





Gebelikteki Şiddetin Maternal-Fetal Etkileri

 Duygu SEZGİN¹

 Handan ÖZCAN¹

Maternal-Fetal Effects of Violence in Pregnancy

Özet

Kadına yönelik şiddet yaygınlığı ve sonuçları nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu ve bir insan hakları ihlalidir. Dünyada her beş kadından biri eşleri veya partnerleri tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete, her üç kadından biri de herhangi bir şiddet türüne maruz kalmaktadır. Türkiye’de kadına yönelik şiddet verileri incelendiğinde, evli kadınların %26-57’sinin fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Kadının gebelik döneminde de şiddete maruz kalmasının önemli maternal-fetal sağlık sonuçları mevcuttur. Maternal etkileri; doğum öncesi kanama, madde kullanımının artması, depresyon, anksiyete, gebeliğin sonlandırılması, sezaryen, preeklampsi, gestasyonel diyabet olup, kadına yönelik şiddet yüksek mortalite ve morbidite oranları ile ilişkilidir. Fetal etkileri ise; preterm doğum, düşük doğum ağırlıklı fetüs, intrauterin gelişim geriliği, plasental anomaliler, zihinsel gelişim geriliği, yaralanmalar ve yüksek neonatal mortalite olarak sıralanmaktadır. Özellikle kadınların gebelik döneminde aldıkları sağlık hizmetlerinde bire bir bakım, danışmanlık, takip ve tedavi yapan sağlık personelinin iyi bir gözlem yapması ve şiddete uğrayan gebeleri tespit etmesi gerekmektedir. Vaka tespitinde gerekli kurumlar ile iş birliği yapılarak annenin ve bebeğinin sağlığının kontrol altına alınması, şiddetin önlenmesi önemlidir. Bu kapsamda da ebelik ve hemşirelik hizmetleri şiddetin tanımlanmasında, izlem ve bakımda önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, gebelik, hemşirelik, kadına yönelik şiddet.

Abstract

Violence against women is an important public health problem and a human rights violation due to its prevalence and consequences. One out of every five women in the world is exposed to physical and/or sexual violence by their partners, and one out of every three women is exposed to any type of violence. In Turkey, 26-57% of married women are exposed to physical or sexual violence. There are important maternal-fetal health consequences of exposing women to violence during pregnancy. Firstly, violence in pregnancy is associated with high maternal and fetal / neonatal mortality and morbidity rates. Maternal effects of violence in pregnancy; pregnancy complications such as prenatal bleeding, increased substance use, depression, anxiety, termination of pregnancy, cesarean, preeclampsia, gestational diabetes. Fetal effects are; preterm delivery, low birth weight fetus, intrauterine growth retardation, placental anomalies, mental retardation, injuries and high neonatal mortality. In particular, healthcare personnel who perform one-to-one care, counselling, follow-up and treatment in the health services they receive during pregnancy should observe and identify pregnant women who have experienced violence. When identified, it is important to control the health of the mother and her baby and to prevent further violence by cooperating with the necessary institutions. Midwifery and nursing services are very important in diagnosis, monitoring and care of violence.

Keywords: Midwifery, nurse, pregnancy, violence against women.

Alındığı tarih/Received

Date:

23.04.2020

Kabul tarihi/Accepted

Date:

13.12.2020

Sorumlu yazar: Duygu

Sezgin

e-mail:

sezginduygu24@gmail.com

¹Sağlık Bilimleri
Üniversitesi, Sağlık
Bilimleri Fakültesi,
Ebelik Bölümü,
İstanbul, Türkiye

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organisation-WHO)'ne göre şiddet, fiziksel güç, kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda meydana gelen yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açma durumu olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2011). Şiddet sadece bir sağlık sorunu değil aynı zamanda sağlığı etkileyen bir önemli risk faktörü olarak da ele alınmaktadır (Erbek vd., 2004; Oğuz, 2017).

Birleşmiş Milletler tarafından düzenlenen Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesinde (United Nations Convention On The Elimination Of All Forms of Discrimination Against Women-CEDAW), kadına yönelik şiddet yer almaktadır. Cinsiyete dayalı olarak gerçekleşen ve kadınlarda fiziksel, cinsel, psikolojik herhangi bir zarara veya üzüntüye sebep olan her türlü davranış, tehdit, baskı veya özgürlüğün keyfi olarak engellenmesi durumu kadına yönelik şiddet olarak tanımlanır (CEDAW, 1993).

Kadına yönelik şiddet yaygınlığı ve sonuçları nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu ve bir insan hakları ihlalidir (Bergmann ve Stockman, 2015). Dünyada her beş kadından biri eşleri veya partnerleri tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete, her üç kadından biri ise herhangi bir şiddet türüne maruz kalmaktadır (Ankara Tabip Odası, 2003).

Kadına yönelik şiddetin yoğunluğu ve türleri değişse bile dünyanın her yerinde, her toplumda görülen dünyadaki kadınların ortak bir sorunudur. Uluslararası araştırmalar, fiziksel şiddetin özellikle kadının eşi ya da birlikte yaşadığı kişi tarafından gerçekleştirildiğini ortaya koymuştur. Ayrıca kadına yönelik şiddet sadece kadını değil, çocukları, aileleri ve dolayısıyla da tüm toplumu etkilemektedir (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM) ve Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), 2015).

Türkiye'de kadına yönelik şiddet verileri incelendiğinde evli kadınların %26-57'sinin fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (KSGM ve HÜNEE, 2015; Kapan ve Yanikkerem, 2016). Yapılan bir çalışmada da gebelikte fiziksel şiddet sıklığının %4,8-36,4, duygusal şiddet sıklığının %26,7-63,1, cinsel şiddet sıklığının %4,4-%36,4 olduğu ifade edilmiştir (Dişsiz ve Şahin, 2008). Amerika'da yaklaşık 43,6 milyon kadının cinsel ve fiziksel

şiddete maruz kaldığı ve/veya yakın bir partneri tarafından tehdit edildiği bildirilmiştir. (Smith ve Martin, 2018).

Özellikle eş veya partner tarafından uygulanan şiddet, üreme çağındaki kadınlar arasında kötü sağlık sonuçlarına sebep olmaktadır. Yapılan çalışmalarda eş veya partner tarafından uygulanan şiddet ile fiziksel yaralanmalar, psikolojik stres, gastrointestinal bozukluklar, jinekolojik bozukluklar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve istenmeyen gebelikler dahil olmak üzere acil ve uzun vadeli olumsuz sağlık sonuçlarının ortaya çıktığı belirtilmiştir. (Bergmann ve Stockman, 2015; Pallitto et al., 2013; Miller et al., 2014).

Şiddet, tüm kadınlar için olumsuz sağlık sonuçlarına neden olmasıyla birlikte, gebelik dönemindeki kadınlar, bu olumsuz sağlık sonuçlarının yan etkileriyle ilişkili olarak daha fazla risk altındadırlar. Aynı zamanda gebelik, kadının yaşamındaki en riskli, hassas ve savunmasız olduğu dönemlerden biridir ve kadın, bu dönemde her zamankinden daha fazla ilgi ve desteğe gereksinim duymaktadır. Gebelikten önce veya gebelik sürecinde yaşanan şiddet, gebelik ve sonrasında annenin sağlığının yanında fetüs/yenidoğan sağlığını da olumsuz etkileyebilmektedir. Bununla birlikte kadınların eş/partnerleri tarafından şiddete maruz kalmaları olumsuz gebelik sonuçlarına neden olmasının yanında, sosyal boyutuyla da ciddi etkilere sahiptir (Demirel ve Daşkan, 2016). Bu çalışma kadınların gebelikte şiddete maruz kalma durumları ile şiddetin fetal-maternal etkilerini ortaya koymak amacıyla planlanmıştır.

Gebelikte Şiddet ve Gebelikte Şiddeti Etkileyen Faktörler

Dünyada her dört kadından biri gebelik döneminde fiziksel ya da cinsel olarak şiddete maruz kalmaktadır. WHO verilerine göre, gebelikte eş/partner tarafından uygulanan fiziksel şiddet prevalansı ülkelere göre %4 ile %12 arasında değişmektedir. Eş veya partner tarafından uygulanan şiddet prevalansının en yüksek görüldüğü ülkeler Mısır (%32), Hindistan (%28), Suudi Arabistan (%21) ve Meksika (%11) olduğu bildirilmiştir (WHO, 2011). Nepal'de (2015), ikinci trimesterde olan 426 gebenin dahil edildiği bir çalışma sonuçlarına göre kadınların %28,9'unun gebelikleri sırasında eş/partneri tarafından şiddete maruz kaldığı görülmüştür (Singh et al., 2018). Ondokuz farklı ülkede yapılan başka bir çalışma sonuçlarına göre gebelik sırasında kadınlar arasında şiddet prevalansının %2 (Avustralya, Kamboçya, Danimarka ve Filipinler) ile %13,5 (Uganda)

arasında değiştiği belirtilmiştir (Devries et al., 2010). Vietnam’da yapılan çalışmada ise kadınlar arasında gebelikte aile içi şiddet prevalansının %23,4 olduğu belirtilmiş olup, %16,8’inin duygusal şiddete, %7,3’ünün fiziksel şiddete ve %12,4’ünün cinsel şiddete maruz kaldığı ifade edilmiştir (Tuan et al., 2019).

Türkiye’de yapılan çalışma sonuçlarına göre, gebelerin eş/partneri tarafından fiziksel şiddete maruz kalma oranı %8,3 olduğu bildirilmiştir (KSGM ve HÜNEE, 2015). Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada ise gebelikte fiziksel şiddet sıklığı %4,8 ile %36,4, duygusal şiddet sıklığı %26,7 ile %63,1, cinsel şiddet sıklığı %4,4 ile %36,4 arasında olduğu belirtilmiştir (Bolu, Senih ve Yılmaz, 2015).

Gebelik döneminde kadının şiddete maruz kalması sonucunda gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde hem annede hem fetüs/yenidoğanda ciddi ve ölümcül komplikasyonlar görülebilmektedir (Demirel ve Daşıkan, 2016). Gebelikte şiddet nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada, geçmişte şiddet öyküsü olan kadınların gebelik döneminde de şiddete maruz kalma oranlarının %40 ile %80 arasında değişim gösterdiği belirtilmektedir (Fletcher, Clements ve Bailey, 2016). Brezilya’da yapılan bir çalışmada ise özellikle ergenlik ve çocukluk dönemlerinde fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalan kadınlar arasında gebelik döneminde de aile içi şiddet öykülerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Ludermir et al., 2017).

Gebelikte şiddete sebep olan en önemli faktörlerden biri ise istenmeyen gebelikler olduğu bildirmiştir (Bailey, 2010). Aile içi şiddet nedenlerinin araştırılması amacıyla istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması için kliniğe başvuran kadınların dahil edildiği bir çalışmada; istenmeyen gebelikler ile kadınların eş/partnerleri tarafından aile içi duygusal, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının ilişkili olduğu ve şiddet oranlarının artması ile istenmeyen gebelik oranlarının da arttığı sonucuna varıldığı görülmektedir (Drew et al., 2019). WHO, yayınladığı rehberde plansız gebeliklerde şiddet oranının %15, planlı gebeliklerde ise %5 olduğu vurgulamaktadır (WHO, 2011). Fletcher ve ark. (2016) ise kontraseptif yöntem kullanılmasına rağmen istenmeyen gebelik oluşması durumunda, gebelikte şiddet insidansının arttığını belirtmektedir (Fletcher, Clements ve Bailey, 2016). Han ve Stewart (2014) alışmasında babalık rolüne hazır olmayan eşin, istenmeyen bir gebelik durumunda yaşadığı karmaşık duygular ile gebelikte şiddete başvurduğunu ifade

etmektedir (Han ve Stewart, 2014). Yapılan bu çalışmalar değerlendirildiğinde gebeliklerin planlı olması durumunda çiftlerin sürece daha kolay adapte oldukları ve daha az şiddete başvurdukları görülmektedir.

Gebelikte şiddet eğilimini etkileyen diğer faktörlerden biri ise sosyo-demografik özelliklerdir. Yunanistan’da yapılan çalışmada gebelikte aile içi şiddet yaygınlığının %6 olduğu ve kadınların %3,4’ünün gebeliğin başlangıcından itibaren özellikle eşleri/partnerleri tarafından şiddete uğradıkları bildirilmiştir. Aynı çalışmada, gebelikte şiddetle ilişkili risk faktörleri arasında; kültürel faktörler, düşük sosyo-ekonomik durum, işsizlik, düşük eğitim düzeyi, çiftler arasındaki yaş farkının fazlalığı (> 10 yaş) ve istenmeyen gebeliklerin olduğu da belirtilmiştir (Antoniou ve Latrakis, 2019). Nepal’de (2015) yapılan bir çalışma ile kırsal bölgede yaşayan kadınların şiddete maruz kalma oranları %7, kentte yaşayanların oranı ise %4 olarak bildirilmesi ile ülkede kırsal bölgede yaşayan kadınların şiddete maruz kalma oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Singh et al., 2018). Ülkemizde yapılan çalışmada gebelik döneminde şiddete maruz kalmanın; kentsel alanda %6, kırsal alanda %11 olduğu belirtilmiş olup eğitim seviyesi ve refah düzeyi gibi faktörlerle ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (KSGM ve HÜNEE, 2015).

Aile içi şiddet her toplumda görülmekle birlikte şiddet oranlarının yüksek olması dikkat çekmektedir. Aile içi şiddetin görölme oranları ile gebelik döneminde şiddete maruz kalma oranları paralellik göstermektedir. Gebelikteki şiddetle ilgili risk faktörleri arasında; kültürel yapı, sosyo-ekonomik durum (kırsal bölgede yaşama, ekonomik ve eğitim durumunun düşük olması çiftler arasındaki yaş farkı gibi), önceden şiddete maruz kalma ve plansız/istenmeyen gebeliklerin etkili olduğu belirlenmiştir.

Gebelikte şiddetin Maternal ve Fetal Etkileri

Gebelikte şiddet, bilinçli veya bilinçsiz her ne şekilde uygulanırsa uygulansın, kısa ve uzun vadede istenmeyen sonuçlara neden olmakta, anne-ocuk sağlığını olumsuz etkileyerek sağlıklı bir toplum oluşurmada önemli bir engel teşkil etmektedir. Yapılan araştırmalar neticesinde gebelik sürecinde aile içi şiddet oranlarının yüksek olduğu belirtilmekte olup eş/partner şiddetinin olumsuz gebelik ve doğum sonuçları ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde yapılan çalışmalarda aile içi şiddetinin gebelikte ciddi fetal ve maternal sağlık risklerine sebep olduğu vurgulanmaktadır (Abdollahi et al.,

2015; Johri et al., 2011; Ludermir et al., 2017).

Gebelikte Şiddetin Maternal Etkileri

Gebelik döneminde kadınların eş/partnerleri tarafından şiddete maruz kalmaları maternal sağlığı; fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden çok boyutlu olarak etkileyebilmektedir.

Gebelikte maruz kalınan fiziksel şiddetin maternal/fetal mortalite ve morbiditeye yol neden olabilmesi ile birlikte maternal sağlık sonuçlarına etkileri; erken membran rüptürü, antepartum kanama, üriner sistem ve böbrek enfeksiyonu, uterus ve plasenta abrupsiyonu, vajinal veya servikal enfeksiyon, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, nörolojik problemler, gastrointestinal problemler, ödem, kardiyovasküler problemler, preeklampsi, şiddetli bulantı-kusma ve dehidratasyon riskinde artış, kötü/zayıf cinsel sağlık veya üreme sağlığı problemleri, düşük ağırlıklı doğum, preterm doğum, artmış sağlık bakım alma gereksinimi ve bu nedenlere bağlı olarak artmış perinatal morbidite-mortalite oranları yer almaktadır (Bailey, 2010; Black, 2011; Shah ve Shah, 2010).

Gebelikte yaşanan duygusal şiddetin ise gebelik ve doğum sonu dönemde maternal depresyon, anksiyete gibi ruh sağlığı sorunlarına neden olmasıyla birlikte stres kaynaklı psikolojik istismar fetal büyümeyi ve gelişmeyi de olumsuz etkilemektedir (Demirel ve Daşıkın, 2016; Sağkal vd., 2014). Yapılan bir çalışmada gebelikte kadının, eş/partneri tarafından maruz kaldığı duygusal ve cinsel şiddetin maternal sağlık üzerinde; baş ağrısı, anksiyete, yüksek seviyelerde depresyon, antenatal bakım yetersizliği, istenmeyen gebelik, spontan düşük, idrar yolu enfeksiyonu, sigara, uyuşturucu, madde kullanımı ve anne-bebek bağlanmasında yetersizlik gibi riskli sonuçlara sebep olduğu bildirilmiştir (Demirel ve Daşıkın, 2016; Bailey, 2010). Aynı zamanda yapılan başka çalışmalarda gebelik sırasında eş/partner şiddetinin; yaygın zihinsel bozukluklar, doğum sonu depresyon ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu (Shamu et al., 2016; Gharacheh et al., 2015) ve şiddete maruz kalan gebelerin benlik saygılarının şiddet görmeyen kadınlara göre daha düşük, kilo alımının yetersiz, sigara ve madde kullanımının ise daha fazla olduğu saptanmıştır (Şen vd., 2012).

Kadınların gebelikte eş/partnerleri tarafından şiddet görmeleri ve fiziksel olarak kısıtlanmaları nedeni ile gebeler, yeterli doğum öncesi bakım hizmeti alamamaktadır ve bu durum maternal ve fetal sağlık üzerinde bir takım olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir.

Eş/partner şiddetinin doğum öncesi bakım hizmetlerinin kullanımı üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada; gebelik sırasında maruz kalınan partner şiddetinin, yetersiz doğum öncesi bakım ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Özellikle doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanamayan gebeler arasında dolaylı olarak demir ve folik asit değerlerinin düşük olduğu saptanmıştır (Singh et al., 2018). Yapılan başka bir çalışmada, şiddete maruz kalan gebeler arasında; doğum öncesi bakım hizmetlerini kullanamama, istenmeyen gebelikler, karar verme gücünün yetersizliği, hareket özgürlüğünün kısıtlılığı ve ekonomik bağımlılığının ise daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Ellsberg, 2006; Smith ve Martin, 1995).

Gebelikte Şiddetin Fetal/Neonatal Etkileri

Gebelik sırasında maruz kalınan şiddet, çocuğun gelişim döneminde de etkisini sürdürebilmektedir ve olumsuz gebelik sonuçları ile ilgili birçok risk faktörü içermektedir. intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlıklı ve prematüre doğum, fetal distres, fetal asfiksi, fetal yaralanmalar, yumuşak doku hasarları, kemik kırıkları, akciğer ya da dalak rüptürü ve fetal/neonatal mortalite ve morbidite gibi fetal/yenidoğan açısından tehlikeli ve ciddi sağlık sonuçları ile ilişkilidir. (Howell et. al., 2017; Bacchus, Mezey ve Bewley, 2004).

Fetal/neonatal mortalite ve morbiditesinin en önemli nedenleri arasında düşük doğum ağırlıklı ve prematüre doğumlar yer almaktadır. Düşük doğum ağırlıklı olarak doğan bebeklerde, çocukluk gelişim dönemleri ile yaşamın ilerleyen dönemlerinde; davranış bozuklukları, düşük IQ ve öğrenme zorlukları, bilişsel problemler, dil gelişiminde gecikme, motor gecikmeler, hafıza problemleri, serebral palsi ve ani bebek ölüm sendromu yaygın olarak görülmektedir (Bailey, 2010; Esie et. al., 2019). Gebelikte şiddete maruz kalan kadınlarda istenmeyen gebelikler ile paralel olarak doğum sonu dönemde anne-bebek bağlanmasında problemler yaşayan kadınların emzirmeye daha az istekli olduğu bildirilmektedir. Anne-bebek bağlanmasına yönelik sorunlar, çocukluk yılları boyunca da devam eden şiddetin uzun süreli istenmeyen sonuçlarına neden olabilmektedir ve bu durum sağlıklı bir toplum oluşturma adına önemli bir engel teşkil etmektedir (Silverman et. al., 2006).

Vietnam'da (2016) yılında yapılan bir çalışma sonucuna göre, gebelikte aile içi şiddet ile düşük doğum ağırlıklı ve preterm doğum riskinin ilişkili olduğu saptanmış olup, aile içi şiddetin riskli

doğum sonuçları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Tuan et al., 2019). Hill ve ark. (2016)'nın gebelikte şiddetin doğum sonuçlarına olan etkisini değerlendirdiği meta analiz çalışmasında, şiddetin düşük doğum ağırlığı ve preterm doğum ile ilişkili olduğu, bununla birlikte intrauterin gelişme geriliği (IUGR) ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir (Hill et al., 2016). Yapılan araştırmalarda, gebeliğin sonlandırılması (Sikander et al., 2015), erken membran rüptürü ve düşük doğum ağırlık riski (Abdollahi et al., 2015), maternal ve neonatal mortalite (Pool et al., 2014), sezaryen oranlarında artış ve preterm doğumun gebelikte şiddetle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Hassan et al., 2014).

Kadınların temel hak ve özgürlüklerini kısıtlayan şiddetin önlenmesi ve mücadelenin sağlanması çok önemlidir. Özellikle kadının gebelikte maruz kaldığı şiddetin ciddi maternal ve fetal sağlık sonuçları bulunmaktadır. Sağlık personellerinin, özelinde ebe ve hemşirelerin şiddete uğrayan vakalarla karşılaşması durumunda gebeyi titizlikle ele alması, değerlendirmesi ve şiddetle mücadelede etkili rol oynaması gerekmektedir.

Gebelikte Şiddet Durumunda Ebe ve Hemşirelerin Yaklaşımı

Sağlık profesyonellerinin gebelikte şiddeti tanılamak, mağdurlara tıbbi bakım, destek ve danışmanlık vermek gibi temel rol ve sorumlulukları vardır (Şen vd., 2012). WHO tarafından yayınlanan 2016 doğum öncesi bakım rehberinde; sağlık profesyonellerinin, aile içi şiddet durumunu fark etmeleri ya da kadının paylaşımı sonucunda uygun şekilde danışmanlık yapmaları ve ilgili kuruluşlara yönlendirebilecek yeterlilikte bilgi durumlarının ve farkındalıklarının olmaları gerektiği vurgulanmıştır (WHO, 2016).

Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG), prenatal bakım alan gebe kadınlar şiddet belirtileri yönünden taranması gerektiğini vurgulamıştır. ACOG, tüm gebeleri aile içi şiddet bakımından; prekonsepsiyonel dönemde, obstetrik bakımda, her trimesterde en az bir kez ve doğum sonrası kontrollerinde de dahil olmak üzere periyodik aralıklarla taranmasını, destek sunulmasını, mevcut önlem ve sevk seçeneklerinin değerlendirilmesini önermektedir (ACOG, 2012).

Gebeliğinde şiddete maruz kalan ve sağlık hizmetlerine başvuran kadınların perinatal süreçte izlem ve bakımından sorumlu olan sağlık profesyonelleri ebeler ve hemşireler, aile ve

toplum sağlığının iyileştirilmesi, takibi ve korunmasında kilit rol oynamaktadırlar (Dağlar, Bilgiç ve Demirel, 2017). Gebelikte şiddet ise, kadın ve çocuk sağlığı açısından ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Ebe/hemşireler, annenin ve bebeğinin güvenliğini ve refahını sağlamak için konuya ilişkin mevzuat ve prosedürleri dikkate alarak gerekli bakım hizmetini vermekle yükümlüdürler. Ebelerin gebelikte şiddet yaşayan kadınların bakımı ve gebelikte şiddet yönetimi konusunda çok faktörlü bir yaklaşım sergilemesi gerekmektedir. Gebelikte eş/partner şiddeti mağduru olan bir kadının ebeler ve hemşirelik bakımı; kadının güvenliğini sağlamayı, kadın ile güven verici bir ilişki kurmayı, kadını aktif bir biçimde dinlemeyi, doğrudan sorgulamayı, kadına güvence ve yardım konusunda ulaşabileceği mevcut kaynaklar hakkında bilgi sağlamayı içermektedir (Silverman et al., 2006).

Gebeliğinde eş şiddet mağduriyeti yaşamış ve şiddetin fiziksel ve psikolojik etkilerine yönelik belirti ve bulguları taşıyan kadınlar, ebe ve hemşireler tarafından dikkatli bir şekilde değerlendirilmeli, geçmiş yaşantıları sorgulanarak şiddet yönünden detaylı bir şekilde taranmalıdır. Bu konuya ilişkin yapılan bir çalışma sonucuna göre; kadınların gebelik öncesi, ergenlik ve çocukluk dönemlerinde veya geçmiş aile yaşamlarında şiddete maruz kalan kadınların, gebelikte daha fazla oranda şiddet yaşadıkları bildirilmektedir (Ludermir et al., 2017). Gebenin öyküsünde, önceden yaşanmış bir şiddet durumu varsa, doğum öncesi bakım hizmetlerini aksatıyorsa ya da hiç almıyorsa, demir ve folik asit eksikliği varsa gebenin şiddet yönünden değerlendirilmesi gerekmektedir (Singh et al., 2018). Ayrıca düşük doğum ağırlıklı ve preterm doğum gibi gebelik komplikasyonları olan kadınlarda aile içi şiddetin belirtilerine dikkat edilmelidir. Bu bulgular doğum öncesi bakım sırasında, eş/partner şiddeti taramasına ihtiyaç olduğunu düşündürmeli ve riskli gebelerin şiddet yönünden düzenli olarak izlenmeleri gerekmektedir.

Sağlık profesyonelleri ve özellikle ebe/hemşirelerin, gebelikte şiddeti tanıyıp, şiddetin fiziksel, duygusal, sözel ve sözel olmayan belirtilerini, şiddeti ortaya çıkaran etmenleri tanımlamalı ve şiddete uğrayan gebeye destekleyici girişimlerde bulunmalı, kanıta dayalı uygulamalar ışığında bakım vermelidirler (Demirel vd., 2013). WHO'nun de ifade ettiği gibi antenatal bakım süreci, kadını tanımak için bir fırsat penceresi sunmakta ve bu şekilde kadına yönelik şiddetin belirlenip gerekli önlemler alınması sağlanmalıdır. WHO tarafından intrapartum, antenatal ve

postpartum dönemde kadını bir bütün olarak ele alıp, devamlı takip etmeyi sağlayan ebe ve hemşire liderliğindeki sürekli bakım modeli önerilmektedir (WHO, 2016).

Ebeler ve hemşireler; antenatal bakımda gebeyle kuracağı güvenli bağ ile ev ziyaretleri sırasında gebe ve aileyi gözlemlemeli, gebeyi ve aileyi bir bütün olarak psikososyal açıdan değerlendirmeli, gerektiğinde tüm ekibi bilgilendirerek sürece rehberlik ederek; izlem, danışmanlık ve gerektiğinde rehabilitasyon hizmetlerinde yol gösterici olmalıdır. Aile içi şiddet vakaları konusunda gerekli birimlerle iletişimde olarak süreci takip etmelidirler. Bununla birlikte kadın haklarının savunucuları olan ebeler ve hemşireler, kadına yönelik şiddeti tanılamak ve sevk adımlarını uygulayabilmek için donanımlı ve yeterli düzeyde bilgiye sahip olması gerektiği unutulmamalıdır.

SONUÇ

Kadına yönelik şiddet yaşam, sağlık ve insan hakları ihlalidir. Kadının özellikle gebelikte şiddete maruz kalması ciddi fetal, neonatal ve maternal sağlık sonuçlarına sebep olmaktadır. Maternal etkileri; doğum öncesi kanama, plasental anomaliler, preterm doğum, madde kullanımının artması, depresyon, anksiyete, gebeliğin sonlandırılması, sezaryen doğum, preeklampsi, gestasyonel diyabet, maternal mortalite ve morbidite gibi ciddi sonuçları bulunmaktadır. Fetal etkileri olarak; preterm doğum, düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişim geriliği, plasental anomaliler, zihinsel gelişim geriliği, yaralanmalar, perinatal ve neonatal mortaliteye sebep olmaktadır.

Özellikle kadınlar şiddet yönünden gebelik döneminde dikkatli değerlendirilmelidirler. Kadınlar gebelik döneminde bakım alamama, sağlık hizmetlerine ulaşamama, kötü maternal-fetal sonuçlar gibi birçok olumsuz sorunla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu süreçte kadınlara sağlık hizmetlerinde bakım, danışmanlık, izlem ve tedavi hizmetlerini yürüten doktor, ebe ve hemşirelerin öncelikle gözlem yaparak şiddet vakalarını tespit etmesi gerekmektedir. Vaka tespitinde gerekli kurumlar ile iş birliği yapılarak annenin, fetüsün ve yenidoğanın sağlığının kontrol altına alınması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Abdollahi, F., Abhari, F. R., Delavar, M. A., Charati, J. Y. 2015. Physical violence against pregnant women by an intimate partner, and adverse pregnancy outcomes in Mazandaran Province, Iran. *J Fam Community Med*; 22(1):13-8.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) [Online]. 2012. Guidelines for perinatal care. Available at: <https://www.buckeyehealthplan.com/content/dam/centene/Buckeye/medicaid/pdfs/ACOG-Guidelines-for-Perinatal-Care.pdf>, (Accessed 2020 March 10).
- Ankara Tabip Odası (ATO). 2003. Kadına yönelik şiddet ve hekimlik sempozyumu kitabı. 1. Baskı. pp. 45-48. Ankara: Ankara Tabip Odası Yayınları.
- Antoniou, E., Latrakis, G. 2019. Domestic violence during pregnancy in greece. *Int. J. Environ. Res. Public Health*;16:42-48.
- Bacchus, L., Mezey, G., Bewley, S. 2004. Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*;113(1):6-11.
- Bailey, B. A. 2010. Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *Int J Womens Health.*;2:183-97.
- Bergmann, J. N., Stockman, J. K. 2015. How does intimate partner violence affect condom and oral contraceptive Use in the United States? A systematic review of the literature. *Contraception*; 91:438-455.
- Black, M. C. 2011. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *Am J Lifestyle Med.*;5(5):428-9.
- Bolu F, Senih, M. A., Yılmaz, M. 2015. Bir üniversite hastanesi kadın doğum polikliniğine başvuran gebelerde maruz kalınan şiddet sıklığı ve etkileyen faktörler. *Nobel Med*; 11(1):64-70.
- Dağlar, G., Bilgiç, D., Demirel, G. 2017. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*; 10 (4):220-228.
- Demirel, B. Ö., Daşıkın, Z. 2016. Gebelikte eş şiddeti: risk faktörleri, sağlık sonuçları ve tarama araçları. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics.*; 2(2):15-22.
- Demirel, B. Ö., Daşıkın, Z., Kavlak, O., Şirin, A. 2013. Ebelik öğrencilerinin gebelikte şiddet konusundaki bilgi, görüş ve mesleki tutumlarının belirlenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*; 2:2-5.
- Devries, K. M., Kishor, S., Johnson, H., Stockl, H., Bacchus, L. J., Garcia-Moreno, C. 2010. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters*; 18(36):158-70.
- Dişsiz, M., Şahin, H. N. 2008. Evrensel bir kadın sağlığı sorunu: kadına yönelik şiddet. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*; 1:1-3.
- Drew, L. B., Mittal, M., Marie E., Cynthia, C., Harper, R., Steinberg, R. J. 2019. Intimate partner violence and effectiveness level of contraceptive selection post-abortion. *Journal Of Women's Health*; 00(00):3-4.
- Ellsberg, M. C. 2006. Violence against women: a global public health crisis. *Scand J Public Health*;34(1):15-21.
- Erbek, E., Eradamlar, N., Beştepe, E., Akar, H., Alpan, L. 2004. Kadına yönelik fiziksel ve cinsel şiddet; üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma. *Düşünene Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimleri Dergisi*; 17(4):196-204.
- Esie, P., Osypuk, T. L., Schuler, S. R., & Bates, L. M. (2019). Intimate partner violence and depression in rural Bangladesh: Accounting for violence severity in a high prevalence setting. *SSM-population health*; 7:3-10.
- Fletcher, T. R., Clements, A. D., Bailey, B. 2016. Identifying intimate partner violence during pregnancy in prenatal care settings. *Int J Health Sci Educ*; 3(1):33-40.
- Gharacheh, M., Azadi, S., Mohammadi, N., Montazeri, S., Khalajinia, Z. 2015. Domestic violence during pregnancy and women's health-related quality of life. *Glob J Health Sci*; 8(2):27-34.
- Han, A., Stewart, D. E. 2014. Maternal and fetal

- outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *Int J Gynecol Obstet*; 124(1):6-11.
- Hassan, M., Kashanian, M., Roohi, M., Yousefi, H. 2014. Maternal outcomes of intimate partner violence during pregnancy: study in Iran. *Public Health*; 128(May (5)):410-5.
- Hill, A., Pallitto, C., McCleary-Sills, J., Garcia-Moreno, C. 2016. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*; 133:269-276.
- Howell, K. H., Miller-Graff, L. E., Hasselle, A. J., Scrafford, K. E. 2017. The unique needs of pregnant, violence-exposed women: a systematic review of current interventions and directions for translational research. *aggr Viol Behav.*;34:128-38.
- Johri, M., Morales, R. E., Boivin, J. F., Samayoa, B. E., Hoch, J. S., Grazioso, C. F., Barrios, M. I. J., Sommen, C., Baide, D. E. L., Fong, H. R., Arathoon, E. G. 2011. Increased risk of miscarriage among women experiencing physical or sexual intimate partner violence during pregnancy in Guatemala City, Guatemala: cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*; 11:49-55.
- Kapan, M., Yanikkerem, E. 2016. Kırsal ve kentsel alanda yaşayan gebelerin depresyon, yalnızlık ve şiddete maruz kalma durumları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*;15.
- Ludermir, A. B., Araújo, T. B., Valongueiro, S. A., Muniz, M. C., Silva, E. P. 2017. Previous experience of family violence and intimate partner violence in pregnancy. *Rev Saude Publica.*; 51:85-101.
- Miller, E., McCauley, H. L., Tancredi, D. J., Decker, M. R., Anderson, H., Silverman, J. G. 2014. Recent reproductive coercion and unintended pregnancy among female family planning clients. *Contraception*; 89:122-128.
- Ministry of Health and Population (MOHP) [Online], Nepal New ERA, and ICF International Inc. 2012. Nepal demographic and health survey 2011. Available at: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR257/FR257%5B13April2012%5D.pdf>, (Accessed 2020 March 12).
- Oguz, P. 2017. Şiddet. 2. Baskı. pp. 20-35, İstanbul: Seçkin Yayıncılık.
- Pallitto, C. C., García-Moreno, C., Jansen, H. A., Heise, L., Ellsberg, M., Watts, C. 2013. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Int J Gynaecol Obstet*; 120:3-9.
- Pool. M. S., Otupiri, E., Owusu-Dabo, E., Jonge, A., Agyemang, C. 2014. Physical violence during pregnancy and pregnancy outcomes in Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth*; 14:71-80.
- Sağkal, T., Kalkım, A., Uğurlu S. E., Ersoy, K., N. 2014. Gebelerin eşi tarafından şiddete maruz kalma durumları ve şiddetle ilişkili faktörlerin incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*; 13(5):381-390.
- Shah, P. S., Shah, J. 2010. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *J Womens Health (Larchmt).*;19(11):31.
- Shamu, S., Zarowsky, C., Roelens, K., Temmerman, M., Abrahams, N. 2016. High-frequency intimate partner violence during pregnancy, postnatal depression and suicidal tendencies in Harare, Zimbabwe. *Gen Hosp Psychiatry*; 38:109-14.
- Sikander, S., Lazarus, A., Bangash, O., Fuhr, D. C., Weobong, B., Krishna, R. N. 2015. The effectiveness and cost-effectiveness of the peer-delivered Thinking Healthy Programme for perinatal depression in Pakistan and India: the share study protocol for randomised controlled trials. *Trials*; 16:534-7.
- Silverman, J. G., Decker, M. R., Reed, E., Raj, A. 2006. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 US states: associations with maternal and neonatal health. *Am J Obstet Gynecol.*;195(1):140-8.
- Singh, J. K., Evans-Lacko, S., Acharya, D., Kadel, R., Gautam, S. 2018. Intimate partner

- violence during pregnancy and use of antenatal care among rural women in southern Terai of Nepal. *Women and Birth*; 31: 96–102.
- Smith, M., Martin, F. 1995. Domestic violence: recognition, intervention, and prevention. *Medsurg Nurs*; 4(1):21–5.
- Smith, S. G., Zhang, X., Basile, K. C., Merrick, M. T., Wang, J., Kresnow, M., Chen, J. 2018. The national intimate partner and sexual violence survey (NISVS): 2015 Data Brief – Updated Release. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Available at: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/2015data-brief508.pdf>, (Accessed 2020 March 14).
- Şen, S., Egelioglu, N., Kavlak, O., Sevil, Ü. 2012. Sağlık profesyonellerinin gebelikte şiddet konusundaki farkındalıklarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*; 9(1):20-33.
- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM). 2015. Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). Ankara: Elma Teknik Basım.
- Tuan, M. V., Tran, V. T. N., Cuu, T. N. T., Do, T. H. T., Le, T. M. 2019. Domestic violence and its association with preterm or low birthweight delivery in Vietnam. *International Journal of Women's Health*; 11:501–510.
- United Nations Convention On The Elimination Of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW) [Online]. 2019. 40th Anniversary of the convention on the elimination of all forms of discrimination against women. Available at: <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CEDAW/Pages/40thAnniversaryCEDAW.aspx>, (Accessed 2020 March 06).
- Wadhwa, P. D., Entinger, S., Buss, C., Lu, M. C. 2011. The contribution of maternal stress to preterm birth: issues and considerations. *Clin Perinatol* 2011; 38(3):351–84.
- World Health Organisations (WHO) [Online]. 2011. Intimate partner violence during pregnancy. Available at: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr_11_35/en/. (Accessed 2020 March 02).
- World Health Organization (WHO) [Online]. 2002. World report on violence and health. Available at: http://www5.who.int/violence_injury_prevention/download.cfm?id=0000000582, (Accessed 2020 March 10).
- World Health Organization (WHO) [Online]. 2016. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Available at: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/, (Accessed 2020 March 10).