



ATATURK
UNIVERSITY
PUBLICATIONS

Journal of Midwifery *and* Health Sciences

Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi

Official journal of Atatürk University Faculty of Health Sciences

Volume 6 • Issue 3 • December 2023



EISSN 2687-2110
midwifery-ataunipress.org

Journal of Midwifery and Health Sciences

Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi

Editor

Serap EJDER APAY

Department of Midwifery, Atatürk University, Faculty of Health Sciences, Erzurum, Turkey

Associate Editors

Sarah CHURCH

School of Nursing & Midwifery, Institute of Health & Social Care, London South Bank University, London, United Kingdom

Ayla KANBUR

Department of Midwifery, Atatürk University, Faculty of Health Sciences, Erzurum, Turkey

Hava ÖZKAN

Department of Midwifery, Atatürk University, Faculty of Health Sciences, Erzurum, Turkey

Kadir Şerafettin TEKGÜNDÜZ

Department of Child Health and Diseases, Atatürk University, Faculty of Medicine, Erzurum, Turkey

Editorial Board

Hamid ALLAHVERDİPOUR

Department of Health Education and Promotion, Tabriz University, Faculty of Health, Tabriz, Iran

Özgür ALPARSLAN

Department of Midwifery, Gaziosmanpaşa University, Faculty of Health Sciences, Tokat, Turkey

Yasemin AYDIN KARTAL

Department of Midwifery, University of Health Sciences, Hamidiye Faculty of Health Sciences, İstanbul, Turkey

Grazyna BAÇZEK

Department of Gynecological and Obstetric Didactics, Medical University of Warsaw, Faculty of Health Sciences, Warsaw, Poland

Sarah CHURCH

Institute of Health and Social Care, London South Bank University, School of Nursing & Midwifery, London, UK

Ayla ERGİN

Department of Midwifery, Kocaeli University, Faculty of Health Sciences, Kocaeli, Turkey

İlknur Münevver GÖNENÇ

Department of Midwifery, Ankara University, Faculty of Nursing, Ankara, Turkey

Aytül HADIMLI

Department of Midwifery, Ege University, Faculty of Health Sciences, İzmir, Turkey



Founder

İbrahim KARA

General Manager

Ali ŞAHİN

Finance Coordinator

Elif Yıldız ÇELİK

Journal Managers

Deniz KAYA

Irmak BERBEROĞLU

Arzu ARI

Publications Coordinators

Gökhan Çimen

Alara Ergin

İrem Özmen

Derya Azer

Beril Tekay

Nuri Çalışır

Nisanur Atıcı

Project Coordinators

Doğan Oruç

Sinem Fehime Koz

Project Assistant

Batuhan Kara

Contact

Publisher: Atatürk University
Address: Atatürk University,
Yakutiye, Erzurum, Turkey

Publishing Service: AVES
Address: Büyükdere Cad., 199/6
34394 Şişli, İstanbul, Turkey
Phone: +90 212 217 17 00
E-mail: info@avesyayincilik.com
Webpage: www.avesyayincilik.com

Journal of Midwifery and Health Sciences

Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi

Sevil HAKIMI

Tabriz University of Medical Sciences, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz, Iran

Markéta MORAVCOVÁ

University of Pardubice, Faculty of Health Studies, Pardubice, Czechia

Małgorzata NAGÓRSKA

Institute of Medical Sciences, Rzeszow University, Medical College, Rzeszow, Poland

Serap ÖZTÜRK

Department of Midwifery, Ondokuz Mayıs University, Faculty of Health Sciences, Samsun, Turkey

Emine Serap SARICAN

Department of Midwifery, Ağrı İbrahim Çeçen University, Faculty of Health Sciences, Ağrı, Turkey

Tuğçe SÖNMEZ

Department of Midwifery, Tarsus University, Faculty of Health Sciences, Mersin, Turkey

Hülya TÜRKMEN

Department of Midwifery, Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir School of Health, Balıkesir, Turkey

Joeri VERMEULEN

Vrije Universiteit Brussel (VUB), Brussels, Belgium

Secretary

Elif Yağmur GÜR

Department of Midwifery, Eskişehir Osmangazi University, Faculty of Health Sciences, Eskişehir, Turkey

Editorial Staff

Gamze CEYLAN

Department of Midwifery, Atatürk University, Faculty of Health Sciences, Erzurum, Turkey

Zeynep Sena DİRDİYOK

Department of Child Development, Atatürk University, Faculty of Health Sciences, Erzurum, Turkey

Elif ERDOĞAN

Department of Midwifery, Atatürk University, Faculty of Health Sciences, Erzurum, Turkey

Esra SAYAR

Department of Midwifery, Atatürk University, Faculty of Health Sciences, Erzurum, Turkey

Zehra Demet ÜST TAŞGIN

Department of Midwifery, Atatürk University, Faculty of Health Sciences, Erzurum, Turkey

Tuğçenur YILMAZ

Department of Child Development, Atatürk University, Faculty of Health Sciences, Erzurum, Turkey

Statistics Editor

Senem GÖNENÇ

Department of Statistics, Atatürk University, Faculty of Science, Erzurum, Turkey

Language Editors

Yeliz BİBER VANGÖLÜ

Department of English Language and Literature, Atatürk University, Faculty of Letters, Erzurum, Turkey

Mehmet ÜNAL

Department of Foreign Languages, Atatürk University, School of Foreign Languages, Erzurum, Turkey

Journal of Midwifery and Health Sciences

Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi

AIMS AND SCOPE

Journal of Midwifery and Health Sciences is a scientific, open access periodical published in accordance with independent, unbiased, and double-blinded peer-review principles. The journal is the official online-only publication of Atatürk University Faculty of Health Sciences, and it is published triannually in April, August and December. The publication language of the journal is Turkish and English.

The aim of the journal is to publish original research papers of the highest scientific and clinical value in the field of midwifery and health sciences. Journal of Midwifery and Health Sciences also publishes reviews, rare case report and letters to the editors.

The target audience of the journal includes midwives, nurses, academicians, clinical researchers, medical/health professionals, students, nursing professionals and related professional and academic bodies and institutions.

Journal of Midwifery and Health Sciences is currently indexed in TUBITAK ULAKBIM TR Index, DOAJ and China National Knowledge Infrastructure (CNKI).

The editorial and publication processes of the journal are shaped in accordance with the guidelines of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), World Association of Medical Editors (WAME), Council of Science Editors (CSE), Committee on Publication Ethics (COPE), European Association of Science Editors (EASE), and National Information Standards Organization (NISO). The journal is in conformity with the Principles of Transparency and Best Practice in Scholarly Publishing (doaj.org/bestpractice).

All expenses of the journal are covered by the Atatürk University Faculty of Health Sciences. Processing and publication are free of charge with the journal. No fees are requested from the authors at any point throughout the evaluation and publication process. All manuscripts must be submitted via the online submission system, which is available at <https://midwifery-ataunipress.org/EN>. The journal guidelines, technical information, and the required forms are available on the journal's web page.

Disclaimer

Statements or opinions expressed in the manuscripts published in the journal reflect the views of the author(s) and not the opinions of the Atatürk University Faculty of Health Sciences, editors, editorial board, and/or publisher; the editors, editorial board, and publisher disclaim any responsibility or liability for such materials.

Open Access Statement

Journal of Midwifery and Health Sciences is an open access publication, and the journal's publication model is based on Budapest Open Access Initiative (BOAI) declaration. Journal's archive is available online, free of charge at <https://midwifery-ataunipress.org/EN>. Authors retain the copyright of their published work in the Journal of Midwifery and Health Sciences. The journal's content is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial (CC BY-NC) 4.0 International License which permits third parties to share and adapt the content for non-commercial purposes by giving the appropriate credit to the original work.

From January 2022 onwards, content is licensed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 license. The journal's back content was published under a traditional copyright license however the archive is available for free access.

You can find the current version of the Instructions to Authors at <https://midwifery-ataunipress.org/>

Editor-in-Chief: Serap EJDER APAY

Address: Atatürk University Faculty of Health Sciences, Erzurum, Turkey

E-mail: sejder@atauni.edu.tr

Publisher: Atatürk University

Address: Atatürk University, Yakutiye, Erzurum, Turkey

Publishing Service: AVES

Address: Büyükdere Cad., 199/6 34394 Şişli, İstanbul, Turkey

Phone: +90 212 217 17 00

E-mail: info@avesyayincilik.com

Webpage: www.avesyayincilik.com

Journal of Midwifery and Health Sciences

Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi

CONTENTS

RESEARCH ARTICLES

- 128** Turkish Adaptation of the Desire to Avoid Pregnancy Scale: A Validity and Reliability Study
Esra KARATAŞ OKYAY, Esra GÜNEY, Tuba UÇAR
- 135** Perceptions of Midwives About the Midwifery Profession: A Metaphor Study
Tuğçe SÖNMEZ, Eylem TOKER, Gülüzar SADE, Zeynep Seyyide KAYA, Seda GÜRAY
- 142** Rational Use of Drugs During Pregnancy and Determination of Affecting Factors
Ayşenur KAHRAMAN, Melek ŞEN AYTEKİN, Eylem Mete SANDALCI, Özgür ALPARSLAN
- 150** Investigation of the Level of Attachment of Fathers to the Fetus and Factors Affecting Such Attachment in the Prenatal Period
Süreyya GÜMÜŞSOY, Sevgül DÖNMEZ, Nursel ALP DAL
- 159** The Impact of General Health Status of the Mothers on Healthy Lifestyle Behaviors in the First Year Postpartum
Merve İÇÖZ, Meral KILIÇ

REVIEW

- 170** Body's Lock Key: Energy Field and Emotional Freedom Technique
Zeynep KARAMAN ÖZLÜ, Gülistan UYMAZ ARAS, İbrahim ÖZLÜ, Ayşegül YAYLA, Tülay KILINÇ

TRANSLATION




- 176** Models for Midwifery Care: A Mapping Review
Ayberk Asena TELLİ, Zekiye KARAÇAM

ACKNOWLEDGEMENT OF REVIEWERS

- 191** Acknowledgement of Reviewers

Turkish Adaptation of the Desire to Avoid Pregnancy Scale: A Validity and Reliability Study

Gebelikten Kaçınma Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Esra KARATAŞ OKYAY¹ 
Esra GÜNEY² 
Tuba UÇAR² 

¹Department of Midwifery,
Kahramanmaraş Sütçü İmam
University, Faculty of Health
Sciences, Kahramanmaraş, Turkey
²Department of Midwifery, İnönü
University, Faculty of Health
Sciences, Malatya, Turkey



This research was presented as an oral presentation at World Women Conference-II, 11-12 February 2021, Türkiye

Received/Geliş Tarihi: 09.04.2022

Accepted/Kabul Tarihi: 01.12.2022

Publication Date/Yayın Tarihi: 01.09.2023

Corresponding Author/Sorumlu Yazar:
Esra GÜNEY
E-mail: esra.guney@inonu.edu.tr

Cite this article as: Karataş Okyay, E., Güney, E., & Uçar, T. (2023). Turkish adaptation of the desire to avoid pregnancy scale: A validity and reliability study. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 6(3), 128-134.



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

ABSTRACT

Objective: This study aimed to adapt the Desire to Avoid Pregnancy scale into Turkish and conduct its validity and reliability analyses.

Methods: A methodological study was carried out with a total of 742 women included in the sample, and they were randomly allocated into two groups. Exploratory factor analysis was performed on sample I (462 women), and confirmatory factor analysis was performed on sample II (280 women). Among the reliability analyses, Cronbach's alpha reliability coefficient, test-retest analysis, and the item-total score correlation coefficient were administered.

Results: As a result of the exploratory factor analysis performed on sample I, it was determined that 14 items explaining 57.262% of the total variance for the Desire to Avoid Pregnancy scale were included in one sample. According to the confirmatory factor analysis performed on sample II, the scale model was found to have good fit values. It was determined that Cronbach's alpha internal consistency coefficient obtained from the reliability analysis of the scale was .94, and the item-total score correlation and test-retest reliability coefficients obtained after the application at 2-week intervals were at acceptable levels for the women.

Conclusion: The results showed that the Desire to Avoid Pregnancy scale is valid and reliable for measures of pregnancy avoidance in women in the Turkish population.

Keywords: Desire to Avoid Pregnancy scale, pregnancy, pregnancy avoidance, reliability, validity

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı Gebelikten Kaçınma Ölçeğini (GKÖ) Türkçeye uyarlamak, geçerlik ve güvenilirliğini yapmaktır.

Yöntemler: Örneklem 742 kadın alındı. Örneklem grubu rasgele 2'ye ayrıldı. Birinci örneklem (462 kadın) grubuna Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA); 2. örneklem (280 kadın) grubuna Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapıldı. Güvenirlik analizlerinden madde toplam puan korelasyon katsayısı, Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı ve test-retest analysis bakıldı.

Bulgular: Birinci örneklem uygulanan AFA'ya göre GKÖ'nün toplam varyansın %57,262'sini açıklayan 14 maddelik tek faktör altında toplandığı belirlendi. İkinci örneklem uygulanan DFA'ya göre ölçek modelinin uyum değerlerinin iyi olduğu bulundu. Güvenirlik analiz sonuçlarına göre, ölçeğin Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısının 0,94 olduğu, madde-toplam puan korelasyon katsayısı değerlerinin ve test-retest güvenirlik katsayısı değerinin örneklem için kabul edilebilir düzeyde olduğu belirlendi.

Sonuç: Elde edilen sonuçlar GKÖ'nün Türk toplumundaki kadınlarda gebelikten kaçınma ölçümleri için geçerli ve güvenilir olduğunu gösterdi.

Anahtar Kelimeler: Gebelikten kaçınma ölçeği (GKÖ), gebelikten kaçınma, gebelik, geçerlik, güvenirlik

Introduction

Although the idea of conception may provoke excitement among many women, some women may want to avoid it because of the complications that may arise during pregnancy and delivery (Gatny et al., 2014; Samari et al., 2020). The idea of conception could go beyond normal childbirth concerns and worries, and it may become an intense and irrational fear of pregnancy and/or labor. Moreover, some women are more susceptible to fear of childbirth than others (Fenwick et al., 2015). In particular, women with tokophobia prefer to use family planning methods with a high protection rate to avoid becoming pregnant (Fenwick et al., 2015; Klabbbers et al., 2016). These thoughts of women about the idea of conception may also affect their desire for pregnancy (Samari et al., 2020).

There is a strong correlation between the desire for pregnancy and pregnancy rates, and conception that occurs despite the avoidance of it by a woman may result in an unintended pregnancy (Gatny et al., 2018; Weitzman et al., 2017). Unintended pregnancies and related abortions are a significant women's health problem and among the leading causes of death in women in their reproductive period (Ganatra et al., 2017; Gatny et al., 2014). According to the World Health Organization, 56 million women on average have abortions (safe and unsafe abortions) due to unintended pregnancies, and unsafe abortions account for 4.7% to 13.2% of causes of maternal death each year (Ganatra et al., 2017; Say et al., 2014). For this reason, it is important to determine whether women have pregnancy intentions or desires to avoid pregnancy to identify unintended pregnancies (Mumford et al., 2016; Rocca et al., 2019). However, most studies in the literature on women's intentions to become pregnant are retrospective (J. Hall et al., 2019; J. A. Hall et al., 2017). In these studies, since questions have been asked of women during their pregnancy or in the postpartum period, the responses of the women might not have accurately reflected their true thoughts about their intention to conceive or their desire to avoid pregnancy. Thus, it is important to determine thoughts about pregnancy prospectively and define women's feelings regarding a possible future pregnancy before it happens to provide appropriate women-centered care (Rocca et al., 2019; Stulberg et al., 2020).

The pregnancy desires of women can be determined by asking a single question: "Would you like to become pregnant in the next year?" It is suggested that health-care professionals provide four options for this question ("Yes," "Unsure," "No," and "Okay either way"). However, the impact of a single question on clinical care and patient outcomes has not been demonstrated well in the literature (Stulberg et al., 2020). The Desire to Avoid Pregnancy (DAP) scale, which was tested for validity and reliability in this study, measures pregnancy-related preferences prospectively. It comprises 14 items regarding how women would feel about becoming pregnant in the next 3 months and having a baby in the next year. This scale determines three areas related to women's conscious and unconscious pregnancy desires, including emotional feelings and attitudes, cognitive desires and preferences, and expected practical outcomes (Rocca et al., 2019). In Turkey, women's pregnancy-related desires are determined with a single screening question, and patient-centered counseling and services are provided according to the women's response. Presently, Turkey does not have a validated measurement tool that measures a woman's pregnancy-related preferences across different domains (desires, emotions, practical effect). Accordingly, this study aimed to adapt

the DAP scale, which was developed by Rocca et al. in 2019, into the Turkish language and conduct validity and reliability analyses to determine its applicability in this context.

Methods

Procedure and Design

This methodological study was conducted between 1 and 31 December 2020 using an online questionnaire distributed through married women's groups on social media (Facebook). The study included women who volunteered to fill out the online questionnaire and met the inclusion criteria. The inclusion criteria were being literate, being 15–45 years of age, not being pregnant, not being infertile, and having been married or sexually active for at least 1 year. The exclusion criterion was not answering the questionnaire completely. A total of 1002 women responded to the online questionnaire.

Adapting a scale to a different culture requires a sample size range of 50 = very bad, 100 = bad, 200 = suitable, 300 = good, 500 = very good, and 1000 = excellent. This range indicates the perfect sample size based on the criteria proposed by Comrey and Lee (1992) for factor analysis. Incomplete and incorrectly coded questionnaire forms were identified, and 260 forms were excluded from the analysis because they were considered invalid (Comrey & Lee, 2013). Thus, a total of 742 women constituted the sample of the study. Individuals were randomly selected from the main sample to form sample I (462 women), and the remaining individuals constituted sample II (280 women). A computer-generated list of random numbers was used to allocate the women to sample I. On sample I, exploratory factor analysis (EFA) was conducted, and on sample II, confirmatory factor analysis (CFA) was conducted. The questionnaire form that was used in this study was developed using the Google Forms platform.

Data Collection Tools

Personal Information Form

In the personal information form created by the researchers, the questions were designed to determine some of the sociodemographic characteristics of the women (J. A. Hall et al., 2017; Rocca et al., 2019; Weitzman et al., 2017).

Desire to Avoid Pregnancy Scale

This scale was developed by Rocca et al. (2019) to prospectively measure women's preferences regarding a possible future pregnancy and determine their desire to avoid pregnancy. The first five items of the 14-item scale address feelings and thoughts about the idea of conceiving in the next 3 months, and the remaining items address feelings and thoughts about having a baby in the next year. Seven items in the scale are scored in reverse (items 3, 7, 9, 11, 12, 13, and 14). The response options for the five-point Likert-type scale range between 0 = "strongly agree" and 4 = "strongly disagree." The minimum and maximum total scores that can be obtained by the respondent are 0 and 4, where this total score is calculated by summing the scores of all items and dividing the result by the number of items, which is 14. Higher scores indicate higher levels of desire to avoid pregnancy (Rocca et al., 2019).

Cultural Adaptation of the Desire to Avoid Pregnancy Scale

To adapt the DAP scale to Turkish, primarily, cultural adaptation was performed. The cultural adaptation phase consisted of testing the scale's linguistic validity, content validity, and pilot implementation. The scale was translated into Turkish by five independent experts. The translated documents were examined

by the researchers, and the Turkish text that represented each item best was selected. The Turkish draft was then translated back to English. Again, five linguists worked independently on the translation. Later, it was determined that the original scale and the text that was rejected were consistent.

Content validity was assessed to determine the distinctiveness of each item on the scale and its suitability for the purpose and the culture. The scale items were sent by e-mail to 12 faculty members who are experts in the field of midwifery. The evaluation was meant to assess the comprehensibility of each question with a Likert-type scoring system including the response options of 1 = "not compatible," 2 = "somewhat compatible, needs to be adapted," 3 = "quite compatible but needs minor changes," and 4 = "very compatible." The compatibility level of the experts' scores was analyzed using the nonparametric test of Kendall's *W* (Bowling & Ebrahim, 2005). It was seen that the scores given by the experts were not significantly different (Kendall's *W* = .158; $p = .499$) and there was a consensus among the experts.

A pilot study was conducted to determine whether the items of the scale, which was prepared with the recommendations of experts, were clear, understandable, and applicable. In the pilot study, 33 women who had similar characteristics to the sample were contacted. Results of pilot participants were not included in the main analyses. There are no misunderstood questions in the scale in the pilot application. Thus, the use of the draft of the Turkish version of the EAP scale was approved.

Psychometric testing of the Desire to Avoid Pregnancy scale

Validity

Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) test was performed to evaluate the suitability of the sample size and the dataset for factor analysis, Bartlett's test of sphericity was used to determine the adequacy of the sample size. A KMO value above 0.60 and a statistically significant result of the Bartlett's test indicated that the sample size was sufficient for factor analysis (Hadi et al., 2016). Exploratory factor analysis was performed on sample I (462 women), which was randomly selected from the entire sample. Exploratory factor analysis is a process that determines the number of factors of the measurement tool that is being tested. Cases where the rate of the total variance explained by the factors exceeds 50% indicate strong construct validity (Samuels, 2017). Confirmatory factor analysis was performed on sample II (280 women), who were randomly selected from the entire sample. Confirmatory factor analysis tests whether there is sufficient correlation between the factors determined using EFA, which variables are related to which factors, whether they are independent of each other, and whether the factors are sufficient to explain the model. The fit indices of χ^2/df , comparative fit index (CFI), standardized root mean squared residual (SRMR), and root mean square error of approximation (RMSEA) were used to assess the goodness of fit (Evcı & Aylar, 2017).

Reliability

The Cronbach's alpha internal consistency coefficient was calculated in the reliability analysis of the DAP scale. A sufficient reliability coefficient of a measurement tool should be as close to 1 as possible (Quansah, 1916). The item–total score correlation coefficients were analyzed to examine the relationship between the scores obtained from each item of the DAP scale and the total DAP scale scores. The item–total score correlation coefficient provides information regarding the extent to

which the items in the measurement instrument are related to each other. It was stated that items with item–total correlation values below .20 in a scale should be removed from the scale (Metsämuuronen, 2016). Test–retest analysis was performed to determine the time invariance of the DAP scale. The scale was applied among 36 women for a second time 15 days after the first implementation for the retest. The correlation coefficient between the measurement values obtained from the two applications is the reliability coefficient of the scale. As this value approaches 1, the test–retest reliability of the scale increases (Yaşlıoğlu, 2017).

Statistical Analysis

The primary results were obtained with EFA. In addition, content validity analysis, CFA, and reliability analysis were carried out. The collected data in this study were analyzed using Statistical Package for the Social Sciences 25.0 (IBM SPSS Corp., Armonk, NY, USA) and Analysis of Moment Structures (AMOS) 24 software. In order to test the normality assumptions, the scores of all scale values used in this study were analyzed using the Kolmogorov–Smirnov test. Parametric tests were used as the data showed a normal distribution. Frequencies, percentages, averages, and standard deviations were used to analyze the descriptive characteristics of the study participants. Kendall's *W* test was used for the analysis of the content validity of the scale. Kaiser–Meyer–Olkin test and Bartlett's sphericity test were used to evaluate the suitability of the sample size and data set for factor analysis. To test the construct validity of the scale, EFA was used. Statistical Package for the Social Sciences 25.0 was used to describe the factor structure of the scale. Desire to Avoid Pregnancy Scale (DFA) was carried out with AMOS 24 using the maximum likelihood method. Cronbach's alpha reliability coefficient, item–total score correlation coefficient, and test–retest analysis were used in testing the reliability of the scale.

Ethics Statement

In the adaptation process of the scale to Turkish, first of all, the necessary permission was received from Rocca, who developed the scale, via e-mail. Before the questionnaire forms were distributed to the participants, an information text about the research process and data collection tools was created, and the consent of the participants was obtained. Participation in the study was on a voluntary basis. Ethics committee approval was received for this study from the İnönü University Health Sciences Non-Interventional Clinical Research and Publication Ethics Committee (Date: November 10, 2020, Decision number: 2020/1237).

Results

The sample ($n = 1002$) was screened for the inclusion criteria, and 26% of the potential participants, who responded to the questionnaire incompletely or incorrectly, were excluded from the study. The mean age of the EFA group participants in the study was 32.39 ± 7.53 years, and the mean age of the CFA group participants in the study was 32.85 ± 19.47 years. The sociodemographic characteristics of the women are shown in Table 1.

Validity

As a result of the EFA applied to Sample I, it was found that the KMO value of the DAP was 0.933, its Bartlett's sphericity test value was $X^2 = 5191.506$, and the significance level was $p < .001$. Based on these results, the sample size was perfectly adequate to perform factor analysis for both questionnaires (Hadia et al., 2016). With respect to the EFA results, one factor (unidimensional

Table 1.
Sociodemographic Characteristics of the Women (n = 742)

Characteristics	EFA (n = 462)		CFA (n = 280)	
Age (years)	32.39 ± 7.53		32.85 ± 19.47	
Educational level				
Lower levels than high school	168	(36.4%)	91	(32.5%)
High school	120	(26.0%)	87	(31.1%)
College or higher degree	174	(37.7%)	102	(36.4%)
Employment status				
Employed	126	(27.3%)	76	(27.1%)
Unemployed	336	(72.7%)	204	(72.9%)
Income status				
Low	103	(22.3%)	83	(29.6%)
Medium	334	(72.3%)	183	(65.4%)
High	25	(5.4%)	14	(5.0%)
Length of marriage				
1–5 year(s)	151	(34.9%)	85	(32.8%)
6–12 years	112	(25.9%)	79	(30.5%)
13+ years	170	(39.3%)	95	(36.7%)
Parity				
Nullipara	57	(12.5%)	37	(13.4%)
Primigravida	97	(21.3%)	63	(22.7%)
Multigravida	301	(66.2%)	177	(63.9%)
Current contraceptive use				
Yes	300	(64.9%)	191	(68.2%)
No	162	(35.1%)	89	(31.8%)
Status of planning pregnancy				
Yes, planning now	42	(9.1%)	19	(6.8%)
Yes, in the next 3 months	16	(3.5%)	6	(2.1%)
Yes, in the next year	27	(5.8%)	21	(7.5%)
Yes, after the next year	48	(10.4%)	41	(14.6%)
No, not planning	329	(71.2%)	193	(68.9%)

Note: CFA= Confirmatory factor analysis; EFA= Exploratory factor analysis.

model) with an eigenvalue above 1 for 14 items was obtained for the DAP scale (Table 2). Sample II was subjected to DFA. In the evaluation, the desired result could not be obtained in terms of the goodness of fit indices obtained from the first model. A second CFA model was obtained by correlating the error covariances for these items. Confirmatory factor analysis results revealed a good fit based on the goodness of fit indexes of the scale (Table 3; Figure 1).

Reliability

The Cronbach's alpha reliability coefficient for the DAP scale was calculated as .942 (Table 2). It was found that the correlation coefficients between the overall score obtained from the scale and those obtained for each item were positive and high (Table 2). The mean total DAP scale score of the participants in the first implementation was 2.23 ± 0.96, while their retest mean total score was 2.25 ± 0.74. The correlation values between the mean scores obtained at the two different times demonstrated a positive and strong statistically significant relationship ($r = .581$, $p = .001$).

Table 2.
Factor Loads and Item–Total Score Correlation Coefficients of the Desire to Avoid Pregnancy (DAP) Scale (Sample I, n = 462)

Item No.	Items	Factor	Mean	SD	Item–Total Score Correlation
10	Baby: makes me smile (+)	0.86	1.74	1.24	0.85*
6	Baby: want (+)	0.82	2.03	1.35	0.81*
8	Baby: positive addition to life (+)	0.82	1.74	1.17	0.81*
2	Pregnant: good thing for me (+)	0.81	2.25	1.26	0.81*
4	Pregnancy: excited (+)	0.81	2.19	1.26	0.80*
1	Pregnancy: would not mind (+)	0.76	1.96	1.31	0.76*
11	Baby: stressed out (–)	0.75	1.79	1.31	0.76*
3	Pregnancy: unhappy (–)	0.75	1.90	1.27	0.75*
7	Baby: bad for life (–)	0.73	1.28	1.14	0.73*
5	Pregnancy: closer to partner (+)	0.72	2.22	1.32	0.71*
13	Baby: hard for me to handle (–)	0.71	1.89	1.27	0.72*
14	Baby: harder to achieve other things (–)	0.67	1.77	1.22	0.68*
12	Baby: loss of freedom (–)	0.65	1.59	1.24	0.66*
9	Baby: end of the world for me (–)	0.64	0.85	1.00	0.64*
Cronbach's alpha (0.942)			2.23	0.96	
Variance explained (%) 57.262					

Note: SD = Standard deviation.
* $p < .001$.

Discussion

This study aimed to adapt the DAP scale into Turkish and assess its validity and reliability. According to the findings of the study, the Turkish version of the DAP scale is a valid and reliable scale to use in day-to-day practice for identifying unintended pregnancies. For the psychometric analysis of the original scale, the researchers used item response theory (IRT) or item response modeling (IRM) on the measurements (De Boeck & Wilson, 2004). Item response modeling-based methods are used to reduce the number of items and evaluate the performance of items. Item response modeling is a leading statistical paradigm for the development and evaluation of scales, including self-reported

Table 3.
Goodness-of-Fit Indices for the Desire to Avoid Pregnancy (DAP) Scale: Confirmatory Factor Analysis (Sample II, n = 280)

Fit Criteria	Model Result	Good Fit	Acceptable Fit
χ^2/df (cmin/df)	2.994	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	< 5
p for the model	.000	$< .05$	
CFI	.95	$.97 \leq CFI \leq 1$	$.90 \leq CFI < .97$
SRMR	.00	$0 \leq SRMR \leq .05$	$.05 < SRMR \leq .10$
RMSEA	.08	$\leq .05$	$.05 < RMSEA \leq .08$

χ^2/df = Chi-squared relative to its degrees of freedom; CFI = Comparative fit index; RMSEA = root mean square error of approximation; SRMR = Standardized root mean squared residual.

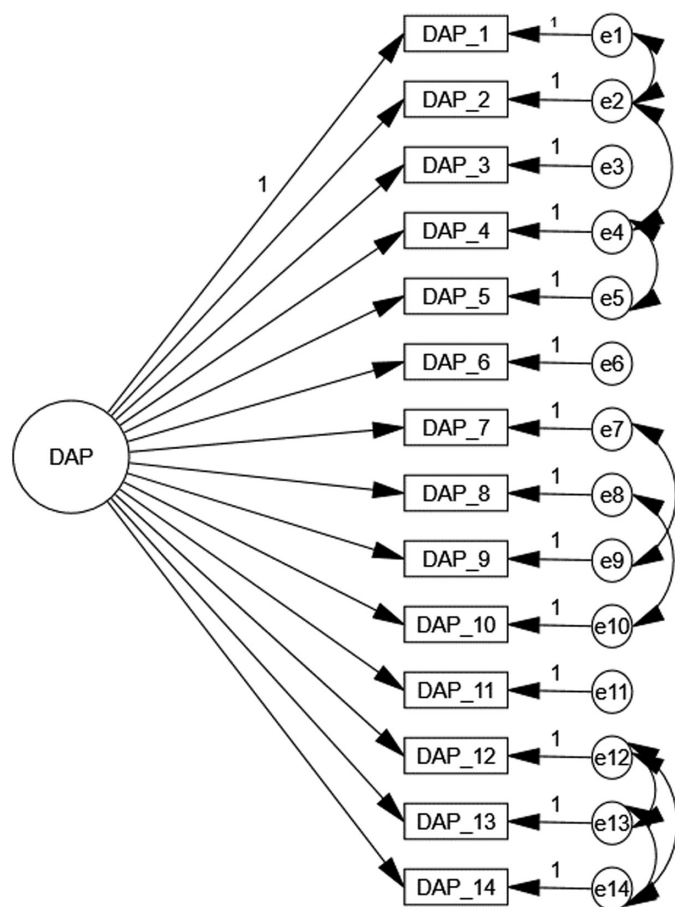


Figure 1.
Desire to Avoid Pregnancy (DAP) Scale, Standardized Factor Loadings, and Intercorrelations.

measures (Wilson, 2004). Additionally, IRM provides a richer description of each substance, helping researchers select the best-performing substances (Bachrach & Morgan, 2013; De Boeck & Wilson, 2004; Wilson, 2004).

Validity

In the original version of the scale, researchers used structural modeling and IRT-based methods to develop and assess the psychometric measure of the scale. Item response modeling was not used in the adaptation of the DAP scale to Turkish, but CFA and EFA were used for the validity analysis of the scale. Exploratory factor analysis was performed at the first stage to determine the construct validity of the DAP scale, the related concept of the scale, and its ability to measure the entire conceptual construct. A high ratio of the total explained variance as a result of EFA indicates that the factor structure of the scale is strong. According to the KMO test statistic, the sample size was sufficient for factor analysis (Hadi et al., 2016). The factor load values of the items of the DAP scale were found to be between .64 and .86. Therefore, no item was removed from the scale.

The researchers of this study found that the adapted DAP scale is one dimensional, as is the original scale, and the single factor of the scale explained 57.262% of the total variance. Values of 50% and above are preferred for the ratio of the total variance explained by its factors in adaptation studies (Samuels, 2017). Thus, the sufficient construct validity standard was met. Confirmatory factor

analysis is used to test whether there is a sufficient correlation between the factors determined with the help of EFA. In the CFA, the fit indices of the scale were calculated. The calculation results revealed excellent fit indices for the instrument (Evcı & Aylar, 2017).

Reliability

Reliability is a measure of the consistency of scale (Taherdoost, 2016). The Cronbach's alpha internal consistency coefficient, the item-total correlation coefficient and test-retest reliability analysis were used to examine the reliability of the Turkish version of the DAP scale. The Cronbach's alpha coefficient of the Turkish version of the DAP scale was found as .94. For the original version of the scale, Rocca et al. (2019) reported the Cronbach's alpha coefficient as .95 (Rocca et al., 2019). The coefficients obtained in this study were found to be compatible with the original scale, and the Turkish version of the DAP scale was determined to be highly reliable.

In this study, the item-total correlation coefficients of the scale ranged from .64 to .85. These item-total correlation coefficients were found to be above the acceptable limit for item selection ($r \geq .20$ for all items in the scale) (Metsämuuronen, 2016). The correlation between the score of each item and the total score was acceptable and statistically significant. In this study, the test-retest method was used to determine the time invariance of the scale and correlation analysis was performed. As a result of the analysis, the test-retest correlation coefficient was determined as .518. According to the literature, as this value approaches 1, the reliability of the measurement instrument that is tested increases (Yaşlıoğlu, 2017). Based on this result, the reliability of the DAP scale was high.

In the literature review, it was determined that the psychometric measurements of the DAP scale, including EFA, CFA, item-total correlation analysis, and test-retest analysis, had not yet been made for its use in different languages and cultures. Therefore, the results of the EFA, CFA, test-retest analysis, and item-total correlation analysis given in this study are the only findings presented in terms of the psychometric evaluation of the DAP scale. These results may therefore guide further studies.

Conclusion and Recommendations

The scale showed good reliability and met the criteria for internal consistency and external validity in the Turkish language. The Turkish version of the DAP scale is recommended for use in future studies to examine the preference of women to avoid pregnancy and capture a range of preferences related to pregnancy and childbearing, including cognitive evaluations of feelings, preferences, and anticipated practical consequences. It will contribute as a solid measure in determining pregnancy preferences to the literature on unintended pregnancies. The Desire to Avoid Pregnancy scale can be used to determine individual preferences for conception and contraceptive use.

Study Limitations

The main contribution of this study was that DAP was made ready to use in day-to-day practice for identifying the pregnancy intentions of women accurately in Turkish society. The questionnaire is short and easy to use in both clinical practice and research. Having a measurement instrument that makes it easier to identify unintended pregnancies provides the likelihood of women using effective family planning methods. Nevertheless, this study also

had some limitations. The first limitation was that only married participants were included in the study. Another limitation was that the long-term intended desire to avoid pregnancy cannot be assessed with this scale. The fact that the study was conducted on Facebook may have affected the comprehension of the scale items. While this does not invalidate the translation (adaptation), validation and reliability study, incomplete/incorrect responses to the items might indicate the difficulty of some women in understanding the items. Despite these limitations, we believe that this scale can serve as a starting point for further research, as the Turkish version of the DAP scale was found to be valid and reliable.

Ethics Committee Approval: Ethics committee approval was received for this study from the İnönü University Health Sciences Non-Interventional Clinical Research and Publication Ethics Committee (Date: November 10, 2020, Decision number: 2020/1237).

Informed Consent: Before the questionnaire forms were disseminated, an information letter about the research and data collection tools was created, and the consent of the participants was obtained. Participation in the study was done on a voluntary basis.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept – E.K.O., E.G., T.U.; Design – E.K.O., E.G., T.U.; Supervision – E.K.O., E.G.; Resources – E.K.O., E.G.; Materials – E.K.O., E.G.; Data Collection and/or Processing –E.K.O., E.G.; Analysis and/or Interpretation – E.K.O., E.G.; Literature Search –E.K.O., E.G.; Writing Manuscript – E.K.O., E.G.; Critical Review – E.K.O., E.G., T.U.

Declaration of Interests: The authors declare that they have no competing interest.

Funding: The authors declared that this study has received no financial support.

Etik Komite Onayı: Bu çalışma için etik komite onayı İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar ve Yayın Etiği Kurulu'ndan (Tarih: 10 Kasım 2020, Sayı: 2020/1237) alınmıştır.

Hasta Onamı: Online anketin ilk sayfasında çalışmanın amacı ve içeriği hakkında kısa bir bilgi notu yer almış ve katılımcıların çalışmaya katılmaya gönüllü olup olmadıklarını belirten onam formu gönderilmiştir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına göre yapılmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir – E.K.O., E.G., T.U.; Tasarım – E.K.O., E.G., T.U.; Denetleme – E.K.O., E.G.; Kaynaklar – E.K.O., E.G.; Malzemeler – E.K.O., E.G.; Veri Toplanması ve/veya İşlenmesi – E.K.O., E.G.; Analiz ve/veya Yorum – E.K.O., E.G.; Literatür Taraması – E.K.O., E.G.; Yazıyı Yazan – E.K.O., E.G.; Eleştirel İnceleme – E.K.O., E.G., T.U.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

References

Bachrach, C. A., & Morgan, S. P. (2013). A cognitive–social model of fertility intentions. *Population and Development Review*, 39(3), 459–485. [CrossRef]

Bowling, A., & Ebrahim, S. (2005). *Handbook of health research methods: investigation, measurement and analysis*. Mcgraw-Hill Education.

Comrey, A. L., & Lee, H. B. (2013). *A first course in factor analysis*. Psychology press.

De Boeck, P., & Wilson, M. (2004). *Explanatory item response models: A generalized linear and nonlinear approach*. Springer-Verlag.

Evci, N., & Aylar, F. (2017). Use of confirmatory factor analysis in scale development studies. *Journal of Social Science*, 4, 389–412.

Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D. K., Smith, J., & Gamble, J. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery*, 31(1), 239–246. [CrossRef]

Ganatra, B., Gerdts, C., Rossier, C., Johnson Jr., B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z., & Alkema, L., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z., & Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: Estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*, 390(10110), 2372–2381. [CrossRef]

Gatny, H. H., Kusunoki, Y., & Barber, J. S. (2014). Pregnancy scares and subsequent unintended pregnancy. *Demographic Research*, 31, 1229–1242. [CrossRef]

Gatny, H., Kusunoki, Y., & Barber, J. (2018). Pregnancy scares and change in contraceptive use. *Contraception*, 98(4), 260–265. [CrossRef]

Hadi, N. U., Abdullah, N., & Sentosa, I. (2016). An easy approach to exploratory factor analysis: Marketing perspective. *Journal of Educational and Social Research*, 6(1), 215–215.

Hall, J. A., Benton, L., Copas, A., & Stephenson, J. (2017). Pregnancy intention and pregnancy outcome: Systematic review and meta-analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 21(3), 670–704. [CrossRef]

Hall, J. A., Stephenson, J., & Barrett, G. (2019). On the stability of reported pregnancy intentions from pregnancy to 1 year postnatally: Impact of choice of measure, timing of assessment, women's characteristics and outcome of pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*, 23(9), 1177–1186. [CrossRef]

Klabbers, G. A., van Bakel, H. J., van den Heuvel, M. M., & Vingerhoets, A. J. (2016). Severe fear of childbirth: Its features, assessment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psychological Topics*, 25(1), 107–127.

Metsämuuronen, J. (2016). Item–total correlation as the cause for the underestimation of the alpha estimate for the reliability of the scale. *GJRA-global journal for research analysis*, 5(1), 471–477.

Mumford, S. L., Sapra, K. J., King, R. B., Louis, J. F., & Buck Louis, G. M. B. (2016). Pregnancy intentions—A complex construct and call for new measures. *Fertility and Sterility*, 106(6), 1453–1462. [CrossRef]

Quansah, F. (1916). The use of Cronbach alpha reliability estimate in research among students in public universities in Ghana. *African Journal of Teacher Education*, 6. [CrossRef]

Rocca, C. H., Ralph, L. J., Wilson, M., Gould, H., & Foster, D. G. (2019). Psychometric evaluation of an instrument to measure prospective pregnancy preferences: The desire to avoid pregnancy scale. *Medical Care*, 57(2), 152–158. [CrossRef]

Samari, G., Foster, D. G., Ralph, L. J., & Rocca, C. H. (2020). Pregnancy preferences and contraceptive use among US women. *Contraception*, 101(2), 79–85. [CrossRef]

Samuels, P. (2017). *Advice on exploratory factor analysis*.

Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A. B., Daniels, J., Gülmezoglu, A. M., Temmerman, M., & Alkema, L., Temmerman, M., & Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *Lancet. Global Health*, 2(6), e323–e333. [CrossRef]

Stulberg, D. B., Datta, A., White VanGompel, E. W., Schueler, K., & Rocca, C. H. (2020). One Key Question® and the Desire to Avoid Pregnancy Scale: A comparison of two approaches to asking about pregnancy preferences. *Contraception*, 101(4), 231–236. [CrossRef]

Taherdoost, H. (2016). Validity and reliability of the research instrument; how to test the validation of a questionnaire/survey in a research. *SSRN Electronic Journal*. [CrossRef]

Weitzman, A., Barber, J. S., Kusunoki, Y., & England, P. (2017). Desire for and to avoid pregnancy during the transition to adulthood. *Journal of Marriage and the Family*, 79(4), 1060–1075. [CrossRef]

Wilson, M. (2004). *Constructing measures: An item response modeling approach*. Routledge.

Yaşlıoğlu, M. (2017). Factor analysis and validity in social sciences: Application of exploratory and confirmatory factor analyses. *Istanbul University Journal of the School of Business*, 46, 74–85.

Genişletilmiş Özet

Amaç: Gebe kalma fikri, kadınların çoğunda tatlı heyecanlar uyandırmasına rağmen gebelik ve doğumda meydana gelebilecek komplikasyonlar nedeniyle kadınlar gebelikten kaçınmak istemektedirler. Özellikle tokofobisi olan kadınlar, gebe kalmamak için yüksek koruyuculuk oranına sahip aile planlaması yöntemleri kullanmayı tercih etmektedirler. Bazen de bebeğın veya kendisinin zarar görebileceğı korkusu da kadınların gebe kalma isteğinin önüne geçebilmektedir. Gebelik ve doğumun meydana getirebileceğı faktörler dışında gebelikten kaçınma isteğinin bir diğeri sebebi de bebeğe yeterince iyi bakamama endişesidir. Kadınların gebeliğe ilişkin düşünceleri gebelik ve doğum sonuçlarını da etkileyebilir. Gebe kalma isteğı ile gebelik oranları arasında güçlü bir bağlantı bulunmakta olup; bir kadın gebelikten kaçınmasına rağmen oluşabilecek bir gebelik istenmeyen gebelikle sonuçlanabilir. İstenmeyen gebelikler ve buna bağılı oluşan isteyerek yapılan düşükler önemli bir kadın sağığı sorunudur ve doğurganlık dönemindeki kadınların ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Bu sebeple istenmeyen gebeliklerin belirlenerek kontraseptif bakıma ihtiyaç duyan kadınların ayırt edilmesi için kadınların gebelik niyetlerinin ve gebelikten kaçınma isteklerinin olup olmadığının belirlenmesi önemlidir. Gebeliğe dair düşünceleri ileriye dönük olarak belirlemek ve kadınların gebeliğın henüz gerçekleşmediğı dönemde gelecekteki olası bir gebeliğe karşı duygularını tanımlamak, hem istenmeyen gebeliklerin belirlenmesi ve kontraseptif bakıma ihtiyaç duyan kadınların ayırt edilmesi için, hem de kadın merkezli bakımın sunulması için önemlidir. Bu nedenlerden dolayı kadınların gelecekte gebe kalma ve bebek sahibi olma konusunda nasıl hissedeceklerini ve gebelikten kaçınma isteklerinin olup olmadığını belirlemek gerekmektedir. Bu çalışmada Rocca ve arkadaşları tarafından 2019 yılında geliştirilen Gebelikten Kaçınma Ölçeğinin (The Desire to Avoid Pregnancy Scale, DAP-scale) Türkçeye uyarlanarak, geçerlik ve güvenilirliğinin yapılması amaçlandı.

Yöntem: Metodolojik tipte olan araştırma 1- 31 Aralık 2020 tarihleri arasında sosyal medyada (Facebook) evli kadın grupları aracılığıyla web tabanlı bir çevrimiçi anket kullanılarak gerçekleştirildi. Araştırmaya çevrimiçi anketi doldurmaya gönüllü ve araştırmaya alınma kriterlerini sağılayan (okur- yazar olan, 15- 45 yaş aralığında olan, gebe olmayan, infertil olmayan ve en az bir yıldır evli olan/ en az bir yıldır cinsel olarak aktif olan) kadınlar alındı. Çevrimiçi anketlerden 1002 geri dönüş sağılandı. Bir ölçeğın farklı bir kültüre uyarlanmasında güvenilir bir faktör analizi için alınması gereken örneklem büyüklüğü 50 çok kötü, 100 kötü, 200 uygun, 300 iyi, 500 çok iyi ve 1000 mükemmel olarak sınıflandırılmıştır. Bu oran Comrey ve Lee'nin faktör analizi için önerdiğı ölçütler dikkate alındığında mükemmel örneklem büyüklüğünü oluşturmaktadır. Eksik doldurulmuş, tamamlanmamış veya yanlış kodlanmış anketler belirlendi ve 260 katılımcının anket formları geçersiz sayıldığın için değerlendirme dışı bırakıldı. Böylece, araştırmanın örneklemine toplamda 742 kadın oluşturdu. Oluşturulan örneklemden random olarak bir grup seçilerek örneklem I (462 kadın); kalan grupta da örneklem II (280 kadın) oluşturuldu. Örneklem I' e AFA; örneklem II' ye DFA uygulandı. Araştırma anketleri Google formları uygulaması (<https://docs.google.com/forms>) kullanılarak geliştirildi. Araştırmada katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Ölçeğın kapsam geçerliğı değerlendirilirken Kendall W analizi kullanıldı. Çalışmaya alınan örneklem büyüklüğü ve veri setinin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için Kaiser- Meyer- Olkin (KMO) analizi; örneklem sınama büyüklüğünü saptamak için Barlett's Test of Sphericity testi yapıldı. Ölçeklerin yapı geçerliğinin test edilmesinde AFA yapıldı. Ölçeğın faktör yapısı açıklanırken SPSS 25.0 kullanıldı. DFA, AMOS 24 programı kullanılarak yapıldı. Ölçeğın güvenilirliğinin test edilmesinde güvenilirlik analizlerinden Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı, madde toplam puan korelasyon katsayısı ve test-retest analysis kullanıldı. Veri toplama araçları olarak kişisel bilgi formu ve gebelikten kaçınma ölçeğı (GKÖ) kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan AFA grubu katılımcılarının yaş ortalaması $32,39 \pm 7,53$, DFA grubu katılımcılarının yaş ortalaması ise $32,85 \pm 19,47$ 'dir. Örneklem I' e uygulanan AFA sonucunda GKÖ'nün KMO değeri 0,933, Bartlett küresellik test değeri $X^2=5191,506$ ve anlamlılık düzeyinin $p < ,001$ olduğı bulunmuştur. Bu sonuçlara dayanarak, örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapmak için yeterli olduğı tespit edilmiştir. AFA sonuçlarına göre GKÖ için 14 madde için öz değeri 1' in üzerinde olan tek boyutlu model elde edilmiştir. Örneklem II' ye DFA yapılmış ve sonuç olarak elde edilen uyum indeksleri modelin iyi bir uyuma sahip olduğunu ortaya koymuştur. GKÖ için Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı ,942 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınan toplam puan ile her bir madde için elde edilen puanlar arasındaki korelasyon katsayılarının pozitif ve yüksek olduğı saptanmıştır. Katılımcıların ilk uygulamada GKÖ toplam puan ortalaması $2,23 \pm 0,96$, tekrar test toplam puan ortalaması ise $2,25 \pm 0,74$ 'tür. İki farklı zamanda elde edilen ortalama puanlar arasındaki korelasyon değeri pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermiştir ($r = ,581, p = ,001$).

Sonuç: Sonuç olarak GKÖ'nün Türk toplumundaki kadınlarda gebelikten kaçınma ölçümleri için geçerli ve güvenilir olduğı tespit edilmiştir. GKÖ'nün Türkçe uyarlamasının, kadınların gebelikten kaçınma tercihini incelemek, tercihlerin, duyguların ve beklenen pratik sonuçların bilişsel değerlendirmeleri de dahil olmak üzere bir dizi gebelik ve çocuk doğurma tercihini yakalamak için gelecekteki planlı çalışmalarda kullanılması önerilir. Ölçek, bildirilen niyet ve kontraseptif kullanımı ile gebelik arasındaki tutarsızlıkları bireysel düzeyde incelemek için kullanılabilir.

Perceptions of Midwives About the Midwifery Profession: A Metaphor Study

Ebelerin Ebelik Mesleğine İlişkin Algıları: Bir Metafor Çalışması

Tuğçe SÖNMEZ^{ID}
Eylem TOKER^{ID}
Gülüzar SADE^{ID}
Zeynep Seyyide KAYA^{ID}
Seda GÜRAY^{ID}

Department of Midwifery, Tarsus University, Faculty of Health Sciences, Mersin, Turkey



The study was presented as an oral presentation at the 2nd International Anatolian Midwives Association (May 19–22, 2022).

Received/Geliş Tarihi: 04.02.2023

Accepted/Kabul Tarihi: 25.04.2023

Publication Date/Yayın Tarihi: 31.05.2023

Corresponding Author/Sorumlu Yazar:
Tuğçe SÖNMEZ
E-mail: tugcesonmez@tarsus.edu.tr

Cite this article as: Sönmez, T., Toket, E., Sade, G., Kaya, Z. S., & Güray, S. (2023). Perceptions of midwives about the midwifery profession: A metaphor study. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 6(3), 135-141.



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study is to explain the perceptions of midwives about the midwifery profession through metaphors.

Methods: This study utilized a phenomenological study design. Data were collected online using Google Forms between March 01, 2022, and April 30, 2022.

Results: The average age of participating midwives was 34.94 ± 8.18 . The results of the study indicated 47 different metaphors produced by 89 midwives. The metaphors obtained were grouped into 3 categories positive, negative, and both positive and negative. While 71 midwives produced metaphors in the positive category (81.6%), 6 midwives produced metaphors in the negative category (6.9%) and 10 midwives (11.5%) produced metaphors in both positive and negative categories. Two responses were excluded from the data since they did not contain metaphors.

Conclusion: The majority of the midwives were found to produce positive metaphors and have positive perceptions about their profession.

Keywords: Midwifery, metaphor, perception of profession

ÖZ

Amaç: Bu araştırmanın amacı ebelerin ebelik mesleğiyle ilgili algılarını metaforlarla açıklamaktır.

Yöntemler: Araştırmada fenomenolojik yöntem kullanılmıştır. Veriler, 01 Mart-30 Nisan 2022'de online olarak Google Form aracılığıyla toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan ebelerin yaş ortalaması $34,94 \pm 8,18$ 'dir. Araştırmanın sonucunda 89 ebeden 47 farklı metafor elde edilmiştir. Ortaya çıkan metaforlar olumlu, olumsuz ve hem olumlu hem olumsuz olmak üzere üç kategoride değerlendirilmiştir. Ebelerden 71'i olumlu kategoride (%81,6), 6'sı olumsuz kategoride (%6,9) ve 10'u hem olumlu hem olumsuz kategoride metafor (%11,5) üretmiştir. Verilen yanıtlardan 2'si metafor özelliği taşımadığı için çalışma bulguları dışında bırakılmıştır.

Sonuç: Ebelerin çoğunluğunun olumlu metafor ürettiği ve mesleklerine ilişkin algılarının da olumlu olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, metafor, meslek algısı

Introduction

Midwifery is one of the oldest professions in the world. The WHO defines a midwife as “a person who provides the necessary care and advice during pregnancy, labor and the post-partum period; conducts vaginal deliveries on her own responsibility; has been educated to care for the newborn; and is responsible for performing preventive measures, detection of abnormal conditions during pregnancy, and the procurement of medical assistance when necessary” (WHO, 2018). Midwifery is a sacred and spiritually satisfying profession that enables midwives to perform their profession willingly all the time. The attitudes of midwives toward their profession are closely associated with maternal and infant health and thus community health. Therefore, exploration of the ways midwives perceive their profession is an important issue (Baskaya et al., 2020).

Perception is the way individuals perceive conditions and events (Balkan et al., 2012). Individuals develop attitudes according to how they perceive an event or condition and demonstrate behaviors within the framework of the attitudes they develop. Positive perceptions about the profession play an important role in individuals' embracement of their profession, the accomplishment of professional success, and the social development of the profession (Derin et al., 2017). The most important factor in the perception process is the individual. Each individual may have different perceptions and thoughts about the same concept. Accordingly, perceptual characteristics may differ (Erişti et al., 2013).

Individuals use metaphors as an effective way of describing their perceptions. Metaphor is defined as describing a concept using other words similar to it (Turkish Language Association, 2011). Metaphors are described as "the strongest mental tools that construct, direct and control our thoughts about the formation and functioning of events" (Saban, 2004). Individuals often utilize metaphors while describing their emotions and thoughts (Geçit & Gençer, 2011). Metaphors contribute to the exploration of how concepts to be analyzed are perceived. It is important in terms of putting the midwife and midwifery profession metaphors and their perceptions about both their profession and their colleagues with whom they will work. A review of the literature in terms of metaphor studies indicates that studies in the field of health generally describe professional perceptions of students, nurses, and doctors through metaphors (Abay, 2017; Ay et al., 2018; Kale & Çiçek, 2015; Taşkın Yılmaz et al., 2014); there is a limited number of studies on the metaphoric perceptions of working midwives about their profession. Various metaphors can be produced to understand midwifery. The first metaphor about midwifery was used in Plato's Theaetetus "Imagine Socrates being a midwife." Socrates, whose mother was a midwife, stated that he practiced the art of midwifery by gathering people around him and that he revealed knowledge by releasing their thoughts (Molander, 1990). Therefore, the present study aims to find out how midwives perceive their profession through metaphors, analyze the profession better, realize the problems in the profession, and contribute to its development. The study is believed to provide a meaningful contribution to the literature. Besides, an investigation of the perceptions of midwives about the midwifery profession is considered to contribute to the development of both individual and social perceptions of the midwifery profession. In this regard, this study aims to explore the perceptions of midwives regarding their profession through metaphors.

Methods

Study Design

This study utilized a qualitative and phenomenological study design. Phenomenological studies aim to reveal meanings attributed to a phenomenon or experience by individuals or their perceptions in this direction. In this method, the definitions suggested regarding the phenomenon investigated are divided into categories. These categories help us to understand what individuals think (Ay et al., 2018; Kocabyık, 2016). With phenomenology, events, experiences, perceptions, tendencies, concepts, and situations can be investigated (Yıldırım & Şimşek, 2013).

The Setting of the Study

Data were collected online through Google Forms between March 01, 2022, and April 30, 2022. The snowball sampling method was utilized to collect data. The forms were sent to the participants through WhatsApp to enhance their participation. In snowball

sampling, the sampling process starts by reaching one individual subject and providing information about just one other subject. The researcher tries to reach new subjects by asking the subjects previously reached to provide other referrals (Yağar & Dökme 2018).

Target Population and the Sample

Data collection ended in April as the metaphors began to repeat. The sample of the study included 89 volunteer midwives among those who worked as midwives at Mersin in Turkey and had been midwives for at least 1 month. The data collection phase was completed by the researcher as soon as the data is saturated.

Inclusion Criteria

- Agreeing to participate in the study.
- Reading and writing in Turkish.
- Working as a midwife for at least 1 month.

Data Collection Tools

The data collection tool, prepared by the researchers in line with the literature, was composed of 2 parts (Denat et al., 2008; Dimitriadou et al., 2015; Kale & Çiçek, 2015; Özmen & Çetinkaya, 2016; Saban, 2004). The form included 9 questions. While the first part had 7 questions regarding the participants' descriptive features (age, marital status, education level, mode of delivery, years of working, working unit), the second part had 2 questions regarding how the participants perceive the midwifery profession including the statement of "Midwifery is like ... because..."

Data Collection

Data were collected online. The participants' consent was received through the Google Form. Data collection took about 5-10 minutes.

Data Analysis

The analysis of the quantitative data was performed using Statistical Package for Social Sciences version 21.0 (IBM SPSS Corp., Armonk, NY, USA) program. Participating midwives' descriptive characteristics were presented as numbers and percentage distributions. The difference between the participants' descriptive features and metaphor categories was analyzed using the chi-square test.

Analysis of the qualitative data was performed using the "content analysis technique." Content analysis is the summary of the content categories through codings (Küçük et al., 2020). The data obtained were analyzed through the evaluation of the data, interpretation of the data, formation of the meaning in the data, and categorization methods. The categories analyzed in line with the justifications were formed by the researchers separately and reviewed by an expert specialized in qualitative research. The participants were indicated with codes from 1 to 89 initiated with the letter P for confidentiality purposes, with P1 indicating the first participant, P2 indicating the second participant, and so on.

Evaluation of the Data

The participants' responses to the questions were noted down by the researchers separately and collected in a single text. Data from 2 participants were not included in the analysis as they could not produce any metaphors about midwifery. For instance, while "midwifery is like a mother" can be accepted as a metaphor, "Midwifery is sometimes an easy job" was not accepted since it did not contain a metaphor.

Interpretation of the Data

The analysis of the responses included the categorization of the statements with the same or similar meaning to reflect the expression meant. For instance, the phrase “hand of a mother” was indicated as “mother”.

Formation of the Meaning in the Data

The researchers did not make any interpretations of the forms where the participants wrote the metaphors with justifications.

Categorization

The metaphors produced by the midwives about their profession were divided into 3 categories as positive, negative, and both positive and negative (Eraslan, 2011). The metaphors were found to be justified in terms of both positive and negative meanings and included in both categories (Çulha Özbaş & Aktekin, 2013; Yüzer et al., 2008).

Ethical Considerations

Approval to conduct the study was obtained from the ethics committee of Tarsus University (Protocol No. 2022 /16, Date: February 28, 2022).

Results

Table 1 demonstrates the descriptive characteristics of the participants and indicates the mean age as 34.94 ± 8.18 (min: 23, max: 54). Of all the midwives, 68.5% were married, 97.7% had an undergraduate or postgraduate degree, 53.9% had a vaginal delivery, 45.0% had 2 and more children, 29.2% had been working for 1 month to 5 years, and 45.2% worked in the delivery room. These metaphors were divided into 3 categories as positive, negative, and both positive and negative. Of all the different metaphors produced, 81.6% were positive ($n = 71$), 6.9% were negative ($n = 6$), and 11.5% were both positive and negative ($n = 10$). Two responses were excluded from the study data as they did not contain metaphors.

Participating midwives produced a total of 47 different metaphors. Table 2 demonstrates the distribution of the metaphors under each category as well as how many times they were cited. In the positive category, the midwives most frequently produced the “miracle” metaphor. In the negative category, the most frequently produced metaphors were “burden,” “unique precious stone with an unknown value,” “thorny road,” “joker staff,” and “assistance.” “Motherhood,” on the other hand, was found to be the most frequently produced metaphor in both positive and negative categories.

Chi-square analysis was performed to test whether there were any differences between the categories of the metaphors produced and the participants’ demographic characteristics, which indicated no differences ($P > .05$).

Although it is not presented as a table, an analysis of the justifications of the 47 different metaphors indicated the following:

-The metaphors in the positive category showed that midwifery was generally perceived as “motherhood, life, art, miracle, *indicating the caregiving role of midwifery*.” The participants’ justifications for the positive metaphors were as follows:

Justification Examples for the Positive Perceptions

“A person who has one-to-one communication with the mother in the first, second, and third phases” (P10).

Characteristics ($n = 89$)	Min-Max	Ort \pm SD
Age	23–54	34.94 ± 8.18
	<i>n</i>	<i>%</i>
Marital status		
Married	61	68.5
Single	28	31.5
Education level		
High school	2	2.3
Undergraduate and postgraduate	87	97.7
Mode of delivery		
Vaginal Delivery	48	53.9
Cesarean section	25	28.1
Nulliparous	16	18.0
Number of living children		
0	36	40.4
1	13	14.6
2 and more	40	45.0
Years of working		
1 month-5 years	26	29.2
5–10 years	20	22.5
10–15 years	15	16.8
15–20 years	11	12.4
20 years and over	17	19.1
Working unit		
Gynecology-Emergency Unit	7	7.7
Family Health Center	32	35.3
Delivery room	41	45.2
Infection Unit	9	11.8
Distribution of all the metaphors ($n = 87$)		
Positive	71	81.6
Negative	6	6.9
Both positive and negative	10	11.5
*Data from two participants were not categorized as they could not produce metaphors.		

“A person who leads the baby in the mother’s womb to come into the world and live a quality life” (P16).

-The metaphors in the negative category showed that midwifery was perceived as a “burden one remains under, a precious stone with an unknown value, joker staff, assistance,” *indicating justifications for the workload and conditions of the profession*.

Justification Examples of Negative Perceptions

“Sometimes you feel insufficient and regretful” (P19).

“Conditions of the hospital where you work and the language problem you experience with mothers whose delivery you perform. ... Patients’ level of education and culture try my patience; affect the quality of the service I provide; and make me have difficulty in performing my profession” (P32).

-Justifications in both positive and negative categories, such as “the end of the beginning, sometimes the beginning of the

Table 2.
Metaphors Produced by Midwives About Their Profession

Positive Metaphors	n*	Negative Metaphors	n*	Both Positive and Negative Metaphors	n*
Testimony	1	Burden	1	Adrenaline	1
Family	1	Unique precious stone with an unknown value	1	End of the beginning, the beginning of the end	1
Motherhood	11				
Hand of a mother	1				
Baby	2				
Integrity	1	Motherhood	1	Motherhood	3
Lifeline	2				
Heaven	1	Thorny road	1	Empathy	1
Flower	1	Joker staff	1	Porterage	1
Supporter	1	Assistance	1	Snowdrop	1
Rainbow	1			A raindrop under a very hot sun	1
Sky	1				
Artist witnessing sunrise	1				
House of confidence	2			Minefield	1
Life	6				
First touch	2				
Heroism	1				
Capillary vessel	1				
Being a hand to someone without an arm	1				
Sacred profession	3				
Confidentiality	1				
Angel	2				
Miracle	12				
Happiness	1				
Engineering	1				
Breath	1				
Guide	1				
Patience	1				
Art	3				
Love	1				
Water	2				
Rebirth	3				
Fellow	1	-			

n* indicates the number of each metaphor cited.
b+c+d = 47

end, snowdrop” were found to be related to *the risks in the midwifery profession as well as the positive emotions due to working with women and infants despite the workload and wearing nature of the profession*. Justifications indicated by the participants regarding both positive and negative metaphors were as follows:

Justification Examples About Both Positive and Negative Perceptions

“It is risky and vital” (P2).

“The support of the midwife in difficult moments like delivery is like having our mother with us at all hard times” (P6).

Discussion

This study aims to explore the perceptions of midwives about their profession through metaphors. The study found that the majority of midwives produced positive metaphors about their profession. The metaphors in the positive category such as “miracle, motherhood, life, sacred profession, and rebirth” indicate the factors in the fundamentals of midwifery philosophy such as being with the mother all the time and providing care.

The literature was found to include a limited number of studies that investigated working midwives’ perceptions of the profession. Kale and Çiçek (2015) aimed to determine metaphoric perceptions of midwives about their profession and found that the

majority of the nurses had negative perceptions and generally were not happy about their profession. This study generally found positive views; the difference is considered to be caused by the differences in the profession and the clinics where the studies were conducted.

The study conducted by Taşkın Yılmaz et al. (2014) aimed to determine the professional perceptions of midwives and nurses and found that midwives and nurses performed their profession willingly but their professional perceptions were not good. In their study that aimed to determine the professional perceptions of midwifery students, Ay et al. (2018) found that midwifery students had positive perceptions, but they were not willing to perform their profession after graduation as they were aware of the difficulties of the profession. Different findings in this study could be related to the fact that the participants were still students and did not have primary responsibilities in the profession yet. Abay (2017) investigated medical faculty students' perceptions about their profession and reported that students generally had positive perceptions about their profession. The findings of this study are in line with the findings of the present study. Similarly, Karakul et al. (2022) aimed to determine professional perceptions of pediatric nurses through metaphors and found that the majority of pediatric nurses produced positive metaphors and they had positive professional perceptions. The findings were found to be similar to the findings of the present study. In addition, the study conducted by Yılmaz and Güven (2021) aimed to determine student nurses' perceptions of the nursing profession through metaphors and found that students generally had positive perceptions of the profession. The findings were found to be similar to the findings in this study. The study conducted by Akça et al. (2019) with midwifery department students reported that midwifery students with high social intelligence also had positive perceptions about their profession. In the study conducted by Uçan Yamaç and Çetinkaya (2021) on midwifery students, 25.6% of the students stated that the midwifery profession is a very sacred profession. In a study by Ulrich (2004) in which the first birth stories of student midwives were examined, student midwives expressed their hands as the sacred nests of new lives. In Yeşil and Apak's (2023) study, students need a large number of metaphors when explaining the concept of midwife and these metaphors are gathered under 6 conceptual themes such as "sacred," "a member of the family," "guide," "strong," "helper," and "multifaceted." Positive views about the profession are in line with this study. Different findings in other studies could be caused by the factors indicating that the participants were still students and they had future anxiety and inadequacy about the profession.

Study Limitations

The study is limited to sociodemographic questions and the metaphor sentence "Midwifery is like ... because". In addition, since there is no similar study on the subject of working in midwifery, the possibility of discussing the situation in the field constitutes the limitation of the study.

Conclusion and Recommendations

This study found that the metaphors produced by midwives about their profession had a wide range. Based on the metaphors midwives produced, it can be said that midwives generally had positive perceptions about their profession, and they used metaphors reflecting the spiritual aspects of the profession as well as the difficulties and problems they experience. Exploration of the

perceptions of midwives about their profession through metaphors is considered to help to understand how they perceive their profession, analyze the profession better, realize the problems, and contribute to the development of the profession. These are important for the development of this profession. Hence, it is recommended to explore the perceptions of midwives about the profession and repeat the study at different times and with groups in different units.

Ethics Committee Approval: Ethics committee approval was received for this study from the ethics committee of Tarsus University (Date: February 28, 2022, Number: 2022 /16).

Informed Consent: Written informed consent was obtained from midwives who participated in this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Conception – T.S., G.S.; Design – T.S., E.T., G.S.; Supervision – T.S., E.T., G.S.; Fundings – T.S., E.T., G.S., Z.S.K., S.G.; Materials – T.S., E.T., G.S., Z.S.K., S.G.; Data Collection and/or Processing – T.S., E.T., G.S., Z.S.K., S.G.; Analysis and/or Interpretation – T.S., E.T., G.S.; Literature Review – T.S., Z.S.K., S.G.; Writing – T.S., E.T., G.S., Z.S.K., S.G.; Critical Review – T.S., E.T., G.S.

Declaration of Interests: The authors declare that they have no competing interest.

Funding: The authors declared that this study has received no financial support.

Etik Komite Onayı: Bu çalışma için etik komite onayı Tarsus Üniversitesi'nden (Tarih: 28 Şubat 2022, Sayı: 2022 /16) alınmıştır.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan ebelerden alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir– T.S., G.S.; Tasarım – T.S., E.T., G.S.; Denetleme – T.S., E.T., G.S.; Kaynaklar – T.S., E.T., G.S., Z.S.K., S.G.; Malzemeler – T.S., E.T., G.S., Z.S.K., S.G.; Veri Toplanması ve/veya İşlenmesi – T.S., E.T., G.S., Z.S.K., S.G.; Analiz ve/veya Yorum – T.S., E.T., G.S.; Literatür Taraması – T.S., Z.S.K., S.G.; Yazıyı Yazan – T.S., E.T., G.S., Z.S.K., S.G.; Eleştirel İnceleme – T.S., E.T., G.S.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

References

- Abay, Ş. E. (2017). Physician candidates' perceptions of physician identity: A metaphor analysis sample from Hacettepe University Faculty of Medicine. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 26(1), 1–8.
- Akca, E., Driver, S. G., Akbaş, M., & Şenoğlu, A. (2019). The relationship between social intelligence levels and occupational perceptions of midwifery students. *Cukurova Med J*, 44(2), 621–631.
- Ay, F., Keçe, M., İnci, İ., Alkan, N., & Acar, G. (2018). Factors affecting midwifery students' occupational perceptions and career plans. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 74–82.
- Balkan, İ., & Kefe, İ. (2012). Perception and perception management from an institutional perspective. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2, 19–34.
- Baskaya, Y., Sayıner, F. D., & Filiz, Z. (2020). How much do I belong to my profession? A scale development study: Midwifery Belonging Scale. *Health Care for Women In*, 41(8), 883–898. [CrossRef]
- Çulha Özbaş, B., & Aktekin, S. (2013). Investigating prospective history teachers' beliefs on history teachers through metaphor analysis. *Eğitimde Kuram ve Uygulama*, 9(3), 211–228.
- Denat, Y., Eşer, İ., & Denat, Y. (2008). The Effect of first clinical practice on perceiving the nursing profession. *Journal of Ege University Nursing Faculty*, 24(1), 15–26.

- Derin, N., Şimşek İklim, N., & Yayan, H. (2017). Explanation of professional commitment in nurses with professional prestige. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(3), 24–37.
- Dimitriadou, M., Papastavrou, E., Efstathiou, G., & Theodorou, M. (2015). Baccalaureate nursing students' perceptions of learning and supervision in the clinical environment. *Nursing and Health Sciences*, 17(2), 236–242. [CrossRef]
- Eraslan, L. (2011). Sociological metaphors. *Journal of Academic Perspective on Social Studies*, 27, 1–22.
- Erişti, S. D., Uluuysal, B., & Dindar, M. (2013). Görsel algı kuramlarına dayalı etkileşimli bir öğretim ortamı tasarımı ve ortama ilişkin öğrenci görüşleri. *Anadolu Journal of Educational Sciences International*, 3(1), 47–66.
- Geçit, Y., & Gençer, K. (2011). Determination of geography perceptions of first year primary school teachers through metaphor (Rize University example). *International Journal of Geosynthetics and Ground Engineering*, 23, 1–19.
- Kale, E., & Çiçek, Ü. (2015). Nurses' perceptions of metaphors about their profession. *Journal of Health and Nursing Management*, 2(3), 142–151.
- Karakul, A., Doğan, P., & Özgüven Öztornacı, B. (2022). Evaluation of pediatric nurses' metaphor perceptions regarding their own professions. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 15(1), 50–55.
- Kocabıyık, O. (2016). Olgubilim ve gömülü kuram: Bazı özellikler açısından karşılaştırma. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(1), 55–66.
- Küçük, S., Demir, K., & Uludaşdemir, D. (2020). Determination of metaphors regarding nurse perception of hospitalized children and adolescents in the seventeen-year-old age group. *Journal of Education and Research in Nursing*, 17(1), 40–45.
- Molander, B. (1990). Socratic dialogue: On dialogue and discussion in the formation of knowledge. In B. Göranson & M. Florin (Eds.). *Artificial intelligence, culture and language: On education and work. The springer series on artificial intelligence and society* (pp. 229–243). Springer. [CrossRef]
- Özmen, D., & Çetinkaya, A. (2016). A qualitative study on the occupational perceptions of senior nursing students. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*, 18(1), 40–52.
- Saban, A. (2004). Metaphors of introductory classroom teacher candidates regarding the concept of "teacher". *Journal of Teacher Education for Sustainability*, 2(2), 131–155.
- Taşkın Yılmaz, F., Tiryaki Şen, H., & Demirkaya, F. (2014). Nurses' and midwives' perceptions of their professions and their expectations from the future. *Health and Nursing Management Journal*, 3(1), 130–113.
- Turkish Language Association (2011). *Turkish dictionary*. TDK Publications.
- Ucan Yamac, S., & Cetinkaya, E. (2021). Factors affecting the career choice of midwifery students during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 9(3), 2905–2913.
- Ulrich, S. (2004). First birth stories of student midwives: Keys to professional affective socialization. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49(5), 390–397. [CrossRef]
- World Health Organization (WHO) (2018). *Midwifery*. <http://www.who.int/topics/midwifery/en/>
- Yağar, F., & Dökme, S. (2018). Planning of qualitative researches: Research questions, samples, validity and reliability. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 1–9
- Yeşil, Y., & Apak, H. (2023). Ebelik bölümü Öğrencilerinin "Ebe" ve "Ebelik Mesleği" Kavramlarına yönelik Metaforları. *Journal of Harran University Medical Faculty*, 20(1), 135–142.
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2013). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Seçkin Yayınları.
- Yılmaz, Ş., & Güven, G. Ö. (2021). Metaphorical perceptions of student nurses to the concept of nurse. *Eurasian Journal of Health Sciences*, 4(3)(3), 170–178.
- Yüzer, S., Recipient, D., & Yiğit, R. (2008). Improving the implementation of the scale of roles and functions of pediatric nurses: Reliability and validity. *Journal of Atatürk University School of Nursing*, 11(4), 19–29

Genişletilmiş Özet

Ebelik dünyanın en eski mesleklerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre ebe; "Gebelik, doğum ve doğumdan sonra gerekli bakım ve danışmanlığı sağlayan, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptıran ve yenidoğanın bakımını yapmak üzere eğitim almış, gebelikte sorunların önlenmesi, anormal durumların tespiti, gerektiğinde tıbbi yardım uygulamakla görevli kişidir." (WHO, 2018).

Ebeliğın kutsal ve manevi doyum veren bir meslek oluşu, ebelerin mesleklerini her zaman severek yapmalarını sağlamaktadır. Ebelerin mesleklerine karşı tutumları anne ve bebek sağlığını dolayısıyla toplum sağlığını yakından ilgilendirmektedir (Baskaya et al., 2020).

Metafor; bir kavramı ona benzerliğı olan başka bir kelimeyle anlatmadır (TDK). Metaforlar "olayların oluşumu ve işleyişi hakkında düşüncelerimizi yapılandıran, yönlendiren ve kontrol eden en güçlü zihinsel araç" olarak ifade edilmektedir (Saban, 2004). Bireyler, kendi duygu ve düşüncelerini betimlerken sıklıkla metaforlara başvururlar (Geçit & Gencer, 2011). Metaforlar, analiz edilen kavramların nasıl algılandığını ortaya çıkarmada katkı sağlarlar. Literatüre baktığımızda metafor çalışmalarının çoğunlukla sağlık alanındaki öğrencilerin, hemşirelerin ve hekimlerin mesleki algılarını metaforla tanımlayan çalışmalar olduğu görölmektedir, çalışan ebelerin mesleki algısına yönelik metaforik olarak yapılan sınırlı çalışmaya rastlanmıştır (Taşkın Yılmaz ve ark, 2014; Kale ve Çiçek, 2015; Ay ve ark,2017; Abay, 2017). Bu çalışmada ebelerin mesleklerine ilişkin algılarını, metaforlar aracılığı ile ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.





Çalışma nitel ve fenomenoloji yaklaşımı kullanılarak yapılmıştır. Verileri Google Formlar aracılığıyla online olarak, 01 Mart-30 Nisan 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında kartopu örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Formlar araştırmacıların WhatsApp hesaplarına gönderilerek katılım sağlamaları istenmiştir. Metaforların tekrar etmeye başlamasıyla veri toplama işlemi Nisan ayında sona ermiştir. Türkiye Mersin ili içerisinde ebe olan, en az 1 aydır ebe olarak görev yapan, ebeler arasından araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmaya gönüllü 89 ebe oluşturmuştur. Veri toplama formu iki bölümden oluşmakta olup araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Saban, 2004; Kale ve Çiçek,2015; Denat et al., 2008; Dimitriadou et al., 2015; Özmen ve Çetinkaya, 2016). İlk kısım, katılımcıların tanıtıcı bilgilerini (yaş, medeni durum, eğitim durumu, doğum şekli, çocuk sayısı, çalışma yılı, çalıştığı birim) içeren 7 sorudan; ikinci kısım ise; ebelik mesleğini nasıl algıladıklarını içeren "Ebelik... gibidir, çünkü..." metafor cümlesinin yer aldığı 2 soru olmak üzere toplam 9 sorudan oluşmaktadır. Araştırma verileri online olarak toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen nicel verilerin analizi SPSS 21.0 istatistik paket programında gerçekleştirilmiştir. Katılımcı ebelerin tanıtıcı özellikleri sayı ve yüzde dağılım şeklinde verilmiştir. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile metaforların kategorileri arasındaki farklılık ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu araştırmada elde edilen nitel verilerin değerlendirilmesinde "içerik analizi tekniğı" kullanılmıştır. Araştırmaya katılan ebelerin yaş ortalaması 34,94 ± 8,18'dir (min: 23, max: 54). Araştırmaya katılan ebelerden toplam 47 farklı metafor elde edilmiştir. Elde edilen bu metaforlar olumlu, olumsuz ve hem olumlu hem olumsuz olmak üzere üç kategoriye ayrılmıştır. Üretilen bu farklı metaforların %81.6'u olumlu (n = 71), %6.9'u olumsuz (n = 6) ve %11.5'i hem olumlu hem olumsuz (n = 10) kategoridedir. Verilen yanıtlardan 2'si metafor özelliğı taşımadığı için çalışma bulguları dışında bırakılmıştır. Üretilen metaforların kategorileri ile katılımcıların demografik özellikleri açısından fark olup olmadığı ki-kare analizi kullanılarak test edilmiş ve herhangi bir farklılık belirlenmemiştir (p > ,05). Tablo olarak verilmekle birlikte elde edilen 47 farklı metaforların gerekçeleri incelendiğinde; Olumlu kategoride yer alan metaforların, genellikle "annelik, hayat, sanat, mucize" gibi algılanarak ebeliğın bakım verici yönünü gerekçelendirildiğı belirlenmiştir. Olumlu algıya yönelik örnek olarak "Birinci ikinci ve üçüncü basamakta anne ile bire bir iletişim olan kişi." (K10). Olumsuz kategoride yer alan metaforların, "altında kalınan yük, değeri bilinmeyen eşsiz değerli taş, joker eleman, yardım etme" gibi algılanarak mesleğın iş yükü ve koşullarına yönelik gerekçeler olduğu görölmüştür. Olumsuz algılara yönelik örnek "Bazen kendinizi yetersiz ve pişman hissedersiniz." (K19). Hem olumlu hem olumsuz kategoride yer alan metaforların gerekçeleri ise "başlangıcın sonu, bazen de sonun başlangıcı, kardelen" gibi ebeliğın çalışma koşullarındaki riskleri, iş yükü ve yıpratıcı olmasına rağmen kadınlarla ve bebeklerle birlikte çalışmanın olumlu duyguları ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Hem olumlu hem olumsuz algılara yönelik örnek; "Risklidir ve hayatidir" (K2).

Literatürde çalışan ebelerin meslek algılarını inceleyen çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görölmektedir. Kale ve Çiçek (2015) tarafından hemşirelerin meslekleriyle ilişkili metafor algılarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada hemşirelerin birçoğunun meslekleriyle ilgili olumsuz algıya sahip oldukları ve genellikle mesleklerinden memnun olmadıkları belirtilmiştir. Çalışmamızda genellikle olumlu görüşler çıkarken bu çalışmada farklı görüşlerin de yer almasının mesleklerin farklı oluşu ve çalışmanın yapıldığı kliniklerden kaynaklı olabileceğı düşünölmektedir. Taşkın Yılmaz ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada ebelerin ve hemşirelerin mesleki algılarını belirlemek amaçlanmış olup, ebelerin ve hemşirelerin mesleklerini severek yaptıkları ama mesleki algılarının iyi olmadığı belirtilmiştir.

Araştırma sonucunda, ebelerin, mesleğine yönelik metaforik algılarının geniş bir yelpazeye sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Ebelerin oluşturdukları metaforlardan yola çıkarak meslek algılarının genel olarak olumlu yönde olduğu, mesleğın manevi yönlerini yansıtan metaforların yanı sıra mesleğın zorluklarını ve yaşadıkları sorunları yansıtan metaforlar da kullandıkları belirlenmiştir. Ebelerin sahip oldukları mesleki algıları metaforlar yoluyla ortaya koymak, mesleklerini nasıl algılandığını anlaşılmasına, mesleğın daha iyi analiz edilmesine, sorunların fark edilmesine ve mesleğın geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Bu mesleğın gelişimi açısından önemlidir.

Gebelikte Akılcı İlaç Kullanımı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Rational Use of Drugs During Pregnancy and Determination of Affecting Factors

Ayşenur KAHRAMAN 
Melek ŞEN AYTEKİN 
Eylem Mete SANDALCI 
Özgür ALPARSLAN 

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik
Bölümü, Tokat, Türkiye



Bu çalışma 12-14 Mayıs 2022 tarihleri arasında Ankara'da düzenlenen 8. Uluslararası 12. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuş ve kongre bildiri kitabında özet bildiri olarak basılmıştır.

This study was presented as an oral presentation at the 8th International 12th National Midwifery Students Congress held in Ankara between 12-14 May 2022 and was published as a summary statement in the congress proceedings book.

Geliş Tarihi/Received: 12.01.2023

Kabul Tarihi/Accepted: 25.04.2023

Yayın Tarihi/Publication Date: 31.05.2023

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Ayşenur KAHRAMAN
E-mail: kahramanayse122@gmail.com

Cite this article as: Kahraman, A., Şen Aytekin, M., Sandalci, E. M., & Alparslan, Ö. (2023). Rational use of drugs during pregnancy and determination of affecting factors. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 6(3), 142-149.



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

ÖZ

Amaç: Bu araştırma gebelerin akılcı ilaç kullanım durumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı tipte yürütülmüştür.

Yöntemler Araştırmanın evrenini bir üniversite hastanesine başvuran gebeler oluşturmaktadır. Örneklem 252 gebe olarak hesaplanmıştır. Ancak 297 gebe ile tamamlanmıştır. Veriler 01 Şubat-01 Eylül 2021 tarihleri arasında kadın doğum polikliniklerinden, doğumhaneden, kadın hastalıkları servisinden toplanmıştır. Araştırma verileri kişisel bilgi formu ve akılcı ilaç kullanımına yönelik soru formu ile toplanmıştır.

Bulgular: Gebelerin yaş ortalamaları $28,22 \pm 5,72$ yıl olup %59,9'u multipardır ve %81,8'i üçüncü trimesterdedir. Gebelerin primipar ve multipar olma durumları ile eczaneden reçetesiz ilaç alma, ilacın aç/tok kullanım önerisine uyma, başkalarına ilaç tavsiye etme, başkalarına ilaç verme, başkalarının tavsiye ettiği ilacı kullanma, yakınlarına sürekli kullanılan ilaçlar hakkında bilgi verime, ilaç prospektüsünü okuma durumu ve evde bulunması için ilaç yazdırma durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur. Doktorun önerdiği zamanda ilacı kullanma, ilacı önerilen sıklıkta kullanma, ilacın son kullanma tarihini kontrol etme, kendini iyi hissettiğinde ilaç kullanmayı bırakma ve ilaç alerjisi yaşama durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur. Trimesterler ile ilaç prospektüsünü okuma durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Sonuç: Gebelikte akılcı ilaç kullanımına yönelik tutum ve davranışların primipar ve multipar olma durumundan ve gebeliğin trimesterlerinden etkilendiği bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Bilgi, ebelik, akılcı ilaç, gebelik

ABSTRACT

Objective: This study was conducted in a descriptive type with the aim of determining the rational drug use status of pregnant women and the affecting factors.

Methods: The population of the study consists of pregnant women who applied to a university hospital. The sample was calculated as 252 pregnant women. However, it was completed with 297 pregnant women. Data were collected from gynecology outpatient clinics, delivery room, and gynecology service between February 01 and September 01, 2021. Research data were collected with a personal information form and a questionnaire for rational drug use.

Results: The mean age of the pregnant women was 28.22 ± 5.72 years, 59.9% of them were multiparous and 81.8% of them were in the third trimester. Primiparous and multiparous status of pregnant women, taking non-prescription drugs from the pharmacy, following the drug's fast/full use, recommending drugs to others, giving drugs to others, using the drug recommended by others, informing their relatives about the drugs that are constantly used, reading the drug prospectus and being at home. There was a significant difference between using the drug at the time recommended by the doctor, using the drug as often as recommended, checking the expiration date of the drug, stopping using the drug when feeling good, and experiencing drug allergy. There was a significant difference between trimesters and reading the drug prospectus.

Conclusion: It has been found that attitudes and behaviors toward rational drug use during pregnancy are affected by primiparous and multiparous status and trimesters of pregnancy.

Keywords: Knowledge, midwifery, pregnancy, rational medicine

Giriş

Hastaları tedavi etme ve yaşam kalitelerini yükseltmede kritik rol oynayan ilaçlar sağlık sisteminin önemli bir bileşenidir. Akılcı ilaç kullanımı genellikle hastalıkların teşhisi, önlenmesi, hafifletilmesi ve tedavisi için ilaçların uygun reçete edilmesini, uygun şekilde dağıtılmasını ve uygun hasta kullanımını kapsayan bir terimdir (Mishore ve ark., 2020). Farklı bir ifadeyle ise ilaçların güvenli, uygun maliyetli ve ekonomik olarak uygun kullanımı olarak tanımlanabilir (Sisay ve ark., 2017). İlaçlar sağlık hizmetinin önemli bir parçasıdır ve doğru kullanıldığında semptomları hafifletmeye, hastalıkları iyileştirmeye yardımcı olabilir. Ancak doğru bir şekilde kullanılmadığında sağlık sisteminin önemli bir sorunu haline gelebilir (Ofori Asenso & Agyeman, 2016). Akılcı olmayan ilaç kullanımı; reçete yazımından, ilacın tedarik zincirinden, sağlık sistemi içindeki düzenlemelerden, ilaç bilgilerinden, yanlış bilgilerin ve bu faktörlerin kombinasyonlarından kaynaklanan sebeplerin yanında (Chauhan ve ark., 2018; Chaturvedi ve ark., 2012), hastaların kendi kendine ilaç kullanma ve ilacı önerilen dozda kullanmama gibi ilaç kullanım davranışlarından kaynaklanabilmektedir (World Health Organisation [WHO], 2012) (WHO, 2012).

Akılcı ilaç kullanımı kültürünü yaygınlaşmasında ilk adım, reçete yazan doktorun duyarlılığı olsa da burada hastaların rolü de unutulmamalıdır. Bireylerin her hastalık için bir ilaç olduğuna olan inancı, ilaç dışı alternatif yaklaşımlara olan ilgisizliği akılcı olmayan ilaç kullanımına yol açmaktadır (Chaturvedi ve ark., 2012). Dünya Sağlık Örgütü, ilaçların yarısından fazlasının uygunsuz bir şekilde reçete edildiğini, dağıtıldığını veya satıldığını ve hastaların yarısının da ilaçları doğru şekilde almadığını tahmin etmektedir (WHO, 2012)

Akılcı ilaç kullanımı tüm yaş grubundaki kişiler için önemli bir yaklaşımdır. Kadınların yaşam dönemlerinden biri olan gebelik sürecinde akılcı ilaç kullanımının önemi artmaktadır. Bunun yanı sıra gebelikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler ve bazı ilaçların potansiyel teratojenik etkileri nedeniyle gebelik sırasında ilaç kullanımı endişe duyulan konulardan birisidir. Çünkü annenin yanı sıra fetüsün de sağlığı ve hayatı risk altında olduğu için gebelik sırasında ilaç kullanımı özel dikkat gerektirir (Kamuhabwa & Jalal, 2011). Dolayısıyla gebelikte gereksiz ilaç kullanımından kaçınılması, bakım verenlerin ve gebelerin ilaçların zararlı etkileri konusunda bilgi ve farkındalıkları büyük önem taşımaktadır (Kamuhabwa & Jalal, 2011). Bu bağlamda uluslararası literatür gözden geçirildiğinde Tanzanya'da yürütülen araştırmada gebelerin %66,5'i doktoruna danışmadan ilaç kullanmaktan çekindiğini, %23,5'i gebelikte ilaç almanın güvenli olduğunu vurgulamışlardır. Yine aynı araştırmada gebelerin %61,5'i doktora başvurmanın en iyisi olduğunu belirtmiş olup, %15'inin ise herhangi bir tercih belirtmediği saptanmıştır (Kamuhabwa & Jalal, 2011). Bir başka araştırmada da gebelerin %81,2'si reçeteli veya reçetesiz en az bir ilaç kullandıklarını belirtmişleridir (Lupattelli ve ark., 2014). Türkiye'de yapılan bir araştırmada katılımcıların %32,6'sı gebelik süresi boyunca ilaç kullandıklarını ve en çok kullanılan ilaçların sınıflarını da antiemetik, antibiyotik ve analjezik olarak belirtmişlerdir (Yurdakul ve ark., 2008).

Konu ile ilgili literatür tarandığında gebelikte akılcı ilaç kullanımı ile ilgili yapılan araştırmaların kısıtlı olduğu ve farklılaşan akılcı ilaç kullanım davranışları olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Alptekin & Koruk, 2020; Eser & Çelik, 2022; Kamuhabwa & Jalal 2011; Yurdakul & ark., 2. Bu nedenle bu araştırmada gebelerin akılcı ilaç kullanım davranışlarına yönelik eğilimlerinin ne olduğu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırmada, gebelerin akılcı ilaç kullanım durumları ve gebelik ilişkili olarak akılcı ilaç kullanım durumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile kesitsel, tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, bir üniversite hastanesinin kadın doğum polikliniğine başvuran gebeler oluşturmuştur. Örneklem G-power 3.1 programında %90 güven aralığı ve ± 5 yanılma payı ile 252 gebe olarak hesaplanmıştır ancak olası kayıplar göz önünde bulundurulmuş olarak araştırma 297 gebe ile tamamlanmıştır. Veriler 01 Şubat-01 Eylül 2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

Veri toplama araçları

Veriler, araştırmacılar tarafından oluşturulan 13 sorudan oluşan gebelerin sosyodemografik özelliklerini (yaş, eğitim, yaşanılan yer vb.) ve obstetrik özelliklerini (gebelik dönemi, gebelik sayısı, gebelik haftası vb.) belirlemeye yönelik Kişisel Bilgi Formu (Alptekin & Koruk 2020; Demir & Taşpınar 2019) ve 21 sorudan oluşan Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Soru Formu ile toplanmıştır (Alptekin & Koruk 2020; Eser & Çelik, 2022; Kamuhabwa & Jalal 2011; Yurdakul ve ark., 2008)

Verilerin toplanması

Veriler araştırma ekibinde yer alan, sağlık kurumunun kadın hastalıkları servisinde çalışan, araştırmacı tarafından toplanmıştır. Araştırmaya, soru formlarını yanıtlamaya gönüllü olan, araştırmanın yapıldığı tarihler arasında belirtilen merkezde belirtilen birimlere başvuran, en az ilköğretim mezunu, Türkçe dili üzerine yeterince hâkimiyeti olan gebeler dahil edilmiştir. Araştırmacı tarafından gebelere araştırmanın konusu ve amacı hakkında bilgi verilmiştir. Veriler pandemi süreci nedeniyle Google Forms üzerinden online toplanmıştır. Gebeler araştırmaya katılmaya dair onamlarını forms üzerinden beyan ettikten sonra araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri katılımcıların akılcı ilaç kullanma bilgi düzeyi, akılcı ilaç kullanım tutum ve davranışlarıdır. Bağımsız değişkenleri ise katılımcıların sosyodemografik ve obstetrik özellikleridir.

İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi bilgisayar ortamında SPSS-22 (IBM Statistical Package for Social Sciences Corp., Armonk, NY, ABD) programı ile yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < .05$ ve $p < .01$ olarak alınmış ve veriler yüzdeler olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca akılcı ilaç kullanımına ilişkin verilerde ki-kare testi kullanılmıştır. Post hoc analizlerde Benferroni düzeltmeli z testi yapılmıştır.

Araştırmanın etik yönü

Araştırma için etik kurul onayı Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmalar Etik Kurulundan 04.09.2021 tarihli, 08 oturum numaralı ve 01-23 karar sayısı ile ve 08-03 karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü kurumdan kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılan gebelerden sözlü onam alınmıştır.

Bulgular

Gebelerin akılcı ilaç kullanımının incelendiği araştırmada gebelerin yaş ortalamaları $28,22 \pm 5,72$ (min = 18, max = 48) yıldır. Gebelerin %56,2'sinin 25-36 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Katılımcıların %98'i evli, %30,3'ü ortaokul mezunu, %73,7'si herhangi bir işte çalışmamaktadır. Gebelerin % 73,1'inin sosyal güvencesi

olup, %44,1'i gelirinin giderine denk olduğu, %42,8'i ilçede yaşadığı, %50,5'inin eşi ve çocukları ile yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Gebelerin obstetrik özelliklerine bakıldığında gebelik haftası $32,45 \pm 8,89$ (min = 6, max = 41) hafta, %60,3'ü multipar, %81,8'inin de üçüncü trimesterde olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %75,1'inin abortus öyküsü olmadığı, %99,3'ünün istemli küretaj öyküsü bulunmadığı, %47,1'inin hiç çocuğu olmadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3'te gebelerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bazı değişkenlere yer verilmiştir. Gebelerin %42,8'i eczaneden reçetesiz ilaç aldığını, %78,5'i ilacı önerilen zamanda kullandığını, %70,4'ü önerilen sıklıkta ilaç kullandığını, %43,1'i ilacın son kullanma tarihine dikkat ettiğini, %52,9'u ilacın aç/tok kullanım önerisine uydüğünü, %69,7'si doktorun önerdiği süre boyunca ilacı kullandığını %84,5'i kullandığı ilaca yönelik alerji gelişmediğini, %39,4'ü ilaç

Tablo 1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri		
Sosyo-demografik özellikler	n	%
Yaş Grupları		
18-24	88	29,6
25-34	167	56,2
35 yaş ve üzeri	42	14,2
Medeni durum		
Evli	291	98,0
Bekar	6	2,0
Eğitim durumu		
İlköğretim	58	19,5
Ortaokul	78	26,3
Lise	90	30,3
Önlisans/lisans	65	21,9
Lisansüstü	6	2,0
Araştırma durumu		
Evet	78	26,3
Hayır	219	73,7
Sosyal güvence durumu		
Var	217	73,1
Yok	80	26,9
Gelir miktarını algılama durumu		
Geliri giderinden az	65	21,9
Geliri giderine denk	131	44,1
Geliri giderinden fazla	101	34
En uzun süre ile yaşanan yer		
Köy/kasaba	49	16,5
İlçe	127	42,8
Şehir	94	31,6
Büyükşehir	27	9,1
Birlikte yaşadığı kişiler		
Eşi		34,7
Eşi ve çocukları		50,5
Eşi ve eşinin ailesi		14,8
Toplam	297	100

Tablo 2.
Gebelerin Obstetrik Özellikler

Obstetrik özellikler	n	%
Gebelik özelliği		
Primipar	118	39,7
Multipar	179	60,3
Gebelik dönemi		
1. Trimester	25	8,4
2. Trimester	29	9,8
3. Trimester	243	81,8
Abortus öyküsü		
Abortus öyküsü olmayan	223	75,1
1 ya da 2 abortus öyküsü olan	61	20,5
3 ve üzeri abortus öyküsü olan	12	4,4
İstemli kürtaj öyküsü		
Hiç yaptırmamış	295	99,3
1 kez isteyerek kürtaj	2	0,7
Yaşayan çocuk sayısı		
Çocuğu olmayan	140	47,1
1 çocuk	90	30,3
2 çocuk	46	15,5
3 ve üzeri çocuk	21	7,1
Toplam	297	100

prospektüsü okuduğunu, %37,4'ü başkalarına ilaç tavsiye etmediğini, %44,8'i başkasının önerisi ile ilaç kullanmadığını %50,2'si kendini iyi hissettiğinde ilacı bıraktığını, %35'i yakınlara sürekli kullandığı ilaçlar hakkında bilgi verdiğini, %84,5'i kullandığı bir ilaca karşı alerji gelişmediğini belirtmiştir (Tablo 3).

Primipar ve multipar olma durumu ile gebelikte akılcı ilaç kullanmaya yönelik bazı değişkenler arasındaki ilişki incelenmiştir. Eczaneden reçetesiz ilaç alma, ilacın aç/tok kullanım önerisine uyma, başkalarına ilaç tavsiye etme, başkalarına ilaç verme, başkalarının tavsiye ettiği ilacı kullanma, yakınlarına sürekli kullanılan ilaçlar hakkında bilgi verime, ilaç prospektüsünü okuma durumu ve evde bulunması için ilaç yazdırma durumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < ,01$). Yapılan post hoc analizine göre farkın kaynağının primipar gebelerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Doktorun önerdiği zamanda ilacı kullanma, ilacı önerilen sıklıkta kullanma, ilacın son kullanma tarihini kontrol etme, kendini iyi hissettiğinde ilaç kullanmayı bırakma ve ilaç alerjisi yaşama durumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (her biri için: $p < ,05$). (Tablo 4). Yapılan post hoc analizine göre farkın kaynağının primipar gebelerden kaynaklandığı belirlenmiştir.

Trimesterler ile gebelikte akılcı ilaç kullanmaya yönelik bazı değişkenler arasındaki ilişki incelenmiştir. İlaçların prospektüsünü okuma/okutma ile Trimesterler arasında durumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < ,05$). Yapılan post hoc analizine göre farkın üçüncü trimesterde olan gebelerden ilaç prospektüsü okuyan grup lehine olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Tartışma

Akılcı ilaç kullanımında; hekimler, eczacılar, diğer sağlık personelleri ve en kilit bileşen olan ilacı kullanan bireylerin rolü vardır (Ekenler & Koçoğlu, 2016). İlaç kullanması gereken bir grubu

Tablo 3. Gebelerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bazı Değişkenler		
Özellikler	n	%
Reçetesiz ilaç alma durumu		
Evet	127	42,8
Hayır	107	36,0
Bazen	63	21,2
İlacı önerilen zamanda kullanma durumu		
Evet	233	78,5
Hayır	5	1,7
Bazen	59	19,9
İlacı önerilen sıklıkta kullanma durumu		
Evet	209	70,4
Hayır	15	5,1
Bazen	73	24,6
İlacın son kullanım tarihine dikkat etme durumu		
Evet	128	43,1
Hayır	86	29,0
Bazen	83	27,9
İlacın aç/tok kullanım önerisine uyma durumu		
Evet	157	52,9
Hayır	54	18,2
Bazen	86	29,0
Kullandığı bir ilaca karşı alerji gelişme durumu		
Evet	46	15,5
Hayır	251	84,5
İlaç prospektüsü okuma durumu		
Evet	117	39,4
Hayır	87	29,3
Bazen	93	31,3
Başkalarına ilaç tavsiye etme durumu		
Evet	84	28,3
Hayır	111	37,4
Bazen	102	34,3
Başkalarına ilaç verme durumu		
Evet	70	23,6
Hayır	132	44,4
Bazen	95	32,0
Başkalarının tavsiyesi ile ilaç kullanma durumu		
Evet	73	24,6
Hayır	133	44,8
Bazen	91	30,6
Kendini iyi hissettiğinde ilacı bırakma durumu		
Evet	149	50,2
Hayır	50	16,8
Bazen	98	33,0
Yakınlarına sürekli kullandığı ilaçlar hakkında bilgi verme durumu		
Evet	104	35,0
Hayır	99	33,3
Bazen	94	31,6
Evde bulunsun diye ilaç yazdırma		
Evet	197	66,3
Hayır	100	33,7
Toplam	297	100

Tablo 4. Primipar ve Multipar Olma Durumu ile Akılcı İlaç Kullanmaya Yönelik Bazı Değişkenler Arasındaki İlişki					
Akılcı ilaç kullanmaya yönelik bazı değişkenler	Primipar		Multipar		Test değeri χ^2 : p
	n	%	n	%	
Eczaneden reçetesiz ilaç alma durumu					
Evet	33 ^{ab}	26,0	94 ^a	74,0	χ^2 :19,191 p: ,001
Hayır	57 ^{ac}	53,3	50 ^a	46,7	
Bazen	29 ^{bc}	46,0	34	54,0	
Doktorun önerdiği zamanda ilacı kullanma durumu					
Evet	101 ^{ab}	43,33	132	56,7	χ^2 : 6,366 p: ,034
Hayır	0 ^{ac}	0,0	5 ^a	100	
Bazen	18 ^{bc}	30,5	41 ^a	69,5	
İlacın önerilen sıklıkta kullanma durumu					
Evet	93 ^{ab}	44,5	116	55,5	χ^2 : 6,451 p: ,040
Hayır	3 ^{ac}	20,0	12 ^a	80,0	
Bazen	23 ^{bc}	31,5	50 ^a	68,5	
İlacın son kullanma tarihini kontrol etme durumu					
Evet	58 ^{ab}	45,3	70 ^a	54,7	χ^2 :8,953 p: ,011
Hayır	23 ^{ac}	26,7	63	73,3	
Bazen	38 ^{bc}	45,8	45 ^a	54,2	
İlacı aç veya tok alama önerisine uyma durumu					
Evet	73 ^{ab}	46,5	84 ^a	53,5	χ^2 : 11,441 p: ,003
Hayır	11 ^{ac}	20,4	43 ^a	79,6	
Bazen	35 ^{bc}	40,7	51	59,3	
Başkalarına ilaç tavsiye etme durumu					
Evet	16 ^{ab}	19,0	68 ^a	81,0	χ^2 : 22,416 p: ,001
Hayır	57 ^{ac}	51,4	54 ^a	48,6	
Bazen	46 ^{bc}	45,1	56	54,9	
Başkalarına ilaç verme durumu					
Evet	15 ^{ab}	21,4	55 ^a	78,6	χ^2 : 14,793 p: ,001
Hayır	65 ^{ac}	49,2	67 ^a	50,8	
Bazen	39 ^{bc}	41,1	56	58,9	
Başkasının tavsiye ettiği ilacı kullanma durumu					
Evet	15 ^{ab}	20,5	58 ^a	79,5	χ^2 : 22,416 p: ,001
Hayır	65 ^{ac}	48,9	68 ^a	51,1	
Bazen	39 ^{bc}	42,9	52	57,1	
Kendini iyi hissettiğinde ilaç kullanımını bırakma durumu					
Evet	49 ^{ab}	32,9	100	67,1	χ^2 : 6,651 p: ,036
Hayır	25 ^{ac}	50,5	25 ^a	50	
Bazen	45 ^{bc}	45,9	53 ^a	54,1	
Yakınlarına sürekli kullanılan ilaçlar hakkında bilgi verme durumu					
Evet	29 ^{ab}	27,9	75 ^a	72,1	χ^2 : 12,831 p: ,002
Hayır	52 ^{ac}	52,5	47 ^a	47,5	
Bazen	38 ^{bc}	40,4	56	59,6	
İlaçların prospektüsünü okuma/okutma durumu					
Evet	58 ^{ab}	49,6	59 ^{ab}	50,4	χ^2 : 24,106 p: ,001
Hayır	16 ^{ac}	18,4	71 ^{ac}	81,6	
Bazen	45 ^{bc}	48,4	48 ^{bc}	51,6	
İlaç alerjisi yaşama durumu					
Evet	12 ^a	26,1	34 ^a	73,9	χ^2 : 4,430 p: ,035
Hayır	107 ^a	42,6	144 ^a	57,4	
Evde bulunsun diye ilaç yazdırma durumu					
Evet	63 ^a	32,0	134 ^a	68,0	χ^2 : 15,937 p: ,001
Hayır	56 ^a	56,0	44 ^a	44,0	
Satır yüzdesi alınmıştır. a-c: Aynı değişken içerisinde aynı harfe sahip gruplar arasında anlamlı farklılık vardır					

Tablo 5.
Trimesterler ile Akılcı İlaç Kullanmaya Yönelik Bazı Değişkenler Arasındaki İlişki

Akılcı ilaç kullanmaya yönelik bazı değişkenler	I. Trimester		II. Trimester		III. Trimester		Test değeri χ^2 : p
	n	%	n	%	n	%	
Eczaneden reçetesiz ilaç alma durumu							
Evet	11	8,7	8	6,3	108	85	χ^2 : 44,333 p: ,351
Hayır	9	8,4	11	10,3	87	81,3	
Bazen	5	7,9	10	15,9	48	76,2	
Doktorun önerdiği zamanda ilacı kullanma durumu							
Evet	19	8,2	26	11,1	188	80,7	χ^2 : 32,31 p: ,520
Hayır	0	0	0	0	5	100	
Bazen	6	10,2	3	5,1	50	84,7	
İlacın önerilen sıklıkta kullanma durumu							
Evet	17	8,1	24	11,5	168	80,4	χ^2 : 43,18 p: ,365
Hayır	0	0	1	6,7	14	93,3	
Bazen	8	11	4	5,5	61	83,6	
İlacın son kullanma tarihini kontrol etme durumu							
Evet	12	9,4	15	11,7	101	78,9	χ^2 : 14,05 p: ,843
Hayır	7	8,1	7	8,1	72	83,7	
Bazen	6	7,2	7	8,4	70	84,3	
İlaci aç veya tok alma önerisine uyma durumu							
Evet	16	10,2	19	12,1	122	77,7	χ^2 : 39,20 p: ,417
Hayır	4	7,4	4	7,4	46	85,2	
Bazen	5	5,8	6	7	75	87,2	
Başkalarına ilaç tavsiye etme durumu							
Evet	4	4,8	7	8,3	73	86,9	χ^2 : 25,39 p: ,417
Hayır	11	9,9	12	10,8	88	73,3	
Bazen	10	9,8	10	9,8	82	80,4	
Başkalarına ilaç verme durumu							
Evet	4	5,7	5	7,1	61	87,1	χ^2 : 21,67 p: ,705
Hayır	13	9,8	15	11,4	104	78,8	
Bazen	8	8,4	9	9,5	78	82,1	
Başkasının tavsiye ettiği ilacı kullanma durumu							
Evet	5	6,8	5	6,8	63	86,3	χ^2 : 24,09 p: ,661
Hayır	13	9,8	16	12	104	78,2	
Bazen	7	7,7	8	8,8	76	83,5	
Kendini iyi hissettiğinde ilaç kullanımını bırakma durumu							
Evet	13	8,7	14	9,4	122	81,9	χ^2 : 0,409 p: ,976
Hayır	4	8	4	8	42	84	
Bazen	8	8,2	11	11,2	79	80,6	
Yakınlarına sürekli kullanılan ilaçlar hakkında bilgi verme durumu							
Evet	7	6,7	11	10,6	86	82,7	χ^2 : 1,400 p: ,844
Hayır	9	9,1	11	11,1	79	79,8	
Bazen	9	9,6	7	7,4	78	83	
İlaçların prospektüsünü okuma/okutma durumu							
Evet	11 ^{ab}	9,4	13 ^{ab}	15,4	88 ^{ab}	75,2	χ^2 : 9,985 p: ,041
Hayır	5 ^{ac}	5,7	8 ^{ac}	9,2	74 ^{ac}	85,1	
Bazen	9 ^{bc}	9,7	3 ^{bc}	3,2	81 ^{bc}	87,1	
İlaç alerjisi yaşama durumu							
Evet	4	8,7	5	10,9	37	80,4	χ^2 : 0,086 p: ,958
Hayır	21	8,4	24	9,5	206	82,1	
Evde bulunsun diye ilaç yazdırma durumu							
Evet	15	7,6	18	9,1	164	83,2	χ^2 : 0,086 p: ,958
Hayır	10	10	11	11	79	79	
Satır yüzdesi alınmıştır. a-c: Aynı değişken içerisinde aynı harfe sahip gruplar arasında anlamlı farklılık vardır							

da gebeler oluşturmaktadır. Gebelik bir hastalık olmasa da bu süreçte gebelik nedeniyle ya da gebeliğe ek olarak hastalıklar görülebilmekte ve çeşitli ilaçların kullanılma gerekliliği ortaya çıkabilmektedir (Demir ve Taşpınar, 2019). Bu yaşam döneminde hem gebenin hem de fetüsün sağlığı için akılcı ilaç kullanımının önemi büyüktür. Bu nedenle bu çalışmada gebelerin akılcı ilaç kullanımına yönelik tutumları ve gebelikle ilişkili akılcı ilaç kullanımını etkileyen faktörler belirlenmeye çalışılmıştır.

Gebelikte ilaç kullanımı maternal ve fetal sağlık üzerinde direkt olarak etkilerini gösterdiği için kullanım sırasında dikkat edilmeli (Miral & Beji, 2017) ve reçetesiz ilaç kullanımından kaçınılmalıdır. Bu konuda ebelerin, hekimlerin, hemşirelerin, eczacıların yanı sıra en önemli rol gebenin kendisininindir. İlaç kullanmayı gerektiren hastalık ya da akut gelişen durumlarda gebenin kendisinin sergilediği tutum akılcı ilaç kullanımı konusunda belirleyici olmaktadır. Konu ilgili yapılan araştırmalar gözden geçirildiğinde; Eser ve Çelik (2022) araştırmasında gebelerin %3,4'ünün, Alptekin ve Koruk (2020) gebelerin %23,6'sının Abasiubong ve ark. (2012) gebelerin %72,4'nün, Abduelkarem ve Mustafa (2017) ise, gebelerin %8,4'nün reçetesiz ilaç kullandığını bulmuşlardır. Konu ile ilgili yapılan bir başka çalışmada ise annelerin gebelikleri sırasında %52,8'i hastalandığında sağlık kuruluşuna başvurduğu belirlenmiştir (Adhikari ve ark., 2011). Bu çalışmada gebelerin hastalandıklarında %55,2'si sağlık kuruluşuna başvurduğu, %42,8'i eczaneden reçetesiz ilaç aldığı görülmüştür. Literatürde yapılan araştırmalarda reçetesiz ilaç kullanım oranları farklılık göstermektedir. Reçetesiz ilaç kullanım oranlarının farklılaşan oranlarda olması, araştırmaların farklı örneklem ve farklı kültürel özelliklere sahip gruplarda yürütülmesinden kaynaklandığını düşündürmektedir. Ayrıca gebelerin gebelikte ilaç kullanımı konusunda yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadığından da bir göstergesi olabilir.

Tıbbi tedavinin başarısını etkileyen faktörlerden en önemlilerinden biri de ilaçların kullanım önerilerine dikkat edilmesidir. Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada gebelerin %87,1'inin ilaçlarını düzenli kullandıkları ve %85,1'i ilaçların son kullanma tarihlerini kontrol ettiği ifade edilmiştir (Eser & Çelik, 2022). Bir başka çalışmada gebeliği süresince ilaç kullanan gebelerin %89,1'inin ilacın dozuna ve kullanım süresi talimatına uyduklarını belirtmişlerdir (Tamirci, 2018). Alptekin ve Koruk (2020) tarafından yapılan bir çalışmada gebelerin %98,1'i ilaçları doktor önerilerine uygun kullandıklarını, %84,5'i ilacı kullanırken aç-tok olma önerisine uyduğunu, %57,6'sı ilacı önerilen saatlerde aldığını ve %74,1'i ilacın kullanım dozuna dikkat ettiğini ifade etmiştir (Alptekin & Koruk, 2020). Bir başka çalışmada ise gebelerin %77,3'ü son kullanma tarihine baktıklarını belirtmiştir (Bayram Değer ve ark., 2020). Bu çalışmada gebelerin %78,5'i doktorun önerdiği zamanda ilaç kullandığını, %70,4'ü önerilen sıklıkta ilaç kullandığını, %68,7'si ilacı önerilen dozda kullandığını, %52,9'u ilacın aç/tok kullanım önerisine uyduğunu, %69,7'si doktorun önerdiği süre boyunca ilacı kullandığını, %43,1'i ilacın son kullanım tarihine dikkat ettiğini bildirmiştir. Araştırmadan elde edilen bu bulguların konu ile ilgili yapılan diğer araştırmalarla paralellik gösterdiğini ve gebelerin ilaç kullanım önerilerine uymaya özen gösterdikleri yorumunu yapmak mümkündür.

Araştırmada gebelerin ilaç kullanımı davranışları incelendiğinde %50,2'si kendini iyi hissettiğinde ilacı bıraktığını, %67,7'si muayene öncesi kullandığı ilaçlar hakkında hekime/ebeye bilgi verdiğini, %35'i yakınlarına sürekli kullandığı ilaçlar hakkında bilgi verdiğini %39,4'ü ilaç prospektüsünü okuduğunu, %39,1'i kullanılmayan ilaçları sakladığını bildirmiştir. Eser ve Çelik (2022) araştırmasında

gebelerin %78,7'sinin ilaçların prospektüsünü okuduğunu saptamıştır. Bir araştırmada ise araştırmacılar gebelerin %64,1'inin kullandıkları ilacın prospektüsünü okuduğunu saptamışlardır (Alptekin & Koruk, 2020). Literatürle kıyaslandığında bu araştırmada gebelerin genel anlamda ilaç prospektüsünü okuma alışkanlıklarının düşük düzeyde olduğu bu konuda bilgi farkındalıklarının artırılması gerektiği görülmektedir.

Hastalık ya da ilaç kullanmanın gerekli olduğu durumlarda ilacın önerilen süre boyunca kullanılması son derece önemlidir. Bu araştırmada gebelerin %50,2'si kendini iyi hissettiğinde ilacı bıraktığını ifade etmiştir. Bir başka araştırmada ise katılımcılardan %29'u semptomlar geçince ilaç kullanımına son verdiklerini ifade etmişlerdir (Adhikari ve ark., 2011). Araştırmanın bu bulgusunun literatürle kısmen benzediği yorumunu yapmak mümkündür. Bu durum gebelerin ilaç kullanım konusunda doğru bilgi ve tutuma sahip olmadıklarını göstermektedir.

Bu araştırmada gebelerin ilaca karşı yan etki/alerji geliştiğinde %29,3'ü ilacı kestğini yine %29,3'ü sağlık kuruluşuna başvurduğunu ifade etmiştir. Konu ile ilgili yapılan bir araştırmada gebelerin %52,4'ünün yan etki görüldüğünde doktora başvurduğu belirlenmiştir (Alptekin & Koruk, 2020). Bir başka araştırmada ise gebelerin %44,9'u ilaç kullanımı ve yan etkileri konusunda hekimden yardım istediğini, %30,2'si ise eczacıdan yardım istediğini belirtmiştir (Bayram Değer ve ark., 2020). Literatürde ilaç yan etkisi gelişmesi durumunda farklılaşan oranlarda hekime başvurma ya da ilaç kullanımını bırakma davranışları gözlenmiştir. Bu durumun nedeni olarak katılımcıların sağlık okur yazarlığının düşük olabileceği düşünülmüştür.

Bu araştırmada gebelerin %37,4'ü başkalarına ilaç tavsiye etmediğini, %44,4'ü başkalarına ilaç vermediğini, %44,8'i başkasının önerisi ile ilaç kullanmadığını ve %66,3'ü evde bulunsun diye ilaç yazdığını bildirmiştir. Bir başka araştırmada gebelerin %35,6'sının evde bulunsun diye ilaç yazdırma alışkanlığının olduğu (%81,8'i ağır kesici ilaçlar yazdırmıştır) belirlenmiştir (Alptekin & Koruk, 2020). Daha önceki gebeliklerinde büyüklerinin, komşularının ve sosyal çevrelerinin önerdiği herhangi bir ilacı kullandığını belirten gebelerin sadece %8,2'sidir (Bayram Değer ve ark., 2020). Bu durum gebelerin öneriler üzerine ilaç kullanım durumunun yaygınlığını göstermektedir. Konu ile ilgili olarak gebelerin erken dönemde gebelikte ilaç kullanım konusunda bilgi düzeylerinin düşük olması bu sonucu açıklayabilir.

Araştırmada gebelerin primipar ya da multipar durumu ile akılcı ilaç kullanma davranışları arasında eczaneden reçetesiz ilaç alma, ilacın aç/tok kullanım önerisine uyma, başkalarına ilaç tavsiye etme, başkalarına ilaç verme, başkalarının tavsiye ettiği ilacı kullanma, yakınlarına sürekli kullanılan ilaçlar hakkında bilgi verime, ilaç prospektüsünü okuma durumu ve evde bulunması için ilaç yazdırma durumu ile anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılık değerlendirildiğinde primipar gebelerin lehine olduğu görülmüştür. Bu durum grup içinde ilk bebek heyecanı yaşamının daha temkinli olma konusunda gebelerde ayrıca dikkate neden olabileceği yorumunu yapmak mümkündür. Ayrıca primipar gebelerin yaş grubu olarak daha genç grupta olması, internet erişiminin daha fazla olması olasılığı ile ilgili olarak gebelikte ilaç kullanımı konusunda farklı bilgi kaynaklarından bilgi edinebilmesinin de bu durumun yordayıcısı olabileceğini düşündürmektedir.

İlaçların prospektüsünü okuma/okutma ile trimesterler arasında durumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < ,05$). Farklı üçüncü trimesterde olan gebelerden ilaç prospektüsü okuyan

grup lehine olduğu belirlenmiştir. Bu durum gebelerin gebelik haftası ilerledikçe ilaç kullanım konusunda bilgi ve deneyimlerinin artmasıyla ilişkili olabilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın ilk sınırlılığı, gebelerin anketleri cevaplama sürecinin kadın doğum polikliniklerinde kesintiye uğraması olmuştur. Gebelerin kimi zaman muayene sıraları gelmesi nedeniyle görüşmeler kesilmiş muayene sonrası yeniden doldurulmaya devam edilmiştir. Bu durumun gebelerin sıkılmasına ve hastaneden bir an önce ayrılmak istemelerine neden olduğu gözlenmiş ve gebelerin mevcut durumlarını tam olarak yansıtmayan yanıtlar verilmiş olabileceğini düşündürmüştür. Araştırmanın ikinci sınırlılığı ise aynı zamanda kesitsel olarak yürütüldüğü için, elde edilen veriler sadece araştırmanın yapıldığı zaman için geçerli olması ve zamana bağlı olarak değişebileceğidir. Bu nedenle araştırma verileri tüm gebelere genellenemez. Araştırmanın bir diğer sınırlılığı ise konu ile ilgili literatürde yürütülen araştırma sayısının az olmasıdır. Bu durum tartışma bölümünün yazımında sınırlılığa neden olmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Araştırmada gebelerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bazı yanlış uygulama ve davranışlarının olduğu belirlenmiştir. Bu durumun toplumda sağlık okur yazarlığı düşük olması ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Gebelikte akılcı ilaç kullanım konusunda gebelerin primipar ya da Multipar olma durumu arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bunun yanı sıra ilaçların prospektüsünü okuma/okutma durumu ile trimesterler arasında da anlamlı farklılık saptanmıştır. Gebelik döneminde akılcı ilaç kullanımına yönelik aynı gebelerin farklı trimesterlerde davranış ve uygulamalarının belirlenmesi için karma yöntem araştırmaların yapılması önerilebilir. Yeni yapılacak olan çalışmaların geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı ile yürütülmesi önerilebilir. Ayrıca birinci basamakta antenatal takiplerde ve hatta prekonsepsiyonel dönemde ebelerin gebelere gebelikte ilca kullanım konusunda eğitim ve danışmanlık yapması önerilebilir.

Etik Komite Onayı: Bu çalışma için etik komite onayı Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi'nden (Tarih: 4 Eylül 2021, Sayı: 01-23/08-03) alınmıştır.

Hasta Onamı: Sözlü hasta onamı bu çalışmaya katılan hastalardan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir – A.K., M.Ş.A., E.M.S., Ö.A.; Tasarım – A.K., M.Ş.A., E.M.S.; Denetim – A.K., M.Ş.A.; Kaynaklar – A.K., M.Ş.A., E.M.S., Ö.A.; Malzemeler – A.K., M.Ş.A., E.M.S., Ö.A.; Veri Toplama ve/veya İşleme – A.K., M.Ş.A., E.M.S.; Analiz ve/veya Yorum – A.K., M.Ş.A., Ö.A.; Literatür Taraması – A.K., M.Ş.A., Ö.A.; Yazma – A.K., M.Ş.A., E.M.S., Ö.A.; Eleştirel İnceleme – A.K., M.Ş.A., Ö.A.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Ethics Committee Approval: Ethics committee approval was received for this study from the ethics committee of Tokat Gaziosmanpaşa University (Date: September 4, 2021, Number: 01-23/08-03).

Informed Consent: Verbal informed consent was obtained from patients who participated in this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept – A.K., M.Ş.A., E.M.S., Ö.A.; Design – A.K., M.Ş.A., E.M.S.; Supervision – A.K., M.Ş.A.; Resources – A.K., M.Ş.A., E.M.S.,

Ö.A.; Materials – A.K., M.Ş.A., E.M.S., Ö.A.; Data Collection and/or Processing – A.K., M.Ş.A., E.M.S.; Analysis and/or Interpretation – A.K., M.Ş.A., Ö.A.; Literature Review – A.K., M.Ş.A., Ö.A.; Writing – A.K., M.Ş.A., E.M.S., Ö.A.; Critical Review – A.K., M.Ş.A., Ö.A.

Declaration of Interests: The authors declare that they have no competing interest.

Funding: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

- Abasiubong, F., Bassey, E. A., Udobang, J. A., Akinbami, O. S., Udoh, S. B., & Idung, A. U. (2012). Self-Medication: Potential risks and hazards among pregnant women in Uyo, Nigeria. *Pan African Medical Journal*, 13(1), 15
- Abduelkarem, A. R., & Mustafa, H. (2017). Use of over-the-counter medication among pregnant women in Sharjah, United Arab Emirates. *Journal of Pregnancy*, 2017, 1–3. [\[CrossRef\]](#)
- Adhikari, A., Biswas, S., Chattopadhyay, J. C., & Gupta, R. K. (2011). Drug use behaviour of pregnant women in rural India. *JPMA. the Journal of the Pakistan Medical Association*, 61(4), 381–383.
- Alptekin, P. Ç., & Koruk, F. (2020). Şanlıurfa'da gebe kadınların ilaç kullanım alışkanlıkları ve etkileyen faktörler. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1), 28–32.
- Bayram Değer, V., Çifçi, S., Utlü, H., & Acar, D. (2020). Examination of pregnant women's knowledge level and attitudes towards rational drug use applying to healthcare facility in Mardin. *International Journal of Health Services Research and Policy*, 5(3), 315–329. [\[CrossRef\]](#)
- Chaturvedi, V. P., Mathur, A. G., & Anand, A. C. (2012). Rational drug use—As common as common sense? *Medical Journal, Armed Forces India*, 68(3), 206–208. [\[CrossRef\]](#)
- Chauhan, I., Yasir, M., Kumari, M., & Verma, M. (2018). The pursuit of rational drug use: Understanding factors and interventions. *Pharmaspire*, 10(2), 48–44.
- Demir, R., & Taşpınar, A. (2019). Gebelikte akılcı ilaç kullanımı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(3), 193–200.
- Ekenler, Ş., & Koçoğlu, D. (2016). Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(3), 44–55.
- Eser, N., & Çelik, N. (2022). Association between rational drug use and health literacy among pregnant women: A cross-sectional study. *Women and Health*, 62(7), 612–620. [\[CrossRef\]](#)
- Kamuhabwa, A., & Jalal, R. (2011). Drug use in pregnancy: Knowledge of drug dispensers and pregnant women in Dar es Salaam, Tanzania. *Indian Journal of Pharmacology*, 43(3), 345–349. [\[CrossRef\]](#)
- Lupattelli, A., Spigset, O., Twigg, M. J., Zagorodnikova, K., Mårdby, A. C., Moretti, M. E., Drozd, M., Panchaud, A., Håmeen-Anttila, K., Rieutord, A., Gjergja Juraski, R., Odalovic, M., Kennedy, D., Rudolf, G., Juch, H., Passier, A., Björnsdóttir, I., & Nordeng, H. (2014). Medication use in pregnancy: A cross-sectional, multinational web-based study. *BMJ Open*, 4(2), e004365. [\[CrossRef\]](#)
- Miral, M., & BEJİ, N. K. (2017). Gebelikte ilaç kullanımı ve danışmanlık. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 142–148.
- Mishore, K. M., Bekele, N. A., Yirba, T. Y., & Abone, T. F. (2020). Evaluation of drug use pattern in emergency department of Dilchora Referral Hospital, Dire Dawa, Ethiopia. *Emergency Medicine International*, 2020, 4173586. [\[CrossRef\]](#)
- Ofori-Asenso, R., & Agyeman, A. A. (2016). Irrational use of medicines a summary of key concepts. *Pharmacy*, 4(4), 35. [\[CrossRef\]](#)
- Sisay, M., Mengistu, G., Molla, B., Amare, F., & Gabriel, T. (2017). Evaluation of rational drug use based on World Health Organization core drug use indicators in selected public hospitals of eastern Ethiopia: A cross sectional study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 161. [\[CrossRef\]](#)
- Tamirci, M. (2018). *Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde gebelerin kullandığı ilaçların analizi ve bu doğrultuda gebelikte akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Marmara üniversitesi / sağlık bilimleri Enstitüsü.
- World Health Organization (2002). *Promoting rational use of medicines: Core components* (No. WHO/EDM/2002.3). World Health Organization.
- Yurdakul, M., Güner, T., Koşum, Z., & Kabalcıoğlu, F. (2008). Use of Drug in the Pregnancy. XXI European Congress of Perinatal Medicine. Istanbul, Turkey. September, 10-13.

Extendent Abstract

Medicines, which play a critical role in treating patients and improving their quality of life, are an important component of the health system. Rational drug use is a term that generally covers the appropriate prescription, appropriate distribution and appropriate patient use of drugs for the diagnosis, prevention, alleviation and treatment of diseases (Mishore et al. 2020). Rational drug use is an important approach for people of all age groups. The importance of rational drug use increases during pregnancy, which is one of the life stages of women. In addition, drug use during pregnancy is one of the issues of concern because of the physiological changes that occur during pregnancy and the potential teratogenic effects of some drugs. Because the health and life of the fetus as well as the mother are at risk, drug use during pregnancy requires special attention (Kamuhabwa & Jalal, 2011).

In this study, it was planned as a cross-sectional, descriptive study in order to determine the rational drug use status of pregnant women and the factors affecting the rational drug use status related to pregnancy.




In the study examining the rational drug use of pregnant women, the mean age of pregnant women was 28.22 ± 5.72 (min=18, max=48) years. It was observed that 56.2% of the pregnant women were between the ages of 25-36. Considering the obstetric characteristics of the pregnant women, it was determined that the gestational week was 32.45 ± 8.89 (min=6, max=41) weeks, 60.3% were multiparous, and 81.8% were in the third trimester. It was determined that 47.1% of the pregnant women did not have any children. It was determined that 75.1% of the pregnant women did not have a history of abortion, 99.3% did not have a history of voluntary curettage (Table 2). In the study 42.8% of the pregnant women bought non-prescription drugs from the pharmacy, 78.5% used the drug at the recommended time, 70.4% used the drug at the recommended frequency, 43.1% pay attention to the expiration date of the drug, 52.9% comply with the recommendation for fasting, 69.7% use the drug for the period recommended by the doctor, 84.5% do not develop an allergy to the drug they use, 39.4% read the drug prospectus, 37.4% did not recommend medicine to others, 44.8% did not use the medicine with the recommendation of someone else, 50.2% stopped the medicine when they felt better, 35% constantly used the patches stated that they gave information about the drugs, and 84.5% of them did not develop an allergy to a drug they used (Table 3). The relationship between primiparous and multiparous status and some variables for rational drug use during pregnancy was investigated. There is a significant difference between the status of taking medicine without a prescription from the pharmacy, following the recommendation for fasting or full use of the medicine, recommending medicine to others, giving medicine to others, using the medicine recommended by others, informing relatives about the medicines that are constantly used, reading the medicine prospectus, and prescribing medicine to have at home. found ($p < .01$). According to the post hoc analysis, it was determined that the source of the difference was due to primiparous pregnant women. There was a significant difference between using the drug when recommended by the doctor, using the drug as often as recommended, checking the expiration date of the drug, stopping using the drug when feeling good, and experiencing drug allergy (for each: $p < .05$). (Table 4). According to the post hoc analysis, it was determined that the source of the difference was due to primiparous pregnant women.

The relationship between trimesters and some variables for rational drug use during pregnancy was examined. A significant difference was found between reading/reading the package insert of the drugs and the status between the trimesters ($p < .05$). According to the post hoc analysis, it was determined that the difference was in favor of the pregnant women who were in the third trimester, in favor of the group who read the drug package insert (Table 5).

In the study, it was determined that pregnant women had some misapplications and behaviors towards rational drug use. This situation is thought to be related to the low level of health literacy in the society. A significant difference was found between the primiparous or multiparous status of pregnant women regarding rational drug use during pregnancy. In addition, a significant difference was found between the status of reading/reading the prescription of the drugs and the trimesters. It may be recommended to conduct mixed method studies to determine the behaviors and practices of the same pregnant women in different trimesters for rational drug use during pregnancy.

Investigation of the Level of Attachment of Fathers to the Fetus and Factors Affecting Such Attachment in the Prenatal Period

Prenatal Dönemde Babaların Fetüse Bağlanma Düzeyi ve Bu Bağlanmayı Etkileyen Faktörler

Süreyya GÜMÜŞSOY¹ 
Sevgül DÖNMEZ² 
Nursel ALP DAL³ 

¹Department of Nursing, Ege University Atatürk Health Care Vocational School, İzmir, Turkey
²Department of Nursing, Muğla Sıtkı Koçman University Institute of Health Sciences, Muğla, Turkey
³Department of Midwifery, Munzur University Faculty of Health Sciences, Tunceli, Turkey

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to determine the level of attachment of fathers to the fetus and the factors affecting such attachment in the prenatal period.

Methods: This descriptive study was conducted on 463 fathers whose spouses were 24–38 weeks pregnant in the obstetrics outpatient clinic of the University Research and Practice Hospital Gynecology Department between December 2019 and April 2020. The “Information Form” and “Intrauterine Father Attachment Scale” (IFAS) were used as data collection tools for this study.

Results: In this study, the total score of Intrauterine Father Attachment Scale was found to be 62.22 ± 10.66 (min = 34, max = 87). The mean Intrauterine Father Attachment Scale scores of the fathers who had a good income level had a less marriage period, had less children, had a high educational level, who want to have more children, and whose spouse’s pregnancy was not risky were found to be higher than those of the fathers who did not ($p > .05$). Furthermore, of the fathers those who were previously knowledgeable about baby care and were experienced in baby care thought that both of the parents should be responsible for the care of the baby, perceived the support given by his family as sufficient, thought that marriage means happiness, wanted to attend their wives’ childbirth in the delivery room, wanted to attend pregnancy schools, and thought that the social relations affect the baby positively obtained higher scores from the IFAS ($p > .05$).

Conclusion: Regression results have shown that getting information about baby care, who is mostly responsible for a baby’s care, educational status, and status of wanting to join pregnant schools have a significant impact on Intrauterine Father Attachment Scale scores.

Keywords: Attachment, father, fetus, prenatal period

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, prenatal dönemde babaların fetüse bağlanma düzeylerini ve bu bağlanmayı etkileyen faktörleri belirlemek.

Yöntemler: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, Aralık 2019-Nisan 2020 tarihleri arasında bir Üniversite Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde eşleri 24–38 haftalık gebe olan 463 baba ile yapılmıştır. Araştırmanın veri toplama aracı olarak; babaların tanıtıcı özelliklerini içeren “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve babaların doğum öncesi bebeğe bağlanma düzeylerini belirleyen “Rahim İçi Baba Bağlanma Ölçeği (RİBBÖ)” kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada RİBBÖ toplam puan ortalaması $62,22 \pm 10,66$ (min=34, max=87) olup, katılımcıların %52,5’i 29–39 yaş aralığında, %38,4’ü lise mezunu ve %60,0’inin gelir durumunun kötü seviyede olduğu belirlenmiştir. RİBBÖ puan ortalaması ile eğitim durumu, evlilik süresi, gelir durumu, bu gebeliğin kaçınıcı çocuğu olduğu, toplamda kaç çocuk istediği ve gebeliğin riskli olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p > ,05$). Ayrıca çalışmada babaların %66,5’inin daha önce bebek bakımı ile ilgili bilgi aldığı, %82,5’inin bebeklerini kaybetme korkusu yaşadığı ve %52,5’inin eşlerinin doğuma katılmak istemediklerini ifade ettikleri saptanmıştır. RİBBÖ puan ortalaması ile daha önce bebek bakımı ile ilgili bilgi alma durumu, daha önce bebek bakımı ile ilgili deneyim yaşama durumu, bebeğin bakımında çoğunlukla kimin sorumlu olduğu,

Received/Geliş Tarihi: 16.02.2023
Accepted/Kabul Tarihi: 24.04.2023
Publication Date/Yayın Tarihi: 02.06.2023
Corresponding Author/Sorumlu Yazar:
Sevgül DÖNMEZ
E-mail: donmezsevgul@gmail.com

Cite this article as: Gümüüşsoy, S., Dönmez, S., & Alp Dal, N. (2023). Investigation of the level of attachment of fathers to the fetus and factors affecting such attachment in the prenatal period. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 6(3), 150-158.



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

ailesi tarafından verilen desteği yeterli bulma durumu, evliliğin neyi ifade ettiği, eşinin doğumuna katılmayı isteme durumu, gebe okullarına katılmayı isteme durumu, bebeğin sosyal ilişkilerini etkileme durumu arasında istatistiksel olarak fark bulunurken ($p < .05$); bebeğini kaybetme korkusu yaşama durumu ve bebeğin kime benzemesini istedikleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > .05$).

Sonuç: Araştırmanın regresyon sonucunda daha önce bebek bakımı ile ilgili bilgi almanın, bebe bakımından en çok kimin sorumlu olduğunun, eğitim durumunun, doğuma ve gebe okullarına katılmak istemenin, eş ile olan ilişkiden memnuniyetin RİBBÖ puanı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Bağlanma, baba, fetüs, doğum öncesi dönem

Introduction

It is known that during the antenatal period, parents develop a strong emotional tie with the fetus, and the development of this emotional tie is effective for both mothers and fathers to adapt to pregnancy successfully (Brandão et al., 2020; Türkmen & Güler, 2022). Intrauterine attachment refers to the unique relationship between the fetus in the uterus and the parents before the delivery (Brandão et al., 2020; Dönmez & Gümüşsoy, 2019; Esposito et al., 2017; Göbel et al., 2020; Türkmen, & Güler, 2022). This relationship is considered the oldest and most basic form of human sincerity (Pisoni et al., 2015). Although being a father is felt stronger at the first moment when the father takes the baby in his arms or in the following years, the first step of the fatherhood role is in fact the first moment when the decision to have a baby is made and develops in the months following the delivery (Fletcher et al., 2014). The father develops attachment behaviors during the antenatal period just like the mother. But, fathers start to assume parenting role without the biological process that women undergo during pregnancy, breastfeeding, and maternity leave, so they start parenting with less practice, experience, support, time, and knowledge (Nelas et al., 2016; Türk Dündükcü & Taş Aslan, 2020). Additionally, for women, the attachment may be more easily accomplished because they feel the physical signs of pregnancy in their bodies, but for men, the lack of tangible signs of the existence of the child may turn attachment more difficult, and this process may take longer than expected (Brandão et al., 2020).

The fact that several factors play a role in the establishment of attachment between the father and the baby has been demonstrated in a limited number of studies. In line with these studies, the relationship between the father and his wife, his marital satisfaction, whether the pregnancy is a planned pregnancy, his participation in the care of the baby, his psychological well-being, and his perceived social support were determined to affect the attachment (Condon et al., 2013; Fletcher et al., 2014; Nosrati et al., 2018). In several studies, it is emphasized that there is a positive relationship between the father's desire for pregnancy and attachment to the fetus (Camarneiro & Miranda Justo, 2017; Köse et al., 2013). In another study, it is reported that first-time fathers and young fathers experience better attachment and higher affect intensity (Vreeswijk et al., 2014).

Attachment is a very important way for the father to have a deeper and more meaningful relationship with his child from the very beginning of his child's life. What is more, it is thought that the stronger the man's relationship is, the more his daughter or son will benefit from this relationship, which will ensure that children of future generations will be emotionally safer and healthier (Rollè et al., 2020; Verny & Kelly, 2016). Father–infant attachment

significantly affects the child's growth, behavioral, and spiritual development. Therefore, maximizing family health, especially child health, was thought of if the factors affecting the formation of secure attachment are known and if health professionals carry out necessary evaluations considering these factors and perform effective interventions. This study was designed to determine the level of attachment of fathers to the fetus and the factors affecting such attachment in the prenatal period.

Methods

Design

This cross-sectional and descriptive study was designed to determine the level of attachment of fathers to the fetus and the factors affecting such attachment in the prenatal period.

Setting

The study was conducted in the obstetrics outpatient clinic of the University Research and Practice Hospital Gynecology Department between December 2019 and April 2020. Firat University Hospital established in 1984 is a regional hospital located in Eastern Anatolia, Turkey.

Sample

This study was conducted with the spouses of 24- to 38-week pregnant women who presented to the aforementioned hospital for routine pregnancy control. The study sample consisted of 463 fathers. The inclusion criteria were as follows: being >18 years old, being married, not having had a psychiatric illness, being literate and able to speak Turkish, and having a 24- to 38-week pregnant wife.

A posthoc power analysis was performed with the G-Power Data Analysis program based on the data of the present study. In the power analysis using independent samples *t*-test at 95% confidence interval and $p < .05$ significance level, the sample size was calculated as 463 fathers. The effect size of the study was moderate (0.5), its power was determined as 0.96, and it was concluded that the sample was a good representative of the population (Chow et al., 2018).

Measurements

"Fathers' Descriptive Information Form" (FDIF) containing the identifying features of fathers and the Intrauterine Father Attachment Scale (IFAS) which determines the level of fathers' attachment to the baby before birth were used as data collection tools of this study.

The purpose of this study was explained to the fathers included in the sample, by stating that participation in the research was completely voluntary and that they could withdraw from the research whenever they wanted. The participants were then asked to fill in the data collection tools individually. Implementation of data collection tools took approximately 10-15 minutes.

Fathers' Descriptive Information Form

Fathers' Descriptive Information Form is a form developed by the researchers in this study, consisting of 18 items including various sociodemographic characteristics of the fathers such as age, gender, and the father's knowledge about pregnancy and fetus (Condon et al., 2013; Pisoni et al., 2015; Türk Düdükü & Taş Aslan, 2020).

The Intrauterine Father Attachment Scale

Dönmez and Gümüşsoy (2019) developed the IFAS to measure the level of attachment of the father to the fetus before birth. The scale consists of 23 items, with 4 options as "Never=1 point," "Sometimes=2 points," "Mostly=3 points," and "Always=4 points" in each item. Out of the 23 items in the scale, statements of 17th, 18th, 20th, 22nd, and 23rd items are reversed. (examples of items: 1. I talk to my baby, 2. I feel my baby by touching my wife's belly, 5. I cant 'for my baby to be born, 6. I dream about my baby, 10. I wonder who my baby is like, 19. I am affectionate with my baby). The total score that can be obtained from the scale varies between 23 and 92. High scores mean that the level of paternal antenatal attachment is high, and low scores mean that the level of intrauterine father attachment is low. In the present study, Cronbach's alpha internal consistency value was found as 0.74. In Dönmez and Gümüşsoy's study, it was determined that the scale is valid and reliable for the Turkish society (Dönmez & Gümüşsoy, 2019). The internal consistency value was found to be 0.84 in this study.

Variables

The dependent variables of this study were the mean scores on the IFAS. The independent variables to evaluate the fathers were based upon the data collected from the items of the FDIF.

Statistical Analysis

The Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS Statistics version 22.0; SPSS Inc., Armonk, NY, USA) was used for statistical analysis. Categorical variables were presented as numbers and percentages, while continuous variables were provided as means and standard deviations. The Kolmogorov-Smirnov test was used to assess the normal distribution of the data. *t* and *F* tests and stepwise regression analysis were used to determine the relationship between the independent variables and the dependent variable. Cronbach's alpha reliability coefficients of the scales were determined using reliability analysis. Additionally, a power analysis was performed to reveal the power of the study. The results were evaluated at a confidence interval of 95%, and the significance level was established at $p < .05$. Moreover, Cohen's *d* value was used in calculating the effect size according to the difference of the group averages.

Results

Analysis of the Intrauterine Father Attachment Scale by Their Sociodemographic and Some Variables

This study showed that the average score in IFAS was 62.22 ± 10.66 (min = 34, max = 87). When the sociodemographic and some variables of the participants were examined, 243 (52.5%) of the participants were between the ages of 29 and 39, 178 (38.4%) were high school graduates, 320 (69.1%) were working, 201(43.4%) married for 1-5 years, and 278 (60.0%) of them had a poor level of income, 175 (37.8%) had 3 and higher children, 277 (59.8%) gender of the baby was women, 256 (55.3%) desired total number of children was 3-4, 391 (84.4%) requested pregnancy, 380 (82.1%)

spouse's requested pregnancy, and 344 (74.3%) spouse's had risky pregnancy. When the analyses of these characteristics according to the mean scores of the participants on the IFAS were conducted, a statistically significant difference was found between the average IFAS score and the variables that included educational status ($F= 8.110, p = .001$), length of marriage ($F= 27.273, p = .001$), income status ($F= 4.376, p = .013$), number of children ($F= 10.632, p = .001$), the desired number of children ($F= 9.477, p = .001$), and the risky pregnancy ($t=3.696, p = .001$). The mean IFAS scores of the fathers who had a high educational level, had a less marriage period, had a good income level, had less children, who want to have more children, whose spouse's pregnancy was not risky were found to be higher than those of the fathers who did not (Table 1).

Furthermore, this study revealed that 308 (66.5%) of fathers previously received information about baby care, 312 (67.4%) had a baby care experience before, 228 (49.2%) of fathers said the mother is most responsible for the baby's care, 219 (47.13%) of them found the support given by his family is sufficient, for 326 (70.4%) of them marriage meant happiness, 382 (82.5%) had a fear of losing their babies, 243 (52.5%) did not want to attend the birth, 255 (55.1%) did not want to join pregnant schools, 235 (50.8%) wanted him to look like him when the baby grows up, and 209 (45.1%) thought the baby positively affected their social relationships. When the analyses of these characteristics according to the mean scores of the participants on the IFAS were conducted, a statistically significant difference was found between the average IFAS score and the variables that included knowledge about baby care ($t= -5.038, p = .001$), experience on baby care ($t= -4.404, p = .011$), mostly responsible person for baby's care ($F= 13.588, p = .001$), support from family members ($F= 41.86, p = .001$), meaning of marriage ($F= 5.786, p = .003$), attendance to birth ($F= 11.997, p = .001$), status of wanting to join pregnant schools ($F= 9.734, p = .001$), and baby's effect on social life ($F= 8.170, p = .001$). On the other hand, a statistically significant difference was not found between the average IFAS score and the variables that included fear of losing the baby ($F= 1.666, p = .202$) and the desire of who the baby will look like ($F= 2.724, p = .067$).

Of the fathers those who were previously knowledgeable about baby care and who were experienced in baby care thought that both of the parents should be responsible for the care of the baby, perceived the support given by his family as sufficient, thought that marriage means happiness, wanted to attend their wives' childbirth in the delivery room, wanted to attend pregnancy schools, and thought that the social relations affect the baby positively obtained higher scores from the IFAS (Table 2).

Regression Analysis of the Average Scores of the Intrauterine Father Attachment Scale with Independent Variables

The IFAS score and independent variables were examined using a stepwise regression analysis (forward) (Table 3). Regression results have shown that getting information about baby care, who is mostly responsible for a baby's care, what is the educational qualification, and what is the status of wanting to join pregnant schools, has a significant impact on IFAS scores. The model was statistically significant ($F=10.98, p < .001$). Getting information about baby care variable received the strongest weight in the model followed by who is mostly responsible for the baby's care, but education and status of wanting to join pregnant schools received the lowest of the 4 weights.

Table 1.
Sociodemographic and Mean Scores of Some Variables According to the Intrauterine Father Attachment Scale

Variables	n	%	Mean ± SD	Min-Max		
Age groups (years)						
18–28	157	33.9	63.61 ± 9.33	43–87	F= 2.973 p = .052	Cohen's d = .117 (Small)
29–39	243	52.5	61.92 ± 11.24	34–86		
40–60	463	13.6	59.88 ± 11.09	37–83		
Educational status						
Primary school	59	12.7	59.10 ± 10.04	34–84	F= 8.110 p = .001*	Cohen's d = .730 (medium)
Middle school	101	21.8	60.09 ± 9.56	43–87		
High school	178	38.4	61.94 ± 9.91	43–85		
University/college	125	27.1	65.80 ± 8.53	47–87		
Working status						
Yes	320	69.1	62.01 ± 11.00	34–86	t = -.624 p = .533	Cohen's d = .055 (Small)
No	143	30.9	62.68 ± 9.87	37–87		
Marriage period (years)						
1-5	201	43.4	66.04 ± 9.57	34–87	F= 27.273 p = .001*	Cohen's d = .942 (large)
6-10	119	25.7	60.60 ± 10.05	35–81		
11-30	143	30.9	58.19 ± 10.83	34–85		
Income status						
Good	96	20.7	64.60 ± 11.45	41–86	F= 4.376 p = .013*	Cohen's d = .545 (medium)
Middle	89	19.2	63.17 ± 11.16	34–85		
Bad	278	60.0	61.09 ± 10.09	37–87		
Number of children						
1	155	33.5	65.09 ± 10.06	34–87	F= 10.632 p = .001*	Cohen's d = .841 (large)
2	133	28.7	62.07 ± 11.20	34–84		
3 and higher	175	37.8	59.78 ± 10.17	34–85		
Gender of the baby						
Women	277	59.8	61.75 ± 10.75	34–96	t = 2.082 p = .126	Cohen's d = .146 (small)
Men	173	37.4	62.56 ± 10.55	37–87		
Do not know	13	2.8	67.69 ± 8.84	51–85		
Desired total number of children						
1–2	63	13.6	60.69 ± 10.80	44–84	F= 9.477 p = .001*	Cohen's d = .975 (large)
3–4	256	55.3	60.82 ± 10.30	34–87		
5–8	144	31.1	65.37 ± 10.52	34–86		
Requesting pregnancy						
Yes	391	84.4	62.52 ± 10.63	34–87	t = 1.409 p = .159	Cohen's d = .340 (medium)
No	72	15.6	60.59 ± 10.73	35–85		
Spouse's requesting pregnancy						
Yes	380	82.1	62.28 ± 10.80	34–87	t = .799 p = .255	Cohen's d = .138 (small)
No	83	17.9	61.95 ± 10.03	35–85		
Risk of having a spouse during pregnancy						
Yes	344	74.3	61.15 ± 10.22	34–86	t = 3.696 p = .001*	Cohen's d = .971 (large)
No	119	25.7	65.29 ± 11.31	34–87		

Note: *p < .05.

Among the independent variables used in the regression analysis, factors like “Getting information about baby care, Who is most responsible for the baby’s care?, Educational status and willingness to attend Pregnant Schools” significantly predicted IFAS. Among the independent variables, “Getting information

about baby care, Who is most responsible for the baby’s care?, Educational status and willingness to attend Pregnant School” explains 22% of fathers’ level of attachment to their fetus. The variable “getting information about infant care” is the strongest factor explaining fathers’ attachment to fetuses, explaining 7% of

Table 2. Average Scores of Some Variables by Intrauterine Father Attachment Scale						
Variables	n	%	Mean ± SD	Min-Max		
Getting information about baby care						
Yes	308	66.5	65.65 ± 9.71	34–85	$t = -5.038$ $p = .001^*$	Cohen's $d = .963$ (large)
No	155	33.5	60.49 ± 10.71	37–87		
Information source on baby care (n = 308) ^{a,b}						
Health personnel	191	62.0	58.09 ± 10.77	34–83	—	—
Spouse/friend/relative	238	77.3	59.79 ± 9.95	41–84		
Internet/TV/books	189	61.4	59.67 ± 9.52	44–85		
Having a baby care experience before						
Yes	312	67.4	60.73 ± 10.46	34–85	$t = -4.404$ $p = .011^*$	Cohen's $d = .620$ (medium)
No	151	32.6	65.29 ± 10.44	34–87		
Who is mostly responsible for the baby's care						
Mother	228	49.2	59.67 ± 10.57	34–86	$F = 13.588$ $p = .001^*$	Cohen's $d = .874$ (large)
Father	30	6.5	64.33 ± 4.40	48–73		
Mother and father	205	44.3	64.75 ± 10.76	34–87		
Finding the support given by his family (mother, father, sibling, etc.) as sufficient						
Yes	219	47.3	64.36 ± 10.68	34–87	$F = 41.86$ $P = .001^*$	Cohen's $d = .857$ (large)
No	66	14.3	63.06 ± 9.14	37–80		
Partially	178	38.4	59.28 ± 10.52	41–86		
What does marriage mean?						
Happy	326	70.4	63.30 ± 10.89	34–87	$F = 5.786$ $p = .003^*$	Cohen's $d = .702$ (medium)
Unhappy	17	3.7	59.82 ± 10.95	34–78		
Between happiness and unhappiness	120	25.9	59.62 ± 9.48	41–85		
Fear of losing his baby						
Yes	382	82.5	62.10 ± 10.89	34–87	$F = 1.666$ $p = .202$	Cohen's $d = .284$ (medium)
No	38	8.2	64.92 ± 9.32	37–83		
Sometimes	43	9.3	60.83 ± 9.33	41–81		
The situation of wanting to participate during childbirth						
Yes	117	25.3	66.22 ± 10.39	34–87	$F = 11.997$ $p = .001^*$	Cohen's $d = .764$ (medium)
No	243	52.5	60.52 ± 10.89	34–85		
Not sure	103	22.2	61.68 ± 9.21	45–85		
Status of wanting to join pregnant schools						
Yes	96	20.7	66.40 ± 10.46	34–87	$F = 9.734$ $P = .001^*$	Cohen's $d = .851$ (large)
No	255	55.1	61.00 ± 10.01	34–85		
Not sure	112	24.2	61.40 ± 11.42	43–86		
Who does he want his baby to look like the most when he/she grows up						
Me	235	50.8	61.91 ± 10.36	34–84	$F = 2.724$ $P = .067$	Cohen's $d = .146$ (small)
Mother	201	43.4	61.95 ± 10.77	43–87		
My sibling	27	5.8	66.85 ± 11.71	34–85		
Baby's effect on the social relationships						
Positive	209	45.1	64.37 ± 9.75	34–87	$F = 8.170$ $P = .001^*$	Cohen's $d = .815$ (large)
Negative	55	11.9	59.78 ± 10.36	34–80		
It did not affect	199	43.0	60.63 ± 11.26	37–86		

Note: * $p < .05$. ^aOnly those who receive information about baby care. ^bNo statistical analysis was performed because more than one item was marked.

fathers' attachment to fetuses. Other "Who is most responsible for the care of the baby?, Educational status and Desire to attend Pregnant Schools" contributed to the total variance of 15%.

Finally, the results of regression analysis showed that age groups, working status, marriage period, income status, number of children, gender of the baby, requesting pregnancy, spouse's

Table 3.
Stepwise Regression Analysis of the Intrauterine Father Attachment Scale Mean Score with Independent Variables

Model	Variables	B	t	R	R ²	sr ²	df	F
1	(Constant)	52.57	21.78**	.305	.093	.068	156	15.96**
	Getting information about baby care	7.01	3.99**					
2	(Constant)	47.04	16.89**	.404	.163	.053	155	15.13**
	Getting information about baby care	6.85	4.05**					
	Who is mostly responsible for the baby's care	2.83	3.61**					
3	(Constant)	41.46	11.40**	.438	.192	.044	154	12.20**
	Getting information about baby care	7.89	4.57**					
	Who is mostly responsible for the baby's care	2.52	3.21*					
	Educational status	1.93	2.33*					
4	(Constant)	48.06	10.76**	.472	.223	.022	153	10.98**
	Getting information about baby care	8.11	4.77**					
	Who is mostly responsible for the baby's care	2.15	2.73*					
	Educational status	2.03	2.50*					
	Status of wanting to join pregnant schools	-3.13	-2.47*					

Note: * $p < .05$, ** $p < .001$, $t = t$ -test, $F =$ ANOVA test, $sr^2 =$ squared semi-partial correlation.
Prenatal dönemde babaların fetüse bağlanma düzeyi ve bu bağlanmayı etkileyen faktörler

requesting pregnancy, risk of having a spouse during pregnancy, finding the support given by his family, desired total number of children, meaning of marriage, fear of losing the baby, the situation of wanting to participate during childbirth, who does he want his baby to look like the most when he/she grows up, and baby's effect on social life have no significant effect on the IFAS scores ($p > .05$). Therefore, stepwise regression analysis did not include these variables in the analysis.

Discussion

The roots of the father–baby bond go back to before the baby was born. This bond that begins before pregnancy develops more as trimesters pass, strengthens with birth, and continues exponentially after birth. Father–baby attachment has a sensitive place in the mental, developmental, and behavioral development of children and in their later life success (Aslan et al., 2017; Dönmez & Gümüşsoy, 2019). For this reason, this study was conducted to determine the level of paternal antenatal attachment and factors affecting attachment in the prenatal period.

This study showed that as the educational level of fathers increased, their attachment scores also increased. Other previous studies found similar results such that as the level of education of fathers increased, their awareness of parental responsibilities increased, they were more willing to participate in baby care, and therefore, their attachment levels to their babies increased (Hildingsson et al., 2014). In this context, it is an expected finding that the attachment scores of fathers with higher education levels are higher. Studies also found that a significant difference was found between the income levels of fathers and average score of father–baby attachment scale (Benli & Aksoy, 2020). As with other previous studies, this study also found that as the income level increased, the attachment scores also increased.

Other previous studies reported that fathers awaiting their first child had a better attachment and more intensive engagement with the fetus than fathers who already had children, but the quality of attachment did not change according to the number

of previous children (Türk Düdükü & Taş Aslan, 2020). As with other previous studies, this study also found that as the number of children increases, the attachment score also decreases. Additionally, this study revealed that the level of paternal attachment decreased as the length of marriage increased. A statistically significant relationship was found between marriage length and paternal attachment in studies similar to this study (Bawadi, 2015; De Mendonça et al., 2015; Condon et al., 2013). Our finding shows compatibility with the previous studies.

One of the most important factors affecting prenatal attitudes is the desire for pregnancy. Unwanted pregnancies may lead to difficulties for parents while connecting with their child, and it may cause bad parenting and eventually incompatibilities with the baby. Studies showed that the quality of attachment was significantly higher in men who participated in the planning of pregnancy compared to those who did not (Gibbs et al., 2018; Hildingsson et al., 2014). This study found that the attachment scores of fathers who wanted the pregnancy were higher. Additionally, as the number of desired children increased, the attachment levels of the fathers also increased.

Another important condition that affects attachment is risky pregnancy. Since high-risk pregnancies are generally a crisis period for mothers and fathers, this affects their parenting behaviors negatively and may cause problems in the attachment (Pisoni et al., 2015). Studies reported that fathers who had negative experiences during pregnancy had difficulty in switching to paternity and adapting to their paternity role. Moreover, studies found that the spouses of women with high-risk pregnancies had a lower level of attachment than the spouses of women with low-risk pregnancies (Bawadi et al., 2015; Salehi et al., 2019). Similarly, this study found that the attachment scores of fathers whose spouses had risky pregnancies were lower. Psychological and social support may help couples with risky pregnancies to handle the attachment process better in the prenatal period.

The involvement of the father in baby care helps him adapt to the role of paternity more easily and initiates the social development

of the baby. Studies found that all kinds of counseling and education (breastfeeding, baby care, baby feeding, etc.) given to parents during pregnancy and postpartum increase the self-efficacy of the parents in terms of baby care and thus affect the parent–baby bond positively (Li et al., 2019; Yang et al., 2016). Also, this study showed that the attachment scores of fathers who previously got information about baby care were higher than the scores of fathers who did not. The father's knowledge of the baby's physical, psychological, and social needs may increase his development of positive behaviors in attachment to the baby.

The social support that parents receive from family, friends, and their environment is also important in establishing an attachment safely. The support provided to the parents during the perinatal period increases the self-confidence of parents in the baby care, positively affects the adaptation processes to the role of parenthood, and also increases the sensitivity and communication between them and their babies (Yılmaz & Beji, 2013). Lack of support in the perinatal period can negatively affect both the mother's and father's experience. Also, this study revealed that the attachment scores of the fathers who thought that having a baby had a positive effect on their social relationships and who found the support given by their family is adequate were higher than those who did not find it sufficient.

The active participation and support of the father in the process of pregnancy and childbirth is important to establish the first contact with the baby, to accept the baby, and also develop the perception of paternity. Studies reported that fathers who attended the birth of their babies and paid attention to their babies after birth had a strong attachment to their babies (Aslan et al., 2017). Similarly, this study showed that the attachment scores of fathers who wanted to attend the birth were higher. The probability of developing a secure attachment between fathers and their babies may increase due to their presence during childbirth.

Not only the mother but also the father needs antenatal class. The knowledge and skills related to pregnancy, birth, postpartum, and parenting in these classes increase the self-confidence of fathers as a spouse and as a father, making it easier to adapt and attach to the role of paternity (Fletcher et al., 2014). This study showed that the attachment scores of fathers who wanted to attend pregnancy classes were higher. Expectant fathers who are expecting their first baby should be directed to antenatal classes in order to increase their self-esteem and competence in baby care, strengthen their bond with their child, improve their support for the mother, and establish an effective bond with their baby.

The father fulfilling his responsibilities regarding the baby for the father–baby connection is very important. Establishing a 2-way bond between the baby and the father requires the father to take responsibility, participate in baby care, and make physical contact with the baby such as holding and dressing (Şahin & Demiriz, 2014). This study found that the fathers who thought that both mother and father should be responsible for the baby had higher attachment scores. Similar to this study, other studies stated that the father must directly participate in all activities related to baby care in the first year after birth to establish a healthy and strong bond between the father and the baby (Karakulak & Alparslan, 2016; Şahin & Demiriz, 2014; Yogman & Garfield, 2016).

One of the important factors that determine father–baby attachment is communication and harmony between father and

mother. A significant relationship was found between the father–baby attachment and other variables which included the perceptions of the spouses about marriage, the degree of contentment they had with their relationship, and the ratio of their satisfaction with the relationship (Nosrati et al., 2018). Tension between the parents affects the relationship and attachment between father and baby negatively (De Mendonça et al., 2015; Koptur & Güner Emül, 2017). Similar to previous studies, this study found that the fathers who thought that marriage brought happiness to them had higher attachment scores.

Study Limitation

The research was a cross-sectional study. Therefore, it contains the limitations of a cross-sectional research. It is not free from recall biases. There is a potential response bias. There is also a selection bias as the study included only the volunteers. Moreover, the research was conducted in one city in the eastern region of Turkey at a single location, and thus the results cannot be readily generalized. Different results may be obtained in studies that are conducted with fathers of different religious, ethnic, and cultural groups.

Conclusion and Recommendations

Fathers who were younger had higher education and income levels, had shorter marriage length, had fewer children, willingly wanted pregnancy, and did not have a risky pregnancy had higher attachment levels. Moreover, this study found that getting information about baby care before, being responsible for the baby care, having baby care experience, having family support, wanting to attend birth and pregnancy classes, and satisfaction with the spouse are important factors affecting the attachment of the father to the fetus prenatally. Making appropriate health professionals interventions to prepare males for fatherhood since the beginning of the pregnancy is important. During pregnancy, the mother and father should be informed about the changes in their baby. Fathers should play an active role in this process to establish a better attachment with their baby. Especially, mothers- and fathers-to-be who are expecting their first baby should be directed to antenatal classes to increase their self-confidence and knowledge about baby care. Hospital policies may be rearranged so that fathers can be included in the process starting from the pregnancy period.

Ethics Committee Approval: Ethics committee approval was received for this study from the ethics committee of Ege University (Date: November 5, 2019, Number: 6/2).

Informed Consent: Verbal consent was obtained from the patients before the study data were collected.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept – S.G., S.D.; Design – S.G., S.D.; Supervision – S.G., S.D.; Resources – S.G., S.D.; Materials – S.G., S.D.; Data Collection and/or Processing – N.A.D.; Analysis and/or Interpretation – S.G., N.A.D.; Literature Search – S.G., S.D.; Writing Manuscript – S.G., S.D., N.A.D.; Critical Review – S.G., S.D.

Acknowledgment: We are grateful to Ege University Planning and Monitoring Coordination of Organizational Development and Directorate of Library and Documentation for their support in editing and proofreading service of this study.

Declaration of Interests: The authors declare that they have no competing interests.

Funding: The authors declared that this study has received no financial support.

Etik Komite Onayı: Bu çalışma için etik komite onayı Ege Üniversitesi'nden (Tarih: 5 Kasım 2019, Sayı: 6/2) alınmıştır.

Hasta Onamı: Çalışma verileri toplanmadan önce hastalardan sözlü onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir– S.G., S.D.; Tasarım – S.G., S.D.; Denetleme – S.G., S.D.; Kaynaklar – S.G., S.D.; Malzemeler – S.G., S.D.; Veri Toplanması ve/veya İşlenmesi – N.A.D.; Analiz ve/veya Yorum – S.G., N.A.D.; Literatür Taraması – S.G., S.D., N.A.D.; Yazıyı Yazan – S.G., S.D.; Eleştirel İnceleme – S.G., S.D.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

References

- Aslan, E., Ertürk, S., Demir, H., & Aksoy, O. (2017). Fathers' attachment status to their infants. *International Journal of Caring Sciences*, *10*(3), 1410–1418.
- Bawadi, H. A. (2015). Knowledge of fathers' support during labor: From Arabic fathers' perspective. *Health*, *07*(11), 1545–1551. [CrossRef]
- Benli, T. E., & Aksoy, D. Y. (2020). Turkish validity and reliability study of intrauterine Father attachment Scale. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1–9.
- Brandão, T., Brites, R., Hipólito, J., Pires, M., Vasconcelos, M. L., & Nunes, O. (2020). Depressive symptoms, dyadic coping, and attachment to the fetus in expectant fathers: A moderated-mediation analysis. *Journal of Child and Family Studies*, *29*(6), 1649–1658. [CrossRef]
- Camarneiro, A. F. P., & Miranda Justo, J. M. R. (2017). Prenatal attachment and sociodemographic and clinical factors in Portuguese couples. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *35*(3), 212–222. DOI: [CrossRef]
- Chow, S. C., Shao, J., Wang, H., & Lokhnygina, Y. (2018). *Sample size calculations on clinical research* (p. 13, 3rd edn). CRC Press, Taylor&Francis Group.
- Condon, J., Corkindale, C., Boyce, P., & Gamble, E. (2013). A longitudinal study of father-to-infant attachment: Antecedents and correlates. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *31*(1), 15–30. [CrossRef]
- De Mendonça, J. S., Raad Bussab, V. S., Lucci, T. K., & Kärtner, J. (2015). Father-child interactional synchrony in Brazilian families with maternal depression. *Human Ethology Bulletin*, *30*(1), 121–138.
- Dönmez, S., & Gümüşsoy, S. (2019). Development of the father's attachment scale in intrauterine period. *Kocaeli Medical Journal*, *8*(2), 13–19. [CrossRef]
- Esposito, G., Setoh, P., Shinohara, K., & Bornstein, M. H. (2017). The development of attachment: Integrating genes, brain, behavior, and environment. *Behavioural Brain Research*, *325*(B), 87–89. [CrossRef]
- Fletcher, R., May, C., & St. George, J. (2014). A fathers prenatal relationship with "their" baby and "her" pregnancy—Implications for antenatal education. *International Journal of Birth & Parent Education*, *1*(3), 23–22.
- Gibbs, B. G., Forste, R., & Lybbert, E. (2018). Breastfeeding, parenting, and infant attachment behaviors. *Maternal and Child Health Journal*, *22*(4), 579–588. [CrossRef]
- Göbel, A., Barkmann, C., Goletzke, J., Hecher, K., Schulte-Markwort, M., Arck, P., Diemert, A., & Mudra, S. (2020). Psychometric properties of 13-item versions of the maternal and paternal antenatal attachment scales in German. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *38*(4), 455–467. [CrossRef]
- Hildingsson, I., Johansson, M., Fenwick, J., Haines, H., & Rubertsson, C. (2014). Childbirth fear in expectant fathers: Findings from a regional Swedish cohort study. *Midwifery*, *30*(2), 242–247. [CrossRef]
- Karakulak, A. H., & Alparslan, Ö. (2016). Anne-bebek bağlanma ölçeğinin Türk topluma uyarlanması: Aydın örneği. *Journal of Contemporary Medicine*, *6*(3), 188–199.
- Koptur, A., & Güner Emül, T. (2017). Fetüs ve yenidoğanda bağlanmanın iki yüzü: Maternal ve paternal bağlanma ve hemşirelik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *33*(3), 153–164.
- Köse, D., Çınar, N., Altınkaynak, S. (2013). Yenidoğanın anne ve baba ile bağlanma süreci. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, *22*(6), 239–245.
- Li, T., Guo, N., Jiang, H., & Eldadah, M. (2019). Breastfeeding self-efficacy among parturient women in Shanghai: A cross-sectional study. *Journal of Human Lactation*, *35*(3), 583–591. [CrossRef]
- Nelas, P., Gandara, D., Chaves, C., Coutinho, E., Cruz, C., & Ferreira, M. (2016). Father/baby bonding: Impact of vulnerability to stress. *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*, 246–253. [CrossRef]
- Nosrati, A., Mirzakhani, K., Golmakani, N., Esmaeily, H., Mohsen, S., & Nekah, A. (2018). The effect of paternal-fetal attachment training on marital satisfaction during pregnancy. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, *6*, 1132–1140.
- Pisoni, C., Garafoli, F., Tzialla, C., Orcesi, S., Spinillo, A., Politi, P., & Stronati, M. (2015). Complexity of parental prenatal attachment during pregnancy at risk for preterm delivery. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, *1*(6).
- Rollè, L., Giordano, M., Santoniccolo, F., & Trombetta, T. (2020). Prenatal attachment and perinatal depression: A Systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(8), 2644. [CrossRef]
- Salehi, K., Taleghani, F., & Kohan, S. (2019). Effect of attachment-based interventions on prenatal attachment: A protocol for systematic review. *Reproductive Health*, *16*(1), 42. [CrossRef]
- Şahin, H., & Demiriz, S. (2014). The investigation of the relationship between the perception of fatherhood role and the participation into family participation activities. *Journal of Turkish Social Research*, *18*(1), 273–294.
- Türk Düdükçü, F., & Taş Aslan, F. (2020). Paternal-infant attachment and determination of factors affecting attachment. *Archives of Health Science and Research*, *7*(1), 43–49.
- Türkmen, H., & Güler, S. (2022). Factors Affecting intrauterine paternal-foetal attachment and the responsibility status of fathers concerning mothers and babies. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *40*(5), 451–464. [CrossRef]
- Verny, T., & Kelly, J. (2016). The secret life of the unborn child. In Ç Erendag (Eds.), *Anatolialit*. Kuraldışı Yayıncılık.
- Vreeswijk, C. M. J. M., Maas, A. J. B. M., Rijk, C. H. A. M., & van Bakel, H. J. A. (2014). Fathers' experiences during pregnancy: Paternal prenatal attachment and representations of the fetus. *Psychology of Men & Masculinity*, *15*(2), 129–137. [CrossRef]
- Yang, X., Gao, L. L., Ip, W. Y., & Sally Chan, W. C. (2016). Predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. *Midwifery*, *41*, 1–8. [CrossRef]
- Yılmaz, S. D., & Beji, N. K. (2013). Prenatal Bağlanma Envanteri'nin Türkçe'ye uyarlanması: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, *16*(2), 103–109.
- Yogman, M., Garfield, C. F., & COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH (2016). Fathers' Roles in the Care and Development of Their Children: The Role of Pediatricians. *Pediatrics*, *138*(1), e20161128. [CrossRef]

Genişletilmiş Özet

Amaç: Baba bebek bağlanması, çocuk gelişimini davranışsal, gelişimsel ve ruhsal olarak birçok açıdan önemli derecede etkilemektedir. Bu sebeple güvenli bağlanmanın oluşumunu etkileyen faktörlerin bilinmesi, sağlık profesyonellerinin bu faktörleri göz önünde bulundurarak gerekli değerlendirmeleri yapması ve etkili müdahalelerde bulunması sayesinde başta çocuk sağlığı olmak üzere aile sağlığının üst düzeylere çıkacağı düşünülmektedir. Bu araştırma, doğum öncesi dönemde babaların fetüse bağlanma düzeylerinin ve bağlanmayı etkileyen faktörlerin belirlenmesi önemlidir. Bağlanma terimi bebeklerle ebeveynleri arasında duygusal olarak olumlu ve karşılıklı yardım edici bir ilişkinin kurulması olarak tanımlanmaktadır. Bir ebeveyn ile fetüs arasındaki ilişki, doğum öncesi bağlanma olarak adlandırılmakla birlikte bu ilişki insan samimiyetinin en eski ve en temel biçimi olarak kabul edilmektedir. Baba olmak, bebeğin kucağa alındığı ilk anda veya sonraki yıllarda daha kuvvetli hissedilse de aslında babalık rolünün ilk adımı bebek sahibi olmaya karar verilen ilk andır. Anne ve baba adayları birlikte bir çocuk sahibi olma isteğini taşımaya başladığı andan itibaren doğacak bebekleri ile ilişkileri başlar. Baba adayının bebeği ile ilgili hayaller kurması, sorular sorması, tasarımlar yapması onunla duygusal bağ kurmaya başladığının işaretleridir. Bu bağ, baba ve bebek ilişkisinin temellerini oluşturmaktadır. Baba ile bebek arasında bağlanmanın gelişmesinde birçok faktörün rol oynadığı sınırlı sayıda araştırılarda ortaya konmuştur.

Bu çalışmanın amacı, prenatal dönemde babaların fetüse bağlanma düzeylerini ve bu bağlanmayı etkileyen faktörleri belirlemek.



Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, Aralık 2019-Nisan 2020 tarihleri arasında bir Üniversite Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde eşleri 24-38 haftalık gebe olan 463 baba ile yapılmıştır. Çalışmaya alınma kriterleri 18 yaşından büyük olmak, evli olmak, psikiyatrik hastalığı bulunmamak, okuma yazma bilmek ve Türkçe konuşabilmek ve 24-38 haftalık hamile eşi olmak olarak belirlendi. Örneklem kapsamına alınan babalara araştırmanın amacı açıklanarak, araştırmaya katılımın tamamen gönüllük esasına dayandığı ve istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek "Tanılama Formu" ve ölçeği doldurmaları istenmiştir. Araştırmanın veri toplama aracı olarak; babaların tanıtıcı özelliklerini içeren "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve babaların doğum öncesi bebeğe bağlanma düzeylerini belirleyen "Rahim İçi Baba Bağlanma Ölçeği (RİBBÖ)" kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada RİBBÖ toplam puan ortalaması $62,22 \pm 10,66$ (min=34, max=87) olup, katılımcıların %52,5'i 29-39 yaş aralığında, %38,4'ü lise mezunu ve %60,0'ünün gelir durumunun kötü seviyede olduğu belirlenmiştir. RİBBÖ puan ortalaması ile eğitim durumu, evlilik süresi, gelir durumu, bu gebeliğin kaçınıcı çocuğu olduğu, toplamda kaç çocuk istediği ve gebeliğin riskli olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p > ,05$). Ayrıca çalışmada babaların %66,5'inin daha önce bebek bakımı ile ilgili bilgi aldığı, %82,5'inin bebeklerini kaybetme korkusu yaşadığı ve %52,5'inin eşlerinin doğuma katılmak istemediklerini ifade ettikleri saptanmıştır. Ayrıca bu araştırmada, babaların 308'inin (%66,5) daha önce bebek bakımı hakkında bilgi aldığı, 312'sinin (%67,4) daha önce bebek bakımı deneyimi olduğu, 228'inin (%49,2) bebeğin bakımından en çok annenin sorumlu olduğunu söylediği, 219'u (%47,13) ailesinin verdiği desteği yeterli bulduğunu, 326'sının (%70,4) evliliğin anlamının kendisi için mutluluk olduğunu, 382'sinin (%82,5) bebeğini kaybetme korkusu yaşadığını, 243'ünün (%52,5) doğuma katılmak istemediğini, 255 (%55,1) gebe okullarına gitmek istemediğini, 235 (%50,8) bebek büyüdüğünde kendisine benzemesini istediğini ve 209 (%45,1) bebeğinin olmasının sosyal ilişkilerini olumlu etkilediğini ifade ettikleri bulunmuştur. RİBBÖ puan ortalaması ile daha önce bebek bakımı ile ilgili bilgi alma durumu, daha önce bebek bakımı ile ilgili deneyim yaşama durumu, bebeğin bakımında çoğunlukla kimin sorumlu olduğu, ailesi tarafından verilen desteği yeterli bulma durumu, evliliğin neyi ifade ettiği, eşinin doğumuna katılmayı isteme durumu, gebe okullarına katılmayı isteme durumu, bebeğin sosyal ilişkilerini etkileme durumu arasında istatistiksel olarak fark bulunurken ($p < 0,05$); bebeğini kaybetme korkusu yaşama durumu ve bebeğin kime benzemesini istedikleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > ,05$).

Sonuç: Araştırmanın sonucunda babaların doğum öncesi fetüse bağlanma düzeylerinin orta düzeyde olduğu; genç olan, eğitim seviyesi ve gelir düzeyi yüksek olan, evlilik süresi daha az olan, daha az çocuğu olan, gebeliği isteyen, eşinin gebeliği riskli olmayan babalarda bağlanma düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca daha önce bebek bakımı ile ilgili bilgi almanın, bebe bakımından sorumlu olmanın, bebek bakımı tecrübesi yaşamanın, aile desteğinin olmasının, doğuma ve gebe okullarına katılmak istemenin, eş ile olan ilişkiden memnuniyetin babanın doğum öncesi fetüse bağlanmasını etkileyen önemli faktörler olduğu belirlenmiştir. Gebelik döneminden itibaren erkekleri babalığa hazırlamak için uygun ebelik/hemşirelik girişimlerinde bulunmak önemlidir. Baba-bebek bağının kökleri bebek doğmadan önceye kadar gitmektedir. Gebelikten önce başlayan bu bağ, trimesterler geçtikçe daha da gelişir, doğumla birlikte güçlenir ve doğumdan sonra katlanarak devam eder. Baba-bebek bağlanması çocukların zihinsel, gelişimsel ve davranışsal gelişimlerinde ve ileriki yaşam başarılarında hassas bir yere sahiptir. Bu yüzden gebelik süresince anne ve babaya bebeğinde olan değişimler anlatılmalı bu süreçte aktif olarak babaya baba-bebek bağlanması olabilmeleri için yer verilmelidir. Özellikle ilk bebeklerini bekleyen anne ve baba adayları özgüvenleri ve bebek bakımı konusundaki bilgilerinin artırılması amacıyla doğum öncesi hazırlık sınıflarına yönlendirilebilir. Hastane politikalarının değerlendirilip gebelik döneminden başlanarak babaların sürece dahil olması için düzenlemeler yapılabilir.

The Impact of General Health Status of the Mothers on Healthy Lifestyle Behaviors in the First Year Postpartum

Doğum Sonrası Birinci Yılda Annelerin Genel Sağlık Durumunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi

Merve İÇÖZ¹
Meral KILIÇ²

¹Sakarya Üniversitesi, Ebelik Anabilim Dalı, Sakarya, Türkiye

²Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye



ABSTRACT

Objective: This study was conducted to examine the effect of mothers' general health status in the first year postpartum on healthy lifestyle behaviors.

Methods: The study was conducted in a descriptive type. The research was carried out with 350 mothers, who presented to the Sakarya Akyazı Family Health Center No. 3 between May 2019 and June 2019, met the inclusion criteria, and volunteered to participate in the study. The "Personal Information Form," "Healthy Lifestyle Behaviors Scale," and "General Health Questionnaire-12" were used for data collection.

Results: In the present study, the total mean Health-Promoting Lifestyle Profile scores of mothers were 123.89 ± 21.99 . In the postpartum period, the General Health Questionnaire scores were detected to decrease as the "Health Responsibility," "Physical Activity," "Nutrition," "Spiritual Development," "Interpersonal Relationships," "Stress Management," and "Healthy Lifestyle Behaviors" scores increased. In the current study, the General Health Questionnaire mean score was determined to be 3.57 ± 3.09 . The general health status of mothers in the postpartum period can be said to affect the Healthy Lifestyle Behaviors Scale and its subscales. It is recommended that midwives present attempts aiming to help mothers practice health-promoting behaviors in the postpartum period and that they carry out studies on the subject.

Conclusion: The general health status of mothers in the postpartum period can be said to affect the Healthy Lifestyle Behaviors Scale and its subscales. It is recommended that midwives present attempts aiming to help mothers practice health-promoting behaviors in the postpartum period and that they carry out studies on the subject.

Keywords: General health status, healthy lifestyle, midwifery, postpartum

ÖZ

Amaç: Bu araştırma doğum sonrası birinci yılda annelerin genel sağlık durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntemler: Araştırma tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Araştırma Sakarya Akyazı 3 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde Mayıs 2019-Haziran 2019 tarihleri arasında başvuran araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 350 anne ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu," "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeği" ve "Genel Sağlık Anketi 12"(GSA) ölçekleri kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda annelerin SYBDÖ toplam puan ortalaması $123,89 \pm 21,99$ olduğu belirlenmiştir. Doğum sonrası dönemde kadınlarda "Sağlık Sorumluluğu," "Fiziksel Aktivite," "Beslenme," "Manevi Gelişim," "Kişilerarası İlişkiler," "Stres Yönetimi" boyutları ve "SYBD" puanları arttıkça GSA puanlarının azalmakta olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda GSA puan ortalamasının $3,57 \pm 3,09$ olduğu belirlenmiştir. Doğum sonrası annelerde genel sağlık durumunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve alt boyutlarını etkilediği söylenebilir. Ebelerin doğum sonrası annelere sağlığı teşvik edici davranış uygulamalarına yardımcı olmayı amaçlayan girişimleri sunması ve konu ile ilgili çalışmalar yapması önerilir.

Received/Geliş Tarihi: 01.12.2022

Accepted/Kabul Tarihi: 11.04.2023

Publication Date/Yayın Tarihi: 31.05.2023

Corresponding Author/Sorumlu Yazar:
Merve İÇÖZ
E-mail: ebeMerVeyldz@hotmail.com

Cite this article as: İçöz, M., & Kılıç, M. (2023). The impact of general health status of the mothers on healthy lifestyle behaviors in the first year postpartum. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 6(3), 159-169.



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

Sonuç: Doğum sonrası annelere genel sağlık durumunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve alt boyutlarını etkilediği söylenebilir. Ebelerin doğum sonrası annelere sağlığı teşvik edici davranış uygulamalarına yardımcı olmayı amaçlayan girişimleri sunması ve konu ile ilgili çalışmalar yapması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Doğum sonu dönem, ebelik, genel sağlık, sağlıklı yaşam

Introduction

Women go through different periods such as childhood, adolescence, adulthood, and old age and experience some physical, mental, and social changes (Bilgiç & Can Gürkan, 2021). Among these life cycles, pregnancy, childbirth, and postpartum period are the periods with the highest risk of mortality and morbidity (Ünal et al., 2023). A healthy postpartum period is important for minimizing maternal and infant mortality rates. For this reason, healthy lifestyle behaviors are of great importance in ensuring that the postpartum period is free of problems in terms of maternal and child health and in preventing health problems that may occur (Öztaş & Sohbet, 2023).

A healthy lifestyle is defined as controlling all behaviors that may affect health and regulating appropriate behaviors for individuals in daily activities (Süt & Seçil, 2020). Healthy lifestyle behaviors can be listed as taking responsibility for health behaviors, balanced diet, adequate and regular exercise, not smoking, health responsibility, taking hygienic measures, establishing positive interpersonal relationships and stress management (Gözüyeşil et al., 2019). Mental well-being positively affects a healthy lifestyle. Studies have shown that individuals with healthy lifestyle behaviors reduce the rate of experiencing psychological problems such as anxiety and depression and increase protection from chronic diseases such as diabetes, heart diseases, and hypertension (Gökbulut & Bal, 2021). Healthy lifestyle behavior is of great importance in the protection and development of health in all life periods of women. One of these important periods is the postpartum period. The postpartum period, which begins soon after birth, represents a period of significant physical and emotional change with enormous responsibilities, challenges, and expectations (Lim et al., 2019). In the postpartum period, new arrangements are necessary for the woman to adapt to the baby's care routine and gradually return to physiological and metabolic conditions (Faria-Schützer et al., 2018). It is easier for mothers to adapt to changes and new regulations with healthy lifestyle behaviors. In this process, mothers need diet and physical activity to reach the ideal weight they want and healthy nutrition during the breastfeeding process, which is important for the development of the baby (Süt & Seçil, 2020). Increasing postnatal physical activity, healthy nutrition has a positive effect on mothers and their newborn babies in the postpartum period. It is also generally well known that physical activity makes a significant contribution to both the physical and mental well-being of mothers in the postpartum period (Apostolopoulos et al., 2021). In contrast, physical inactivity contributes to chronic stress and poor mental health. Postpartum mothers may delay performing physical activity while trying to spend most of their time providing adequate care for their babies, carrying out household chores, caring for other children, and fulfilling the role of spouse. This can increase the risk of exposing other disruptive disorders such as anxiety (Baattaiah et al., 2022). During lactation, mothers often complain of fatigue and shortened sleep time due to childcare.

Physical activity during lactation can improve sleep quality, increase maternal vitality, and reduce maternal fatigue (Cabrera-Dominguez et al., 2022).

Postpartum is a stressful time for mothers. They must adapt to their new family situation, social identity, and role expectations as a mother (Asselmann et al., 2020). Social support during this period plays a positive role in maintaining the general health status of mothers. The social support received increases the adaptation to the role of motherhood, facilitates baby care, reduces the stress level, and facilitates relations with family members (Ertekin Pınar & Polat, 2019).

Leahy and colleagues, with professional support (e.g., midwives), found that informal support from family and friends was an important determinant of maternal mental health at 6 weeks postpartum (Inekwe & Lee, 2022). Social support is important in terms of protecting the physical and mental health of the mother and increasing the sense of trust in the role of mother (Ertekin Pınar & Polat, 2019). Zhang and Jin stated that support from family, friends, and others affects postpartum depression (Mercan & Tari Selçuk, 2021; Zhang & Jin, 2016).

Health education is the educational practices carried out with the aim of adopting and implementing measures aimed at healthy living, accustoming them to use health services and convincing people, reaching common decisions, and directing them to action in order to improve their environment.

Health education is the whole of interactions that encourage people to have a healthy lifestyle and takes place at every stage of health services. One of the duties of health professionals is to raise awareness of the society through health education and to teach healthy lifestyle behaviors.

Midwives are a significant resource in influencing mothers in the postpartum period (Ayyıldız & Ulupınar, 2019; Hacivelioglu & Demirci, 2022).

It is expected not only to be curative and caring but also to take an active role in the protection and maintenance of health. Midwifery interventions aimed at helping women practice health-promoting behaviors in the postpartum period can be important.

Few studies have revealed the healthy lifestyle behaviors of women in the postpartum period. Therefore, this study aimed to determine the effect of general health status on healthy lifestyle behaviors in the first year postpartum.

Methods

Type and Location of the Study

This is a cross-sectional study. The study was carried out between May 2019 and June 2019 at the Sakarya Akyazı Family Health Center No. 3. Eight family practice units serve in Akyazı Family Health Center No. 3. This family health center was selected since the number of registered mothers within the borders of Sakarya

Akyazı is high and there are mothers from different socio-economic levels.

Population and Sample of the Study

The population of the study consists of 20,000 women registered at the Sakarya Akyazı Family Health Center No. 3. The study sample consists of 350 mothers, who applied to the Sakarya Akyazı Family Health Center No. 3 between May 2019 and June 2019, who agreed to participate in the study, and who were selected by calculating the number of required samples.

As a result of the calculations, 376 people were included in the sample. However, due to the unhealthy data provided by 26 people, the study was carried out by reducing the sample number to 350.

$$N = \frac{N * t^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + t^2 * p * q} = \frac{20000 * (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}{(0.05)^2 * (20000 - 1) + (1.96)^2 * (0.5) * (0.5)}$$

where,

N: Number of individuals in the mass (20,000),

n: Number of samples,

p = Frequency of the event's occurrence (0.5),

q = Frequency of the event's non-occurrence (0.5),

d = Deviation that is wanted to be made according to the frequency of the event's occurrence (0.05), and

t = Theoretical value found in the *t* table at a certain degree of freedom and the determined error level (1.96).

Sample Selection Criteria

- Those who gave birth within one year
- Those without mental disabilities
- Illiterate
- Those who are not pregnant within one year of giving birth
- Have a healthy one-year old child

Data Collection Tools

The "Personal Information Form," "Healthy Lifestyle Behaviors Scale (HLBS)," and "General Health Questionnaire-12 (GHQ)" were used as data collection tools.

The Personal Information Form consists of 12 questions related to the sociodemographic characteristics of women. In this form, sociodemographic characteristics such as age, educational status, employment status, and social security and obstetric features such as the number of pregnancies and births are included.

The first version of the HLBS was developed by Walker et al. in 1987 (Bahar et al., 2008). It was revised by Walker et al. in 1996, and the revised version was called the Healthy Lifestyle Scale-II. There are 52 items and 6 dimensions on the scale. These are health responsibility, physical activity, nutrition, spiritual development, interpersonal relationships, and stress management. Scale rating is in a 4-point Likert type as follows: "never" (1), "sometimes" (2), "often" (3), and "regularly" (4). The lowest score that can be obtained from the scale is 52 and the highest score is 208 (Bahar et al., 2008). The validity and reliability study of the Turkish version of the scale was conducted by Esin in 1997 (Esin, 1997). Validity and reliability studies for Turkish people were performed by Bahar et al. in 2008 (Bahar et al., 2008). Cronbach's alpha coefficient was found to be 0.92. In the present study, Cronbach's alpha coefficient is also 0.92.

General Health Questionnaire-12

The GHQ, which was developed by Goldberg in the 1970s, is a method used to measure the risk of the development of psychiatric disorders. These are for measuring the person's inability to perform normal functions, the emergence of distress, and the well-being of a person (Goldberg, 1988; Montazeri et al., 2003). The full GHQ format is a 60-item test with a 4-point scale for each answer. The test is carried out in several alternative formats: GHQ-30 (30 items), GHQ-28 (28 items), and GHQ-12 (12 items) (Goldberg, 1988; Montazeri et al., 2003). Each item was rated on a 4-point scale (less than normal, not more than normal, more than normal, and much more than normal). In this study, as a popular scoring method, the bimodal scoring method was used. The highest score obtained from the scale is 12 and the lowest score is 0. In Turkey, the validity and reliability study of the Turkish version was carried out by Kılıç. Its validity and reliability studies demonstrated that sensitivity was 0.74 and specificity was 0.84 (Kılıç, 1996). In this study, Cronbach's alpha value was also found to be 0.82.

Data Collection

The institutional and ethics committee permission was obtained in order to carry out the study at the Sakarya Akyazı Family Health Center No. 3. In line with the obtained permissions, the data were obtained from mothers by the mutual interview method. The verbal informed consent of mothers was obtained by making explanations to them before the study. The participants were assured that the obtained data would be kept confidential. The collection of the data took approximately 25 minutes.

Evaluation of the Data

In the data analysis, 11 different statistical analyses were used, and these analyses were performed on the computer using the Statistical Package for the Social Sciences 22.00 (IBM SPSS Corp., Armonk, NY, USA) statistical software. These analyses were frequency, percentage, Pearson moment-product correlation analysis, linear regression analysis, Durbin-Watson test, *t*-test, one-way variance analysis, Dunnett's T3 post hoc test, LSD post hoc test, Kruskal-Wallis *H*-test, and Cronbach's alpha analysis.

Ethical Dimension of the Study

Before starting the study, written permission was obtained from the Ethics Committee of Erzurum Atatürk University, Faculty of Health Sciences (September 25, 2018 No: 04/1) and the institution where the study would be conducted. Mothers were informed about the study's objectives, and their verbal consent was obtained before the implementation of the interviews. Mothers were assured that the information they gave would be kept confidential and that they could withdraw from the study whenever they wanted.

Results

Of the mothers, 30% were 18–24 years old, 34.9% were 25–30 years old, 16.6% were 30–34 years old, and 18.6% were 35–44 years old. Of the mothers, 25.1% were primary school graduates, 54.3% were secondary school–high school graduates, and 20.6% were university graduates. Of them, 12.3% were employed and 87.7% were unemployed. While 87.1% of the mothers had social security, 12.9% did not have social security. The economic status of 20% of the mothers was good, the economic status of 70.9% was medium, and the economic status of 9.1% was poor (Table 1).

In Table 2, it is observed that the GHQ-12 mean score is 3.57 ± 3.09 , "Health Responsibility" subscale mean score is 20.73 ± 4.77 , "Physical Activity" subscale mean score is 12.27 ± 4.76 , "Nutrition"

Table 1.
Distribution of the Descriptive Characteristics of Mothers (n = 350)

		n	%
Age	18–24 years	105	30.0
	25–30 years	122	34.9
	31–34 years	58	16.6
	35–44 years	65	18.5
Educational status	Primary school	88	25.1
	Secondary-high school	190	54.3
	Faculty-college	72	20.6
Employment status	Employed	43	12.3
	Unemployed	307	87.7
Social Security	Available	305	87.1
	Not available	45	12.9
Economic status	Good (income is more than expenses)	70	20.0
	Medium (income–expense balance)	248	70.9
	Poor (income is less than expenses)	32	9.1
Body mass index	Underweight below 18.5	21	6.0
	Normal 18.5–24.9	125	35.7
	Overweight 25–30	139	39.7
	Obese above 30	65	18.6
Mode of delivery	Normal birth	154	44.0
	Cesarean section	196	56.0
Breastfeeding status	Breastfeeds	283	80.9
	Does not breastfeed	67	19.1
Parity	Primiparous	144	41.1
	Multiparous	206	58.9
Number of pregnancies	First pregnancy	126	36.0
	Second pregnancy	97	27.7
	Third pregnancy	72	20.6
	Fourth and above pregnancy	55	15.7
Number of births	One birth	144	41.1
	Two births	106	30.3
	Three births	76	21.7
	Four births and above	24	6.9
Number of living children	1–2 children	252	72.0
	3–4 children	98	28.0

subscale mean score is 20.71 ± 4.69 , “Spiritual Development” subscale mean score is 25.77 ± 4.74 , “Interpersonal Relations” subscale mean score is 26.11 ± 4.60 , “Stress Management” subscale mean score is 17.13 ± 4.268 , and the HLBS-II mean score is 123.89 ± 21.99 .

It was found that there was a significant negative relationship between the GHQ and the “Health Responsibility,” “Physical Activity,” “Nutrition,” “Spiritual Development,” “Interpersonal Relationships,” and “Stress Management” subscales and HLBS ($p < .05$) (Table 3).

In Table 4, the “Health Responsibility,” “Physical Activity,” “Nutrition,” “Spiritual Development,” “Interpersonal Relationships,” and “Stress Management” variables are observed to have a significant relationship with the GHQ ($R = .488$, $R^2 = .239$, $p < .05$). The fact

Table 2.
Total Mean Scores of the Healthy Lifestyle Behaviors Scale II Scale and Its Subscales and the General Health Questionnaire 12 Scale

	Minimum	Maximum	Arithmetic Mean	SD
Healthy Lifestyle Behaviors	52.00	208.00	123.89	21.99
Health Responsibility	9.00	36.00	20.73	4.77
Physical Activity	8.00	32.00	12.27	4.76
Nutrition	9.00	36.00	20.71	4.69
Spiritual Development	9.00	36.00	25.77	4.74
Interpersonal Relationships	9.00	36.00	26.11	4.60
Stress Management	8.00	32.00	17.13	4.26
General Health Questionnaire 12	00	12.00	3.57	3.09

Table 3.
Correlation Values Between the General Health Questionnaire 12 Versus Healthy Lifestyle Behaviors Scale II Scores

		General Health Questionnaire II
Health Responsibility	r	-.139**
	p	.009
Physical Activity	r	-.327**
	p	.000
Nutrition	r	-.368**
	p	.000
Spiritual Development	r	-.293**
	p	.000
Interpersonal Relationships	r	-.159**
	p	.003
Stress Management	r	-.379**
	p	.000
Healthy Lifestyle Behaviors	r	-.343**
	p	.000

Table 4.
Results of Linear Regression Analysis for the Prediction of the GHQ 12 Scores by the HLB II Subscale Scores

HLBS II Subscales	B	Standard Error	Beta	t	p
Constant	8.908	.912		9.767	.000
Health Responsibility	.189	.046	.292	4.111	.000
Physical Activity	-.087	.043	-.133	-2.002	.046
Nutrition	-.161	.042	-.244	-3.800	.000
Spiritual Development	-.133	.052	-.204	-2.555	.011
Interpersonal Relationships	.076	.050	.112	1.505	.133
Stress Management	-.199	.053	-.274	-3.721	.000
R = .488	R ² = .239				
F _(6, 343) = 17.912, p = .000					
Note: HLBS, Healthy Lifestyle Behaviors Scale.					

that the “Health Responsibility,” “Physical Activity,” “Nutrition,” “Spiritual Development,” “Interpersonal Relationships,” and “Stress Management” variables had a significant effect on General Health was determined by examining the *t*-test results regarding the significance of regression coefficients.

According to the mothers’ descriptive characteristics, values in terms of the “GHQ-12” total scores, “Health Responsibility,” “Physical Activity,” “Nutrition,” “Spiritual Development,” “Interpersonal Relationships,” and “Stress Management” subscales and HLBS-II total scores are presented in Table 5.

According to the educational levels of the mothers, the differences between them in terms of the “General Health Questionnaire,” “Health Responsibility,” “Physical Activity,” “Nutrition,” “Spiritual Development,” and “Interpersonal Relationships” subscales and HLBS scores were found to be statistically significant ($p < .05$) (Table 5).

According to the employment status of the mothers, the *t*-values related to the difference between the “General Health Questionnaire,” “Health Responsibility,” “Physical Activity,” “Nutrition,” “Spiritual Development,” and “Stress Management” subscales and HLBS total mean scores were significant ($p < .05$).

While the “General Health Questionnaire” mean scores of unemployed mothers are observed to be higher compared to employed mothers, the “Health Responsibility,” “Physical Activity,” “Nutrition,” “Spiritual Development,” “Stress Management,” and HLBS mean scores of employed mothers are observed to be higher compared to unemployed mothers (Table 5).

According to the social security of the mothers, the *t*-values related to the difference between the “Health Responsibility,” “Nutrition,” “Spiritual Development,” “Interpersonal Relationships,” and HLBS scores were found to be significant ($p < .05$) (Table 5).

According to the economic level of the mothers, the values related to the difference between them in terms of the “Health Responsibility” and “Interpersonal Relationships” subscales and HLBS scores were found to be statistically significant ($p < .05$).

According to the breastfeeding status of the mothers, the *t*-value related to the difference between the “GHQ” scores was determined to be significant ($p < .05$) (Table 5). The “GHQ” mean scores of mothers who are not breastfeeding are observed to be higher compared to breastfeeding mothers.

According to the number of births, the Kruskal wallis test (KW) values related to the difference between the “Physical Activity” and “Stress Management” subscale scores were found to be important ($p < .05$).

According to the number of living children of the mothers, the *t*-values related to the difference between the “Health Responsibility,” “Physical Activity,” and “Stress Management” subscales and HLBS and GHQ scores were found to be important ($p < .05$) (Table 5).

Discussion

The mother’s exhibiting healthy lifestyle behaviors means “healthy mom, healthy baby.” In this study, mothers total HLBS mean score was 123.89 ± 21.99 . Considering that the highest score of the scale is 208, it can be said that the total mean score of the mothers is at a medium level. When the distribution of the

HLBS subscale mean scores of the mothers was examined within the scope of the study, the highest mean score was determined at the interpersonal relationships dimension, the second highest mean score at the spiritual development dimension, and the lowest mean score was determined at the physical activity dimension (Table 2). Considering that the highest score of the scale is 208, it can be said that the total mean score of the mothers is at a medium level.

When the distribution of the HLBS subscale mean scores of mothers was examined in the study carried out by Hajimiri, spiritual development was determined as the dimension with the highest score and physical activity as the dimension with the lowest score (Hajimiri et al., 2018). In another study, it was determined that physical activity was the lowest mean score in mothers in the postpartum period (Süt & Seçil, 2020). In the study of Ünal et al., (2023) physical activity and stress management in the postpartum period were found to be the lowest average score.

In the present study, the high score of interpersonal relationships may be due to cultural characteristics. Turkish women, especially those during pregnancy or the postpartum period, enjoy sincere relationships with relatives more and receive help and support from their environment, particularly from their mothers.

Given the benefits of physical activity in postpartum women, including reducing bone density loss, decreasing depression symptoms, assisting with weight loss and maintenance, and improving fitness, literatures encourage physical activity during this period (Wolpern et al., 2021). In this study, considering that physical activity takes the last place in postpartum women and physical activity causes positive changes in health, it is clear that an applicable exercise program should be developed for women. Midwifery attempts that promote healthy lifestyle behaviors, especially physical activity, should be planned for women in the postpartum period.

In this study, the GHQ-12 scores were determined to decrease as the HLBS subscales and HLBS total mean scores increased (Table 3). The study by Hajimiri et al. (2018) determined that the general health of women in the postpartum period was negatively correlated with the HLBS and positively correlated with social support. In the study of Gökbulut and Bal (2021), the awareness of being healthy increases as the individual’s mental well-being increases. They have proven in their studies that this awareness has increased in areas such as change, socialization, responsibility and nutrition. (Gökbulut & Bal, 2021). In another study, it was found that those who exercise regularly have higher psychological well-being than those who do not (Başar & Sarı, 2018).

The variables of the HLBS subscales were determined to be effective over the General Health Questionnaire. Mental health symptoms such as depression, anxiety, and stress have profound effects on their own well-being and the health and development of their children. An Australian study found that mothers had higher mental health symptoms 4–5 years postpartum (Bryson et al., 2021). In a study investigating the effect of physical activity on depression in the postpartum period, women who exercised at medium and high levels were determined to have a higher quality of life than those who exercised at low levels in terms of physical role, general health, social function, and mental health. Those who exercised at a high level were found to have a higher quality of life in terms of a mental role than those who exercised at a low and moderate level (Okay, 2018).

Table 5. Differences in the Total Scores of GHQ-12 and HLBS and its Subdimensions According to the Descriptive Characteristics of the Mothers

	General Health Questionnaire	Health Responsibility	Physical Activity	Nutrition	Spiritual Development	Interpersonal Relationships	Stress Management	Healthy Lifestyle Behavior
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Age	18-24 years	3.72 ± 3.087	21.08 ± 4.849	13.21 ± 5.670	20.89 ± 5.071	25.70 ± 4.822	17.98 ± 4.754	126.16 ± 25.390
	25-30 years	3.55 ± 3.067	20.90 ± 5.247	12.09 ± 4.409	20.93 ± 4.405	25.96 ± 4.568	16.79 ± 4.021	123.93 ± 20.202
	30-34 years	2.95 ± 2.837	20.10 ± 4.021	11.69 ± 3.719	20.76 ± 4.289	25.95 ± 4.904	16.69 ± 3.555	122.59 ± 19.501
	35-44 years	3.91 ± 3.348	20.42 ± 4.337	11.62 ± 4.499	19.97 ± 4.950	25.37 ± 4.843	16.80 ± 4.313	121.32 ± 21.527
	Test ANOVA	F = 1.129	F = 6.662	F = 2.135	F = 6.776	F = 2.254	F = 2.017	F = 7.735
		p = .337	p = 5.76	p = 0.96	p = 5.67	p = 8.58	p = 1.11	p = 5.32
Educational status	Primary school	4.10 ± 3.014	19.64 ± 3.845	10.95 ± 3.901	19.49 ± 4.500	24.92 ± 4.686	16.56 ± 3.918	118.53 ± 19.188
	Secondary-high school	3.72 ± 3.248	20.57 ± 4.935	12.04 ± 4.741	20.49 ± 4.630	25.61 ± 4.900	17.14 ± 4.415	122.76 ± 22.168
	Faculty-college	2.51 ± 2.501	22.50 ± 4.925	14.50 ± 5.077	22.76 ± 4.483	27.22 ± 4.050	17.82 ± 4.184	133.43 ± 22.076
	Test ANOVA	F = 5.889	F = 7.654	F = 12.203	F = 10.635	F = 5.019	F = 3.137	F = 1.749
		p = .003	p = .001	p = .000	p = .000	p = .007	p = .175	p = .000
		1-2>3	3>1-2	3>1-2	3>1-2	3>1-2	-	3>1-2
Employment status	Employed	2.26 ± 2.863	22.26 ± 5.741	15.91 ± 6.051	22.47 ± 5.252	27.28 ± 5.470	18.72 ± 5.030	133.95 ± 28.170
	Unemployed	3.75 ± 3.083	20.52 ± 4.591	11.76 ± 4.330	20.46 ± 4.564	25.56 ± 4.596	16.91 ± 4.098	122.49 ± 20.654
	t test	t = -3.006	t = 1.902	t = 4.339	t = 2.643	t = 2.245	t = 2.636	t = 2.574
		p = .003	p = .063	p = .000	p = .009	p = .025	p = .009	p = .013
Social security	Available	3.59 ± 3.127	21.01 ± 4.801	12.38 ± 4.878	20.90 ± 4.735	26.08 ± 4.565	17.24 ± 4.238	125.33 ± 21.646
	Not available	3.44 ± 2.881	18.87 ± 4.159	11.56 ± 3.882	19.40 ± 4.213	23.67 ± 5.372	16.38 ± 4.360	114.16 ± 22.102
	t test	t = .288	t = 2.836	t = 1.278	t = 2.013	t = 3.231	t = 1.273	t = 3.224
		p = .773	p = .005	p = .206	p = .045	p = .001	p = .204	p = .001
Parity	Primiparous	3.30 ± 3.011	20.76 ± 4.899	12.68 ± 4.697	21.13 ± 4.581	25.92 ± 4.838	17.33 ± 4.223	125.31 ± 23.164
	Multiparous	3.76 ± 3.142	20.71 ± 4.693	11.99 ± 4.802	20.41 ± 4.757	25.67 ± 4.675	16.99 ± 4.286	122.90 ± 21.139
	t test	t = -1.367	t = .106	t = 1.345	t = 1.413	t = .488	t = .741	t = 1.009
		p = .172	p = .915	p = .180	p = .158	p = .626	p = .459	p = .314
Number of pregnancies	First pregnancy	3.27 ± 3.045	20.66 ± 4.938	12.64 ± 4.695	21.21 ± 4.764	25.77 ± 4.888	17.38 ± 4.287	124.99 ± 23.589
	Second	3.58 ± 2.996	21.24 ± 5.632	12.59 ± 5.182	20.56 ± 4.785	25.93 ± 5.048	17.32 ± 4.217	124.71 ± 22.946
	Third	3.56 ± 3.016	20.43 ± 4.225	12.06 ± 4.855	20.25 ± 4.503	25.26 ± 4.269	16.83 ± 4.169	121.26 ± 20.858
	4th and above	4.25 ± 3.428	20.40 ± 3.183	11.15 ± 3.889	20.44 ± 4.630	26.15 ± 4.466	16.62 ± 4.420	123.38 ± 17.802
	test ANOVA	F = 1.298	F = .555	F = 1.477	F = .796	F = .423	F = .589	F = .500
		p = .275	p = .645	p = .221	p = .497	p = .737	p = .622	p = .682

(Continued)

Table 5. Differences in the Total Scores of GHQ-12 and HLBS and its Subdimensions According to the Descriptive Characteristics of the Mothers (Continued)

	General Health Questionnaire	Health Responsibility	Physical Activity	Nutrition	Spiritual Development	Interpersonal Relationships	Stress Management	Healthy Lifestyle Behavior
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Number of births	One birth	3.35 ± 3.046	12.69 ± 4.689	21.12 ± 4.593	25.89 ± 4.849	26.31 ± 4.813	17.29 ± 4.216	125.26 ± 23.201
	Two births	3.56 ± 3.015	12.69 ± 5.179	20.71 ± 5.056	26.18 ± 4.818	26.04 ± 4.692	17.79 ± 4.309	125.60 ± 22.782
	Three births	3.57 ± 3.026	11.42 ± 4.470	20.25 ± 4.135	25.00 ± 4.233	25.63 ± 4.273	16.4 ± 4.012	120.00 ± 19.145
	Four births and above	4.96 ± 3.712	10.58 ± 3.586	19.71 ± 5.262	25.67 ± 5.206	26.67 ± 3.875	16.38 ± 4.614	120.50 ± 18.486
Test	KW=4.575	KW=2.806	KW=10.290	KW=4.351	KW=5.044	KW=1.684	KW=10.102	KW=5.804
KW H	p=.206	p=.422	p=.016	p=.226	p=.169	p=.640	p=.018	p=.122
Dunnett's T3								
Post Hoc								
Difference	-	-	1-2>4	-	-	-	2>3	-
Number of living children	1-2 children	3.46 ± 3.035	12.77 ± 4.895	21.01 ± 4.775	26.03 ± 4.833	26.21 ± 4.775	17.54 ± 4.254	125.69 ± 22.998
	3-4 children	3.86 ± 3.233	10.99 ± 4.168	19.94 ± 4.404	25.09 ± 4.435	25.83 ± 4.109	16.08 ± 4.103	119.28 ± 18.491
	t test	t=-1.089	t=3.411	t=1.921	t=1.671	t=.708	t=2.907	t=2.714
	p	p=.277	p=.001	p=.056	p=.096	p=.479	p=.004	p=.007
Economic status	Good	3.56 ± 2.976	12.63 ± 5.614	21.30 ± 5.232	26.34 ± 5.269	27.11 ± 5.168	17.64 ± 4.825	127.36 ± 26.315
	Medium	3.51 ± 3.118	12.18 ± 4.560	20.75 ± 4.553	25.80 ± 4.448	26.17 ± 4.287	17.08 ± 4.089	124.02 ± 20.115
	Poor	4.03 ± 3.198	12.22 ± 4.405	19.09 ± 4.276	24.28 ± 5.496	23.38 ± 4.675	16.44 ± 4.235	115.38 ± 24.060
	Test	F=.399	F=.246	F=2.482	F=2.110	F=7.642	F=.950	F=3.315
ANOVA	p=.672	p=.782	p=.085	p=.123	p=.001	p=.388	p=.037	
Fark	-	1-2>3	-	-	1-2>3	-	1-2>3	
Body mass index	Underweight	4.19 ± 2.822	19.29 ± 3.258	18.86 ± 4.304	25.57 ± 3.529	25.62 ± 4.225	15.33 ± 2.869	116.71 ± 15.301
	Normal	3.25 ± 3.220	21.03 ± 5.431	12.71 ± 5.273	20.91 ± 4.654	25.70 ± 4.806	17.51 ± 4.562	125.14 ± 24.202
	Overweight	3.53 ± 2.915	20.84 ± 4.699	12.55 ± 4.654	20.86 ± 4.951	25.78 ± 4.975	17.19 ± 4.384	124.47 ± 22.573
	Obese	4.06 ± 3.269	20.38 ± 3.884	11.32 ± 4.016	20.60 ± 4.264	25.94 ± 4.507	16.85 ± 3.615	122.60 ± 17.576
test	KW=5.363	KW=2.464	KW=6.960	KW=3.477	KW=.448	KW=4.324	KW=2.600	
KW	p=.147	p=.482	p=.073	p=.324	p=.930	p=.228	p=.457	
H test								
Mode of delivery	Normal birth	3.36 ± 3.016	20.88 ± 4.626	12.19 ± 4.765	20.72 ± 4.326	26.00 ± 4.607	17.49 ± 4.127	124.64 ± 20.124
	Cesarean section	3.73 ± 3.149	20.61 ± 4.892	12.33 ± 4.776	20.70 ± 4.972	25.59 ± 4.841	16.85 ± 4.347	123.31 ± 23.394
	t test	t=-1.134	t=.527	t=-.266	t=.043	t=.810	t=1.387	t=.559
	p	p=.257	p=.599	p=.790	p=.966	p=.419	p=.166	p=.577
Breastfeeding status	Yes	3.32 ± 2.975	20.86 ± 4.892	12.34 ± 4.823	20.95 ± 4.747	25.76 ± 4.849	17.28 ± 4.332	124.38 ± 22.495
	No	4.63 ± 3.370	20.18 ± 4.217	12.00 ± 4.536	19.69 ± 4.339	2.82 ± 4.267	16.51 ± 3.894	121.85 ± 19.766
	t test	t=-3.155	t=1.054	t=.518	t=1.991	t=-1.100	t=1.336	t=.845
	p	p=.002	p=.293	p=.605	p=.047	p=.920	p=.183	p=.398

As a result of the advanced analysis concerning the educational status of women in the postpartum period, the HLBS scores of mothers who graduated from faculty-college were determined to be higher compared to mothers who graduated from primary, secondary, and high school. In a study, it was found that female workers who are high school and university graduates have higher scores on healthy lifestyle behaviors than those with primary education and less education (Öztoprak & Ege, 2021). In another study, it was determined that as the level of education increased, there was a positive increase in the subdimension of interpersonal relations and health responsibility (Değerli & Yiğit, 2020).

Employed mothers' HLBS and subdimension mean scores are observed to be higher in comparison with unemployed mothers (Table 5). In a study of adults in China, those with low income or education levels were found to have a lower tendency toward healthy lifestyle behaviors (Zhang et al., 2021). The employment status is closely related to the socioeconomic and educational level. Mothers' working offers an opportunity to improve their economic level, and besides doing healthcare practices more, it can provide additional opportunities to get rid of stress, broaden social support opportunities, and maintain mental health.

According to the economic level of the mothers, there was a difference between their HLBS mean scores. Mothers with good and medium economic status were determined to have higher health responsibility and interpersonal relationships subscales and HLBS scores compared to mothers with poor economic status. In a study conducted to determine the healthy lifestyle behaviors of seasonal agricultural workers, the HLBS score was determined by the work experience of workers working for 5 years or more. The average was higher (Göçer et al., 2020). It can be said that mothers with good economic status are more likely to engage in health behaviors such as consulting a dietitian for proper nutrition, going to sports centers for physical activity.

In this study, the GHQ-12 mean score was determined to be 3.57 ± 3.09 . In a study of 1260 women of reproductive age in India, mental health was found to be lower in the postpartum period (Kar & Samantaray, 2022). In another study, the overall prevalence of postnatal psychological distress (GHQ-12 score ≥ 4) among young women was 21.9% (Khanna et al., 2021).

As a result of the advanced analysis performed according to the educational status of women in the postpartum period, mothers who were faculty-college graduates were determined to have higher GHQ scores than mothers who were primary, secondary, and high school graduates. In his study, Wesselhoeft et al. found that mothers with low education levels were prone to significant depressive symptoms (Wesselhoeft et al., 2020).

Unemployed mothers are observed to have higher general health mean scores than employed mothers. Najafi et al. (2020) reported a slightly higher incidence of mental health problems among socioeconomically disadvantaged adults in Iran. Since unemployed mothers can represent the group that has financial difficulties, poor mental health should be aimed to be prevented.

In this study, mothers who do not breastfeed have higher GHQ mean scores than breastfeeding mothers. Breastfeeding provides many health benefits for the mother and child. Breast milk is the best food for a newborn baby; it contains all the nutrients they need for healthy growth and development (Mikšić et al., 2020). The poor mental health of the mother in the postpartum period causes the baby to not be fed well and the physical health of the

baby and the mother to deteriorate. It can be said that most of the mothers have a lot of anxiety about breastfeeding, and they have negative ideas about whether their milk is sufficient or not (Çalışkanyürek et al., 2022). In the study by Islam et al., the depression level (8.6%) was found to be the lowest in mothers who were only breastfeeding (Islam et al., 2021).

Study Limitations

Not including mothers who were mentally disabled, illiterate, or pregnant and mothers who had a health problem in the study and collection of the study data from one institution are the limitations of the study.

Conclusion and Recommendations

In this study, the subdimensions of healthy lifestyle behaviors were found to affect the general health status of mothers. Healthy lifestyle behaviors have an important place in maximizing the mental health of mothers. Promoting physical activity and weight loss is important in the postpartum period to alleviate the depressive symptoms of mothers and improve their quality of life. Encouraging mothers to engage in physical activity can be considered as a motivating factor in mother education programs in the antenatal and postnatal period. Increasing postpartum physical activity, reaching the appropriate diet program for the physical health of the mother and the baby, the trainings given by the midwives, and the social support provided by the environment to the mother increase the positive health behaviors and mental vitality of the mothers.

It is important for midwives to guide mothers to maintain this period in a healthy way and to develop healthy behaviors. In this period, it is important to plan guidance services such as returning to the desired weight, stress management, breastfeeding and proper nutrition for physical health, and planning of physical exercise. It is recommended that mothers be counseled about how to adapt to new behaviors and how to manage the process correctly.

It is recommended that more studies be conducted on the factors affecting the general health status of mothers' healthy lifestyle behaviors in the postpartum period.

Ethics Committee Approval: Ethics committee approval was received for this study from the ethics committee of Atatürk University (Date: September 25, 2018, Number: 04/1).

Informed Consent: Verbal informed consent was obtained from all participants participating in this study

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept – M.İ., M.K.; Design – M.İ., M.K.; Supervision – M.İ., M.K.; Resources – M.İ., M.K.; Data Collection and/or Processing – M.İ.; Analysis and/or Interpretation – M.İ., M.K.; Literature Search – M.İ., M.K.; Writing Manuscript – M.İ., M.K.; Critical Review – M.İ., M.K.

Declaration of Interests: The authors declare that they have no competing interest.

Funding: The authors declared that this study has received no financial support.

Etik Komite Onayı: Bu çalışma için etik komite onayı Atatürk Üniversitesi'nden (Tarih: 25 Eylül 2018, Sayı: 04/1) alınmıştır.

Hasta Onamı: Çalışmaya katılan kadınlardan sözlü onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir – M.İ., M.K.; Tasarım – M.İ., M.K.; Veri Toplanması ve/veya İşlenmesi – M.İ. Analiz ve/veya Yorum – M.İ., M.K.; Literatür Taraması – M.İ., M.K.; Yazıyı Yazan – M.İ., M.K.; Eleştirel İnceleme – M.Kİ, M.K

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

References

- Apostolopoulos, M., Hnatiuk, J. A., Maple, J. L., Olander, E. K., Brennan, L., van der Pligt, P., & Teychenne, M. (2021). Influences on physical activity and screen time amongst postpartum women with heightened depressive symptoms: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 376. [CrossRef]
- Asselmann, E., Kunas, S. L., Wittchen, H. U., & Martini, J. (2020). Maternal personality, social support, and changes in depressive, anxiety, and stress symptoms during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *PLoS One*, 15(8), e0237609. [CrossRef]
- Ayyıldız, N., & Ulupınar, S. (2019). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin engelli bireylere yönelik sağlık eğitimi etkinlikleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 48–58. [CrossRef]
- Baattaiah, B. A., Zedan, H. S., Almasaudi, A. S., Alashmali, S., & Aldhahi, M. I. (2022). Physical activity patterns among women during the postpartum period: An insight into the potential impact of perceived fatigue. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 678. [CrossRef]
- Bahar, Z., Beser, A., Gordes, N., Ersin, F., & Kissal, A. (2008). The validity and reliability study of Healthy Lifestyle Behavior Scale II. *Journal of Cumhuriyet University Health of School of Nursing*, 12(1), 1–13. <http://eskiyergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/1723.pdf>
- Başar, S., & Sarı, İ. (2018). Düzenli egzersizin depresyon, mutluluk ve psikolojik iyi oluş üzerine etkisi. *İnönü Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi (İÜBESBD)*, 5(3), 25–34.
- Bilgiç, G., & Can Gurkan, O. (2021). Kadın sağlığında mindfulness (bilinçli farkındalık) ve kullanım alanları. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(14), 363–375. [CrossRef]
- Bryson, H., Perlen, S., Price, A., Mensah, F., Gold, L., Dakin, P., & Goldfeld, S. (2021). Patterns of maternal depression, anxiety, and stress symptoms from pregnancy to 5 years postpartum in an Australian cohort experiencing adversity. *Archives of Women's Mental Health*, 24(6), 987–997. [CrossRef]
- Cabrera-Domínguez, G., de la Calle, M., Herranz Carrillo, G., Ruvira, S., Rodríguez-Rodríguez, P., Arribas, S. M., & Ramiro-Cortijo, D. (2022). Women during lactation reduce their physical activity and sleep duration compared to pregnancy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11199. [CrossRef]
- Çalışkanyürek, S. S. A., Yıldırım, D. İ., & İnanlı, İ. (2022). 18–49 yaş arası lousaların ruhsal durumlarının emzirme tutumuna etkisi. *Selçuk Tıp Dergisi*, 38(1), 30–39. [CrossRef]
- Değerli, H., & Yiğit, A. (2020). Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyinin belirlenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 11(27), 573–586.
- Ertekin Pınar, Ş., & Polat, Ş. (2019). Postpartum dönemde algılanan sosyal desteğin posttravmatik stres ve anne bebek bağlılığı ile ilişkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 448–456. [CrossRef]
- Esin Özabacı, M. N. (1997). *Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi* (Tez No: 58877). [Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı]. Yüksek Öğretim Kurulu Tez Merkezi.
- Faria-Schützer, D. B., Surita, F. G., Rodrigues, L., & Turato, E. R. (2018). Eating behaviors in postpartum: A qualitative study of women with obesity. *Nutrients*, 10(7), 885. [CrossRef]
- Göçer, Ş., Mazicioğlu, M. M., Ulutabanca, R. Ö., Ünal, D., Karaduman, M., & Şahin Tarhan, K. Ş. (2020). Assessment of healthy lifestyle behaviors in traveling seasonal agricultural workers. *Public Health*, 180, 149–153. [CrossRef]
- Gökbulut, N., & Bal, Z. (2021). Mental iyi oluşluğun sağlıklı yaşam farkındalığıyla ilişkisi [The relationship of mental well-being with healthy living awareness]. *Anatolian Journal of Health Research*, 2(2), 51–56. [CrossRef]
- Goldberg, D. P. (1988). *User's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor. <https://ci.nii.ac.jp/naid/10016919943/>
- Gözüyeşil, E., Taş, F., & Ariöz Düzgün, A. (2019). 15–49 yaş arası kadınlarda meme kanseri endişesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. *Cukurova Medical Journal*, 44(4), 1215–1225. [CrossRef]
- Haciveliöğlu, D., & Demirci, H. (2022). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebelerin kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik sağlık eğitimi etkinlikleri. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 32(2), 49–60.
- Hajimiri, K., Shakibazadeh, E., Haeri Mehrizi, A. A. H., Shab-Bidar, S., & Sadeghi, R. (2018). The role of perceived barrier in the postpartum women's health promoting lifestyle: A partial mediator between self-efficacy and health promoting lifestyle. *Journal of Education and Health Promotion*, 7, 38. [CrossRef]
- Hajimiri, K., Shakibazadeh, E., Mehrizi, A. A. H., Shabbidar, S., & Sadeghi, R. (2018). The impact of general health and social support on health promoting lifestyle in the first year postpartum: The structural equation modelling. *Electronic Physician*, 10(1), 6231–6239. [CrossRef]
- Inekwe, J. N., & Lee, E. (2022). Perceived social support on postpartum mental health: An instrumental variable analysis. *PLoS One*, 17(5), e0265941. [CrossRef]
- Islam, M. J., Broidy, L., Baird, K., Rahman, M., & Zobair, K. M. (2021). Early exclusive breastfeeding cessation and postpartum depression: Assessing the mediating and moderating role of maternal stress and social support. *PLoS One*, 16(5), e0251419. [CrossRef]
- Kar, S., & Samantaray, P. (2022). Mental health status of women in reproductive age group and its determinants in rural Odisha, India using GHQ 12 questionnaire. *F1000Research*, 11(1445). [CrossRef]
- Khanna, T., Garg, P., Akhtar, F., & Mehra, S. (2021). Association between gender disadvantage factors and postnatal psychological distress among young women: A community-based study in rural India. *Global Public Health*, 16(7), 1068–1078. [CrossRef]
- Kiliç, C. (1996). Genel sağlık anketi: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(1), 3–9. <https://app.trdizin.gov.tr/makale/TkRFMk1EWTI/genel-saglik-anketi-guvenilirlik-ve-gecerlilik-calismasi>
- Lim, S., Tan, A., Madden, S., & Hill, B. (2019). Health professionals' and postpartum women's perspectives on digital health interventions for lifestyle management in the postpartum period: A systematic review of qualitative studies. *Frontiers in Endocrinology*, 10, 767. [CrossRef]
- Mercan, Y., & Tari Selcuk, K. (2021). Association between postpartum depression level, social support level and breastfeeding attitude and breastfeeding self-efficacy in early postpartum women. *PLoS One*, 16(4), e0249538. [CrossRef]
- Mikšić, Š., Uglešić, B., Jakab, J., Holik, D., Milostić, A., & Degmečić, D. (2020). Positive effect of breastfeeding on child development, anxiety, and postpartum depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2725. [CrossRef]
- Montazeri, A., Harirchi, A. M., Shariati, M., Garmaroudi, G., Ebadi, M., & Fateh, A. (2003). The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): Translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 66. [CrossRef]
- Najafi, F., Pasdar, Y., Matin, B. M., Rezaei, S., Karyani, A. K., Soltani, S., Soofi, M., et al. (2020). Decomposing socioeconomic inequality in poor mental health among Iranian adult population: Results from the Persian cohort study. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1–11. [CrossRef]
- Okyay, E. K. (2018). *Doğum Sonu dönemde fiziksel aktivite düzeyinin yaşam dalitesi ve depresyon düzeyine etkisi* (Tez No: 486956). [Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı]. Yüksek Öğretim Kurulu Tez Merkezi.
- Öztaş, H. G., & Sohbet, R. (2023). Lousaların doğum sonu dönemdeki sağlıklıla ilgili davranışlarının ve öz bakım gücü düzeylerinin incelenmesi. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*, 8(1), 97–105. [CrossRef]
- Süt, H. K., & Seçil, H. Ü. R. (2020). Üreme çağında, gebe ve postpartum dönemde olan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 5(2), 243–256. [CrossRef]
- Ünal, E., Ağralı, C., & Gözüyeşil, E. (2023). Farklı yaşam dönemlerindeki kadınların sosyal görünüş kaygısı ve sağlıklı yaşam biçimi

- davranışlarının değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 16(1), 91–103. [\[CrossRef\]](#)
- Wesselhoeft, R., Madsen, F. K., Lichtenstein, M. B., Sibbersen, C., Manongi, R., Mushi, D. L., Nguyen, H. T. T., Van, T. N., Kyhl, H., Bilenberg, N., Meyrowitsch, D. W., Gammeltoft, T. M., & Rasch, V. (2020). Postnatal depressive symptoms display marked similarities across continents. *Journal of Affective Disorders*, 261, 58–66. [\[CrossRef\]](#)
- Wolpern, A. E., Bardsley, T. R., Brusseau, T. A., Byun, W., Egger, M. J., Nygaard, I. E., Wu, J., & Shaw, J. M. (2021). Physical activity in the early postpartum period in primiparous women. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 24(11), 1149–1154. [\[CrossRef\]](#)
- Zhang, X., Lu, J., Wu, C., Cui, J., Wu, Y., Hu, A., Li, J., & Li, X. (2021). Healthy lifestyle behaviours and all-cause and cardiovascular mortality among 0.9 million Chinese adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18(1), 162. [\[CrossRef\]](#)
- Zhang, Y., & Jin, S. (2016). The impact of social support on postpartum depression: The mediator role of self-efficacy. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 720–726. [\[CrossRef\]](#)

Genişletilmiş Özet

Doğum sonrası dönem, annelerin yaşamlarında kritik bir geçiş dönemidir. Doğumdan sonra başlayıp, ve 1 ile 3 yıl arasında süren bu dönem çeşitli fizyolojik, psikososyal ve duygusal değişiklikler görülmektedir. Bu dönem anneler ve yenidoğan için mortalite ve morbidite açısından risklidir. Annelerin yeni sürece adapte olması ve değişimlerle baş edebilmesi için sağlıklı yaşam biçimi davranışları önem kazanmaktadır. Anne ve bebek ölüm oranlarının azaltılması, meydana gelebilecek sağlık problemleri ile baş edebilmek için sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemek önemlidir. Annelerin sağlıklı olması bebeklerin sağlığını da etkilediği için sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde durulması gereken konulardan biridir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlık davranışlarının sorumluluğunu alma, dengeli beslenme, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu, hijyenik önlemler alma, kişiler arası olumlu ilişkiler kurma ve stres yönetimi şeklinde sıralanabilir.

Anneler doğum sonrası dönemdeki sorumluluklar, zorluklar ve beklentiler ile fiziksel ve duygusal değişime girerler. Bu değişimler sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile kolaylaşmaktadır. Annenin mental iyi oluşluğu sağlıklı yaşam biçimi davranışları da etkilemektedir. Yeni bir duruma uyum ile birlikte çok sayıda sorumluluk, yalnızca annenin sağlık davranışlarını etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda yaşam kalitesini ve fiziksel ve zihinsel esenliğini de tehdit edebilir. Ayrıca annenin genel sağlık durumunu farklı boyutlarıyla ele alan araştırmalarda doğum sonu dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların önemli nedenleri arasında sosyal destek yetersizliği, eşler arasında uyumsuzluk ve stresli yaşam şartları gösterilmektedir. Doğum sonrası dönemde aldıkları kiloları vermek isteyen annelerin fiziksel aktiviteye ihtiyacı vardır. Emzirme sürecinde bebeğin gelişimi için de doğru beslenmeye gereksinim duyarlar. Doğum sonrası dönemdeki sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından biri olan fiziksel aktivite annelerin hem fiziksel hem de zihinsel sağlığına önemli katkıda bulunmaktadır. Bu çalışma doğum sonrası birinci yılda annelerin genel sağlık durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.






Bu araştırma kesitsel tipte bir araştırma olup Mayıs-Haziran 2019 tarihleri arasında Sakarya Akyazı 3 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Araştırma evrenini Sakarya Akyazı 3 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 20.000 kadın oluştururken örneklemini, Mayıs 2019-Haziran 2019 tarihleri arasında başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden, örneklem hesabı kullanılarak seçilen 350 anne oluşturmuştur. Hesaplamalar sonucunda örnekleme 376 kişi dahil edilmiştir. Fakat 26 kişinin vermiş olduğu verilerin sağlıksız olması sonucunda örneklem 350 kişiye düşürülerek çalışma yapılmıştır. Verilerin toplanmasında 'Kişisel Bilgi Formu', 'Genel Sağlık Anketi G12' ve 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' kullanılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve Aile Sağlığı Merkezi'nden izin alınmıştır. Çalışma sırasında katılımcılardan sözlü onamları alınmıştır. Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında Statistical Package of Social Sciences 22.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu anlamak amacıyla Skewness-Kurtosis analizleri yapılmıştır.

Araştırmada annelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalaması 123.89 ± 21.99 dir. Alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde sağlık sorumluluğu 20.73 ± 4.77 , fiziksel aktivite 12.27 ± 4.76 , beslenme 20.71 ± 4.69 , manevi gelişim 25.77 ± 4.74 , kişilerarası ilişkiler 26.11 ± 4.60 olduğu, stres yönetimi 17.13 ± 4.26 bulunmuştur. Ölçeğin en yüksek puanı 208 olduğu göz önüne alındığında, annelerin toplam puan ortalamasının orta seviyede olduğunu göstermektedir. Araştırma kapsamında annelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde en yüksek kişilerarası ilişkiler ikinci sırada manevi gelişim en düşük puan ortalamasında fiziksel aktivite olarak tespit edilmiştir. Araştırmada Genel Sağlık Anketi 12 puan ortalamasının 3.57 ± 3.09 olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgularına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları alt boyutları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları toplam puan ortalamaları arttıkça Genel Sağlık Anketi 12 puanlarının azalmakta olduğu bulunmuştur. Doğum sonrası dönemde anneler genel sağlık durumlarını iyi olarak algılasalar bile fiziksel sağlık sorunları oldukça yaygındır. İlk kez anne olanlar ve işe geri dönmek zorunda olanlar, zaman veya aktiviteler üzerindeki kısıtlamalarla karşı karşıya kaldıklarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemek zorlaşmaktadır. Genel stres hissi, kişiler arası ilişkilerin yeniden düzenlenmesindeki güçlükler ve sağlığı teşvik edici davranışlarda bulunamama, annelerin genel sağlık düzeyinde bir düşüşe neden olmaktadır.. Annedeki depresif belirtiler annenin yeni rollerini etkin bir biçimde yerine getirmesini ya da daha sonraki yaşamında sağlığını etkileyebilecek sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarını imkansız hale getirmektedir.

Doğum sonrası dönemde kadınların sağlığını geliştirmeye yönelik müdahaleler, yaşamın ilerleyen dönemlerinde riskli davranışların birikmesinin sonuçlarını değiştirebilir ve kişisel sağlığı ve refahı artırabilir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılması, bireylerin bilgi, düşünce ve değer yargılarının değiştirilmesi ile mümkündür. Annelerin bu dönemle ilgili değişimlerle ilgili baş etmede sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirerek yaşam kalitesini arttırmada kullanılacak etkili yöntemlerden biri de teşvik ve motive edici görüşmelerdir. Bu nedenle annelere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının genel sağlık durumunu nasıl etkilediği, risk faktörleri ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi önemlidir. Doğum sonrası dönemde meydana gelen değişikliklerle baş edebilmesi, yeni rol ve sorumluluklara adapte olabilmesi annenin tek başına sorumluluğunda olmadığı anlaşılması gerekir. Bu süreçte anneye sosyal destekte bulunması gereken eş, aile üyeleri ve çevresine de gerekli eğitimlerin verilmesi önem taşımaktadır. Doğum sonrası annelerin sağlığı teşvik edici davranışları edinebileceği destek hizmetlerine ve sağlık hizmetlerine erişimi sağlanması gereklidir.

Vücutun Kilit Anahtarı: Enerji Alanı ve Duygusal Terapiler

Body's Lock Key: Energy Field and Emotional Freedom Technique

Zeynep KARAMAN ÖZLÜ¹
Gülistan UYMAZ ARAS²
İbrahim ÖZLÜ³
Ayşegül YAYLA⁴
Tülay KILINÇ⁴

¹Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Anesteziyoloji Klinik Araştırma ve Uygulama Ofisi, Erzurum, Türkiye

²Ardahan Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Ardahan, Türkiye

³Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

⁴Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

ÖZ

Tüm yaşamın evrensel bir yaşam enerjisi tarafından sürdürüldüğüne dair temel bir varsayım vardır. Vücuttaki her molekül ve her moleküler etkileşim, karakteristik bir enerji spektrumu yaymaktadır. Bu moleküllerin oluşturduğu etkileşim ve meydana gelen enerji spektrumu bir enerji alanı oluşturmaktadır. Oluşturulan enerji aura olarak adlandırılmakta ve çakra adı verilen yapılarla ilişkilendirilmektedir. Her çakra farklı frekansta enerjinin giriş kapısı olup; fiziksel, duygusal ve zihinsel enerjilerin senkronize bir şekilde çalışmasını sağlamaktadır. Çakralardaki uyumsuzluklar insan vücudunu düzgün çalışamaz hale getirebilmekte ve bir dizi sorunlara yol açabilmektedir. Bu nedenle auranın, fiziksel, zihinsel ve duygusal sistemlerin normal işleyişi için negatif enerjilerden arındırılması gerektiği düşünülmektedir. Bireyi rahatsız eden duyu anlarında, enerji akışını bozan ve çakralarda tıkanıklık yaratan durumları ortadan kaldırmak amacıyla kullanılan duygusal özgürleşme tekniğinin bireyin enerji akışını dengeye koyduğu ve oluşan rahatsızlıkları ortadan kaldırdığı belirtilmektedir. Bir psikoterapi çeşidi olan "Duygusal Özgürleşme Tekniği" genel anksiyete, fobiler, post travmatik stres bozukluğu, korkular ve endişenin yarattığı rahatsızlıkları ortadan kaldırmakta ve hedeflenen her türlü sorunun iyileştirilmesini kapsamaktadır. Bu derlemede bireyin oluşturduğu enerji alanı ve sistemin normal işleyişini sürdürmek amacıyla yapılan duygusal özgürleşme tekniğinin enerji alanı üzerindeki etkileri sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Tamamlayıcı terapiler, duygusal özgürleşme tekniği, enerji alanı, bütüncü tıp

ABSTRACT

There is a basic assumption that all life is sustained by universal life energy. Every molecule and every molecular interaction in the body emits a characteristic energy spectrum. The interaction of these molecules and the resulting energy spectrum form an energy field. The energy created is called aura and is associated with structures called chakras. Each chakra is the entrance gate of energy at different frequencies. It enables physical, emotional, and mental energies to work in a synchronized way. Incompatibility in the chakras can make the human body unable to function properly and cause a number of problems. For this reason, it is thought that the aura must be cleared of negative energies for the normal functioning of the physical, mental, and emotional systems. It is stated that the emotional freedom technique, which is used to eliminate the situations that disrupt the energy flow and create blockage in the chakras in the moments of emotion that disturbs the individual, puts the energy flow of the individual in balance, and eliminates the discomforts. The "emotional freedom technique," a type of psychotherapy, eliminates general anxiety, phobias, post-traumatic stress disorder, fears and disorders caused by anxiety and covers the improvement of all kinds of targeted problems. In this review, the energy field created by the individual and the effects of the emotional liberation technique applied to maintain the normal functioning of the system on the energy field are presented.

Keywords: Complementary therapies, emotional freedom technique, energy field, integrative medicine

Geliş Tarihi/Received: 01.07.2022

Kabul Tarihi/Accepted: 11.04.2023

Yayın Tarihi/Publication Date: 11.05.2023

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Zeynep KARAMAN ÖZLÜ
E-mail: zynp_krmnzl@hotmail.com

Cite this article as: Karaman Özlü, Z., Uymaz Aras, G., Özlü, İ., Yayla, A., & Kiliç, T. (2023). Body's lock key: Energy field and emotional freedom technique. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 6(3), 170-175.



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

Giriş

Dünya maddeden ve sürekli hareket halinde olan akıcı bir enerjiden oluşmuştur. Enerji kelimesi Grekçe kökenli olup, Grekçe'de energia "hareketli kuvvet" anlamını taşımaktadır. Fizikte enerji terimi, iş yapma

ve direncin üstesinden gelme kapasitesini ifade eder. Enerji kendisini madde olarak değil, hareketlerle gösteren bir kuvvet olarak tanımlamaktadır. Madde ve enerji temelde birbirleriyle ilişkilidir, ancak kuvvet alanları ifade edilen enerjiye ve taşınan bilgiye göre değişir (Movaffaghi & Farsi, 2009). Bilgiyi etkili işleme, insan etkilerini tanıma, yorumlama, simüle etme ve işleme yeteneği nedeniyle psikoloji ve bilişsel alanda önemli bir unsur olarak ele alınmaktadır (Chhabra ve ark., 2021). Tamamlayıcı ve alternatif tıp sağlık hizmetlerinde giderek daha popüler hale gelmektedir. Alternatif tıbbın bir alanı olan duygusal özgürleşme tekniği iyileşmeyi ve esenliği artırmak için bireylerin 'enerji alanını' manipüle etme iddiasındadır (Movaffaghi & Farsi, 2009). Bu terapiler aura olarak bahsedilen enerji alanını üzerinde toksinleri veya kötü enerjiyi uzaklaştırmakta ve böylece bireyin şifa bulmasını sağladığı belirtilmektedir. Yapılan araştırmalarda bu uygulamaların dokunma ve ses terapisine odaklandığı, solunum, düşük kan basıncı ve bilişsel sağlık sorunlarını iyileştirirken aynı zamanda stres ve kas gerginliğini azalttığı belirtilmektedir (Guarneri & King, 2015). Bu derlemede enerji alanının etkileri ve enerji alanına yönelik uygulanan meditatif tedavilerden duygusal özgürleşme tekniği literatür eşliğinde açıklanmıştır.

Enerji Alanı

Tüm yaşamın evrensel bir yaşam enerjisi tarafından sürdürüldüğüne dair temel bir varsayım vardır. Kuantum teorisyenleri, tüm gerçekliğin farklı frekanslarda titreşen enerji alanlarından oluştuğunu öne sürmüşlerdir (Shields ve ark., 2017). Enerji alanı metabolik faaliyetler sonucu oluşan ısının ve dokulardaki iyon hareketlerinden oluşan, dokunarak veya dokunmadan bir kişiden başka bir kişiye aktarılabilen enerji olarak tanımlanmaktadır (Koşalay, 2014). Disiplinler arasında bir ilgi olgusu olarak bireyin enerji alanı 20. ve 21. yüzyıllarda artan bir ilgi görmüştür. Hemşirelik disiplini ile ilk kez hemşire teorisyen Martha Rogers tarafından tanımlanan enerji alanı, "canlı ve cansızların temel birimi" olarak tanımlanmıştır (Shields ve ark., 2017). İnsan organizması, moleküllerden oluşan bir fiziksel yapıdır. Vücuttaki her molekül ve her molekül etkileşim, karakteristik bir enerji spektrumu yayar. Bu spektrumlar hareket eden parçacıkların temsili ya da başka bir deyişle parmak izidir (Movaffaghi & Farsi, 2017; Shields ve ark., 2017). Bu moleküllerin oluşturduğu etkileşim ve meydana gelen enerji spektrumu bir enerji alanı oluşturur. Bireyin enerji alanı kavramı, eski zamanlardan beri temel bir felsefe olmuştur (Shields ve ark., 2017). İnsan enerji alanının görselleştirilmesine ilişkin ilk çalışma, Semyon Kirlian tarafından yapılmıştır. Daha sonralarda, Dr. Korotkov, Kirlian tekniğini önemli



Şekil 1.

İnsan Beyninden Yayılan Alfa Dalgaları. Kaynak: Koşalay (2014).

anlamda geliştirip çok daha ileriye taşıyarak, insan bedeninin çevresinde olan enerji alanının daha anlaşılır ve uygulanabilir olarak görüntülenebilmesini, "gaz boşalım görselleştirme" adını verdiği yöntemi bularak başarmıştır. Enerji alanının bu yöntemlerle görülür hale gelmesinin, biyoalan temelli terapilerin kabulünü ve uygulamalarının artışı beraberinde getirdiği söylenebilir (Koşalay, 2014). Vücuttaki enerji ve varlıklar ile ilgili bilimsel çalışmaların sayısı sınırlı olmakla birlikte, yapılan çalışmalarda insan beyninin çeşitli frekanslarda elektromanyetik dalga yaydığı tespit edilmiştir. Vücuttaki protonların, elektronların ve iyonların hareketi veya dönmesi nedeniyle vücut çevresinde elektromanyetik alanlar meydana geldiği belirtilmektedir (Chhabra ve ark., 2021). İnsan beyninin gözler kapalı iken, hayal kurarken ve meditasyon yaparken oluşturduğu enerjiye alfa dalgaları denilmiş ve 7-12 Hz frekans arasında değiştiği belirtilmiştir (Koşalay, 2014) (Şekil 1).

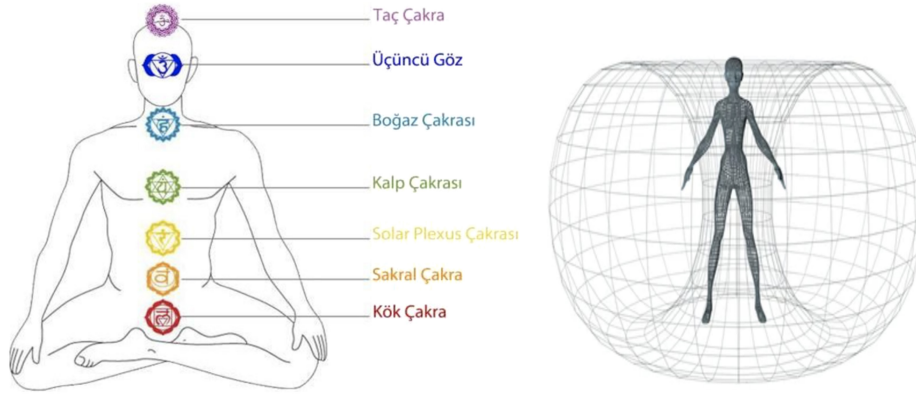
İnsanın çevresinde bulunan ve aura olarak adlandırılan enerji, sinir ağı aracılığıyla elektrostatik enerji bilgi alışverişinin neden olduğu biyolojik (nöral) ve enerji (meridyen) yollarıyla ilişkili elektriksel darbeler nedeniyle vücudun dışındaki elektromanyetik alanın aktarımıdır. Aura enerji sistemi, gökkuşağındaki renk bandına benzer yedi renge, yani VIBGYOR'a sahiptir ve her renk yedi çakra ile ilişkilidir. Aura rengi, bireyin pozitif ve negatif enerjilerine bağlıdır (Priyal & Ramkumar, 2016). Müzik terapi ile bireylerde enerji alanının gösterildiği bir çalışmada bireylere müzik terapi yapılmış ve terapiden önce kırmızı alanların (olumsuz duyguların) daha çok olduğu, terapiden sonra ise yeşil alanların (olumlu duyguların) daha çok olduğu belirtilmiştir. Enerji alanı ile ilgili yapılan çalışmada verilen terapilerle bireyin farklı duygu hallerinde farklı enerji alanı yaydığı görülmektedir (Chhabra ve ark., 2021) (Şekil 2).

Vücutta bireyin enerji alanını dengeleyen ve vücutta biyolojik dengeyi sağlayan çakralar bireyin enerji akışını desteklemek amacıyla birbirine bağlı olarak çalışır. Çakralar, genellikle enerjilerin alınması ve iletilmesi için odak noktası olarak adlandırılan tekerlek benzeri girdaplar olup, enerji alanından yaşam enerjisini tüm vücuda dağıtan merkezlerdir. Çakranın geniş ağızları olan vücuda yaklaştıkça daralan uzun ince hunilere benzeyen yapıları olduğu



Şekil 2.

Müzik Terapi ile Enerji Alanlarının Tespiti. Kaynak: Chhabra ve ark (2021).



Şekil 3.

İnsan Vücudunda Çakraların Yeri. Kaynak: <https://www.uplifers.com/cakralar-renk-aromaterapi-ve-yoga-pozlari-ile-aktivasyon/>, <https://www.shutterstock.com/tr/search/biofield>.

belirtilmektedir (Midilli, 2015; Sağıkal ve ark., 2013). Çakranın hedefi; fiziksel, duygusal, zihinsel enerjilerin senkronize bir şekilde çalışmasını sağlamak için gerekli enerjiyi emmek ve bu enerjileri ihtiyaç duyulan bölgelere iletmektir. Her çakra, farklı frekanstaki bir enerjinin giriş kapısıdır. Bu kapılar insan vücudunda yaşam enerjisini dolaştırır ve enerji akışını dengeler. Yaşam enerjisi insan yaşamında beden, akıl ve ruhtan geçen, yaşamın materyali ve spiritüel maddesi olarak kabul edilir. İnsan bu yaşam enerjisini doğada bulunan hava, güneş, toprak gibi maddelerden almaktadır. Yaşam enerjisi çakra adı verilen kapılar yoluyla vücutta dolaşım sağlar (Midilli, 2015). Omurganın alt ucundan başın üzerine kadar yedi ana çakranın var olduğu bilinmektedir (Şekil 3). Her çakra vücudun çeşitli fonksiyonlarını kontrol eden hormonal sistemdeki bir salgı beziyle ve omurga sistemi ile bağlantılıdır. İnsan vücudundaki her organın zihinsel ve spiritüel seviyede bir eş değeri olduğu gibi her çakra da insan davranışının ve gelişiminin özel bir yönüne işaret eder. Çakralarda tıkanıklık ya da kapanma olduğunda buldukları bölgeyi etkilemektedirler (Sağıkal ve ark., 2013). Çakra sistemi uyum içindeyse, auranın daha geniş olacağı ve kişi üzerinde hoş etkileri olacağı belirtilmektedir. Çakralardaki uyumsuzluklar insan vücudunu düzgün çalışamaz hale getirebilmekte ve bir dizi sorunlara yol açabilmektedir. Bu nedenle auranın, fiziksel, zihinsel ve duygusal sistemlerin normal işleyişi için negatif enerjilerden arındırılması gerektiği düşünülmektedir. Aura'nın sağlığını ve çakraları dengelemek için düzenli yoga, reiki, terapötik dokunma, meditasyon, pranik şifa, klasik ses terapisi ve duygusal özgürleştirme tekniği gibi terapilerin uygulanması bireyin sağlıklı ruhunu ve kişiliğini geliştireceği belirtilmektedir (Priyal & Ramkumar, 2016).

Çakra (Kök Çakra)

Koksiks üzerinde yer alan bu çakranın ana noktası ihtiyaçlardır. Böbrek üstü bezlerini ve beden sıvılarının kimyasal yapısını kontrol eder. Bu çakranın kapanması halinde konstipasyon, siyatik sinir ağrısı, hemoroid gibi sorunlar oluşmaktadır (Bhetiwal, 2017; Marathe ve ark., 2020).

Çakra (Sakral Çakra)

Göbeğin 3–5 cm aşağısında, dalaktan sola doğru uzanmış bir şekilde bulunmaktadır. Üreme organları, böbrekler, mesane, kan, sindirim asitleri ve benzeri vücut sıvıları, prostat bezi, pelvis, overler ve bağırsakları etkiler. Çakranın tıkanıklığı halinde bireyde cinsiyet problemleri, cinsel kimlik sorunları, özgüven eksikliği, bedenini sevmeme ve üreme organlarında rahatsızlıklar meydana gelmektedir (Bhetiwal, 2017; Marathe ve ark., 2020).

Çakra (Solar Pleksus-Güneş Sinir Ağı Merkezi)

Göbek ve göğüs kafesi arasındaki alanı kapsayan bu çakranın, diğer tüm çakralardan daha fazla organı etkilediği ve beynin sol tarafıyla bağlantılı olduğu bilinmektedir. Bu çakra kişisel gücün merkezidir. Bu çakrada meydana gelen tıkanıklıkta organlara ait hastalıklar, sinirlilik, diyabet ve bağımlılık ortaya çıkmaktadır (Bhetiwal, 2017; Marathe ve ark., 2020).

Çakra (Kalp Çakrası)

Göğüslerin ortasında yer alan çakradır. Merhametin, sevginin, insanlığın ve ilişkilerin merkezidir. Bağışıklık sistemi, solunum sistemi, dolaşım sistemi bu çakranın kontrolü altındadır. Bu çakrada ki tıkanıklıklar akciğer kanseri, fibroblastlar, kalp ve bağışıklık sistemi ile ilgili hastalıklara neden olmaktadır (Bhetiwal, 2017; Marathe ve ark., 2020).

Çakra (Boğaz Çakrası)

İfade, iletişim ve isteklerin enerji merkezidir. Metabolizmayı kontrol eden tiroit bezi burada yer almaktadır. Ağız, dişler ve paratiroid bezlerinin kontrolü de bu çakra tarafından yapılmaktadır. Çakrada tıkanıklık olduğunda tiroid sorunları, kulak enfeksiyonları, üst solunum yolu rahatsızlıkları meydana gelmektedir (Bhetiwal, 2017; Marathe ve ark., 2020).

Çakra (Alın Çakrası-Üçüncü Göz)

Alın üzerinde olup soyut olan durumları anlayabilme, bilgi üretebilme ve bilgiyi işleyebilme yeteneği vermektedir. Hipofiz bezinin yer aldığı bu bölge ruhsal güçlerin ve yüksek sezginin merkezidir. Çakrada tıkanıklık meydana geldiğinde unutkanlık, güç gösterileriyle başkalarını etkileme gibi davranışlar, algı bozuklukları, baş ağrıları ortaya çıkmaktadır (Bhetiwal, 2017; Marathe ve ark., 2020).

Çakra (Taç-Tepe Çakra)

Başın üst kısmında bulunan, spiritual ilişkilerin merkezi olan bu çakra, iskelet yapısını ve sinir sistemini dengede tutmakla birlikte serotonin ve melatonin hormonları üzerine etki etmektedir. Bu bölgede gelişen tıkanıklık uykusuzluk ve depresyon gibi sorunlara yol açmaktadır (Bhetiwal, 2017; Marathe ve ark., 2020).

Vücuttaki fiziksel konumunu belirlemek zor olsa da herkes insan vücudundaki enerjinin ve bu enerjinin meydana getirdiği enerji alanının var olduğuna inanır. Çakra kavramı ise bireyin meydana getirdiği enerji alanı ile doğrudan ilişkilidir. Çünkü enerji ağının zihnimizi, bedenimizi ve duygularımızı birbirine bağlaması çakralar aracılığıyla gerçekleşmektedir. Çakralar, hayatımızı yöneten birbirine bağlı yedi enerji merkezi gibidir. Alttaki üç çakra, hayatta

kalmamız ve yaşamın fiziksel, duygusal ve entelektüel yönleri üzerinde hareket ederken, yüksek çakralar zekamız ve sezgi gücümüz üzerinde hareket eder. Her çakra benzersizdir ve çeşitli fiziksel ve duygusal işlevlerden sorumludur. Çakralardan biri bloke olduğunda, diğer çakralar bunu telafi etmeye başlar ve bunlar ya aşırı aktif ya da az aktif hale gelir. Bloke çakraların bazı genel belirtileri, konsantrasyon güçlüğü, uyku sorunları, çaresizlik hissi, kendini ifade edememe, motivasyon eksikliği ve hedeflere ulaşamamadır. Bu nedenle, bireyler tüm çakralarını dengeli ve kök çakradan başlayarak, her seferinde bir çakra olmak üzere tepeye kadar çakraları çalıştırmalıdır (Marathe ve ark., 2020).

Duygusal Özgürleşme Tekniği ve Etkileri

Enerji tıbbı, tamamlayıcı/alternatif tıpta kullanılan yaklaşımların belki de en gizemli ve tartışmalı olanıdır. Bu tür uygulamalar, insan toplulukları var olduğu sürece şamanik ve diğer şifa uygulamalarının önemli bir parçası olmasına rağmen enerji tıbbına ilişkin bilimsel araştırmaların ilk aşamalarında (Rindfleisch, 2010). Enerji psikolojisi 1980'li yıllardan başlayarak doğu kültürlerinde binlerce yıllık geçmişi olan bütüncül yaklaşımın, Batı'da psikolojik sorunların sağaltımında kullanılmaya başlandığı yeni bir yaklaşımdır. Enerji psikolojisi, insanı fizyolojisi, duyguları, zihni, davranışı ve çevresini de kapsayan bütün bir enerji alanı olarak ele alır. Bu yaklaşımın temel taşları olan meridyen terapileri, bireyin fiziksel, duygusal, zihinsel ruhsal durumunu etkileyen enerji alanlarının dengelenip düzenlenmesi ilkesinden hareket eder (Sezgin, 2013). Enerji psikolojisinin en yaygın kullanılan biçimi olan meridyen terapileri içerisinde yer alan "Duygusal Özgürleşme Tekniği (Emotional Freedom Technique) (EFT) gelir. EFT, 90'ların başında Gary Craig tarafından, ayrıntılı teşhis ve tedavi protokolleri kullanan Amerikalı psikolog Roger Callahan tarafından geliştirilen daha eski bir enerji psikolojisi yöntemi olan Düşünce Alanı Terapisinde kullanılan yöntemlerin bir kısaltması olarak geliştirilmiştir. Craig, standartlaştırılmış kısa bir protokolün enerji psikolojisinde karşılaşılan sorunların çoğunu uzun teşhislere gerek kalmadan tedavi edileceği sonucuna varmıştır (Church ve ark., 2012). "Temel Reçete" olarak adlandırılan temel EFT protokolü, iki kapsamlı tedavi kılavuzundan birinde açıklanmıştır. Bu yöntemde bedendeki enerjinin akış alanları on iki temel meridyen (akupresür noktası) üzerinde tanımlanmıştır. Akupresür noktalarının beşi başta, beşi elde ve ikisi gövdededir. Duygusal özgürleşme tekniği, klinisyen rehberli terapiye ek olarak veya bir psikoterapi uygulayıcısı tarafından uygun görüldüğünde kendi kendine yardım tekniği olarak kullanılabilir (Clond, 2016). Bu meridyenler üzerindeki uygulamalar enerji alanına yönelik uygulanan bir psikoterapi çeşidi olup genel anksiyete, fobiler, post travmatik stres bozukluğu, korkular ve endişenin yarattığı rahatsızlıkları ortadan kaldırmakta ve hedeflenen her türlü sorunun iyileştirilmesini kapsamaktadır (Irmak Vural & Aslan, 2018). EFT; yaklaşık 30 dakika sürmekte ve birey üzerindeki etkilerinin 3-6 ay sürdüğü ifade edilmektedir (Church ve ark., 2012). İnsan duyguları doğada çok dinamiktir ve bir ruh halinden diğerine hızla dönüşür. Bireyin enerji alanı insan bedeninin etrafındaki içsel ruhu yansıtan gerçek psikolojiyi temsil edecek kadar güçlüdür (Chhabra ve ark., 2021). EFT enerji alanlarına yönelik olarak uygulanan bir psikoterapi çeşididir. Temel ilkesi bireyi rahatsız eden duygu anlarında, enerji akışını bozan ve çakralarda tıkanıklık yaratan durumları ortadan kaldırmaktır. Bireyin rahat ve sakin olduğu hallerde elektriksel enerji daha rahat ve düzenlidir. Öfke, üzüntü, stres gibi duygusal tepkilerde enerji akışında engeller oluşmaktadır. Enerji akışındaki engeli aşmak için duygusal tepkilere odaklanmak ve hareket akışına sıklıkla dokunma yolu ile uyarımlar yapmak gerekmektedir. Bu uyarımlar bireyin rahatlamasını sağlamaktadır

(Irmak Vural & Aslan, 2018). Enerji temelli terapiler insan vücudunu çevreleyen ve ona nüfuz eden elektromanyetik alanları etkileyerek yapılan terapilerdir ve felsefik, coğrafi kökene sahip olan ve birçok terapötik tekniği kapsayan geniş bir terimdir. Bu terapötik tekniklerin dayandırıldığı düşünce, tüm canlıların biyoenerjiye sahip oldukları, bu enerjinin denge veya dengesizliğinin sağlık ve hastalıkla ilgili olduğu inancıdır (Mills & Jain, 2010). Duygusal beynin merkezinde bulunan amigdala, gelen duygusal bilginin bir tehdit olup olmadığını önceden bilinçli olarak yorumlayarak hizmet eder. Amigdala, fiziksel tehditlerle ilişkilendirilen sesler ve görüntüler gibi belirli duyumlara tepki olarak duygusal anılar oluşturur. Bu duygusal yorumların değiştirilmesi son derece zordur (Greenberg, 2004; Zhu ve ark., 2018). EFT ile bu yorumlar değiştirilmeye çalışılır (Irmak Vural & Aslan, 2018). Terapilerin sağladığı kabul edici ve empatik ilişki ortamının, insanlara zamanla güçselleştirilen yeni, kişilerarası, duygusal, yatıştırıcı ve destek deneyimi sağladığı belirtilmektedir (Greenberg, 2004). EFT ve akupunktur noktasına vurmanın, limbik sistemin aktivitesini akupunktura benzer bir şekilde aşağı doğru düzenlediği düşünülmektedir. El akupunktur uygulanan deneklerde yapılan fonksiyonel bir manyetik rezonans görüntüleme araştırmasında, amigdala, hipokampus ve nükleus akumbens dahil olmak üzere hafıza ve stres tepkisi ile ilişkili birkaç beyin bölgesinde kan akışında azalma tespit edilmiştir (Irmak Vural & Aslan, 2018). Benzer bir şekilde, EFT yapılan deneklerin elektroensefalografik kayıtları, diğer nöroterapi biçimlerinde de gözlemlenen bir model olan azalmış sağ frontal korteks uyarımı belirlenmiştir (Swingle ve ark., 2005). Kortizol, limbik uyarılmaya aracılık eden bir stres hormonudur. EFT'den sonra tükürük kortizolünü ölçen bir çalışmada, EFT'nin kortizol düzeylerini %24 oranında azalttığı gösterilmiştir (Church ve ark., 2012). Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Servisi'nde (NHS) deneme amacıyla EFT kullanıma sunulduğunda, terapiye kaydolmuş hastaların %59'u kaygıyla ilgili konularda yardım aradıklarını bildirmiş ve denemenin sonunda, NHS hastalarının kaygı puanları başlangıca kıyasla gerçekten önemli ölçüde azalmıştır (Stewart ve ark., 2013). Gaziler, doğal afetlerden kurtulanlar ve kendi ülkelerindeki şiddetten kaçan mülteciler de dahil olmak üzere belirli popülasyonlar özellikle yüksek travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) riski altındadır. Bu ortamların birçoğunda, zaman ve kaynaklar üzerindeki kısıtlamalar nedeniyle yüksek nitelikli profesyonellerle genişletilmiş kişiselleştirilmiş terapi seanslarına erişim mümkün değildir. Bu tür yetersiz hizmet alan popülasyonlar için, teknikler minimum profesyonel eğitim ile toplum gönüllülerine ve sağlık çalışanları için kolayca öğretilbilir olduğundan, EFT daha ulaşılabilir bir seçenek olabilir (Clond, 2016).

Sonuç ve Öneriler

Bireyler arasındaki olumsuz düşünce ve enerji nedeniyle insanda var olan aura ve çakra sistemi arasında bir dengesizlik oluşmaktadır (Priyal & Ramkumar, 2016). Enerji düzeyindeki olumlu bir değişiklik fiziksel olarak iyileşmeye yol açarken, enerji düzeyindeki azalma fiziksel, duygusal ve zihinsel sorunlara yol açabilmekte ve bireyin hayatında önemli sorunlara yol açabilmektedir (Mangione ve ark., 2017; Rindfleisch, 2010). Genelde insanların sağlık, ilişkiler ve duygularla ilgili sorunlar yaşadıklarında doktorlara, psikologlara, fizyoterapistlere ve danışmanlara başvurdukları, ilaç ve diğer tedavilere rağmen çoğu zaman sonuç alamadıkları görülmektedir. Özellikle çalışan bireylerde uzun süreli stres, uykusuzluk, sırt ağrısı, gerginlik, endişe gibi durumlar bireylerdeki enerji alanını negatif olarak etkilemekte ve bireyin performansının düşmesine, üretkenliğinin azalmasına neden olabilmektedir (Priyal & Ramkumar, 2016). Bu gibi durumlarda sorunlar ve semptomlar

bireyin enerji alanı ve çakralar ile ilişkilendirilebilir. Bu durumlarda dengeyi yeniden sağlamak için ulaşılabilirliği ve uygulanışının kolaylığı açısından duygusal özgürleşme tekniği önerilebilir. EFT, fiziksel semptomların altında yatan yoğun duygusal anılarla ilişkili bozuklukları azaltmak için kısa ve etkili bir yöntemdir. Özellikle anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres gibi bozuklukların yanı sıra şiddetli ağrı gibi fiziksel semptomları ele almanın hızlı, etkili, uygun maliyetli ve kolay öğretilen bir yol olması nedeniyle bireylere öğretilmesinin enerji alanı ve çakralarla ilgili sorunları çözmeye etkili olabilir. Özellikle EFT'nin bireyler üzerinde olumlu etkilerinin olması nedeniyle sağlık sunucularına bilgilendirici eğitimlerin verilmesinin hem sağlık sunucuları hem de uygulanan hasta bireyler üzerinde faydalı olacağı düşünülmektedir.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir- Z.K.Ö., G.U.A., İ.Ö.; Tasarım - Z.K.Ö., T.K., A.Y., G.U.A., İ.Ö.; Denetleme - Z.K.Ö., T.K., A.Y., G.U.A., İ.Ö.; Kaynaklar - Z.K.Ö., T.K., A.Y., G.U.A., İ.Ö.; Malzemeler - Z.K.Ö., T.K., A.Y., G.U.A., İ.Ö.; Literatür Taraması - Z.K.Ö., T.K., A.Y., G.U.A., İ.Ö.; Yazıyı Yazan - Z.K.Ö., G.U.A.; Eleştirel İnceleme - Z.K.Ö., T.K., A.Y., G.U.A., İ.Ö.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmiştir

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - Z.K.Ö., G.U.A., İ.Ö.; Design - Z.K.Ö., T.K., A.Y., G.U.A., İ.Ö.; Supervision - Z.K.Ö., T.K., A.Y., G.U.A., İ.Ö.; Resources - Z.K.Ö., T.K., A.Y., G.U.A., İ.Ö.; Materials - Z.K.Ö., T.K., A.Y., G.U.A., İ.Ö.; Literature Search - Z.K.Ö., T.K., A.Y., G.U.A., İ.Ö.; Writing Manuscript - Z.K.Ö., G.U.A.; Critical Review - Z.K.Ö., T.K., A.Y., G.U.A., İ.Ö.

Declaration of Interests: The authors declare that they have no competing interest.

Funding: The authors declare that this study had received no financial support

Kaynaklar

- Bhethwal, D. A. (2017). The role of musical notes and color frequencies for balancing chakras in human body. *International Journal for Research in Applied Science and Engineering Technology*, V(VIII), 1556-1561. [CrossRef]
- Chhabra, G., Prasad, A., Venkatadri, M., Sisodia, D., & Singh, R. (2021). An approach for the transformation of human emotion and energy-field using sound therapy. *Turkish Journal of Computer and Mathematics Education*, 12(6), 3172-3183. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/approach-transformation-human-emotion-energy/docview/2623925869/se-2>
- Church, D., Yount, G., & Brooks, A. J. (2012). The effect of emotional freedom techniques on stress biochemistry: A randomized controlled trial. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(10), 891-896. [CrossRef]
- Clond, M. (2016). Emotional freedom techniques for anxiety: A Systematic Review With Meta-analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(5), 388-395. [CrossRef]
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(1), 3-16. [CrossRef]

- Guarneri, E., & King, R. P. (2015). Challenges and opportunities faced by Biofield practitioners in global health and medicine: A white paper. *Global Advances in Health and Medicine*, 4(Suppl.), 89-96. [CrossRef]
- Irmak Vural, P., & Aslan, E. (2018). Duygusal özgürleşme tekniği (EFT) Kapsamı ve Uygulama alanları. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 2(3), 11-25. [CrossRef]
- Koşalay, İ. (2014). Elektromanyetik alanlar ve bioenerji olgusu. *Pamukkale Üniversitesi Mühendislik Bilimleri Dergisi*, 20(8), 287-293. [CrossRef]
- Mangione, L., Swengros, D., & Anderson, J. G. (2017). Mental health wellness and Biofield therapies: An integrative review. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(11), 930-944. [CrossRef]
- Marathe, C. D., & Acharya, J. (2020). Chakras, the wheels of Life: A new Paradigm for human health, Relationship and Disease. *International Journal of Mechanical and Production Engineering Research and Development*, 10(3), 4045-4054. <https://sadguruacademy.com/wp-content/uploads/2021/03/CHAKRAS-THE-WHEELS-OF-LIFE-A-New-Paradigm-for-Human-health.pdf>. [CrossRef]
- Midilli, T. S. (2015). Sezaryen ameliyatı sonrası gelişen ağrıda reiki Uygulaması. İçinde M. Başer & S. Taşçı (Eds.), *Kanıtı dayalı rehberleriyle tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalar* (vol. 1, ss.169-178). Baskı.
- Mills, P. J., & Jain, S. (2010). Biofield therapies and psychoneuroimmunology. *Brain, Behavior, and Immunity*, 24(8), 1229-1230. [CrossRef]
- Movaffaghi, Z., & Farsi, M. (2009). Biofield therapies: Biophysical basis and biological regulations? *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15(1), 35-37. [CrossRef]
- Priyal, V. V., & Ramkumar, N. (2016). Effect of Aura-Chakra, yoga and spirituality on an individual's performance in the workplace. *Studies on Ethno-Medicine*, 10(2), 166-177. [CrossRef]
- Rindfleisch, J. A. (2010). Biofield therapies: Energy medicine and primary care. *Primary Care*, 37(1), 165-179. [CrossRef]
- Sağkal, T., Eşer, İ., & Uyar, M. (2013). The effect of Reiki touch therapy on Pain and Anxiety. *Spatula DD*, 3(4), 141. [CrossRef]
- Sezgin, N. (2013). Tek oturumda uygulanan duygusal özgürlük tekniğinin yaratılan stres durumu üzerindeki etkileri. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih ve Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 53, 329-348. <https://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12575/44663>
- Shields, D., Fuller, A., Resnicoff, M., Butcher, H. K., & Frisch, N. (2017). Human energy field: A concept analysis. *Journal of Holistic Nursing*, 35(4), 352-368. [CrossRef]
- Stewart, A., Boath, E., Carryer, A., Walton, I., Hill, L., Phillips, D. K., & Dawson, K. (2013). Can matrix Reimprinting be effective in the treatment of emotional conditions in a public health setting? *U. K. Energy Psychology Journal*, 5(1). <https://energypsychologyjournal.org/abstracts/abstracts-energy-psychology-journal-volume-5-number-1-may-2013/can-matrix-reimprinting-be-effective-in-the-treatment-of-emotional-conditions-in-a-public-health-setting-results-of-a-u-k-pilot-study/>
- Swingle, P., Pulos, L., & Swingle, M. K. (2005). Neurophysiological indicators of EFT treatment of post-traumatic stress. *Journal of Subtle Energies & Energy Medicine*, 15, 75-86. <https://journals.sfu.ca/seemj/index.php/seemj/article/view/377/339>
- Zhu, X., Suarez-Jimenez, B., Lazarov, A., Helpman, L., Papini, S., Lowell, A., Durosky, A., Lindquist, M. A., Markowitz, J. C., Schneier, F., Wager, T. D., & Neria, Y. (2018). Exposure-based therapy changes amygdala and hippocampus resting-state functional connectivity in patients with posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 35(10), 974-984. [CrossRef]


Extended Abstract

The world is made up of matter and a fluid energy that is in constant motion. Although it is difficult to determine its physical location in the body, many people believe that the energy in the human body and the energy field it creates exist. This assumption is based on the fact that every molecule in the body emits a characteristic energy. The interaction of these molecules and the resulting energy spectrum form an energy field. The energy created is associated with structures called auras and chakras. Each chakra is the entrance gate of energy at different frequencies; It enables physical, emotional and mental energies to work in a synchronized way.

Chakras are wheel-like vortices, often called focal points for the reception and transmission of energies, they are centers that distribute life energy from the energy field throughout the entire body. It is stated that the chakra has structures resembling long thin funnels with wide mouths that narrow as you approach the body. The purpose of the chakra is to absorb the necessary energy to ensure the synchronized functioning of physical, emotional, mental energies and to transmit these energies to the areas where they are needed. Each chakra is the entrance gate of an energy of a different frequency. These doors circulate life energy in the human body and balance the flow of energy. According to energy medicine, incompatibilities in the chakras can make the human body unable to function properly and cause a number of problems. The number of scientific studies on energy and assets in the body is limited. However, in the studies carried out, it has been embodied by the kiryan technique and the detection of alpha waves that people have different energy waves in different moods. The aura energy system has seven colors, VIBGYOR, similar to the color band in the rainbow, and each color is associated with the seven chakras. Aura color varies according to the positive and negative energies of the individual. It is believed that the aura needs to be purified of negative energies for the normal functioning of the physical, mental and emotional systems. The chakras are like seven interconnected energy centers that govern our lives. The lower three chakras act on our survival and the physical, emotional and intellectual aspects of life, while the higher chakras act on our intelligence and intuition. Each chakra is unique and is responsible for various physical and emotional functions. When one of the chakras is blocked, the other chakras begin to compensate for it, and they either become overactive or underactive. The emotional liberation technique is used to balance the chakras and maintain the normal functioning of the aura. Although this technique is an important part of shamanic and other healing practices, it is still in the early stages of scientific research on energy medicine. In this method, the flow fields of energy in the body are defined on twelve basic meridians (acupressure points). Five of the acupressure points are at the head, five are on the hand, and two are on the torso. Its basic principle is to eliminate situations that disturb the individual during moments of emotion, disrupt the flow of energy and create congestion in the chakras. Electrical energy is more comfortable and regular when the individual is relaxed and calm. In emotional reactions such as anger, sadness, stress, there are obstacles in the flow of energy. In order to overcome the obstacle in the flow of energy, it is necessary to focus on emotional reactions and make frequent touch-based stimulations to the flow of movement. Meridian therapies, which are the cornerstones of this approach, act on the principle of balancing and regulating the energy fields that affect the physical, emotional and mental state of the individual. It is a type of psychotherapy applied to the energy field with applications on the meridians and eliminates the ailments caused by general anxiety, phobias, post traumatic stress disorder, fears and anxiety and covers the improvement of the targeted problem. While a positive change in energy level leads to physical improvement, a decrease in energy level can lead to physical, emotional and mental problems and lead to significant problems in an individual's life. In such cases, problems and symptoms may be associated with the individual's energy field and chakras. In order to restore balance, the emotional liberation technique can be recommended in terms of its accessibility and ease of application. Especially since it is a fast, effective, cost-effective and easy-to-teach way to address physical symptoms such as severe pain, as well as disorders such as anxiety, depression and post-traumatic stress, it is believed that teaching individuals can be effective in solving problems related to the energy field and chakras.

Çeviri Ebelik Bakımı İçin Modeller: Bir Haritalama Derlemesi

Models for Midwifery Care: A Mapping Review

Ayberk Asena TELLİ¹ 
Zekiye KARAÇAM² 

¹Bornova Karacaoğlan
23 Nolu ASM, İzmir, Türkiye
²Aydın Adnan Menderes
Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Ebelik Bölümü, Aydın,
Türkiye



Bu yazı "Models for Midwifery Care:
A Mapping Review" başlıklı yazının
çevirisi olup, yazarlardan izin alınmıştır.

Geliş Tarihi/Received: 12.01.2023

Kabul Tarihi/Accepted: 27.03.2023

Yayın Tarihi/Publication Date: 31.05.2023

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:
Ayberk Asena TELLİ
E-mail: ayberkasena.telli@hotmail.com

Cite this article as: Telli, A. A., &
Karaçam, Z. (2023). Models for
midwifery care: A mapping review.
*Journal of Midwifery and Health
Sciences*, 6(3), 176-190.



Content of this journal is licensed under a
Creative Commons Attribution-
NonCommercial 4.0 International License

ÖZ

Amaç: Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, ebeler kanıta dayalı annelik bakımını sağlayan kişilerdir. Ebeler bu bakımda normalliği kolaylaştırma konusunda yetkindirler. Ebelerin bakım uygulamalarını yansıtan bazı teorik modeller mevcuttur. Ancak bu modellerin esas olarak doğuma yönelik bakım ve örgütsel yapıya dair olduğu gözlemlenmektedir. Bu modeller epistemolojik (bilgi felsefesi) olarak yoksun görünmektedir. Bakımın değerli olduğunu ve bakım yaklaşımlarını görünür hale getirebilmek için modellerin epistemolojiye sahip olması gerekebilir. Bu yazının amacı, ebelik bakımında var olan teorik modeller hakkındaki yayınları belirlemek ve bunlara genel bir bakış sağlamaktır.

Yöntemler: Bu bir haritalama derleme çalışmasıdır. Klinik uygulamayı etkileyen ya da etkilemeyi amaçlayan ebelik bakımına ulaşabilmek için dokuz veri tabanında sistematik olarak taranmıştır. Bu tarama teorik bir modeli ya da teoriyi tanımlayan çalışmaları kapsamıştır. Uygunluk kriterleri seçim sürecinde netleştirilmiştir.

Bulgular: Dünyanın farklı bölgelerinde yapılan altı makalede yer alan altı model çalışmaya dahil edilmiştir. Dahil edilen modeller, farklı metodolojiler (yöntem) kullanılarak geliştirilmiştir. Bu modeller farklı felsefi temellere ve bazı karmaşıklığa sahiptir. Bu modellerin bazı özellikleri birbirine benzerdir. Bu modellerin en ayırt edici birinci özelliği ebe-kadın ilişkisine, ikincisi kadın-merkezli olmaya ve üçüncüsü de bakımda salutojene (sağlığın nedenlerine odaklanma) vurgu yapmıştır.

Sonuç: Genel olarak, belirli epistemolojik statüye sahip ebelik bakımının teorik modelleri hakkında yetersizlik mevcuttur. Ebelik bakımının bilgi tabanlı görev yapması için, epistemolojik açıdan kapsamlı teorik modeller geliştirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle daha fazla araştırmaya gereksinim bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, salutojen, felsefe, intrapartum bakım, bakım için modeller, kadın merkezlilik

ABSTRACT

Objective: According to World Health Organization, midwives are found competent to provide evidence-based and normalcy-facilitating maternity care. Models for midwifery care exist but seem to be lacking explicit epistemological status, mainly focusing on the practical and organizational level of care delivery. To make the values and attitudes of care visible, it is important to implement care models with explicit epistemological status. The aim of this paper is to identify and gain an overview of publications of theoretical models for midwifery care.

Methods: A mapping review was conducted with systematic searches in nine databases for studies describing a theoretical model or theory for midwifery care that either did or was intended to impact clinical practice. Eligibility criteria were refined during the selection process.

Results: Six models from six papers originating from different parts of the world were included in the study. The included models were developed using different methodologies and had different philosophical underpinnings and complexity gradients. Some characteristics were common, the most distinctive being the emphasis of the midwife-woman relationship, secondly the focus on woman-centeredness, and thirdly the salutogenic focus in care.

Conclusion: Overall, scarcity exists regarding theoretical models for midwifery care with explicit epistemological status. Further research is needed in order to develop generic theoretical models with an epistemological status to serve as a knowledge base for midwifery healthcare.

Keywords: Maternity care midwifery models for care philosophy salutogenesis woman centeredness

Giriş

Sağlık bakımı, bazen teorik çerçevelerde açıkça ifade edilen ya da bakım modellerinde merkeze alınan değerlere ve tutumlara dayanmaktadır. Ancak bu değerler ve tutumlar çoğunlukla sözsüz olan sağlık bakımıdır. Bu tür kavramsal çerçeveler, sağlık bakımı için epistemolojik bir temele sahip olmanın farkındalığını kolaylaştırır. Böylece sağlık hizmetlerinin uygulanmasında önemli kılavuz araçlar olarak fonksiyon görürler. Gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası ve ebeveynliğe geçiş dönemlerindeki annelik bakımı, hem ebelik modellerini hem de tıbbi modelleri içermektedir. Bu bakım farklı sağlık profesyonellerinin uygulamalarına ve bilimsel uygulama sunan farklı epistemolojik statüye bağlıdır (Bryar & Sinclair 2011; Church ve ark., 2017; MacKenzie Bryers & van Teijlingen 2010; Polit & Beck, 2017).

Sağlığa ve hastalığa yaklaşımlar, bakım modellerinin şekillenmesini etkiler. Geliştirilen bakım modelleri sıklıkla epistemolojik statü ile ilgilidir. Aynı zamanda da bakımın nasıl organize edileceği açısından pratik düzeye sahiptir. Bir modelin epistemolojik ve pratik düzeylerini entegre etmek, daha analitik bir yaklaşım gerektirebilir. Çünkü bu iki düzey, çoğu zaman çakışır. Böylece sağlığı anlamamız ve bakımı organize etmemiz gereken noktadan bizi uzaklaştırır. Annelik bakımında zıtlık modelleri mevcuttur. Bunlar özellikle doğum eylemi ile ilgilidir. Bu modellerden bazıları 'tıbbi'ye karşı "sosyal ve kadın-merkezli" (Walsh, 2008), 'teknokratik (uygulayıcı)'e karşı "bütüncül" (Davis-Floyd, 2001) ya da 'hastalık (patolojik)'a karşı 'sağlık (salutojenik)' tır (Lindstrom ve ark., 2017). Bu karşıt bakış açılarının nedeni incelecek olursa, gebeliği ve doğumu kadın doğum uzmanlığına konumlandırma tercihi ile bağlantılı olduğu görülecektir. Batı toplumunda gebelik, hastalık ve sağlık arasındaki sınırını aşmaktadır. Yani "gebelik" belirsiz anlamına gelmektedir. Kadınlar kendilerine hasta olarak mı yoksa sağlıklı olarak mı davranılıp davranılmayacağından emin değillerdir (Comaroff, 1977).

Gebelerin hasta ya da sağlıklı olarak kabul edilip edilmediği gebelik, doğum ve doğum sonrası annelik hizmetlerine kültürel olarak değişebilir. Bu durum kadınları, eşlerini ve çocuklarını küresel düzeyde kültürel açıdan farklı bir statüye sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum, annelik bakımını farklı sağlık profesyonellerinin ellerine bırakmaktadır. Ayrıca doğum ile ilgili sağlığı kolaylaştıran uygulamaları kompleks bir yapıya dönüştürebilir. Bu yapı kuralları ile yönlendirilen risk yönetimi, bireysel ihtiyaçları ve koşulları göz ardı eden protokoller şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Kennedy ve ark., 2018). Bir gebenin durumu, ihtiyaçlarının ve koşullarının çok ötesindeki faktörlerden etkilenebilir. Uygulayıcılar ve araştırmacılar, annelik bakımı gibi sağlık bakım sistemindeki karmaşıklığa ışık tutmayı amaçlayan ileri teoriler ortaya koymuşlardır (Sturmberg, 2018; Sturmberg & Martin, 2009). Ayrıca bazı tekniklerin ülkeye özgü olmasına rağmen, yaygın olarak görülmesi nedeniyle anlaşılabilirliği arttırabilmek için karmaşıklık teorisinin bir taksonomisi (sınıflandırması) geliştirilmiştir (Gottfredsdottir ve ark., 2017; Nieuwenhuijze ve ark., 2015).

Normal gebelik ve doğum bakımında profesyonel ebeler uygun seçenektir (World Health Organization, 2020). Ne yazık ki, profesyonel ebeler dünyanın belirli bölgelerinde mevcuttur. Diğer bölgelerdeki doğum görevlileri, esas olarak kadın doğum uzmanları, kadın doğum hemşireleri ya da pratik olarak eğitilmiş ebe olmayan kişilerdir (Ten Hoop-Bender ve ark., 2014). Bu nedenle, belirli epistemolojik statüye sahip bakım modellerinin uygulanması önemlidir. Bu modeller kanıta dayalı ve normalliği kolaylaştıran

bakımın uygulanmasında kilit rol oynamaktadır (Nove ve ark., 2018). Günümüzde bazı bakım modelleri bulunmaktadır. Ayrıca doğum öncesi bakım modellerinin özelliklerini açıklayan daha önce yapılmış bir haritalama derlemesi de vardır. Bu harita derlemesi bazı modellerin belirli epistemolojik statüye sahip olmayan modeller olduğunu göstermiştir (Symon ve ark., 2016). Bazı araştırmacılar, bakım için farklı modeller geliştirmiş ve uygulamaya çalışmışlardır (Cragin, 2004; Lundgren & Berg, 2007; Sandall ve ark., 2016; Shahhosseini ve ark., 2017). Ayrıca, Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM), temel bakım felsefesi ile ebelik bakımının yönetim modelinin ana hatlarını açıklayan bir çekirdek döküman geliştirmiştir (International Confederation of Midwives, 2020).

"Model" kavramı ile neyin kastedildiği konusunda fikir birliği yoktur. Literatür incelendiğinde, bakımın sunumuyla ilgili uygulama ayrıntılarını özetleyen "bakım sunum modeli" ve belirli epistemolojik statüye sahip "teorik olarak geliştirilmiş bakım modeli" arasındaki fark belirsizdir. Walker ve Avant (2019)'a göre, teorik kavramsal çerçevenin grafiksel sunumu "model" olarak adlandırılabilir. Bakım yönetimi modellerinden ayırmak için "teorik model" terimi kullanılabilir (Walker & Avant, 2019). Fakat, mevcut modeller gözden geçirildiğinde, bir boşluk olduğu görülmektedir. Bilgimize göre, ebelik bakımında bilimsel olarak geliştirilen teorik model yayınlanmamıştır.

Bu makalenin amacı, ebelik bakımı için teorik modeller içeren yayınları belirlemek ve bunlara genel bir bakış sağlamaktır.

Yöntem

Bu çalışma haritalama derlemesi olarak gerçekleştirilmiştir. Bu yöntem bir araştırma alanına geniş bir perspektif (bakış açısı) sağlamaktadır. Ayrıca bir konuda mevcut kanıtların durumunu belirlemek ve kanıt düzeylerinin miktarını göstermek için kullanılmaktadır. Belirli bir konudaki mevcut literatürü haritalar ve kategorize eder. Daha fazla derleme ve temel araştırma yapar. Literatürdeki boşlukları belirlemek için kullanılır (Gough ve ark., 2017; Grant & Booth 2009). Literatür derlemesinin ana türleri Tarama, Değerlendirme, Sentez ve Analizden oluşan dört kritik kavrama göre sınıflandırılır (Booth ve ark., 2016). Tarama aşaması kapsamlı ve sistemattir. Değerlendirme aşaması mevcut literatürün haritalandırılması ve sınıflandırılması ile sınırlı, genellikle kalite değerlendirmesi mevcut değildir. Sentez aşaması, verilerin grafiksel ve tablo şeklinde görselleştirilmesine odaklanır. Analiz aşaması ise sıklıkla nicel ve nitel özellikleri karakterize eder (Booth ve ark., 2016; Grant & Booth 2009). Bu aşamaları derlememize nasıl uyguladığımızın açıklaması aşağıda verilmektedir.

Tarama aşaması

Bu aşama, kapsamlı ve sistemattik olarak gerçekleştirilir. İlgili veri tabanları taranır, incelenir ve çalışmaların seçilir.

Uygunluk kriterleri

Dahil etme ve hariç tutma kriterleri önceden belirlenmiştir. Bu kriterler ayırma süreciyle birlikte daha da geliştirilmiştir. Taramalarda herhangi bir zaman sınırı yoktur.

Dahil edilme kriterleri aşağıdaki gibidir ve tüm kriterlerin karşılanması gereklidir:

Tam metin olarak hakemli dergilerde yayınlanan makaleler, ebelik bakımı için teorik bir model ya da teoriyi (ya da teori ya da bir modelin bazı bölümleri) tanımlayan çalışmalar, klinik uygulamaya etkisi olan ya da olması amaçlanan bir model ya da teoriyi tanımlayan çalışmalar.

Hariç tutma kriterleri aşağıdaki gibidir ve hariç tutma için bir kriter yeterlidir:

Kesinlikle felsefi olan modelleri tanımlayan çalışmalar (uygulamayı etkilemeyen), sadece organizasyonel modelleri tanımlayan çalışmalar (bakım hizmeti, hizmet modelleri, bakım uygulaması vb.), önerilen bakım organizasyonunun temelini oluşturan ebelik bakımının teorik modelini ya da teorisini kısmen ya da tamamen açıklamayan ya da tanımlamayan ve altta yatan kavramları vermeden bakımın pratik ayrıntılarını tanımlayan çalışmalar.

Tarama stratejisi

Tarama stratejisi, uzman bir kütüphanecinin yardımıyla tasarlanmış ve geliştirilmiştir. Mayıs 2018'de, ebe/ebelik, model/teori/çerçeve, hemşirelik modelleri/ hemşirelik teorisi ve kadın merkezli bakım anahtar kelimelerini içeren kapsamlı bir tarama yapılmıştır. Tarama MEDLINE, CINAHL ve Annelik ve Bebek Bakım veri tabanlarında gerçekleştirilmiştir. Eylül 2018'de sistematik bir taramadan önce çalışmanın amacını, anahtar kelimeleri ve dahil etme/hariç tutma kriterlerini belirledik. Ovid MEDLINE (R), Ovid Nursing, PsycINFO, Cinahl, Trials (Cochrane Library), Annelik ve Bebek Bakımı, Akademik, Scopus ve Web of Science veri tabanları dahil edilmiştir. Anahtar kelimeler, ebelik modellerini ve bakımını tanımlamak için kullanılan çeşitli terimleri içermiştir. Dil İngilizce, Danca, Fransızca, Almanca, İzlandaca ve Norveççe yazıları içerecek şekilde sınırlandırılmıştır.

Toplamda 11132 kayıt tespit edilmiştir. Tarama sonuçları bir referans yöneticisi yazılımına (EndNote) aktarılmıştır ve tekrarlar çıkarıldıktan sonra 5449 adet başlık kalmıştır. Bu kayıtlar sistematik derleme yönetim yazılımına aktarıldığında, ilave 55 tekrar eden kayıt daha çıkarılmıştır ve geriye kalan 5394 kayıt başlık ve özet olarak incelenmiştir.

Çalışmaların incelenmesi ve seçimi

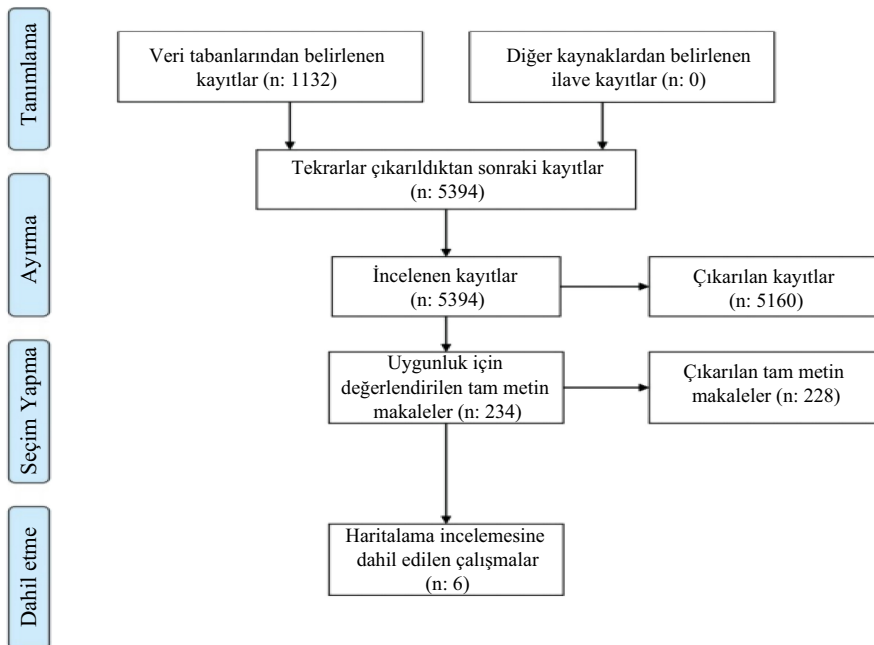
İnceleme süreci derleme yazılım yönetimi Covidence'da yapılmıştır. Başlıklar ve özetler altı yazardan oluşan derleme ekibine randomize edilerek dağıtılmıştır. İnceleme ve seçim süreci

birbirini izleyen iki aşamadan oluşmuştur. Birinci olarak, başlık ve özetler incelenmiştir. Dahil etme ve hariç tutma kriterlerine göre derlemenin amacıyla alakasız 5159 çalışma tespit edilmiştir. İkinci olarak, 234 makale ileri incelemeye tabi tutulmuştur. Bunlar, inceleme ekibi arasında randomize olarak dağıtılmıştır. İki araştırmacı fikir birliği elde etmek için her bir makaleyi, dahil edilmek üzere değerlendirmiştir.

Bu süreç sırasında, makalelerde "model" terimi farklı anlamlarda ve farklı şekillerde kullanıldığı için, uygunluk kriterleri tartışılarak seçim yapılmıştır. Çalışmanın amacına uygun olan çalışmaların arandığı, yalnızca organizasyonel modelleri tanımlayan ya da bakımın uygulamaya konulmasının pratik ayrıntılarını tanımlayan çalışmaları arandığı tekrardan belirtilmiştir. Anlaşmazlıklar üçüncü bir araştırmacıyı dahil ederek ya da tüm ekip ile tartışılarak çözülmüştür. Örneğin, iki önemli makalenin değerlendirmesi ve muhtemel dahil edilmesi hakkında tüm ekibin katıldığı bir tartışma yapılmıştır: QMNC kavramsal çerçevesi ile alakalı Lancet makalesi (Renfrew ve ark., 2014) ve diğer bakım modellerine karşı ebe liderliğindeki sürekli bakım modeli ile alakalı Cochrane derlemesi (Shahhosseini ve ark., 2017). Son seçimde bu iki makalenin de dahil edilmemesine karar verilmiştir. İkisi de ebelik bakımı için teorik bir modelin gelişimini tanımlamadıkları için dışlanmıştır. Birincisi (Renfrew ve ark., 2014), tüm ortamlarda kaliteli annelik ve yenidoğan bakımının nasıl güvence altına alınacağına dair makro düzeyde bir kavramsal çerçeve tanımlamaktadır. Diğeri (Shahhosseini ve ark., 2017), annelik bakım yönetimlerinin farklı yollarının sonuçlarını karşılaştırmaktadır. Tam metin olarak değerlendirilen 234 makalenin 10'u, daha ayrıntılı inceleme için dahil edilme kriterleri doğrultusunda tartışılmıştır. Tartışılan bu 10 makalenin dördü dahil edilme kriterleri açısından dışlanmıştır. Çalışmaların seçim akışı Şekil 1'de gösterilmektedir.

Analiz ve Sentez Aşamaları

Her makaleden yazarlar ve yayın yılı, çalışmanın yeri, modelin adı, modelin amacı, modelin geliştirilmesinin arkasındaki metodoloji, modelin temelini oluşturan felsefi fikirler, modelin üzerine inşa



Şekil 1.

Akış Diyagramı.

edildiği kavramların tanımı, modelin kapsamı ve modelin önerilen kullanımı gibi veriler çıkarılmıştır. Son olarak, modelin bir örneği olup olmadığı not edilmiştir.

Tanımlanan modeller karmaşıklık ve benzerlik açısından analiz edilmiştir. Kannampallil (2011)'e göre, karmaşıklık modelinin kapsamı, bileşenlerin sayısına ve bunların karşılıklı ilişkisine dayalıdır (Kannampallil ve ark., 2011). Karşılıklı ilişki, sistem bileşenlerinin birbirleriyle olan etkisini ifade eder. Modeller çok basitten çok karmaşığa uzanan bir şekilde yerleştirilmiştir. Modellerin temel olarak bakım, ilişkiler, profesyonellik ya da sağlık yönünde olduğu görülmektedir.

Ayrıca, aralarındaki benzerlikleri ve farklılıkları belirlemek için her modelin bileşenleri haritalandırılmıştır. Meta-etnografinin "deyimsel çevirisinden" esinlenerek (Noblit & Hare, 1988) bakış açısı oluşturacak bir referans makalesi seçilmiştir. Her model üzerinde çalışılmıştır. Modellerin bileşenleri, referans makalenin bileşenleriyle aynı şekilde anlaşılıp anlaşılacağı açısından değerlendirilmiştir. Ayrıca yazarların aynı anlamdaki tanımlar için farklı kavramlar kullanıp kullanmadığı da not edilmiştir. Haritadaki önceki modellerin kapsamadığı her yeni kavram için yeni bir not eklenmiştir.

Bulgular

Bulgular genel bir bakış, her modelin kısa açıklaması ve modellerin ilgili bileşenlerinin haritalaması olmak üzere üç bölüm şeklinde sunulmuştur. Aşağıda yer alan sunumda, her modele orijinal makalesine dayalı olarak bir etiket verilmiştir.

Genel Bakış

Dahil edilen altı yayın, altı modeli tanımlamaktadır (parantez içinde etiketler):

1. Ebesi olan kadınlar: Dayanışma modeli (Women-with-midwives) (Fleming, 1998)
2. Örnek ebelik uygulaması: Örnek ebelik uygulama modeli (Exemplar midwifery practice) (Kennedy, 2000)
3. Yüksek risk altında ebelik: Yüksek risk altındaki doğum eylemindeki kadınlar için ebelik bakım modeli: Gerçek insanlara gerçek, samimi ve içten gelen bakım (Midwifery at high risk) (Berg, 2005)
4. Kadın-merkezli Güney Afrika: Kadın merkezli doğum modeli (Woman-centred South Africa) (Maputle, 2010)
5. İyi ebenin önceliği: Ebelik hizmetlerinde iyi ebenin önceliği: Ebelikte profesyonellizmin gelişim teorisi (The primacy of the good midwife) (Halldorsdottir ve ark., 2011)
6. Kadın-merkezli İskandinav: Kadın merkezli doğum bakımının ebelik modeli İsveç ve İzlanda doğum ortamlarında (Woman-centred Nordic:) (Berg ve ark., 2012)

Geliştirilen modellere ilişkin veriler Yeni Zelanda ve İskoçya (Ebesi olan kadınlar) (Fleming, 1998), Amerika Birleşik Devletleri (Örnek ebelik uygulaması) (Kennedy, 2000), İsveç (Yüksek risk altında ebelik) (Berg, 2005), Güney Afrika (Kadın merkezli GA) (Maputle, 2010), İsveç ve İzlanda'da (İyi ebenin önceliği) (Halldorsdottir ve ark., 2011) (Kadın merkezli İskandinav) (Berg ve ark., 2012) toplanmıştır. Modeller için tanımlayıcı veriler Tablo 1'de verilmiştir.

Modelleri geliştirmek için kullanılan yöntemler; gömülü teori (Ebesi olan kadınlar) (Fleming, 1998), Delphi yöntemi (Örnek ebelik uygulaması) (Kennedy, 2000), araştırma sentezi (Yüksek risk altında ebelik) (Berg, 2005), nitel tasarım (Kadın merkezli GA) (Maputle, 2010), teori sentezi (İyi ebenin önceliği) (Halldorsdottir

& Karlsdottir, 2011) ve nitel yorumlayıcı tasarım (Kadın merkezli İskandinav) (Berg ve ark., 2012) idi. Modellerin üçü orijinal ampirik verilerden oluşmuştur (Ebesi olan kadınlar) (Fleming, 1998), (Örnek ebelik uygulaması) (Kennedy, 2000), (Kadın merkezli GA) (Maputle, 2010), ikisi orijinal çalışmaların ikincil analizleridir (Yüksek risk altında ebelik) (Berg, 2005), (İyi ebenin önceliği) (Halldorsdottir & Karlsdottir 2011) ve bir model, orijinal çalışmaların ikincil analizi ve ardından doğrulama testi (Kadın merkezli İskandinav) (Berg ve ark., 2012) ile geliştirilmiştir.

Karmaşıklık açısından çok basitten, çok karmaşığa değişen bir düzeyde değerlendirilen modellerden biri çok basit (İyi ebenin önceliği) (Halldorsdottir ve ark., 2011) ve ikisi çok karmaşıktı (Örnek ebelik uygulaması) (Kennedy, 2000), (Kadın merkezli GA) (Maputle, 2010). Diğer üç model (Ebesi olan kadınlar) (Fleming, 1998) (Yüksek risk altında ebelik) (Berg, 2005), (Kadın merkezli İskandinav) (Berg, 2005), en basit ile en karmaşığa değişen bir sürekliliğin ortasında yer almıştır.

Modellerin özellikleri Tablo 2'de ve modellerin görselleştirmesi Şekil 2-4'te verilmiştir

Altı Modelin Kısa Açıklaması

Model 1: "Ebesi olan kadınlar"

Kadın-ebe ilişkisine yönelik karşılıklı bir dayanışma modelidir. Bu model, Yeni Zelanda ve İskoçya'da gömülü teori yaklaşımı kullanılarak ebe ve kadın arasındaki etkileşimlerin yapılandırılmamış görüşmeleri ve gözlemleri yolu ile toplanan verilere dayalı olarak geliştirilmiştir. Model, sırasıyla kadınları ve ebeleri temsil eden üç çift olarak oluşturulmuş altı ana kategoriden oluşmaktadır: "hazır bulunma-mevcut olma," "destekleme-tamamlama" ve "yansıma-yansıtma." Model, epizodik (dönemsel) olan ve her zaman eşit derecede dengeli olmayan bir ilişkiyi temsil etmektedir. Temel sosyal karşılıklı olma süreci, ebe-danışan ilişkisinin tamamını kapsamaktadır. Modelin görselleştirilmesinde, ebe ve danışanın iki yabancı birey olarak nasıl bulunduğu, epizodik olabilecek, her zaman dengeli olmayan ilişki periyodu olduğu ve ilişkiyi etkileyen bağlamsal faktörlerin olduğu gösterilmektedir (Fleming, 1998) (Şekil 2).

Model 2: "Örnek ebelik uygulaması"

Bu model, üç yönlü kavramsal bir çerçeveden oluşmaktadır. Kadın ve aileler için sağlığa ilişkin bir yönelime ve ebelikte profesyonellizme dayalı olarak geliştirilmiştir. ABD'de örnek ebeler ve ebelerden bakım alan kadınlardan oluşan örneklem ile bir Delphi çalışması gerçekleştirilmiştir. Model, üç boyutta temel bir sıralamayı içermektedir. Birinci boyutun sonucu, "terapötikler," belirli durumdaki kadın ve/veya bebeğin optimal sağlığa sahip olmasıdır. İkinci boyutun sonucu, "bakım," kadının ve ailenin saygılı ve güçlendirici sağlık bakımı ve doğum deneyimine sahip olmasıdır. Üçüncü boyutun sonucu, "profesyonel ebelik," ebelik mesleğinin gelişmesidir. Bu üç boyut ve sonuçları, ebelerin niteliklerinin ve özelliklerinin merkezinde bir daireye yerleşmiştir (Kennedy, 2000) (Şekil 2).

Model 3: "Yüksek risk altında ebelik"

Bu model bakım uygulamasına odaklıdır. Doğum sürecinde yüksek risk altında olan kadınlar için ideal ebelik bakımını, neyin oluşturduğunu tanımlamaktadır. Bu model İsveç'te yazarın birincil araştırmacı olarak görev yaptığı ikisi kadınlarla ve biri ebelerle yapılan üç fenomenolojik çalışmanın sentezi yoluyla geliştirilmiştir. Modelin özünü "Gerçek insanlara gerçek, samimi ve içten gelen bakım" oluşturmaktadır. Model "haysiyet-koruyucu

Tablo 1.
Dahil Edilen Modellerin Açıklayıcı Verileri

Modelin Adı	Yazar (yılı)	Ülke	Modelin amacı ve kapsamı	Modelin geliştirilmesi için metod ve veri kaynakları	Modeli destekleyen felsefi fikirler veya profesyonel bilgi
Ebesi olan kadınlar: Dayanışma modeli	Fleming (1998)	Yeni Zelanda ve İskoçya	Amaç: Ebelik uygulamasına yönelik araştırmaya dayalı kavramsal bir model geliştirmek Kapsam: Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem	Gömülü teori yaklaşımı. Veri Toplama: Ebe ve kadın arasındaki etkileşimlerin yapılandırılmamış görüşme ve gözlemleri. Katılımcılar: 250 ebe ve 219 danışan. Birincil veri kaynakları	Tıbbi doğum modelinin reddi
Örnek ebelik uygulaması: Bir delphi çalışmasının sonuçları	Kennedy (2000)	Amerika Birleşik Devletleri	Amaç: Örnek ebelik uygulamalarını tanımlamak Kapsam: gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem	Delphi yöntemi 52 ebe ve 61 bu ebelerden bakım alan kadından oluşan bir örneklem içermektedir. Birincil veri kaynakları	Eleştirel ve feminist teoriler
Yüksek risk altındaki doğum sürecindeki kadınlar için ebelik bakım modeli: Gerçek insanlara gerçek, samimi ve içten gelen bakım	Berg (2005)	İsveç	Amaç: Doğum sürecinde yüksek risk altında olan kadınlar için ideal ebelik bakımı tanımlamak Kapsam: Yüksek risk altında olan kadınlar için ebelik bakımı	Üç nitel görüşme çalışması sentezi gerçekleştirildi. Bunlardan ikisi kadınların karmaşık doğum deneyimlerini ve biri ebelerin yüksek riskli kadınlara bakım deneyimlerini bildirmiştir. İkincil veri kaynakları	Normal süreçte doğum
Kadın merkezli doğum modeli: Kadın merkezli GA	Maputle (2010)	Güney Afrika	Amaç: Doğum sırasında karşılıklı katılımın kolaylaştırılmasında ebelere yardımcı olmak için kullanılacak "kadın merkezli" doğum modeli geliştirmek Kapsam: Doğum	Doğumdan sonraki 24 saat içinde 24 anne ve 12 ebe ile yapılan görüşmeler, katılımcı gözlemleri ve yapılandırılmamış görüşmeyi kapsayan nitel bir tasarım. Birincil veri kaynakları	Güçlendirme ve eşitlikçilik
Ebelik hizmetlerinde iyi ebenin önceliği: Ebelikte profesyonelizmin gelişim teorisi	Halldorsdottir & Karlsdottir (2011)	İzlanda	Amaç: Ebenin profesyonelliğine vurgu yaparak doğum sürecinde kadının güçlendirilmesi üzerine bir teori oluşturmak Kapsam: Doğum süreci	Walker ve Avant'a (2004) göre teori sentezi üç adımdan oluşur. Ebelik ve sağlık hizmetlerinin danışanları olarak kadınların deneyimleriyle ilgili dokuz araştırma, çalışmanın temelini oluşturmuştur. İkincil veri kaynakları	Yetersiz
Kadın merkezli doğum bakımının ebelik modeli: İsveç ve İzlanda doğum ortamlarında	Berg ve ark. (2012)	İsveç ve İzlanda	Amaç: İsveç ve İzlanda'da kadın merkezli doğum bakımı için kanıt dayalı bir ebelik modeli tanımlamak ve geliştirmek Kapsam: Doğum ve doğum sırasında bakım	Daha önce yayınlanmış 12 çalışmadan elde edilen bulgular, sekizi kadınlarla yapılan görüşmelere ve dördü ebelerle yapılan görüşmelere dayanan nitel tasarım kullanılmıştır. İkincil veri kaynakları	Doğum aile içinde gerçekleşen normal bir sosyal olay olarak görülür.

bir ilişki," "kapsamlı bilgi" ve "doğal ve tıbbi perspektifin dengeleyici eylemi" olarak üç bileşeni içermektedir. Her bir bileşen iki ila beş elementi kapsamaktadır (Berg, 2005) (Şekil 3).

Model 4: "Kadın-merkezli GA"

Bu model doğum sırasında karşılıklı katılımın kolaylaştırılmasında ebelere yardımcı olmak için geliştirilmiştir. Danışma, hizmet standartları, değerlendirme, nezaket, bilgi, açıklık ve şeffaflık olan "Batho-Pele ilkelerinin" uygulanması için tasarlanmıştır. Niteliksel bir tasarım kullanılmıştır. Veriler, Güney Afrika'da bir hastanede doğum yapan kadınlar ve ebeleri ile yapılan iki görüşme ve gözlem çalışmasından toplanmıştır.

Bu model karmaşıktır. Model güçlü bir şekilde ilişkilere odaklanmaktadır. Kadın merkezli bakım sağlama süreci üç aşamada gerçekleşir:

1. "Bağımlılık aşaması": Anne ve ebe arasındaki sınırlı karşılıklı katılımı ifade edilen aşamadır.

2. "Karşılıklı bağımlılık aşaması": Karşılıklı katılımı kolaylaştırmaya yönelik stratejileri, kapsayıcı prosedürleri ve dinamikleri içeren aşamadır.
3. "Bağımsızlık aşaması": Bakımın sonuçlarına odaklanan aşamadır.

Doğum ünitesi ve çocuk bağlamında mevcut olan aşamalar arasında dinamik bir ilişki bulunmaktadır (Maputle, 2010) (Şekil 3).

Model 5: "İyi ebenin önceliği"

Bu modelde ebenin profesyonelliği merkezedir. Veriler teori sentez yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Dokuz çalışmadan veriler toplanmıştır. Veriler bir ya da daha fazla araştırmacı tarafından analiz edilmiştir. Yapılan analizler bazen de başka araştırmacılar ile işbirliği yapılarak gözden geçirilmiştir. Çalışma İzlanda, İsveç ve Finlandiya'da yürütülmüştür. Orijinal verilerin çoğu (ikincil analiz sonucu olan bir çalışma dışında) İzlanda'da toplanmıştır. Analizin sonucu olarak iyi ebe olmanın profesyonellizmi beş ana unsurdan

Tablo 2.
Dahil Edilen Modellerin Özellikleri

Modelin adı	Modeli oluşturan ana kavramlar	Modelin oryantasyonu	Modelin önerilen kullanımı
Ebesi olan kadınlar: Dayanışma modeli (Fleming, 1998)	Model, sırasıyla kadınları ve ebeleri temsil eden üç çift olarak altı ana kategoriden oluşur: • Hazır bulunma-mevcut olma • Destekleme-tamamlama • Yansıma-yansıtma Bu kategoriler birlikte, "karşılıklılığın" özünü oluşturur.	İlişki odaklı	Model, ebe-danışan ilişkisinin tamamını kapsar. Hem ebelik eğitimi hem de ebelik uygulaması için uygulanabilirliği vardır
Örnek ebelik uygulaması: Bir delphi çalışmasının sonuçları (Kennedy, 2000)	Model, üç yönlü kavramsal çerçeveden oluşur: Terapötikler • Sonuç: Verildiği durumdaki kadın ve/veya bebeğin optimum sağlığı Bakım • Sonuç: Kadın ve ailesinin sağlık bakımı ya da saygılı ve güçlendirici doğum deneyimine sahip olma Profesyonel ebelik • Sonuç: Ebelik mesleğinin gelişmesi	Sağlık-odaklı Profesyonizm-yönelimli	Model, gelecekteki araştırmalar için bir yapı sağlar.
Yüksek risk altında doğum sürecindeki kadınlar için ebelik bakım modeli: Gerçek insanlara gerçek, samimi ve içten gelen bakım (Berg, 2005)	Genel yapısı üç bileşenden oluşur ve her bileşen birkaç unsur içerir: Haysiyet-koruyucu ilişki • Karşılıklılık/güven/devam eden bir diyalog/ortak sorumluluk/sürekli hazır bulunma Kapsamlı bilgi • Kendine karşı samimiyet/teorik bilgi/pratik bilgi/sezgisel bilgi/yansıtıcı bilgi Doğal ve tıbbi perspektifin dengeleyici eylemi • Normallliği destekleme/gerçek olana duyarlılık gösterme	İlişki odaklı	Model, karşılıklı katılım ve sorumluluk paylaşımını, bilgi paylaşımını ve yetkilendirme fırsatlarının yaratılmasını, açık iletişim ve dinlemeyi, uyumlu ebelik uygulamalarını ve doğum sırasında personel ve ekipman altyapısının en üst düzeye çıkarılmasını kolaylaştıracak kadın merkezli bakım sunumunu geliştirmeyi amaçlamaktadır.
Kadın merkezli doğum modeli: Kadın merkezli GA (Maputle, 2010)	Doğum sırasında kadın-merkezli bakım sağlama süreci üç aşamada gerçekleşir: • 1. Aşama (bağımlılık aşaması) karşılaşmadaki farklılıkları ve benzerlikleri tanımlar • 2. Aşama (karşılıklı bağımlılık aşaması) kolaylaştırmayı geliştirmeye yönelik stratejileri açıklar • 3. Aşama (bağımsızlık aşaması) saygılı ilişki, eşitlik, güç paylaşımı ve sorumluluk, ortaklık, bilgi ve karar alma ve diyalog sağlamayı kapsar	İlişki odaklı	Model, karşılıklı katılım ve sorumluluk paylaşımını, bilgi paylaşımını ve yetkilendirme fırsatlarının yaratılmasını, açık iletişim ve dinlemeyi, uyumlu ebelik uygulamalarını ve doğum sırasında personel ve ekipman altyapısının en üst düzeye çıkarılmasını kolaylaştıracak kadın merkezli bakım sunumunu geliştirmeyi amaçlamaktadır.
Ebelik hizmetlerinde iyi ebenin önceliği: Ebelikte profesyonelizmin gelişim teorisi (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011)	İyi ebe olmanın profesyonellizmi beş ana unsurdan oluşur: • Ebenin profesyonel bakımı • Ebenin profesyonel yeterliliği • Ebenin gelişimi • Ebenin kişilerarası yeterliliği • Ebenin profesyonel bilgeligi	Meslek odaklı	Modelin ebelik eğitimi ve uygulaması için sonuçları var.
Kadın merkezli doğum bakımının ebelik modeli- İsveç ve İzlanda doğum ortamlarında (Berg ve ark., 2012)	Ana bileşenleri iç içe geçmiş beş temadan oluşur. Üçü merkezi ve ikisi temayla çevrilidir. Merkezi temalar: <i>Karşılıklı bir ilişki</i> • Hazır bulunma/onaylama/geçerlilik/katılım <i>Doğum atmosferi</i> • Sakinlik/güven/güçlendirme/normallliği destekleme <i>Temel bilgi</i> • Kadına ilişkin bilgi/kapsamlı bilgi/farklı bilgi türleri Temayla çevrili temalar: Kadın merkezli bakımı kolaylaştırmayı teşvik eden ve engelleyen normları içeren kültürel yapı ve dengeleme eylemi	Bakım odaklı	Model, genel olarak ebelik bakımına ve gebelik, doğum ve doğum sonrası bakım süresince uygulanabilir. Model, günlük ebelik uygulaması için bir rehber olarak kullanılabilir. Model ebelik uygulaması, eğitimi, yönetimi ve araştırması için geniş bir teorik çerçeve fonksiyonu görebilir.

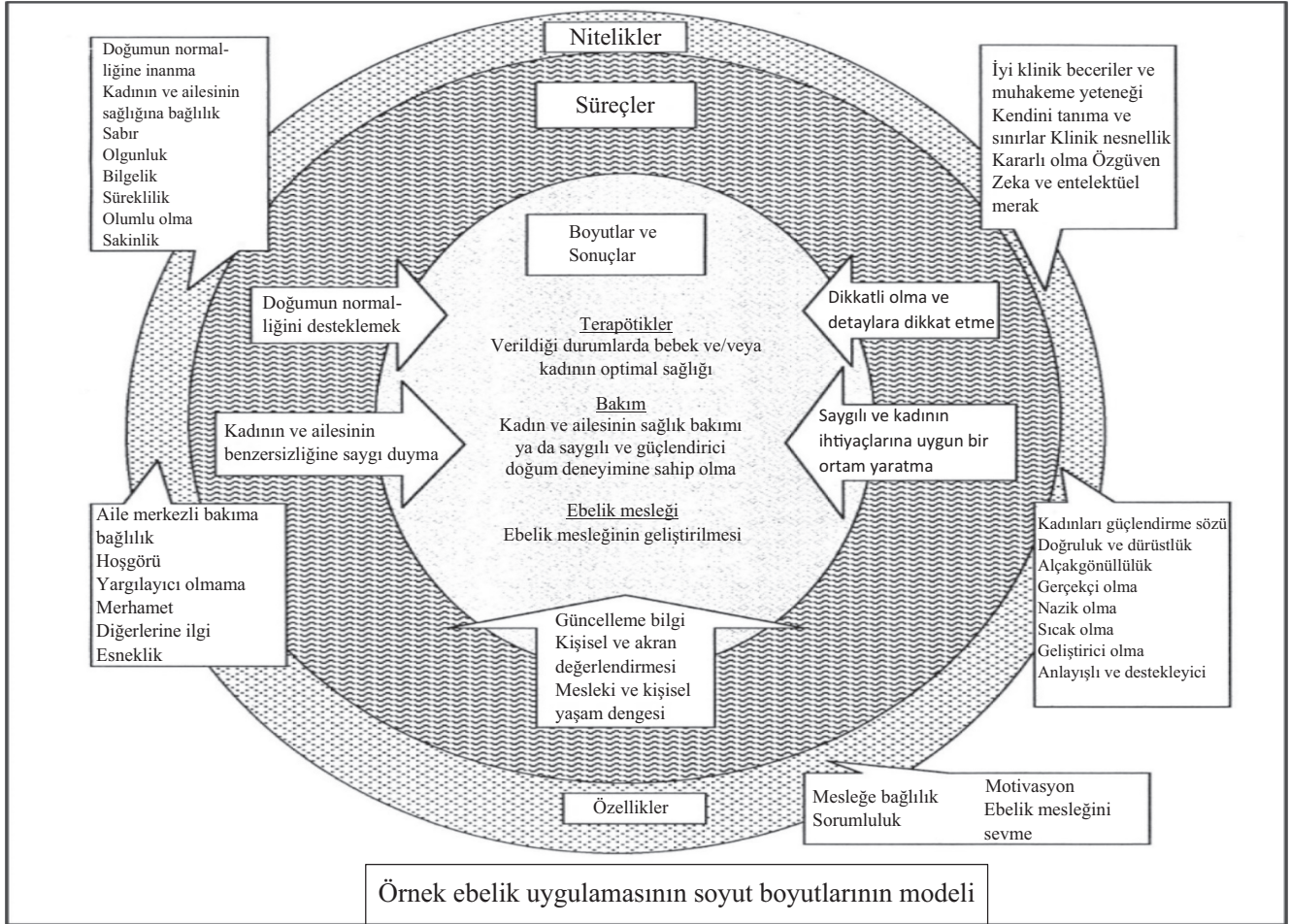
oluşmaktadır. Bunlar "ebenin profesyonel bakımı," "ebenin profesyonel yeterliliği," "ebenin kişilerarası yeterliliği," "ebenin gelişimi" ve "ebenin profesyonel bilgeliği" dir (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011) (Şekil 4).

Model 6: "Kadın-merkezli İskandinav"

Bu model, doğum eylemi ve doğum sırasında ebelik bakım uygulamalarına yöneliktir. Bu model sekizi kadınların ve dördü ebelerin doğum deneyimlerine odaklanan 12 görüşme çalışmasının senteziyle geliştirilmiştir. Bu çalışmalar, üç yazarın biri ya da daha fazlası tarafından, çoğunlukla diğer araştırmacılarla

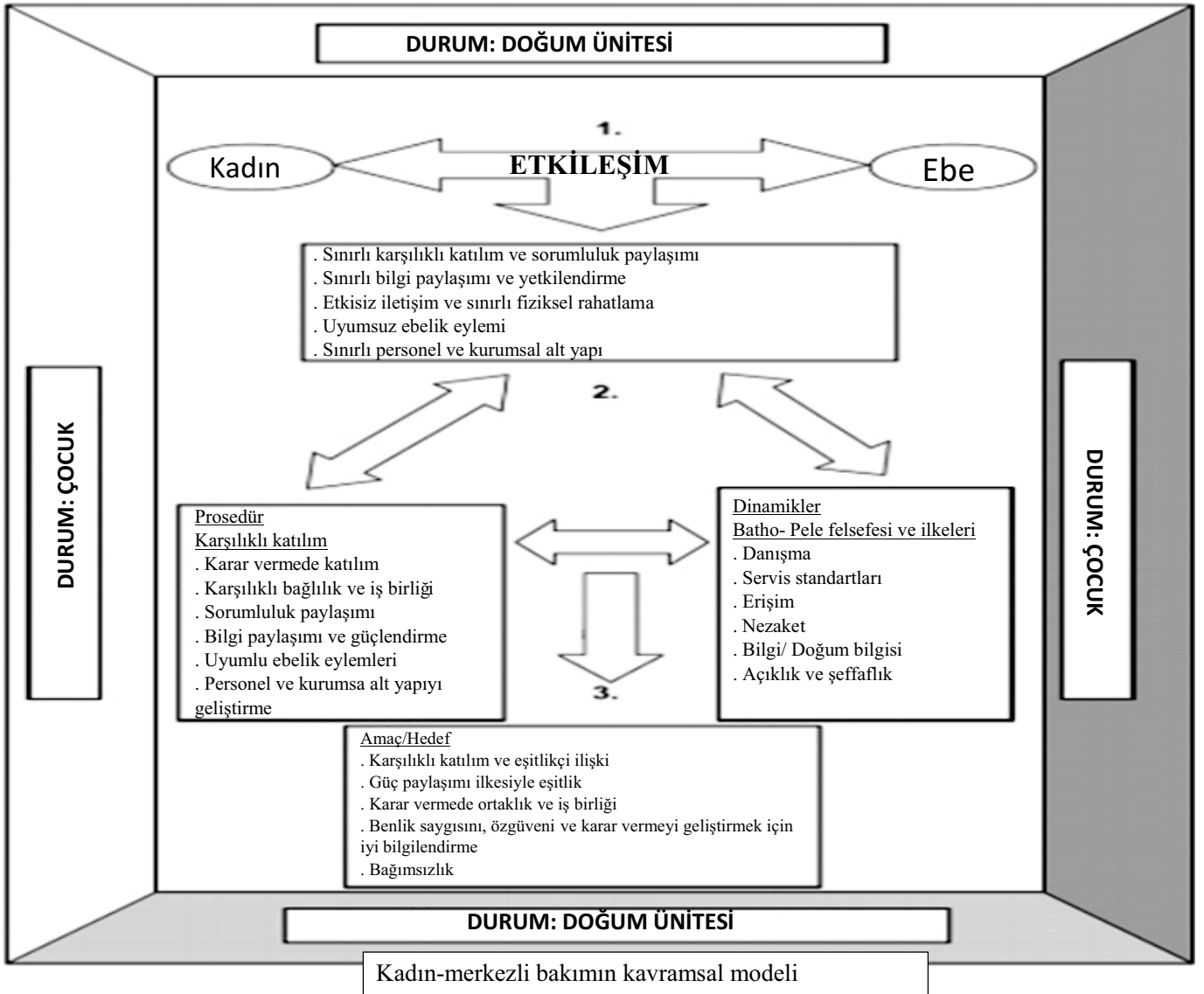
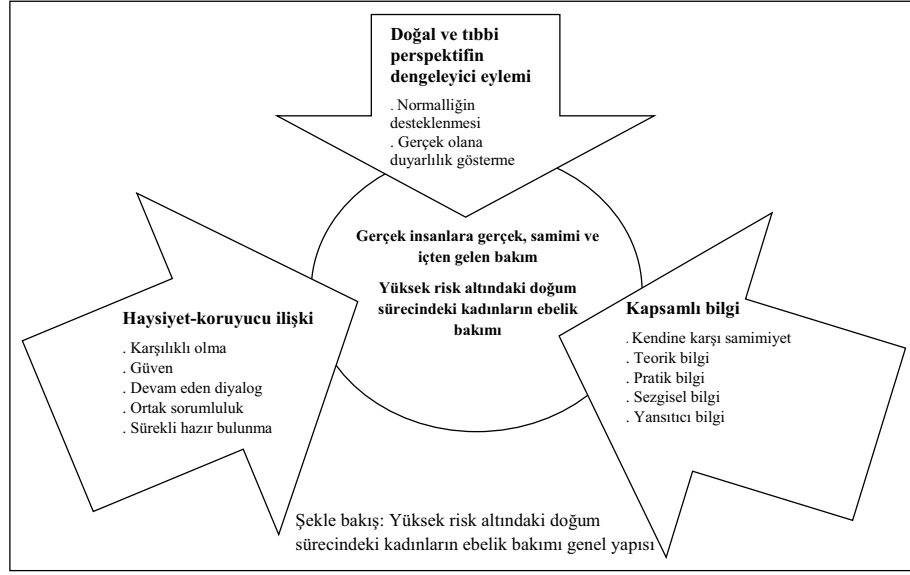
işbirliği içinde yürütülmüştür. Model iç içe geçmiş beş temadan oluşmaktadır. Bu temalardan üçü merkezde ve birbiriyle örtüşüyor durumdadır. Bunlar "karşılıklı ilişki," "doğum atmosferi" ve "temel bilgi" dir. Bunlar iki temayla çevrilidir.

1. Kültürel yapı: Hem teşvik eden hem de engelleyen normları içeren kültürel ortamda bakımın nasıl gerçekleştiğini açıklayan bakımdır.
2. Dengeleme eylemi: Ebelerin kadına yönelik çabalarında nasıl dengeleyici bir eylemde bulunmaları gerektiğini açıklayan bakımdır (Berg ve ark, 2012) (Şekil 4).



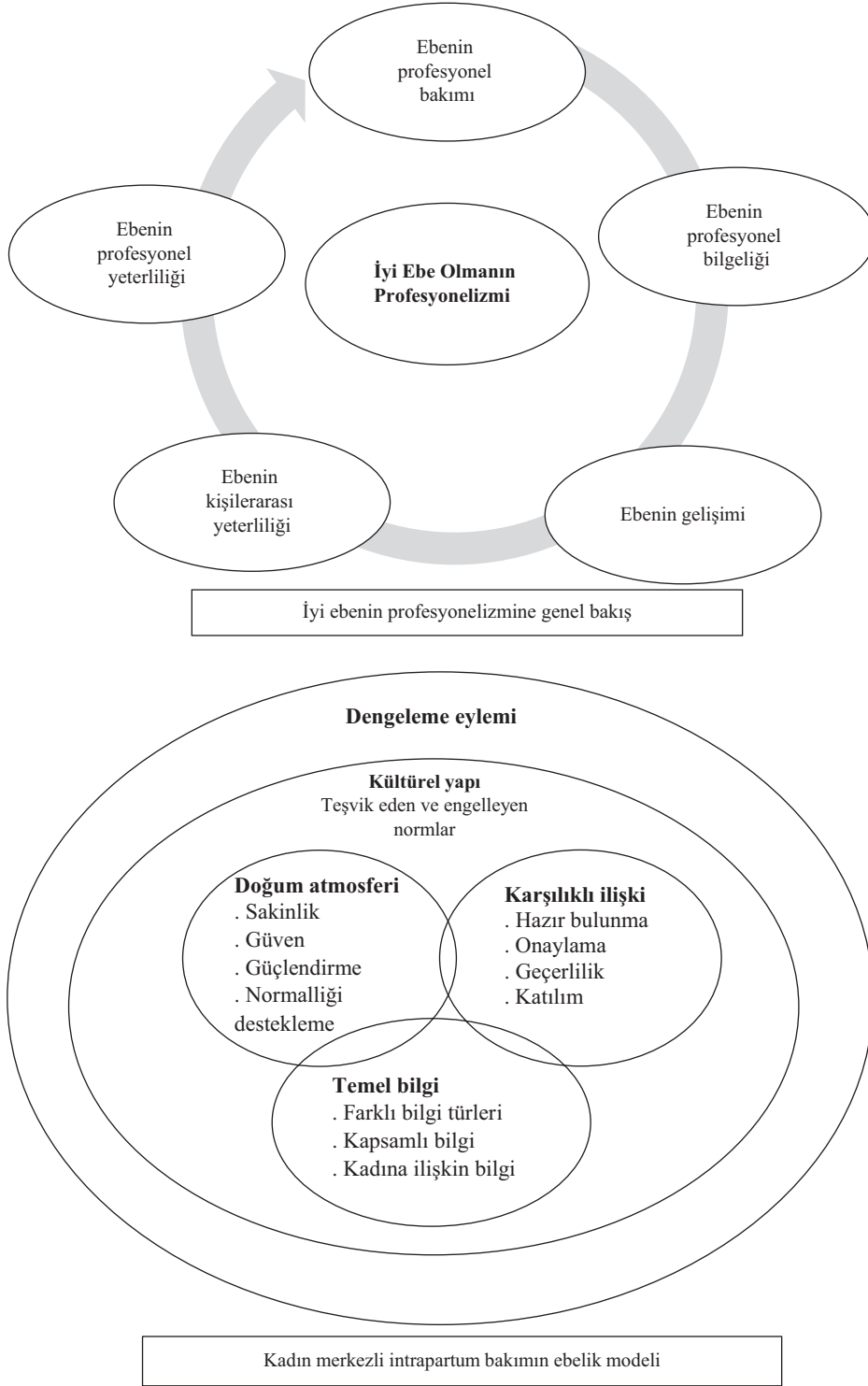
Şekil 2.

Dahil Edilen İki Görsele Genel Bakış (Fleming, 1998; Kennedy, 2000).



Şekil 3.

Dahil Edilen İki Görsel Modele Genel Bakış (Berg, 2005; Maputle, 2010).



Şekil 4.

Dahil Edilen İki Görsel Modele Genel Bakış (Berg ve ark., 2012; Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

Modellerin bileşenlerinin haritalanması

Benzerlikleri ve farklılıkları belirlemek için her modelin merkezi bileşenlerini haritalandırırken referans model olarak en son yayınlanan model olan "kadın-merkezli doğum bakımının ebelik modeli" (Kadın merkezli İskandinav) (Berg ve ark., 2012) seçilmiştir. Diğer modeller, bu referans modele göre ilgili merkezi kavramlar olarak haritalandırılmıştır. Oluşturulan modelleri tanımlamak için kullanılan bileşenlere verilen adlar değişiklik göstermiştir. Bunun

nedeni analizlerde kullanılan nitel yöntemlerin farklı olması ve bazı modellerin önceden tanımlanmış kavramsal çerçevelerden tümdengimsel olarak geliştirilmiş olmasıdır. Ayrıca, bileşenlerin sayısı, bir satır (Women-with midwives: Ebese olan kadınlar) (Fleming, 1998) ile altı satır (Exemplary midwifery practice: Örnek ebelik uygulaması) (Kennedy, 2000) arasında değişmektedir. Tablo 3, modellerin bileşenlerinin haritalanmasına ilişkin bir yapı ve genel bakış sağlamaktadır.

Tablo 3. <i>Modellerin Bileşenlerinin Haritalanması</i>		
Kadın merkezli doğum bakımının ebelik modeli	Yüksek risk altındaki doğum sürecindeki kadınlar için ebelik bakım modeli: Gerçek insanlara gerçek, samimi ve içten gelen bakım	Ebesi olan kadınlar: Dayanışma Modeli^a
Doğum atmosferi • Sakinlik • Güven • Güçlendirme • Normallığı destekleme	Normali destekleme	
Karşılıklı ilişki • Hazır bulunma • Onaylama • Geçerlilik • Katılım	Haysiyet-koruyucu bir ilişki • Karşılıklılık • Güven • Devam eden bir diyalog • Ortak sorumluluk • Sürekli hazır bulunma	Karşılıklı ilişki • Katılım/hazır bulunma • Destekleyici/tamamlayıcı • Yansıma/yansıma
Temel bilgi • Farklı bilgi türleri • Kapsamlı bilgi • Kadına ilişkin bilgi	Kapsamlı bilgi • Kendine karşı samimiyet • Teorik bilgi • Pratik bilgi • Sezgisel bilgi • Yansıtıcı bilgi	
Teşvik eden ve engelleyen normları içeren kültürel yapı		
Dengeleme eylemi	Doğal ve tıbbi perspektiflerin dengelenmesi • Gerçek olana duyarlılık gösterme	
Ebelik hizmetlerinde iyi ebinin önceliği	Örnek ebelik uygulama modeli^b S: Saygılı ve kadının ihtiyaçlarını yansıtıcı bir ortam yaratır./Doğumun normallliğini destekler. N ve Ö: Sakinlik/Doğumun normallğine inanma/Sabır/Güven/Klinik objektiflik/Kararlılık	Kadın merkezli doğum modeli^c Sınırlı fiziksel rahatlatıcı ölçüm → uyumlu ebelik uygulamaları → karar verme
Ebinin kişilerarası yeterliliği	N ve Ö: Kadınları güçlendirme sorumluluğu	Sınırlı karşılıklı katılım ve sorumluluk paylaşımı → katılımcı karar verme → karşılıklı katılım ve eşitlikçi ilişki Sınırlı bilgi paylaşımı ve güçlendiricilik → bilgi paylaşımı ve güçlendirme → güç paylaşımı ilkesi ile eşitlik Etkisiz iletişim → karşılıklı bağlılık ve iş birliği → ortaklık ve iş birliği
Ebinin profesyonel bilgeliği	Örnek ebelik uygulama modeli^b S: Bilgiyi günceller. N ve Ö: Olağanüstü klinik beceriler/Muhakeme/ Kendi bilgisi ve sınırları	Kadın merkezli doğum modeli^c
Ebinin mesleki yeterliliği Ebinin profesyonel bakımı	B: Bakım ÖS: Kadın ve ailenin saygılı ve güçlendirici sağlık bakımı ya da doğum deneyimi var. S: Kadının ve ailenin benzersizliğine saygı/Dikkatli olma ve detaylara dikkat etme N ve Ö: Kadın ve ailenin sağlığına bağlılık/Alçak gönüllülük/Naziklik/Gerçekçilik/Sıcaklık/Anlayış ve destekleyicilik/Başkalarına ilgi/Aile merkezli bakıma ilgi	
Ebinin gelişimi	B: Ebeler mesleği ÖS: Ebeler mesleğinin geliştirilmesi S: Mesleki ve kişisel yaşam dengesi/Kişisel ve akran değerlendirilmesi N ve Ö: Olgunluk/Bilgelik/Sebat/Olumlu bakış açısı/Mesleğe bağlılık/Hesap verebilirlik /Ebeliği sevmek/Zeka ve entelektüel merak/Dürüstlük ve dürüstlüğüne sahip olma/Motivasyon/Hoşgörü/Yargılayıcı olmama/Merhamet	
	B: Terapötikler ÖS: Verilen durumda kadın ve/veya bebeğin optimum sağlığı	
		Sorumluluk paylaşımı → Bağımsızlık/Benlik saygısı- kendini tanımlama- özgüveni geliştirmek için yeterince bilgilendirilme
		Personel ve ekipman altyapısının sınırlılığı → Personel ve ekipman altyapısının en üst düzeye çıkarma

a. Sırasıyla kadınları ve ebeleri temsil eden üç çift olarak oluşturulmuş bileşenler. b. Bileşenler, önceki sonuçlar (ÖS) ile boyutlar (B), sonuçlara ulaşmak için süreçler (S) ve ebinin nitelik ve özellikleri (N ve Ö) arasında ayrım yapar.c. Bileşenler aşağıdakileri içeren süreçler olarak verilmiştir. Başlangıç noktası → Prosedür → Hedef

Aşağıda, referans model temel alınarak benzerlik ve farklılıkların özeti verilmiştir. Referans modelde tanımlanan bileşenler ile başlanmış olup, referans modelde bulunmayan bileşenler ile bitirilmiştir.

Doğum atmosferi: Bu bileşen ya da bir benzeri, dört modelde belirgindir (Örnek ebelik uygulaması, Yüksek risk altında ebelik, Kadın merkezli GA, Kadın merkezli İskandinav) (Berg, 2005; Berg ve ark., 2012; Kennedy, 2000; Maputle, 2010).

Karşılıklı ilişki: Altı modelin tamamı, kadın ve ebe arasındaki ilişkiye dair bir bileşeni ortaya koymaktadır.

Temel bilgi: Bu bileşen ya da benzer anlam dört modelde mevcuttur (Örnek ebelik uygulaması, Yüksek risk altında ebelik, İyi ebenin önceliği, Kadın merkezli İskandinav) (Berg, 2005; Berg ve ark., 2012; Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011; Kennedy, 2000).

Kültürel yapı: Bu bileşen yalnızca referans modelde mevcuttur (Kadın Merkezli İskandinav) (Berg ve ark., 2012).

Dengeleme eylemi: Bu bileşen ya da benzeri, dört modelde belirgindir (Örnek ebelik uygulaması, Yüksek risk altında ebelik, İyi ebenin önceliği, Kadın merkezli İskandinav) (Berg, 2005; Berg ve ark., 2012; Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011; Kennedy, 2000). Ebenin gelişimi ve profesyonelliği iki modelde bulunmaktadır (Örnek ebelik uygulaması, İyi ebenin önceliği) (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011; Kennedy, 2000).

Terapötikler: Amacı anne ve bebeğin optimal sağlığı olan sadece bir model mevcuttur (Örnek ebelik uygulaması) (Kennedy, 2000).

Bir modelde iki süreçsel kavram belirgindir (Kadın merkezli GA) (Maputle, 2010) Bunlardan ilki kadını bağımsızlığa ve gelişmiş özgüvene götüren sorumluluk paylaşım süreci ikincisi personel ve ekipman alt yapısıdır.

Bileşenlerin haritalanması, yalnızca bir modelin aileden bahsettiğini (Örnek ebelik uygulaması) (Kennedy, 2000) ve modellerden hiçbirinin kadının eşinin/partnerinin modelin herhangi bir parçası olarak gösterilmediğini ortaya koymuştur.

Tartışma

Bu çalışmanın amacı, ebelik bakımı için teorik modeller içeren yayınları belirlemek ve bunlara genel bir bakış sağlamaktır. Aşağıda, dahil edilen modellerin özellikleri, modellerin azlığı ve altta yatan salutojen bakış açısı ile ilgili bulgular tartışılmıştır.

Dahil edilen modeller arasındaki benzerlikler ve farklılıklar

Altı model belirlenmiştir. Birçok özellikler bakımından modeller arasında farklılıklar vardır. Modellerin temelini oluşturan felsefi fikirler, onları geliştirmek için kullanılan metodoloji ve karmaşıklık derecesi gibi farklılıklar sayılabilir. Dahil edilen tüm modellerin ebelik bakımı için kanıta dayalı teorik bir temel oluşturmak amacıyla geliştirilmiş modeller olduğu bulunmuştur. Ayrıca bu modellerin hiçbirinin daha önce geliştirilmiş ve yayınlanmış ebelik bakım modellerine dayalı olarak geliştirilmediği saptanmıştır. Bununla birlikte, bileşenlerin haritalanması, modellerin içeriği ve kapsamı aralarındaki birçok farklılığı ortaya çıkarmıştır. İlave olarak, bileşenlerin haritalanması benzerlikleri de ortaya çıkarmıştır. Örneğin altı modelin tamamı kadın ve ebe arasındaki ilişkiyi bir bileşen olarak göstermektedir. Analizlerde, modellerin başlıca dört boyuta yönelik olduğu bulunmuştur. Bunlar; sağlık, bakım, ilişkiler ve ebelik mesleğidir.

Belirlenen altı çalışma İsveç, İzlanda, İskoçya, ABD, Yeni Zelanda ve Güney Afrika ülkelerindedir. Bu ülkelerdeki ebelerin rolü ve statüsünün yanı sıra sağlık bakımının yapısı da değişiklik göstermektedir. Bu nedenle modellerin özellikleri de geliştirildikleri ülkeye göre farklılaşabilir (De Vries ve ark., 2013). İskandinav ülkeleri, Yeni Zelanda ve İskoçya'da ebelik, güçlü görünen, ancak bağımsızlığını sürdürmek için mücadele eden bir meslek gibi görünmektedir. Örneğin, annelik bakımının organizasyonu bu ülkelerin bazılarında bölünmüş görünmektedir. Bu da kadınların gebelikleri boyunca genellikle aynı ebe tarafından izlenmesine rağmen, doğum sırasında ve postpartumda başka bir ebe tarafından bakım sağlanabileceği anlamına gelmektedir. Bu bağlamda, ebelik bakımı için ilişkilere ve ebelik bilgisine vurgu yapmak önemlidir. ABD'de, ülke içinde farklılıklar olmasına rağmen, ebeler genellikle gebelik ve doğum sırasındaki bakımın sadece küçük bir bölümünü sağlamaktadır (Van Teijlingen ve ark., 2008). Bu, model örneğinde vurgulanan bileşenlerin çoğuna dikkat çekerek, Kennedy (1998) tarafından sunulan modelin kapsamlı bir şekilde açıklanmasının nedeni olabilir (Benoit ve ark., 2005). Güney Afrika modeli üçüncü basamak bir hastanede geliştirilmiştir ve merkezde kadını öne çıkarmaktadır. Bu model aynı yazarın kadın-merkezli bakım kavramı analizinin üzerine inşa ettiği bir çalışmadır (Maputle & Hiss, 2013). Modelin geçmişi Güney Afrika'da siyasi bir girişim olan 'Batho-Pele'ye dayanmaktadır. Bu girişim daha iyi hizmet sunumunu temsil etmektedir. Bu, modelin geliştirilme aşamalarının ayrıntılı tanımlanmasını ve özetlediği unsurları açıklayabilir (Maputle, 2010).

Ebe-kadın ilişkisi, altı modelin hepsinde ortak bir odak noktasıdır. İki model özellikle "kadın-merkezli bakımı" öne çıkarmıştır (Berg ve ark., 2012; Maputle, 2010). Kadın-merkezli bakım, bir kavram (Leap, 2009), bir araç, bir çerçeve ve bir felsefe (Fontein Kuipers ve ark., 2018) olarak sunulmuştur. Kadın-merkezli bakım, yüksek kaliteli annelik hizmetleri ile ilişkilidir. Kurumsal dokümanları desteklemektedir. 'Güçlü ebelik, özel odak noktası' dır. Bu nedenle politika dokümanları ve standartları için bir kavramsal çerçeve olarak kullanılmıştır (Fontein Kuipers ve ark., 2018; Leap, 2009). Kadın-merkezli bakım açıkça tanımlanmamıştır. Ancak karşılıklılık, ortak karar verme, bakımın sürekliliği, ilişki ve güçlendirme gibi çeşitli bakım modelleri ve boyutları ile ilişkilendirilmiştir (Fontein Kuipers ve ark., 2018; Leap, 2009). Dolayısıyla bu kavram, dinamik ve karşılıklı ebe-kadın ilişkisiyle yakından bağlantılıdır (Fontein Kuipers ve ark., 2018). Yakın tarihl bir makalede Peters ve arkadaşları ebeliğin anlam ve hedeflerinin hiyerarşik bir modelini geliştirmişlerdir (Peters ve ark., 2020). Bu makale, ebelik bakımının güven temelli bir ilişkiye dayandığını göstermektedir. Ayrıca, ebelerin güvene dayalı bir ilişki kurmak için, bireysel ve kadın-merkezli bakım sağlamaları gerektiğini de raporlamışlardır. Makalede yer alan modellerden sadece ikisi özellikle kadın-merkezli bakım kavramına atıfta bulunsa da (Berg ve ark., 2012; Maputle, 2010), tüm modeller kadın ve ebe arasındaki ikili ilişkiyi göstermektedir. Dahası, modeller kadının özerkliğini desteklemeye ve onu bakım sürecine dahil etmeye odaklanmaktadır. Bu değerler, açıkça kadın-merkezli bakım, salutojen ve doğumun biyopsikososyal modeli ile yakından ilişkilidir (Fontein Kuipers ve ark., 2018). Derlemeye dahil edilen modellerden sadece Kennedy'nin (1998) örnek ebelik uygulaması modeli kadının bebeği, ailesi ya da partneriyle ilgilidir. Leap'in kavram tanımına göre, kadın-merkezli bakım, bebeğin, ailenin ve kadın için önemli olan diğer kişilerin (bu kişiler kadın tarafından tanımlanır) ihtiyaçlarını tanımlamaktadır (Leap, 2009). Leap kadınlar cesaretlendirildiğinde, ailelerini ve toplumlarını güçlendirme potansiyeline sahip olduklarını

savunmaktadır. Bazıları aileye, partnere ve çocuğa yetersiz yönelmenin daha fazla dikkat gerektirdiğini ve bu unsurların teorie dahil edilmesi gerektiğini savunmaktadırlar (Fontein Kuipers ve ark., 2018; Peters ve ark., 2020). Hatta Carolan ve Hodnett (2007), kadın-merkezli bakım kavramının kadının partnerini ve ailesini dışladığını ifade etmeye çalışmaktadırlar.

Modellerin azlığı

Yalnızca altı çalışmanın dahil edilmeye uygun olduğu bulunmuştur. Bu sayının azlığı, ebeliğin genel olarak çok uzun bir geçmişe sahip olmasına rağmen, annelik bakım alanında araştırma yapma, bilgi ve teori geliştirme söz konusu olduğunda, kısa bir geçmişe sahip olduğu gerçeğiyle ilgili olabilir. Ebelik, uygulamalı işler yapan bir meslek olarak görülmüştür. Avrupa'da ebelik araştırmalarının gelişimi, 1980 ve 1990'larda İngilizce konuşulan ülkelerde (Vermeulen ve ark., 2019) başlamıştır. 2010 gibi geç bir tarihe kadar, "ebelik" terimi ilgili veri tabanlarının çoğunda MeSH ya da konu başlığı bulunmamaktadır (Bryar & Sinclair 2011). Bu durumun nedenlerinden biri, bakımı organize etme yollarının tanımlarının geniş olmamasıdır. Bir diğeri ise, sistematik ve bilimsel gelişmeye dayalı teorik modellerin eksikliği olabilir. Bu eksiklik, Kaliteli Anne ve Yenidoğan Bakımın (QMNC: Quality Maternal and Newborn Care) kavramsal çerçevesinin tanımlanmasından sonra yapılan araştırmalarla öne çıkarılmıştır (Renfrew ve ark., 2014). QMNC kavramsal çerçevesiyle ilişkili olarak ebelerin önderlik ettiği antenatal bakım modellerinin haritalandırılmıştır. Sonuçta ebelerin bakımla ilgili temel değerleri ve felsefeleri yetersiz olduğu rapor edilirken, bakım yönetiminin en iyi tanımlanan bileşeni olduğu rapor edilmiştir (Symon ve ark., 2016). Aynı görüşün yalnızca antenatal bakım modelleri için değil, aynı zamanda annelik dönemi sırasındaki tüm bakım modelleriyle de ilgili olduğuna inanmak kaçınılmazdır.

Sağlığa odaklı olma perspektif

Modellerin birçoğu, doğumla ilgili riskleri engelleyen durumlardan çok sağlığı kolaylaştıran durumlara odaklıdır. Örneğin doğumun normallığı, mevcudiyet, kişilerarası yetkinlikler ve güç paylaşımı ya da güçlenme gibi terimlerin altını çizen modellerin hedeflerinde ve ideallerinde ifade edilmektedir. Bu birkaç örnek (doğumun normallığı), annelik hizmetlerinin tıbbi modellerinde de kısmen belirtilmektedir. Sağlığı kolaylaştırma, sınırları belirlenmiş riskleri engellemekten daha karmaşık bir görevdir. Modeller bu görevi yansıtıyor gibi görünmektedir. Tüm modeller çok yönlüdür. Modeller tek yönlü olma eğiliminde olup riskten kaçınmak yerine, bakım modelindeki karmaşıklığı dahil etmeye çalışmaktadırlar (Conrad, 2007). Bu "hiçbir şeyi iyi yapmama sanatını" vurgulayan Kennedy (1998) örneğindeki gibi, birçok çalışmada da detaylandırılmıştır (Kennedy, 1998). Lancet'in anne sağlığı ile ilgili serilerinde (Cesciha & Horton, 2016)) de karşılaştırılabilir bir ifade olarak karşımıza çıkmaktadır. Lancet iyi kaliteli annelik bakımının "ne çok fazla, ne de çok az, ne çok erken, ne de çok geç" olması gerektiğini vurgulamaktadır (Miller ve ark., 2016). Bu nedenle, modellerin gelişiminin altında başlıca sağlığa odaklı yaklaşım eğiliminin var olduğu görünmektedir (Lindstrom ve ark., 2017). Bu, doğrusal bir süreç olarak sağlık bakım sisteminde yaklaşımların üstesinden gelen karmaşıklık teorisi ile uyumludur. Karmaşıklık teorisinin taksonomisi, belirli tekniklerin ve prosedürlerin geniş çapta nasıl benimsendiğini daha iyi anlamak için geliştirilmiştir (Nieuwenhuijze ve ark, 2015).

Metodolojik varsayımlar

Bu derleme geniş kapsamlıdır. Derleme, bakım ya da hizmet sağlamaya yönelik modelleri dahil edip sadece genel bir bakış

sunmamıştır. Bilimsel ve sistematik bir şekilde geliştirilen ebelik bakımı teorik modellerinin haritalandırılması amaçlanmıştır. Ebelik bakımı modellerini tanımlamak için kullanılan farklı terimlerin anlamları konusunda bir fikir birliği olmadığı için literatür taramaları kapsamlı gerçekleştirilmiştir. Deneyimli bir kütüphanecinin rehberliğinde kapsamlı bir şekilde literatür taraması yapılmıştır. Buna rağmen, tarama terimlerinin seçimi ve dahil edilme kriterleri karşılamamış olabilir. Dokuz veri tabanının kullanılması, geniş bir makale listesi sağlamıştır. Gri literatür eklenmemiştir. İlave makale için elle dergi araması yapılmamıştır. Ancak çalışmaya dahil edilen makalelerin referans listeleri taranmıştır.

Dört farklı ülkede ikamet eden bir grup araştırmacı olarak, tarama sürecinde verimli ve eşzamanlı çalışma sağlanabilmesi için referans yönetim yazılımından faydalanılmıştır. Yazılım programının tam metin incelemesinden önce sadece bir taramaya izin vermesi ve uygunluk kriterlerinin seçim sürecinde belirlenmesi çalışmanın güçlükleri arasında sayılabilir. Yazarlardan biri (MB) dahil edilen iki makalenin ilk yazarıdır. Tarama sürecinde etkilenme olmaması için ekibin diğer üyelerinin bu iki belge hakkında kararlar almasını sağlayacak şekilde düzenleme yapılmıştır.

Ön yargılarımızın araştırmayı etkileyebilme olasılığı bulunmaktadır. Bias riskini azaltmaya yönelik olarak, analiz işbirliği içinde gerçekleştirilmiştir. Modelin anlaşılması zor olan kavramları ya da bölümleriyle ilgili olarak tartışmalar sağlanmıştır.

Haritalama derlemeleri genellikle kalite değerlendirme sürecini içermemektedir. Sonuç olarak, dahil edilen makaleler değerlendirilmemiş ya da puanlanmamıştır. Ancak makalelerin kalitesi bir dereceye kadar farklılık göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmanın amacı, ebelik bakımı için teorik modeller içeren yayınları belirlemek ve bunlara genel bir bakış sağlamaktır. Tarama, değerlendirme, sentez ve analizden oluşan dört ana aşama aracılığıyla kavram yapısı sistematik olarak belirlenmiştir. İsveç, İzlanda, İskoçya, ABD, Yeni Zelanda ve Güney Afrika kaynaklı altı model çalışmaya dahil edilmiştir. Dahil edilen modeller hem ortak hem de farklı içeriklerinden oluşmaktadır. Tüm modellerde öne çıkan en belirgin özellik kadın ve ebe arasındaki ilişkidir. Bu özellik, ebelik bakımının bireysel ve kadın-merkezli olması gerektiğine dair ortak bir temele dayalı inanç olarak yorumlanmaktadır. İlave olarak, bakımın risk engellemekten çok sağlığı kolaylaştırmaya yönelik olmasına vurgu yapmaktadır. Bu bağlamda, model eğilimlerinin salutojenik yaklaşıma yönelik olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak, epistemolojik olarak desteklenmeyen bakım yönetim uygulamalarının birçok tanımı mevcuttur. Ancak, epistemolojik olarak ebelik bakımı teorik modelleri ile ilgili veriler yetersizdir. Bunun nedeni, ebelik bakımı alanındaki bilimsel teori-geliştirmenin eksikliği ve bunun yakın tarihliliği bir geçmişe sahip oluşu olabilir. Ebelik, uygulamalı işler yapan bir meslek olarak görülmektedir. Bulgulara ve analize dayalı olarak ebelik mesleğini korumak (sağlığa yönelik olma, kadın ve ilişki merkezli yaklaşımlar gibi) için sağlam bir teorik bilgi tabanına gereksinim bulunmaktadır. Bu nedenle, ebelik bakımı için teorik modellerin geliştirilmesine yönelik daha fazla araştırmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir – A.A.T., Z.K.; Tasarım – A.A.T., Z.K.; Denetleme – A.A.T., Z.K.; Kaynaklar – A.A.T., Z.K.; Malzemeler – A.A.T., Z.K.; Veri Toplanması ve/veya İşlenmesi – A.A.T., Z.K.; Analiz ve/veya Yorum – A.A.T., Z.K.; Literatür

Taraması – A.A.T., Z.K.; Yazıyı Yazan – A.A.T., Z.K.; Eleştirel İnceleme – A.A.T., Z.K.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept – A.A.T., Z.K.; Design – A.A.T., Z.K.; Supervision – A.A.T., Z.K.; Resources – A.A.T., Z.K.; Materials – A.A.T., Z.K.; Data Collection and/or Processing – A.A.T., Z.K.; Analysis and/or Interpretation – A.A.T., Z.K.; Literature Search – A.A.T., Z.K.; Writing Manuscript – A.A.T., Z.K.; Critical Review – A.A.T., Z.K.; Other – A.A.T., Z.K.

Declaration of Interests: The authors declare that they have no competing interest.

Funding: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

- Benoit, C., Wrede, S., Bourgeault, I., Sandall, J., De Vries, R., & van Teijlingen, E. R. (2005). Understanding the social organisation of maternity care systems: Midwifery as a touchstone. *Sociology of Health and Illness*, 27(6), 722–737. [CrossRef]
- Berg, M. (2005). A midwifery model of care for childbearing women at high risk: Genuine caring in caring for the genuine. *Journal of Perinatal Education*, 14(1), 9–21. [CrossRef]
- Berg, M., Asta Ólafsdóttir, O., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 3(2), 79–87. [CrossRef]
- Booth, A., Sutton, A., & Papaioannou, D. (2016). *Systematic approaches to a successful literature review*. Sage.
- Bryar, R. M., & Sinclair, M. (Eds) (2011). *Theory for midwifery practice*. Palgrave Macmillan.
- Bryar, R., & Sinclair, M. (2011). Midwifery theory development. In R. Bryar & M. Sinclair (Eds.), *Theory for midwifery practice*. Palgrave Macmillan.
- Carolan, M., & Hodnett, E. (2007). 'With woman' philosophy: Examining the evidence, answering the questions. *Nursing Inquiry*, 14(2), 140–152. [CrossRef]
- Ceschia, A., & Horton, R. (2016). Maternal health: Time for a radical reappraisal. *Lancet*, 388(10056), 2064–2066. [CrossRef]
- Church, S., Frith, L., Balaam, M. C., Berg, M., Smith, V., van der Walt, C., & van Teijlingen, E. (2017). *New thinking on improving maternity care: International perspectives*. Pinter & Martin.
- Comaroff, J. (1977). Conflicting paradigms of pregnancy: Managing ambiguity in antenatal encounters. In A. Davis & B. Horobin (Eds.), *Medical encounters: The experience of illness and treatment*. Croom Helm.
- Conrad, P. (2020). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Johns Hopkins University Press; 2007. <https://ebookcentral.proquest-com.ezproxy.hioa.no/lib/hioa/detail.action?docID=3318347>.
- Cragin, L. (2004). The theoretical basis for nurse-midwifery practice in the United States: A critical analysis of three theories. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49(5), 381–389. [CrossRef]
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(Suppl.), S5–S23. [CrossRef]
- De Vries, R., Nieuwenhuijze, M., Buitendijk, S. E., & Members of Midwifery Science Work Group (2013). What does it take to have a strong and independent profession of midwifery? Lessons from the Netherlands. *Midwifery*, 29(10), 1122–1128. [CrossRef]
- Fleming, V. E. (1998). Women-with-midwives: A model of interdependence. *Midwifery*, 14(3), 137–143. [CrossRef]
- Fontein-Kuipers, Y., de Groot, R., & van Staa, A. (2018). Woman centered care 2.0: Bringing the concept into focus. *European Journal of Midwifery*, 2(May), 5. [CrossRef]
- Gottfredsdóttir, H., Nieuwenhuijze, M., & Frith, L. (2017). Fetal screening in three countries for a complexity theory perspective. In S. Church, L. Frith, M. C. Balaam, et al. (Eds.), *New thinking on maternity care: International perspectives*. Pinter & Martin.
- Gough, D. A., Oliver, S., & Thomas, J. (2017). *An introduction to systematic reviews*. Sage.
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), 91–108. [CrossRef]
- Halldorsdóttir, S., & Karlsdóttir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: An evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 806–817. [CrossRef]
- International Confederation of Midwives (2020). Philosophy and model of MidwiferyCare. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitionsfiles/2018/06/eng-philosophy-and-model-ofmidwifery-care.pdf>. Published 2014.
- Kannampallil, T. G., Schauer, G. F., Cohen, T., & Patel, V. L. (2011). Considering complexity in healthcare systems. *Journal of Biomedical Informatics*, 44(6), 943–947. [CrossRef]
- Kennedy, H. P. (2000). A model of exemplary midwifery practice: Results of a delphi study. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 45(1), 4–19. [CrossRef]
- Kennedy, H. P., Cheyney, M., Dahlen, H. G., Downe, S., Foureur, M. J., Homer, C. S. E., Jefford, E., McFadden, A., Michel-Schuldt, M., Sandall, J., Sol-tani, H., Speciale, A. M., Stevens, J., Vedam, S., & Renfrew, M. J. (2018). Asking different questions: A call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. *Birth*, 45(3), 222–231. [CrossRef]
- Leap, N. (2009). Woman-centred or women-centred care: Does it matter? *British Journal of Midwifery*, 17(1), 12–16. [CrossRef]
- Lindstrom, B., Berg, M., Meier Magistretti, C., Perez-Botella, M., & Downe, S. (2017). The salutogenic approach to maternity care: From theory to practice and research. In S. Church, L. Frith, M. C. Balaam, et al. (Eds.), *New perspectives on improving maternity care: International perspectives*. Pinter & Martin.
- Lundgren, I., & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 220–228. [CrossRef]
- MacKenzie Bryers, H., & van Teijlingen, E. (2010). Risk, theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*, 26(5), 488–496. [CrossRef]
- Maputle, M. S. (2010). A woman-centred childbirth model. *Health SA Gesondheid*, 15(1), 28–35. [CrossRef]
- Maputle, M. S., & Hiss, D. (2013). Woman-centred care in childbirth: A concept analysis (Part 1): original research. *Curationis*, 36(1), 1–8. [CrossRef]
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciappon, A., Colaci, D., Comande, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C. P., Vicky Nogueira Pileggi'nin fotoğrafi, Robinson, N., Kaykayci, M., Paulo Souza, J., Vogel, J. S., & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176–2192. [CrossRef]
- Nieuwenhuijze, M., Downe, S., Gottfredsdóttir, H., Rijnders, M., Du Preez, A., & Vaz Rebelo, P. (2015). Taxonomy for complexity theory in the context of maternity care. *Midwifery*, 31(9), 834–843. [CrossRef]
- Noblit, G., & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies*. Sage.
- Nove, A., Hoop-Bender, P. T., Moyo, N. T., & Bokosi, M. (2018). The Midwifery services framework: What is it, and why is it needed? *Midwifery*, 57, 54–58. [CrossRef]
- Peters, M., Kolip, P., & Schäfers, R. (2020). A theory of the aims and objectives of midwifery practice: A theory synthesis. *Midwifery*, 84, 102653. [CrossRef]
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th edn). Wolters Kluwer.

- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: Findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*, 384(9948), 1129–1145. [\[CrossRef\]](#)
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD004667. [\[CrossRef\]](#)
- Shahhosseini, Z., Gardeshi, Z. H., Valukolaee, M. H., & Khermandichali, F. Y. (2017). 166: Continuous Midwifery led care compared to other models: An Evidence based journal club (vol. 7, no. Suppl 1). BMJ Publishing Group. [\[CrossRef\]](#)
- Sturmberg, J. P. (2018). Embracing complexity in health and health care—Translating a way of thinking into a way of acting. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24(3), 598–599. [\[CrossRef\]](#)
- Sturmberg, J. P., & Martin, C. M. (2009). Complexity and health – Yesterday's traditions, tomorrow's future. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(3), 543–548. [\[CrossRef\]](#)
- Symon, A., Pringle, J., Cheyne, H., Downe, S., Hundley, V., Lee, E., Lynn, F., McFadden, A., McNeill, J., Renfrew, M. J., Ross-Davie, M., van Teijlingen, E., Whitford, H., & Alderdice, F. (2016). Midwifery-led antenatal care models: Mapping a systematic review to an evidence-based quality framework to identify key components and characteristics of care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 168. [\[CrossRef\]](#)
- ten Hoope-Bender, P., de Bernis, L., Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H., Homer, C. S., Kennedy, H. P., Matthews, Z., McFadden, A., Renfrew, M. J., & Van Lerberghe, W. (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet*, 384(9949), 1226–1235. [\[CrossRef\]](#)
- van Teijlingen, E., Wrede, S., Benoit, C., Sandall, J., & DeVries, R. (2008). Born in the USA: Exceptionalism in maternity care organisation among high-income countries. *Sociological Research Online*, 14(1), 52. [\[CrossRef\]](#)
- Vermeulen, J., Luyben, A., O'Connell, R., Gillen, P., Escuriet, R., & Fleming, V. (2019). Failure or progress?: The current state of the professionalisation of midwifery in Europe. *European Journal of Midwifery*, 3(December), 22. [\[CrossRef\]](#)
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2019). *Strategies for theory construction in nursing*. Pearson.
- Walsh, D. (2008). Promoting normal birth: Weighing the evidence. In S. Downe (Ed.), *Normal childbirth - Evidence and debate*. Churchill Livingstone.
- World Health Organization (2020). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experiences. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. Published July 9, 2018.

Extended Abstract

Objective: According to the World Health Organization, midwives are people who provide evidence-based birth care. Midwives are competent in facilitating normalization in this care. There are some theoretical models that reflect the care practices of midwives. However, it is seen that these models are mostly related to maternity care and organizational structure. These models appear to be epistemologically incomplete. Maternity care before pregnancy, pregnancy, childbirth and postpartum and transition to parenthood includes both midwifery models and medical models. This care depends on the practice of different health professionals and the different epistemological statutes that offer scientific practice. Models may need to have epistemology to make care valuable and to make care approaches visible. The purpose of this article is to identify publications on theoretical models in midwifery care and to provide an overview of these publications.

Methods: This study was carried out as a mapping compilation. Maps and categorizes the available literature on a particular subject. It does further compilation and basic research. It is used to identify gaps in the literature. The main types of literature review are classified according to the four critical concepts of Screening, Evaluation, Synthesis and Analysis. The screening phase is comprehensive and systematic. The evaluation phase is limited to the mapping and classification of the available literature, often no quality assessment is available. The synthesis phase focuses on the graphical and tabular visualization of the data. Inclusion and exclusion criteria are predetermined. These criteria have been further developed with the separation process. There is no time limit on scans. The screening strategy was designed and developed with the help of an expert librarian. In May 2018, a comprehensive search was conducted including the keywords midwife/midwifery, model/theory/framework, nursing models/nursing theory, and woman-centered care. The search was conducted in the MEDLINE, CINAHL, and Maternity and Infant Care databases. We determined the study's purpose, keywords, and inclusion/exclusion criteria prior to a systematic search in September 2018. Ovid MEDLINE (R), Ovid Nursing, PsycINFO, Cinahl, Trials (Cochrane Library), Maternity & Baby Care, Academic, Scopus, and Web of Science databases are included. Keywords included various terms used to describe midwifery models and care. The language is restricted to include writing in English, Danish, French, German, Icelandic and Norwegian. In total, 11132 records were identified. The scan results were transferred to a reference manager software (EndNote) and after the duplicates were removed, 5449 titles remained. When these records were imported into the systematic review management software, an additional 55 duplicate records were extracted and the remaining 5394 records were analyzed in title and abstract. The review process was done in the compilation software management Covidence. Titles and abstracts were randomized and distributed to the review team of six authors. From each article, data such as authors and year of publication, place of study, name of the model, purpose of the model, methodology behind the development of the model, philosophical ideas underlying the model, definition of the concepts on which the model was built, scope of the model, and suggested use of the model were extracted. Finally, it is noted whether there is a sample of the model.

Results: Six models from six articles published in different parts of the world were included in the study. The included models were developed using different methodologies (methods). These models have different philosophical underpinnings and some complexity. Some features of these models are similar to each other. The most distinctive feature of these models is the first feature of the midwife-woman relationship, the second being woman-centered, and the third being salutogen in care (focusing on the causes of health). The six publications included describe six models. These; Women with midwives: Women-withmidwives, Exemplary midwifery practice: Exemplar midwifery practice, High-risk midwifery: Midwifery care model for women in high-risk labor: Real, sincere and heartfelt to real people Midwifery at high risk, Woman-centred South Africa: Woman-centred birth model (Woman-centred South Africa), Priority of good midwife: Priority of good midwife in midwifery services: The primacy of the good midwife in midwifery Scandinavian-centered: The midwifery model of female-centred maternity care is defined as the Swedish and Icelandic birth settings (Womancentred Nordic).

Conclusion: There are differences between models in terms of many features. There are differences such as the philosophical ideas that form the basis of the models, the methodology used to develop them, and the degree of complexity. All included models were found to be models developed to provide an evidence-based theoretical basis for midwifery care. In addition, it was determined that none of these models were developed based on previously developed and published midwifery care models. However, the mapping of components, the content and scope of the models has revealed many differences between them. In addition, the mapping of the components revealed similarities. For example, all six models show the relationship between woman and midwife as a component. In the analyzes, it was found that the models were for four main dimensions. These; health, care, relationships and midwifery profession. The midwife-woman relationship is a common focus in all six models. Only six studies were found to be eligible for inclusion. The low number may be related to the fact that midwifery in general has a very long history, but a short history when it comes to research, knowledge and theory development in the field of maternity care. As a result, there are many definitions of care management practices that are not epistemologically supported. However, epistemologically, data on theoretical models of midwifery care are insufficient. This may be due to the lack of scientific theory development in the field of midwifery care and its recent history. Midwifery is seen as a profession that does practical work. A solid theoretical knowledge base is needed to protect the midwifery profession (such as health-oriented, woman- and relationship-centered approaches) based on findings and analysis. Therefore, more research is needed to develop theoretical models for midwifery care.

Acknowledgement of Reviewers

Dear readers,

Our reviewers perform very important and precious role in the evaluation of the scientific articles, make valuable contributions to the increasing quality and the rising at an international level of the Journal of Midwifery and Health Sciences.

Editorial Board would like to thank all the reviewers that are listed below for their support in Journal of Midwifery and Health Sciences in 2023.

Afife Yurttaş	Esra Güney	Niahl Bayram
Arzu Karabağ Aydın	Esra Karataş Okyay	Nurbanu Odacı
Aslı Eker	Esra Sarı	Nurdan Kaya Yılmaz
Aslı Er Korucu	Faruk Caner Yam	Nursel Alp Dal
Ayça Şolt Kirca	Fatma Deniz Sayiner	Oğuz Işık
Ayfer Eser	Fatma Saban	Özlem Koç
Aysel Bülez	Feyza Aktaş Reyhan	Papatya Karakurt
Aysu Yıldız Karaahmet	Figen Alp Yılmaz	Ramazan Erdem
Aysun Ekşioğlu	Filiz Aslantekin Özçoban	Resmiye Özdilek
Ayşe Çataloluk	Fulya Gökdemir	Reva Balcı Akpınar
Ayşe Gürol	Funda Kavak	Reyhan Aydın Doğan
Ayşegül Dönmez	Funda Özdemir	Selda İldan Çalım
Ayşegül Durmaz	Gamze Fışkın Siyahtaş	Selda Yörük
Aytül Hadımlı	Ganime Can Gür	Serap Öner
Betül Mamadov	Gözde Küğcümen	Serdar Eler
Bihter Akın	Guldane Damla Kaya	Seval Ağaçdiken Alkan
Birsen Karaca Saydam	Gülçin Avşar	Sevda Korkut Öksüz
Burcu Avcıbay	Gülsüm Ayran	Sevil Yılmaz
Burcu Küçükkaya	Gülsüm Gündoğdu	Sevinç Köse Tuncer
Burcu Tuncer Yılmaz	Hacer Ünver	Sibel Küçükoğlu
Büşra Cesur	Hale Uyar Hazar	Sinan Koçyiğit
Büşra Cesur	Hasan Doğan	Songül Aktaş
Candan Ersanlı	Hemanta Saikia	Sümeyye Altıparmak
Cantürk Çapık	Hüsniye Dinç Kaya	Sümeyye Bal
Deniz Eren	Kamile Akça	Şule Bilgiç
Dilek Coşkun Potur	Kamile Altuntuğ	Tuğçe Sönmez
Dilek Kaloğlu	Mahide Demirelöz Akyüz	Türkan Kadiroğlu
Dilek Küçük Alemdar	Mehmet Sağlam	Ummahan Yücel
Döndü Batkın Ertürk	Meltem Demirgöz Bal	Yasemin Hamıacı Başkaya
Ebru Gözüyeşil	Menekşe Nazlı Aker	Yuni Kusmiyati
Ebru Sönmez Sarı	Merve Lazoğlu	Zekiye Karaçam
Ece Yazla	Mesude Uluşen	Zümrüt Yılar Erkek
Elif Kant	Neriman Güdücü	
Elita Vasra	Neriman Zengin	

