörler: Cerrahi operasyon

Amaç: Hasta ağrısının azaldığını ifade edecek.

Beklenen Hasta Sonuçları: Post-operatif sıfırncı günde VAS’a göre ağrısının 4’den 1’e düşmesi, birinci günde ise VAS’a göre 3’den 1’e düşmesi, ağrısının azaldığını ifade etmesi.

Hemşirelik Girişimleri: Hastanın ağrısının perineal bölgede ve baticı tarzda olduğu belirlenmiştir. Ağrının şiddeti, yeri ve niteliğinin yanı sıra süresi, sıklığı ve ağrıyı azaltan/arttıran faktörler de belirlenmiştir. Ağrıya yönelik uygulanan analjeziklerin yanı sıra perineal bölgeye saat başı 15’er dakikalık buz uygulaması yapılmıştır (Post-op sıfır ve birinci günde).

Hastaya ağrıyı azaltmaya yönelik kurma, dikkati başka yöne çekme, masaj vb.) önerilmiştir.

Değerlendirme: Hasta ağrısının hafiflediğini (post-op sıfırınca günde VAS'a göre bir, birinci günde VAS'a göre sıfır) ifade etmiştir.

Hemşirelik Tanısı 2: Beden Gereksiniminden Fazla Beslenme: (NANDA Alan 2: Beslenme) (Wilkinson and Barcus, 2018).

Etiyolojik Faktörler: Yanlış beslenme alışkanlıkları

Amaç: Hasta yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazanacak.

Beklenen Hasta Sonuçları: Düzenli ve dengeli beslenmesi, kilo verme isteğini ifade etmesi.

Hemşirelik Girişimleri: Hastanın BKİ'nin 30.44 olduğu, sıklıkla abur cubur tükettiği ve düzenli beslenmediği saptanmıştır. Öncelikle hastanın herhangi bir kronik hastalığının olmadığı ve yemek yeme isteğinin arttığı durumlar (heyecanlı, stresli, kızgın vb.) belirlenmiştir. Hasta bu durumu "Genellikle canım sıkıldığında, evdeysem ve stresli olduğum zamanlarda oturup bişeyler yerim... Hımm önüme ne gelirse yerim" şeklinde açıklamıştır. Bu duruma yönelik hastaya bu gibi durumlarda derin nefes egzersizleri, gazete, kitap okuma gibi farklı aktivitelere yönelmesinin daha yararlı olacağı ifade edilmiştir. Ayrıca bu hemşirelik tanısına yönelik evde kilo takibini yapması, bol sıvı alımı (günlük 15 bardak su), porsiyonlarını küçük tutması (tabağını tam doldurmaması gibi), ara öğünlerde meyve (1 elma ya da 1 muz gibi) ya da kuruyemiş (5 fındık ya da 8 ceviz gibi) gibi besinlerle desteklemesinin önemli olduğu belirtilmiştir.

Değerlendirme: Hasta kilo verme isteği olduğunu, kahvaltısını yapacağını ve porsiyonlarına dikkat edeceğini ifade etmiştir.

Hemşirelik Tanısı 3: Perine Hijyenine Yönelik Bilgi Eksikliği (NANDA Alan 6: Bilişsel-Algisal) (Wilkinson and Barcus, 2018).

Etiyolojik Faktörler: Vajinal duş alma ve düşük sosyo-ekonomik durum

Amaç: Hasta, ifade edilen bilgi ile uyumlu davranacak.

Beklenen Hasta Sonuçları: Vajinal duş almaması, perine hijyenine ilişkin gerekli önlemleri alacağını ifade etmesi.

Hemşirelik Girişimleri: Hastanın sık sık vajinal enfeksiyon geçirdiği belirlenmiştir. Hastaya bu konuya ilişkin eğitim (iç çamaşırlarını pamuklu tercih etmesi ve ütülmesi, vajinal duş almaması, tuvaletten önce ve sonra el yıkamaya dikkat etmesi, sık aralıklarla duş alması, taharetlenmeyi

nonfarmakolojik yöntemler (Gevşeme, hayal önden arkaya tek seferde yapması vb. hijyen uygulamaları) post-op birinci günde verilmiştir. Buna ek olarak hastaya eğitimlerde bol sıvı alımı (15 bardak/gün) ve idrarını uzun süre tutmaması, iç çamaşırını kuru tutması da belirtilmiştir.

Değerlendirme: Hasta, vajinal duş almayacağını, iç çamaşırlarını pamuklu tercih etmeye ve ütüllemeye özen göstereceğini, tuvaletten önce ve sonra el yıkamaya dikkat edeceğini ve taharetlenmeyi önden arkaya tek seferde yapacağını ifade etmiştir.

Hemşirelik Tanısı 4: Durumsal Düşük Benlik Saygısı (NANDA Alan 7: Kendini Algılama) (Wilkinson and Barcus, 2018).

Etiyolojik Faktörler: Üriner inkontinans probleminde bağıl utanç duyma ve sosyal ortamlardan izole olma.

Amaç: Hasta, kendisine ve geleceğine yönelik pozitif bakış açısı geliştirecek.

Beklenen Hasta Sonuçları: Benlik saygısını tehdit eden kaynakları tanınması, kendindeki olumlu yönleri tanınması.

Hemşirelik Girişimleri: Hasta, normalde haftada iki ya da üç gün spora gittiğini ancak idrar kaçırma şikayetinin artması nedeniyle "ya sporda altıma kaçırırsam, ya sporda tuvalete gitmem gerekirse, rezil olursam" gibi korkularından dolayı spora gitmediğini ifade etmiştir. Hastanın duygularını rahatça ifade edebileceği ortam sağlanmıştır. Hastaya bu sorunun önlenebilir, tedavi edilebilir bir durum olduğu ve özellikle kendisinin tedavi arayışları ile çözüme yönelik büyük bir adım attığı söylenerek hasta desteklenmiştir. Bunlara ek olarak öğretilen kegel egzersizleri ve sağlıklı yaşam uygulamaları ile bu sorunun tekrar yaşanmasının önlenebileceği anlatılarak hasta cesaretlendirilmiştir.

Değerlendirme: Hasta, mevcut sağlık sorununa yönelik çözüm arayışında olmasının olumlu bir davranış olduğunu ve kendisini daha iyi hissettiğini belirtmiştir.

Hemşirelik Tanısı 5: Bilgi Düzeyini Güçlendirmeye Hazıroluş (NANDA Alan 6: Bilişsel-Algisal) (Wilkinson and Barcus, 2018).

Etiyolojik Faktörler: Hastalıktan koruyucu davranışları bilmemesi.

Amaç: Hasta sağlık durumunun kendi sorumluluğunda olduğunu kabul edecek.

Beklenen Hasta Sonuçları: Yaş grubu ve risk faktörlerine uygun olan tarama programlarını tanınması, kendi kendine muayene yöntemlerini uygulaması.

Hemşirelik Girişimleri: Hastanın post-operatif dönemde operasyon ile ilişkili ağrısı istenilen düzeye getirildikten sonra hasta ile yapılan görüşmede kadın sağlığını sürdürmesine ilişkin bilgiler sorgulanmıştır. S.K Hanım'ın kegel egzersizlerini bilmediği, kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapmadığı ve pap smear kontrollerini aksattığı belirlenmiştir. Yapılan görüşmelerde S.K. Hanım sağlığını geliştirme açısından verilecek bilgileri öğrenmeye istekli olduğu görülmüştür. Hastaya Sağlık Bakanlığı'nın önerileri doğrultusunda meme muayenesi, kegel egzersizi ve pap smear taraması hakkında eğitimler verilmiştir. Eğitimler esnasında video gösterimi ve broşürler kullanılmıştır. Eğitimlerden sonra hastadan geri bildirimler alınmıştır.

Değerlendirme: Hasta, sağlığını koruyucu davranışları benimsediğini ve uygulayacağını ifade etmiştir.

Son olarak S.K. Hanım'a taburcu olmadan önce taburculuk eğitimi verilmiştir. Öncelikle S.K. hanıma POP ve SÜİ sorununun önlenmesine yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirici bilgiler verilmiştir. Bu kapsamda hastaya; (15 bardak/gün), konstipasyonun önlenmesi (2-3 litre/gün sıvı alımı, düzenli egzersiz, posalı besinler tüketme, bağırsak alışkanlığı oluşturma, sabahları aç karna bir bardak ılık su içme vb.), kilo kontrolünü sağlama (beslenmeye yönelik girişimler ile), intraabdominal basıncı arttıracak hareketlerden kaçınması (ıkınma, ağır kaldırma, zorlayıcı egzersiz yapma gibi) önerilmiştir. Bunlara ek olarak S.K. Hanım'a 60 gün boyunca cinsel ilişkiden kaçınması, ayakta durması ve yara yeri bakımı için üçüncü, beşinci ve 30. günde jinekoloji polikliniğine kontrol amaçlı gelmesi konusunda bilgi verilmiştir.

S.K. Hanım, postoperatif ikinci günde vital bulgularının stabil, mobilizasyonunun yeterli olması ve yara yerinde enfeksiyon bulguları olmaması nedeniyle taburcu olmuştur. Hastaya verilen eğitimler ve hemşirelik girişimlerinin etkinliği, girişimlerin hemen ardından ve taburculuk sonrası (üçüncü ve beşinci gün) jinekoloji polikliniğinde yüzyüze görüşülerek değerlendirilmiştir. Buna ek olarak hasta taburcu olduktan 20 gün sonra hasta ile telefonda görüşülerek hastaya taburculuk öncesi verilen eğitimler sorgulanmıştır. S.K. Hanım'ın POP ve SÜİ sorununun önlenmesine yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamaya özen gösterdiğini, kegel egzersizlerini düzenli uyguladığını ancak henüz muayene için sağlık

kurumuna gitmediğini belirtmiştir. Buna ek olarak hasta genel sağlık durumunu iyi olarak ifade etmiştir.

TARTIŞMA

Bu olgu sunumunda POP ve SÜİ tanısı ile üniversite hastanesinde yatan TOT+CAP cerrahi girişimi uygulanan bir hasta Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne göre ele alınmıştır. İkinci derece sistorekstosel tanısı olan hastada öksürürken, hapsirirken, şiddetli gülerken ve spor yaparken idrar kaçırma şikayetlerinin olduğu belirlenmiştir. Literatürde olguya paralel olarak POP'a sahip olan kadınların bu sorunla beraber sıklıkla SÜİ de yaşadığı belirtilmektedir (Williams 2004; Çetinel 2005; Dökmeci ve Seval 2018). Yapılan çalışmalarda POP ve Üİ sorununun ortaya çıkmasında ileri yaş, kronik hastalık, menopoz, aşırı kilo, sigara ve kafein tüketimi gibi birçok risk faktörünün etkili olduğu belirtilmektedir (Tanrıverdi ve ark. 2004; Filiz et al. 2006; Fındık et al. 2012; Öztürk ve ark. 2012; Ünsal ve ark. 2013; Yaz et al. 2015). Ele alınan olgu incelendiğinde literatüre paralel olarak hastanın sigara kullandığı, aşırı kafein tükettiği, obez ve son bir yıldır menopozda olduğu saptanmıştır.

Hastanın obstetrik öyküsünde ise ilk gebelik yaşının 17 olduğu, dört kere vajinal yolla doğum yaptığı, doğum aralıklarının iki yıldan az olduğu, bir doğumunda müdahaleli doğum ve iri bebek öyküsü bulunduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda olgumuza paralel olarak özellikle gravida ve parite sayısının, hastanın doğum öyküsünün POP ve Üİ gelişiminde önemli risk faktörleri arasında yer aldığı belirtilmektedir (Kepenekci et al. 2011; Terzi ve ark 2013; Yanikkerem 2015).

Pelvik organ prolapsusu ve Üİ, kadınlarda her yaşta görülebilen, kadını sadece fizyolojik olarak değil aynı zamanda sosyal ve psikolojik yönden etkileyen ve yaşam kalitesini azaltan bir sağlık sorunudur (Kocaöz ve Eroğlu 2009; Değirmenci ve Yılmaz 2020). Ele alınan olgu, yaşadığı Üİ nedeniyle sosyal ortamlarından uzaklaştığını ve spor aktivitelerini gerçekleştiremediğini ifade etmiştir. Yapılan çalışmalarda üriner inkontinans sorunu yaşayan kadınların yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır (Demirci ve ark 2011; Rebassa et al. 2013; Yılmaz ve ark 2014).

Bu olguda ve yapılmış diğer çalışmalarda da görüldüğü gibi POP ve Üİ sıklıkla birçok faktörden etkilenen ve kadının

yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyebilen önemli bir sağlık problemidir. Bu nedenle hemşirelerin ve özellikle kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin tüm kadınlarda POP ve Üİ'nin önlenmesine ilişkin aktif rol alması gerekmektedir. Bu bağlamda özellikle pelvik taban anatomisi açısından risk olarak kabul edilen durumları bilmesi ve kadın hayatının tüm evrelerinde eğitim ve danışmanlık hizmetlerini etkin bir şekilde gerçekleştirmesi gerekmektedir.

SONUÇ

Pelvik organ prolapsusu ve Üİ olan hastanın verileri, Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli çerçevesinde sistematize edilmiştir. Hastanın tıbbi öyküsü ve yaşam şeklinde var olan POP ve Üİ risk faktörlerinin literatür ile uyumlu olduğu dikkat çekmektedir. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'nin 11 fonksiyonel alanı temel alınarak hasta için NANDA rehberliğinde hemşirelik tanıları belirlenmiş ve girişimler uygulanmıştır. Modelin hastayı fiziksel, bilişsel ve sosyal yönden değerlendirmeye olanak sağlaması,

KAYNAKLAR

- Abrams P et al.** The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardization Sub-Committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002; 21(2):167-78.
- Canaz E ve ark.** Pelvik Organ Prolapsusu; Anatomik Temeller ve Cerrahi Yaklaşım. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi* 2013; 5(2):47-61.
- Çetinel B.** İdrar Kaçırma (Üriner İnkontinans): Tanılama, Sınıflandırma, Değerlendirme ve Tipleri. *Türk Üroloji Dergisi* 2005; 31(2):246-52.
- Değirmenci F, Yılmaz DV.** Bir Kadın Sağlığı Sorunu: Alt Üriner Sistem Semptomları ve Hemşirenin Rollerini. *HEAD* 2020; 17(Ek sayı):82-7.
- Demirci N ve ark.** Huzurevindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2011; 6(18):85-101.
- Dökmeci F, Seval MM.** Kadınlarda Üriner İnkontinans Tanı ve Yönetimi. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics* 2018; 11(1):1-7.
- Fındık RB et al.** Urinary Incontinence in Women and Its Relation with Pregnancy, Mode of Delivery, Connective Tissue Disease and Other Factors. *Adv Clin Exp Med* 2012; 21(2):207-13.
- Filiz TM et al.** Risk Factors for Urinary Incontinence in Turkish Women. *Saudi Medical Journal* 2006; 27(11):1688-92.
- Kepebekci I et al.** Prevalence of Pelvic Floor Disorders in the Female Population and the Impact of

bütüncül bir hemşirelik yaklaşımı sunması ve bakımı standardize etmesi nedeniyle etkin ve yararlı bir model olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunlarla birlikte modelin hemşirelerin POP ve Üİ'nün risk faktörlerini belirleme, korunma ve tedavisine ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmetlerini planlamalarına kolaylık sağlayacağı düşünülmektedir.

TEŞEKKÜR

Olgu sunumuna gönüllü katılım sağlayan S.K. Hanıma teşekkür ederiz.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

YAZAR KATKILARI

AA, AB, DVY: Fikir, Tasarım, AA, AB, DVY: Literatür taraması, AA, AB,: Verilerin toplanması ve/veya işlenmesi, AA, AB, DVY: İstatistiksel analiz ve/veya yorum, AA, AB, DVY: Makale yazımı, DVY: Eleştirel inceleme/kritik okuma

Age, Mode of Delivery, and Parity. *Dis Colon Rectum* 2011; 54(1):85-94.

Kocaöz S, Eroğlu K. Gebelik ve Vajinal Doğum Sonrası Dönemde Stres Üriner İnkontinansın Önlenmesinde Konservatif Tedavi Yöntemleri ve Hemşirenin Rollerini. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences* 2009; 1(2):94-102.

Norton P, Brubaker L. Urinary Incontinence in Women. *Lancet* 2006; 367(9504):56-7.

Özkan SA ve ark. Türkiye'de Hemşirelik Alanında Üriner İnkontinansla İlgili Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. *ACU Sağlık Bil Dergisi* 2019; 10(2):201-10.

Öztürk GZ ve ark. 35 Yaş Üzeri Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2012; 46(4):170-6.

Rebassa M et al. Urinary Incontinence in Mallorcan Women: Prevalence and Quality of Life. *Actas Urol Esp* 2013; 37:354-61.

Salman CM ve ark. Gebelik, Doğum ve Pelvik Taban Bozuklukları. *Türkiye Jinekoloji ve Obstetri Dergisi* 2005; 2(5):37-42.

Subak LL et al. Cost of Pelvic Organ Prolapse Surgery in The United States. *Obstet Gynecol* 2001; 98(4):646-51.

Tanrıverdi H ve ark. Üriner İnkontinans ve Pelvik Prolapsusun Epidemiyoloji, Etiyoloji ve Risk Faktörleri. *T Klin Jinekoloj Obst* 2004; 14(4): 231-8.

Terzi H ve ark. 18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Ege Tıp Dergisi 2013; 52(1):15-9.

Top ED, Ertem G. Stres Üriner İnkontinans ve Pelvik Organ Prolapsusu: Olgu Sunumu. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2018; 3(2):43-6.

Uğurlucan Güngör F ve ark. Uterus Koruyucu Pelvik Organ Prolapsus Tedavisi. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi 2013; 76(3):59-64.

Ünsal A ve ark. Eskişehir İli Beylikova İlçe Merkezinde 20 Yaş ve Üzeri Kadınlar Arasında Üriner İnkontinans, İlişkili Faktörler ve Depresyon. TAF Prev Med Bull 2013; 12(3):231-42.

Wilkinson J, Barcus L. Pearson hemşirelik tanıları el kitabı. Kapucu S, Akyar İ, Korkmaz F. (Çev.). 11. Baskı. Ankara: Pelikan Yayınevi; 2018. p.62-910.

Williams K. Stress Urinary Incontinence: Treatment and Support. Nurs Stand 2004; 18(31):45-52.

Yalçın Ö, Delier H. Üriner İnkontinans ve Pelvik Organ Prolapsusu: Tanı ve Tedavi Seçimi. TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi 2004; 1(3):197-201.

Yanikkerem E. Postpartum Dönemde İnkontinans ve Yaşam Kalitesi: Son 10 Yıllık Çalışmalar. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2015; 2(3):54-9.

Yaz MP ve ark. Urinary Incontinence and Risk Factors. Cumhuriyet Medical Journal 2015; 37(1):30-6.

Yılmaz E ve ark. Üriner İnkontinanslı Kadınlarda Yaşam Kalitesi. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2014; 2(2):1-14.

EXTENDED ABSTRACT

Urinary incontinence (UI), which is recognized as one of the primary public health problems by the World Health Organization, was defined as "an objectively demonstrable involuntary loss of urine with its social or hygienic consequences" in 2002 by the International Continence Society. In population-based prevalence study conducted in Turkey and the world urinary incontinence in women it is between 18-45% and it is reported that these rates increase with age. Stress urinary incontinence (SUI), which constitutes the vast majority of urinary incontinence cases, is involuntary incontinence that occurs during activities that increase intra-abdominal pressure (laughing, coughing, sneezing, exercising, etc.), mainly due to pelvic organ prolapse (POP). POP and SUI, which are increasingly widespread around the world, are an important health problem that negatively affects women in many areas such as work, education, social and sexual life and reduces their quality of life. There are many risk factors that predispose to stress urinary incontinence, which is clinically common with pelvic organ prolapse. Studies show that many risk factors such as age, chronic disease, menopause, excess weight, smoking and caffeine consumption are effective in the emergence of POP and UI. Risk factors such as obesity, being in the postmenopausal period, giving birth more and more frequently, and the history of large babies were found to be compatible with the literature in this case diagnosed with POP and SUI. The treatment of this problem is determined according to the severity of the POP, its symptoms, the patient's expectations from the treatment, age, pregnancy desire, medical and surgical history. Conservative, medical and surgical options are available in the treatment of POP and UI. It is known that more than 10% of women undergo surgical operation in this problem. The aim of surgical treatment is to restore normal urinary and intestinal functions, provide normal pelvic anatomy, correct impaired sexual functions, improve symptoms and increase the quality of life of the woman. In this case, the patient was diagnosed with SUI and second-degree cystocele, as a result of the evaluations made on the increase in urinary incontinence that had continued for four years. Subsequently, TOT (Trans Obturator Tape) + CAP (Colporaphy Anterior Posterior) operation was performed. For this case, nursing diagnoses were determined as "Altered nutrition: intake exceeds the body's needs", "Knowledge deficit: perineal hygiene", "Situational low self-esteem" and "Readiness to strengthen the level of knowledge" and nursing interventions were applied for these diagnoses. In addition, 20 days after the patient was discharged, the patient was interviewed on the phone and the trainings given to the patient before discharge were evaluated. She stated that the discharged patient regularly applied the healthy lifestyle behaviors and kegel exercises taught in order not to recur the POP and SUI problem, but she had not yet gone to the health institution for examination. In addition, the patient expressed her general health as good. POP and UI surgery requires a multidisciplinary team approach. In this team, nurses take part in the processes of determining, planning, applying and evaluating the care services to be provided to women in the perioperative period. In addition, the nursing care to be given to patients after the surgical period is very important in terms of preventing the recurrence of POP and IU. Nurses working in the field of women's health should take preventive measures in determining risk factors, early diagnosis, evaluation and follow-up steps in order to avoid POP and SUI, which negatively affect women's quality of life in all areas. In this article, Gordon's Functional Health Patterns Model was used while evaluating the case and a holistic nursing approach was presented to the case. In this case report, it is aimed to present the current condition of the patient, risk factors and reasons and the holistic nursing care provided to the patient in a descriptive way. As seen in this case and other studies, POP and UI are an important health problem that is frequently affected by many factors and can negatively affect women's lifestyle behaviors and quality of life. Therefore, nurses and especially nurses working in the field of women's health should take an active role in the prevention of POP and UI in all women. In this context, it is necessary to know the situations that are accepted as risks especially in terms of pelvic floor anatomy and to perform education and consultancy services effectively in all stages of women's life.