



SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
Faculty of Health Sciences

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ / ATATÜRK UNIVERSITY

EBELİK VE SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

**JOURNAL OF
MIDWIFERY AND
HEALTH SCIENCES**

E-ISSN 2687-2110

Ağustos/August 2020

Cilt/Volume 3

Sayı/Issue 2

EBELİK VE SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Journal of Midwifery and Health Sciences

Cilt/Volume:3

Sayı/Issue:2

2020

EBELİK VE SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ
Journal of Midwifery and Health Sciences

Cilt/Volume:3

Sayı/Issue:2

2020

SAHİBİ

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

Editör:

Doç. Dr. Serap EJDER APAY

Editör Yardımcıları:

Doç. Dr. Ayla KANBUR

Doç. Dr. Hava ÖZKAN

Yazı İşleri Müd:

Doç. Dr. Serap EJDER APAY

Sekreter: Dr. Öğr. Üy. Elif Yağmur GÜR

Yayın Yürütme Kurulu:

Dr. Öğr. Üyesi Zehra Demet ÜST

TAŞGIN

Dizgi/Mizanpaj:

Öğr. Gör. Dr. Esra TEDİK

Öğr. Gör. Gülizar SADE

Cilt 3, Sayı 2, Dergi Hakem Kurulu /Volume 3, Issue 2, Advisory Board

Prof. Dr. Ayden ÇOBAN

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Prof. Dr. Dilek KILIÇ

Prof. Dr. Evşen NAZİK

Prof. Dr. Mehtap TAN

Prof. Dr. Sema DERELİ YILMAZ

Doç. Dr. Birsen KARACA SAYDAM

Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR

Doç. Dr. Gözde GÖKÇE İŞBİR

Doç. Dr. Gülbahtiyar DEMİREL

Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL

Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU

Doç. Dr. Sevda ELİŞ YILDIZ

Doç. Dr. Sibel ASİ KARAKAŞ

Doç. Dr. Yasemin AYDIN KARTAL

Dr. Öğr. Üyesi Nurcan KIRCA

Dr. Öğr. Üyesi Zümrüt YILAR ERKEK

Yazışma Adresi

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

Tel: 0-442-2315793

E-mail: ebelikdergisi @atauni.edu.tr

Fax: 0-442-2311581

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

EDİTÖRDEN OKURA

Değerli okurlar Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi'nin 2020 yılının ikinci sayısını çıkarmanın gururunu yaşamaktayız. Dergimizin bu sayısında; “Gebelerin Gebelik Sürecinde Beden İmajını Algılama Durumlarının Belirlenmesi”, “Kadınlarda Evlilik Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”, “Ufuk Üniversitesi Kadın Çalışanlarının Jinekolojik Kanser Farkındalığının İncelenmesi”, “Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı 15-49 Yaş Kadınlar Arasında Vajinit Prevalansı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”, “Gebelikte Vücut Algısı ile Kıskançlık Durumu Arasındaki İlişkinin Araştırılması” isimli beş araştırma makalesi yer almaktadır. Derleme makale olarak “Gebelikte Gastroözofageal Reflü ve Ebelik Bakımı”, “Menopoz Semptomlarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler” ve “Jinekoloji ve Obstetri Alanlarında Adli Olaylar ve Ebelik Yaklaşımı” isimli üç derleme yer almaktadır. Ebelik ve sağlık biliminin gelişimine katkı sağlayacak çalışmalarla bir sonraki sayımızda buluşmak dileğiyle.

Saygılarımla

Serap EJDER APAY

Editör

EBELİK VE SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ
Journal of Midwifery and Health Sciences

Cilt/Volume:3

Sayı/Issue:2

2020

İÇİNDEKİLER/CONTENTS

Editörden Okura

ARAŞTIRMA MAKALELERİ/RESEARCH ARTICLES

- Gebelerin Gebelik Sürecinde Beden İmajını Algılama Durumlarının Belirlenmesi**
Determining Status of Perception of the Pregnant Women Regarding Body Image During Pregnancy
 Elif Yağmur GÜR, Türkan PASINLIOĞLU..... 71-81
- Kadınlarda Evlilik Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**
Determination of Factors Affecting Marital Adjustment in Women
 Özlem ŞAHİN ALTUN, Ümran POLAT, Serap EJDER APAY, Zeynep OLÇUN..... 82-90
- Ufuk Üniversitesi Kadın Çalışanlarının Jinekolojik Kanser Farkındalığının İncelenmesi**
Investigation of Gynecological Cancer Awareness of Ufuk University Women's Employees
 Nursel ALP DAL, Gülcihan AKKUZU, Yeşim ÇETİNKAYA ŞEN..... 91-99
- Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı 15-49 Yaş Kadınlar Arasında Vajinit Prevalansı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**
Prevalence of Vaginitis Among 15-49 Age Women Registered in A Family Health Center
 Çiğdem Büşra YURTTAŞ AKAR..... 100-114
- Gebelikte Vücut Algısı ile Kıskançlık Durumu Arasındaki İlişkinin Araştırılması**
Investigation of The Relationship Between Body Perception and Jealousy in Pregnancy
 Ayşe Suna BALAYDIN, Belkız KIZILTAN, Serap EJDER APAY..... 115-126

DERLEME MAKALELER/REVIEW

- Gebelikte Gastroözofageal Reflü ve Ebelik Bakımı**
Gastroesophageal Reflux and Midwifery Care in Pregnancy
 Mine GÖKDUMAN KELEŞ, Zeynep BALACAN, Özlem ALTINKAYA,
 Keziban AMANAK 127-133
- Menopoz Semptomlarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler**
Complementary and Alternative Therapies in Menopause Symptoms
 Ferda KABA, Özlem DEMİREL BOZKURT..... 134-142
- Jinekoloji ve Obstetri Alanlarında Adli Olaylar ve Ebelik Yaklaşımı**
Forensic Cases in The Fields of Gynecology and Obstetry and Midwifery Approach
 Resmiye KAYA ODABAŞ, Ayten TAŞPINAR..... 143-150


GEBELERİN GEBELİK SÜRECİNDE BEDEN İMAJINI ALGILAMA DURUMLARININ BELİRLENMESİ*

DETERMINING STATUS OF PERCEPTION OF THE PREGNANT WOMEN REGARDING BODY IMAGE DURING PREGNANCY


Elif Yağmur GÜR**, Türkan PASINLIOĞLU***

ÖZ

**Dr. Öğr. Üyesi Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Erzurum /Türkiye.

 0000-0002-4949-3614

***Prof. Dr. Sanko Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Gaziantep/Türkiye.

 0000-0001-5639-2332

Yazışma Adresi:

Elif Yağmur GÜR

e-posta:

yağmur_8707@hotmail.com

Gönderim Tarihi: 27 Mart 2020

Kabul Tarihi : 07 Mayıs 2020

*Bu çalışma Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Hastalıkları ve Hemşireliği Anabilim Dalı (2012) yüksek lisans tezidir. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ulusal Kadın Hastalıkları ve Doğum Kongresi (20-22 Eylül 2012, İstanbul)'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Amaç: Bu araştırma gebelik deneyimi yaşayan kadınların beden imajlarını algılama durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tasarımda yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, 26 Mart-24 Haziran 2011 tarihleri arasında Erzurum il merkezinde bulunan Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi polikliniklerine antenatal kontrolleri için gelen 316 gebe ile yürütülmüştür. Veriler, "Kişisel Bilgi Formu" ve "Çok Yönlü Beden-Benlik İlişkileri Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik dağılımlar, ortalama, Cronbach Alfa, bağımsız gruplarda t-testi, Tek Yönlü Varyans analizi (ANOVA), Kruskall Wallis ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular: Gebelerin Çok Yönlü Beden-Benlik İlişkileri Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 3.48 ± 0.42 olarak bulunmuştur. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre Çok Yönlü Beden-Benlik İlişkileri Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Daha önce gebelik deneyimi olan gebelerin ölçek toplam puanının daha düşük olduğu, ilk gebelik yaşı arttıkça ölçek toplam puanının arttığı bulunmuştur. Ölçek toplam puanının II. trimesterde en yüksek, III. trimesterde en düşük olduğu ve trimesterlere göre ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Gebelerin gebelik öncesi/gebelikteki Beden kitle indeksine göre Çok Yönlü Beden-Benlik İlişkileri Ölçeği Çok Yönlü Beden-Benlik İlişkileri Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Sonuç: Sonuç olarak; kadınların gebelikte beden imajını olumlu algıladıkları, büyük bir çoğunluğunun beden imajını algılamada başkasından etkilenmedikleri, etkilenenlerin ise en çok eşinden etkilendiği ve etkinin yönünün olumlu olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik; beden imajı; trimester

ABSTRACT

Objective: The purpose of this descriptive study was to determine status of perception of pregnant women regarding their body images.

Methods: This study was conducted with 316 pregnant women applying to polyclinics of Nenehatun Maternity Hospital located in city centre of Erzurum between 26 March- 24 June 2011 for their antenatal controls. Data were collected using "Personal Information Form" and "Multi-Dimensional Body-Self Relations Questionnaire" (MBSRQ). Percentage distributions, mean, Cronbach Alpha, independent samples t-test, one-way analysis of variance (ANOVA), Kruskall Wallis, and Mann Whitney U test were used to assess data.

Results: The total score average of the pregnant women received from Multi-Dimensional Body-Self Relations Questionnaire was found to be 3.48 ± 0.42 . It was determined that the difference between total mean scores of Multi-Dimensional Body-Self Relations Questionnaire of the pregnant women in terms of their socio-demographic features was statistically significant ($p < 0.05$). It was found out that total score of the pregnant having experience of pregnancy previously was lower; as the first gestational age increased, total score increased. Total score was the highest at Trimester II, and was the lowest at Trimester III; the difference between total scores by trimesters was statistically significant ($p < 0.05$). There was no statistically significant difference between total mean scores of Multi-Dimensional Body-Self Relations Questionnaire in terms of pre-pregnancy / pregnancy body mass index ($p > 0.05$).

Conclusion: In conclusion, it was determined that the pregnant perceived positively body image during the pregnancy, majority of them were not affected by others in perceiving the body image, those who were affected by others were influenced by their husbands at most and this effect was positive.

Key words: Pregnancy; body image; trimester

Atıf için (How to cite): **Gür EY, Pasinlioğlu T.** Gebelerin Gebelik Sürecinde Beden İmajını Algılama Durumlarının Belirlenmesi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;3(2):71-81.

GİRİŞ

Beden imajı bedenın öznel ve bireysel algısı olup kişiliğın temel bileşenlerinden biri olarak tanımlanır (Örsel et al. 2004). Başka bir deyişle beden imajı, kendi bedenimizin zihnımızde canlandırdığımız resmidir (Salter 2000; Öz 2010). Beden imajı yaşam süreci içinde mental sağlık ve benlik değerinin önemli bir faktörü olarak yapılanır ve etkisi çok geniştir. (Örsel et al. 2004).

Beden imajı büyüme ve gelişme süreci içinde oluşan dinamik bir süreçtir. Bebeklikten başlayarak çeşitli fizyolojik değışimlere paralel olarak sosyo-kültürel olaylardan etkilenecek şekilde şekillenir ve benlik ile bütünleşerek benliğin önemli bir parçası haline gelir (Taşkın ve Kukululu 2011).

Bireyin yaşı ne olursa olsun beden imajı normal büyüme ve gelişme dönemleri dışında hastalık, yaralanma, ameliyat, gebelik ve doğum gibi birçok nedenle değışebilir (Öz 2010). Mastektomi, obezite, kemoterapik yan etkiler (saç dökülmesi vb.), stoma varlığı gebeliğın ve doğumun nedne olduğu stıralar, gebelik maskesi, kilo atışı vb. durumlar beden imajı sorunları olarak karşımıza çıkmaktadır. Böyle bir durumda bireyin dikkati etkilenen beden bölgesine çekilir ve bedenın o an ki görünümünü algılaması ile zihninde vücudu ile oluşturduğu tablo arasında uyumsuzluk ortaya çıkar (Taşkın ve Kukululu 2011). Beden imajı sorunları, bireyin ruhsal iyilik durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir (Cash 2002; Striegel-Moore and Franko 2002). Bedendeki değışikliklere verilen tepkiler bireyden bireye farklı olmaktadır (Öz 2010).

Beden imajı, kadınlarda erkeklere oranla daha ön plandadır. Beden imajı kadınlarda adölesan, gebelik, postpartum ve menopoz gibi yaşamın değışik dönemlerinde fizyolojik olarak değışmektedir. Gebelikteki değışimler dramatiktir (Potur 2003).

Gebeliğın başlarında kadın, gebe olmayla ilgili ambivalan duygular yaşar. Primer odak noktası benliktir ve kadının ilgisi kendi üzerindedir. İlk trimesterde, gebenin bedeninde değışimler başlar ve bu değışimler yavaş yavaş geliştiği için ilk bakışta beden imajını etkileyecek bir faktör yok gibi görünür. Süreç ilerledikçe bu değışimler gebeyi ya olumu ya da olumsuz yönde etkileyecektir. İkinci trimesterde gebenin bedeninde hızlı ve yoğun değışmeler meydana gelir. Bu değışiklikler kadının kendisini farklı algılamasına, beceriksiz, hantal, sakar, çirkin, cazibesiz hissetmesine neden olabilir. Bu

değışimler sonucu kadının kendine güven duygusu ve benlik saygısı azalabilir ve beden imajı olumsuz yönde etkilenebilir (Potur 2003; Taşkın ve Kukululu 2011). Üçüncü trimesterde bu değışimler en üst seviyeye ulaşır (Walsh 2001). Godfrey'in yapmış olduğu çalışmada gebelerin %37.8'inin gebelikte almış olduğu kilolardan hoşnut olmadığı ve %30.8'inin doğumdan sonra gebelikten önceki beden imajlarına dönmemekten endişe ettikleri bulunmuştur (Godfrey 2009). Dipietro ve ark. yapmış olduğu çalışmada, gebelerin % 37.7'sinin gebelikte kilo almayla ilgili negatif beden imajına sahip olduğu belirlenmiştir (Dipietro et al. 2003). Chang ve ark. yapmış olduğu çalışmada gebelerin %61'inin gebelikte kendilerini çekici bulmadıkları belirlenmiştir (Chang et al. 2006). Loth ve ark. yapmış olduğu çalışmada da gebelerin %32.6'sının bedenlerinden hoşnut olmadığı tespit edilmiştir (Loth et al. 2011).

Gebelik normal fizyolojik bir süreç olmasına karşın bu dönemde beden imajını algılamada gerek fiziksel gerekse psikolojik sorunlar yaşandığı bilinmektedir (Taşkın ve Kukululu 2011). Beden imajında değışiklik olan bireyin yeni durumuna uyum sağlaması, o bireyin baş etme becerilerini kullanma durumları ile ailesinin ve sağlık ekibinin sağladığı desteklere bağlıdır.

Ebe ve hemşireler diğer sağlık elemanlarından farklı olarak bireylerle yakın ve sürekli ilişki kuran, bireyleri etkilemede önemli konuma sahip olan sağlık çalışanlarıdır. Bu nedenle ebe ve hemşirelerin, nitelikli bir bakımda, gebenin ani veya yavaş gelişen beden değışikliklerine uyum sürecinin her aşamasında beden imajının nasıl etkilendiğini, değışen beden imajına karşın bireyin yanıtını, değışime karşın başkalarının tutum ve etkilerini, değışimle başa çıkmasında gebeye nasıl yardım edileceğini bilmesi/belirlenmesi, gebeye bu konuda eğitim ve danışmanlık yapması gerekmektedir.

Bu araştırma gebelik deneyimi yaşayan kadınların beden imajlarını algılama durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü: Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı niteliktedir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Erzurum il merkezinde bulunan Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi polikliniklerine 26 Mart- 24 Haziran 2011 tarihleri arasında antenatal

kontrolleri için başvuran gebeler üzerinde yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi: Araştırmada, evrenin bilinmiyor olduğu durumlarda kullanılan örneklem formülü ile örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır (Karataş 2004). Bu formül aşağıdaki gibidir:

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

n= Örneklem alınacak birey sayısı

p= İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q= İncelenen olayın görülme sıklığı (1-p)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma.

Yukarıdaki formüle göre hesaplandığında;

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (0.186) \cdot (0.814)}{(0.05)^2}$$

$$n = 232.65344$$

Evreni temsil edebilmesi için en az 233 gebenin örneklem alınması gerektiği hesaplanmış, araştırma 316 gebe ile tamamlanmıştır. Katılımcıların örneklem dahil edilmesinde; gebelikte herhangi bir risk taşımama, 18-35 yaş aralığında olma, en az ilkokul mezunu olma, boyunu ve gebelik öncesi kilosunu bilme, psikolojik sorunları olmama, sözel iletişim kurulabilme ve gönüllülük kriteri aranmıştır. Bu kriterleri taşıyan gebelerden veri toplama araçlarını tam olarak cevaplandırılan 316 gebe çalışmanın örneklemi oluşturmuştur.

Verilerin Toplanması: Veriler; çalışmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin alındıktan sonra katılımcılardan da sözel izin alınarak yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri (Potur2003; Taşkın ve Kukulu 2011) doğrultusunda hazırlanan gebelerin demografik özellikleri, obstetrik öyküleri ve beden imajını algılama durumlarını belirleyebilecek özellikteki toplam 26 sorudan oluşmaktadır.

Çok Yönlü Beden-Benlik İlişkileri Ölçeği: Çok Yönlü Beden-Benlik İlişkileri Ölçeği (ÇYBBİÖ), 1984 yılında Winstead ve Cash tarafından geliştirilmiştir (Winstead and Cash 1984). Orijinal hali 69 maddeden oluşan bu ölçek 5'li likert tipidir. Beden imajının yapısını ve kişinin kendi tutumsal yönlerini belirlemek için geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir.

1992 yılında Doğan ve Doğan tarafından Türkçe geçerlik-güvenirlilik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır (Newell 2002). Ölçeğin Türkçe hali 57 maddeden oluşmaktadır ve orijinal hali gibi 5'li likert tipidir. Ölçek "Görünüşü Değerlendirme", "Görünüş Yönelimi", "Fiziksel Yeterliliği Değerlendirme", "Fiziksel Yeterlik Yönelimi", "Sağlık Değerlendirmesi", "Sağlık Yönelimi" ve "Beden Alanlarından Doyum" olmak üzere 7 alt boyuttan oluşmaktadır.

Ölçekteki her bir ifade 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. "Kesinlikle katılmıyorum" yanıtı 1 puan, "Çoğunlukla katılmıyorum" yanıtı 2 puan, "Kararsızım" yanıtı 3 puan, "Çoğunlukla katılıyorum" yanıtı 4 puan, "Kesinlikle katılıyorum" yanıtı 5 puan almaktadır.

Ölçekte ters anlatımı olan maddeler bulunmaktadır (12, 13, 14, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 33, 35, 37, 39, 40, 41). Bu maddelerde seçenekler 5, 4, 3, 2, 1 şeklinde ters puanlanmaktadır.

Ölçekten toplam en az 57, en çok 285 puan alınabilir. Ölçek toplam puan ortalaması, ölçekte yer alan tüm maddelerden alınan puanların toplamının, tüm madde sayısına bölünmesiyle bulunur. Yükselen puanlar sağlıklı bir beden ve yüksek beden imajını gösterir. Bu çalışmada sadece ölçek toplam puan ortalaması kullanılmıştır ve ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0.94 olduğu saptanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Elde edilen veriler, SPSS istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler dağılımlar, ortalama, Cronbach Alfa, bağımsız gruplarda t-testi, Tek Yönlü Varyans analizi (ANOVA), Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmaya başlamadan önce Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay (2017.1.1/9) alınmıştır. Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce; katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilerek araştırmaya ilişkin soruları yanıtlanmıştır. Katılımcıların sözel onayları alınarak "Bilgilendirilmiş Onam İlkesi", istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek "Özerklik İlkesi", bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması ilkesi", elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek "Kimliksizlik ve Güvenlik ilkesi" yerine getirilmiştir. Araştırmada Helsinki

Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun davranılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Çalışma evreninin tek merkez belirlenmesi, araştırmada evrenin bilinmiyor olduğu örneklem yönteminin kullanılması, araştırma kapsamında riskli gebelere yer verilmemesi araştırmanın sınırlılıklarıdır.

BULGULAR

Araştırma kapsamındaki gebelerin %43.4'ü 24-29 yaş aralığında, % 40.5'i ilkököl mezunu, yarısından fazlası ev hanımı ve ekonomik durumları orta düzeydedir. Gebelerin %73.4'ü çekirdek aile yapısına sahip,

%67.7'sinin evlilik süresi 1-5 yıl aralığındadır. Gebelerin eşlerinin %44.9'u 25-30 yaş aralığında, %34.2'si lise mezunu ve %41.5'i serbest meslek sahibidir. Gebelerin ÇYBBIÖ' den aldıkları toplam puan ortalaması 3.48 ± 0.42 olarak bulunmuştur. Gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre ÇYBBIÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; gebelerin yaş gruplarına, eğitim düzeylerine, mesleki durumlarına, yerleşim yerine, ekonomik durumuna, aile yapısına, evlilik süresine, eşinin eğitimi ve eşinin mesleğine göre ÇYBBIÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre ÇYBBIÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler (n=316)	Sayı	%	ÇYBBIÖ $\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değeri
Yaş				
18-23	89	28.1	3.45 ± 0.42	F=3.05
24-29	137	43.4	3.54 ± 0.41	p<0.05
30-35	90	28.5	3.40 ± 0.42	
Eğitim				
İlkokul mezunu	128	40.5	3.29 ± 0.39	F=24.21
Ortaokul mezunu	50	15.8	3.47 ± 0.34	p<0.05
Lise mezunu	58	18.4	3.53 ± 0.39	
Üniversite mezunu	80	25.3	3.74 ± 0.38	
Meslek				
Ev hanımı	242	76.6	3.41 ± 0.40	KW =25.67
Memur	58	18.4	3.71 ± 0.41	p<0.05
İşçi	16	5.1	3.63 ± 0.43	
Yerleşim Yeri				
İl	258	81.6	3.52 ± 0.40	KW=27.25
İlçe	35	11.1	3.44 ± 0.38	p<0.05
Köy	23	7.3	3.01 ± 0.39	
Sosyal Güvence				
Var	292	92.4	3.48 ± 0.42	MW-U=0.16
Yok	24	7.6	3.47 ± 0.42	p>0.05
Ekonomik Durum				
Kötü	18	5.7	3.09 ± 0.29	KW=33.76
Orta	177	56.0	3.42 ± 0.41	p<0.05
İyi	121	38.3	3.62 ± 0.40	
Aile Yapısı				
Çekirdek aile	232	73.4	3.54 ± 0.40	t=4.34
Geniş aile	84	26.6	3.31 ± 0.42	p<0.05
Evlilik Süresi				
1-5 yıl	214	67.7	3.51 ± 0.42	F=6.89
6-10 yıl	70	22.2	3.48 ± 0.40	p<0.05
11 yıl ve üstü	32	10.1	3.22 ± 0.36	
Eşin Yaşı				
19-24 yaş	32	10.2	3.43 ± 0.43	F=2.45
25-30 yaş	142	44.9	3.52 ± 0.43	p>0.05
31-36 yaş	103	32.6	3.50 ± 0.40	
37 yaş ve üstü	39	12.3	3.32 ± 0.42	
Eşin Eğitimi				
İlkokul mezunu	56	17.7	3.25 ± 0.39	F=17.51
Ortaokul mezunu	45	14.2	3.38 ± 0.41	p<0.05
Lise mezunu	108	34.2	3.44 ± 0.38	
Üniversite mezunu	107	33.9	3.68 ± 0.39	
Eşin Mesleği				
Serbest meslek	131	41.5	3.39 ± 0.40	F=12.71
Memur	104	32.9	3.64 ± 0.43	p<0.05
İşçi	81	25.6	3.42 ± 0.38	

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre ÇYBBİÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; gebelerin daha önce gebelik deneyimi yaşayıp yaşamadığına, ilk gebelik yaşına, toplam gebelik, canlı doğum, yaşayan

çocuk sayısına ve trimesterlere göre ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre ÇYBBİÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler (n=316)	Sayı	%	ÇYBBİÖ $\bar{X}\pm SS$	Test ve p Değeri
Gebelik Deneyimi				
Olan	161	50.9	3.39±0.44	t=3.69
Olmayan	155	49.1	3.56±0.37	p<0.05
İlk Gebelik Yaşı				
16-19 yaş	46	14.6	3.34±0.37	
20-23 yaş	116	36.7	3.43±0.42	F=4.36
24-27 yaş	100	31.6	3.57±0.42	p<0.05
28 yaş ve üstü	54	17.1	3.53±0.40	
Gebelik Sayısı				
1	155	49.1	3.56±0.37	
2	84	26.6	3.48±0.42	F=7.51
3	46	14.5	3.30±0.48	p<0.05
4	31	9.8	3.28±0.41	
Abortus Sayısı				
Yok	280	88.6	3.49±0.41	KW=0.60
1	30	9.5	3.38±0.45	p>0.05
2	6	1.9	3.52±0.68	
Küretaj Sayısı				
Yok	297	94.0	3.48±0.41	KW=1.48
1	16	5.1	3.42±0.55	p>0.05
2	3	0.9	3.32±0.17	
Canlı Doğum Sayısı				
Yok	180	57.0	3.56±3.39	
1	90	28.5	3.43±0.44	KW=20.96
2	32	10.1	3.23±0.40	p<0.05
3	14	4.4	3.26±0.39	
Yaşayan Çocuk Sayısı				
Yok	182	57.6	3.43±0.44	KW=9.07
1	89	28.2	3.20±0.38	p<0.05
2	32	10.1	3.27±0.40	
3	13	4.1		
Ölen Çocuk Sayısı				
Yok	303	95.9	3.48±0.42	MW-U=0.11
1	13	4.1	3.45±0.41	p>0.05
Trimester				
I. Trimester	100	31.6	3.49±0.41	F=4.85
II. Trimester	103	32.6	3.56±0.43	p<0.05
III. Trimester	113	35.8	3.39±0.40	

Gebelerin beden imajı ve BKİ ile ilgili özelliklerine göre ÇYBBİÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; gebelerin beden imajını algılama durumlarına, beden imajını algılamada başkasından etkilenme durumlarına göre ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. Gebelerin gebelik öncesi BKİ ortalaması 22.37 ± 3.42 ; gebelikteki BKİ' si 24.85 ± 3.85 olarak bulunmuştur. Gebelik öncesi/gebelikteki BKİ' ye göre ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Gebelikte beden imajı önemli olup pek çok çalışmanın araştırma konusunu oluşturmaktadır. Gebelikte beden imajı üzerine Türkiye'de yapılmış çok az sayıda çalışma (Potur 2003) olmasına rağmen değişik ülkelerde bu konu üzerinde yapılmış pek çok çalışma bulunmaktadır (Goodwin et al. 2000; Boscaglia et al. 2003; Huang et al. 2004; Skouteris et al. 2005; Chang et al. 2006; Duncombe et al. 2008). Gebelik deneyimi yaşayan kadınların gebelik boyunca, beden imajlarını algılama durumlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada,

Tablo 3. Gebelerin Beden İmajı ve BKİ ile İlgili Özelliklerine Göre ÇYBBİÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler (n=316)	Sayı	%	ÇYBBİÖ $\bar{X}\pm SS$	Test ve p Değeri
Beden İmajını Algılama Durumu				
Olumlu	161	50.9	3.55±0.40	F=5.13 p<0.05
Olumsuz	113	35.8	3.43±0.44	
Fikrim yok	42	13.3	3.35±0.41	
Beden İmajını Algılamada Başkasından Etkilenme Durumu				
Evet	92	29.1	3.57±0.45	t=2.35
Hayır	224	70.9	3.43±0.40	p<0.05
Etkinin Yönü (n=92)				
Olumlu	64	69.6	3.63±0.42	MW-U=1.60 p>0.05
Olumsuz	28	30.4	3.46±0.49	
Beden İmajı Algısını Etkileyen Kişiler (n=92)				
Eş	36	39.1	3.62±0.50	KW=2.44 p>0.05
Aile	26	28.3	3.59±0.38	
Arkadaşlar	16	17.4	3.42±0.51	
Eş ve aile	14	15.2	3.60±0.30	
Gebelik Öncesi BKİ				
Düşük (<19.8)	21	6.6	3.57±0.43	KW=4.32 p>0.05
Normal (19.8 - 26.0)	184	58.2	3.46±0.41	
Yüksek (26.0 - 29.0)	71	22.5	3.42±0.49	
Şişman (>29.0)	40	12.7	3.36±0.35	
Gebelikte BKİ				
Düşük (<19.8)	71	22.5	3.53±0.35	KW=5.91 p>0.05
Normal (19.8 - 26.0)	203	64.2	3.53±0.42	
Yüksek (26.0 - 29.0)	30	9.5	3.41±0.37	
Şişman (>29.0)	12	3.8	3.34±0.49	

gebelerin ÇYBBİÖ' den aldıkları toplam puan ortalaması 3.48±0.42 olarak bulunmuştur. İlgili ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 5.00 olduğu düşünülürse, gebelerin ölçek toplam puan ortalamasının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre ÇYBBİÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gebelerin yaş gruplarına göre ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). 24-29 yaş aralığında olan gebelerin ölçek toplam puan ortalamasının 3.54±0.41 olduğu ve bu yaş aralığından uzaklaştıkça da ölçek toplam puan ortalamasının azaldığı bulunmuştur. İdeal doğurganlık yaşı 20-35 yaşlar arası olduğundan (Taşkın ve Kukulcu 2011), bu yaştan ne kadar uzaklaşırsa fiziksel ve psikolojik olarak olumsuz etkilenme o kadar artacaktır. Bu sonuç literatürle paralellik gösterse de gebelerin yaş ile beden imajı arasında anlamlı bir ilişki saptamayan çalışmalar da bulunmaktadır (Demirci 2001; Potur 2003; Babacan Gümüş ve ark. 2011).

Gebelerin eğitim düzeylerine göre ÇYBBİÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim durumu ilkököl olan

gebelerin ölçek toplam puan ortalamasının 3.29±0.39, üniversite mezunu olanların 3.74±0.38 olduğu görülmektedir. Gebelerin eğitim düzeyi yükseldikçe ölçek toplam puanının arttığı bulunmuştur. Gebelerin eğitim düzeylerine göre ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Literatürde beden imajının sosyokültürel değerler (eğitim, meslek vb.) bireyin beden imajı kavramına yansıtıldığı belirtilmiştir (Doğan ve Doğan 1992).

Gebelerin mesleki durumlarına göre ÇYBBİÖ toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında; ev hanımı olan gebelerin ölçek toplam puan ortalaması 3.41±0.40, memurların 3.71±0.41 olduğu görülmektedir. Mesleki konum yükseldikçe ölçek toplam puanının arttığı bulunmuştur. Gebelerin mesleki durumlarına göre ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). İyi bir mesleki konumun beden imajını algılamayı olumlu yönde etkilediği söylenebilir. Benzer şekilde Skouteris ve ark. (2005) yaptığı çalışmada araştırma bulgusunu desteklemektedir.

Gebelerin ekonomik durumuna göre ÇYBBİÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; ekonomik durumu kötü olan gebelerin ölçek toplam puan ortalamasının 3.09 ± 0.29 , iyi olan gebelerin 3.62 ± 0.40 olduğu belirlenmiştir. Ekonomik durum yükseldikçe ölçek toplam puan ortalamasının arttığı bulunmuştur. Gebelerin ekonomik durumlarına göre ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu araştırma ile benzer sonuçlar elde eden çalışmalar bulunmaktadır (Skouteris et al. 2005; Duncombe et al. 2008; Babacan Gümüş ve ark. 2011).

Gebelerin aile yapısına göre ÇYBBİÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çekirdek aile yapısında olanların ölçek toplam puanının daha yüksek olduğu görülmektedir. Gebelerin aile yapısına göre ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Ülkemizde kadının eğitim düzeyi yükselmekte, çalışma hayatındaki yeri iyileşmekte, ekonomik özgürlüğü oluşmakta ve evlilik yaşı yükselmektedir (TNSA 2018). Sözü edilen bu faktörlerin kadını geniş aile yapısından uzaklaştırdığı söylenebilir. Çekirdek ailede yaşayan kadınların ailedeki iş yükü azalacak ve kendine daha fazla vakit ayırabilecektir. Bu durumun kadının beden imajını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Gebelerin evlilik süresine göre ÇYBBİÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; Evlilik süresi arttıkça ölçek toplam puanının azaldığı bulunmuştur. Gebelerin evlilik süresine göre ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu sonuç, “evlilik süresi arttıkça kadının gebelik sayısı artmakta, yaşı ilerlemekte, metabolizması yavaşlamakta, BKİ’ si yükselmekte ve bu değişimler beden imajını olumsuz etkilemektedir” şeklinde açıklanabilir.

Gebelerin eşinin eğitim düzeyi ve mesleğine göre ÇYBBİÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eşin eğitim durumu ve mesleği birbiriyle yakından ilişkili olup, eşin eğitim durumu ve mesleki durumu yükseldikçe ölçek toplam puanının da arttığı, puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Genel olarak mesleki konum eğitimle paralellik göstermektedir. Eşlerin eğitim düzeyi arttıkça gebelere verdikleri sosyal desteğin de arttığı, eş desteğinin iyi olmasının gebelerin beden imajını

daha olumlu algılamalarını sağladığı düşünülebilir. Eşlerin gebeleri desteklemesi gebeliğe uyumu kolaylaştırmaktadır. Çünkü destekleyici sistemlerin varlığı gebenin kendisini iyi hissetme duygularını, kişisel denetimini ve pozitif duygulanımını kuvvetlendirerek gebeliğe bağlı değişiklikleri daha az stresli olarak algılamasına yardımcı olur (Okanlı ve ark 2003; Taşkın ve Kukulu 2011). Okanlı ve ark. (2003) tarafından yapılan çalışmanın bulguları, bu araştırmanın bulguları ile paralellik göstermektedir.

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre ÇYBBİÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, daha önce gebelik deneyimi olan gebelerin ölçek toplam puanının daha düşük olduğu bulunmuş olup puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Gebelik toplumumuzda kadını kadın yapan değerler arasında olup kadının üretken olduğunun bir göstergesidir. Bunu ilk kez deneyimleyen kadınlar için gebelik, çok özel bir süreç olduğundan gebeliğin kendilerini güzelleştirdiğini düşünebilirler. Daha değerli olduklarını hissettikleri için gebelik boyunca meydana gelen değişimleri normal kabul ederek beden imajlarını daha olumlu algılamış olabilirler.

Gebelerin ilk gebelik yaşına göre ÇYBBİÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilk gebelik yaşı arttıkça ölçek toplam puanının arttığı ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). TNSA 2018 verilerinde doğurganlık hızı (25-29 yaş grubu) son on yıldır durağanlaşmıştır (TNSA 2018). Bu durum, kadınların doğurganlıklarını ileri yaşlara ertelediklerini göstermektedir. Bunun nedeni evlilik yaşının yükselmesi olabileceği gibi eğitim düzeyinin yükselmesi ve kariyer yapması da olabilir. Eğitimli kadın, bilinçli kadındır. Buna bağlı olarak beden imajını olumlu algılama artmış olabilir.

Gebelerin gebelik sayısı, canlı doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısına göre ÇYBBİÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gebelerin gebelik sayısı, canlı doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı arttıkça ölçek toplam puanının düştüğü ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu bulgu, çalışmadaki gebelik deneyimi olan kadınlarda ölçek toplam puanının daha düşük olduğu bulgusu ile de desteklenmektedir. Gebelik deneyimi arttıkça

buna paralel olarak gebelik sayısı, canlı doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısında da artış olmakta bu da beden imajı algısını negatif yönde etkilemektedir. Babacan Gümüş ve ark (2011) yaptığı çalışmada gebelik sayısı arttıkça beden imajı algısının azaldığı bulunmuştur ve bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca kadınların gebelik sayısı ve doğum sayısı arttıkça vücut eski haline dönmekte zorlanmakta bir öncekine göre şekilsel olarak bozulmaktadır. Bu durumun kadınların beden imajını olumsuz etkilediği söylenebilir.

Gebelerin trimesterlere göre ÇYBBİÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). II. trimesterde ölçek toplam puanı en yüksek (3.56 ± 0.43), III. trimesterde en düşük (3.39 ± 0.40) bulunmuştur. İlk trimesterde dışardan bakıldığında kadının gebe olup olmadığının anlaşılması güçtür. Çünkü ilk trimesterde fazla kilo artışı olmaz. İkinci trimesterin başlarında kadın gebe gibi görünmeye başlar. Bu durum, gebenin beden imajını olumlu algılamada pozitif bir etken olabilir. Bu bulgu literatür ile de desteklenmektedir (Duncombe et al. 2008). II. trimesterde gebeliğe bağlı rahatsızlıklar azalır, kadının primer odak noktası fetüstdür. Bu dönemde aynı zamanda kadının bedeninde hızlı ve yoğun değişimler olur. Bu değişiklikler kadınlar tarafından olumlu karşılanır hatta fetüsün büyüdüğünün göstergesi olduğundan kadın ve eşinde bir gurur yaratır (Taşkın ve Kukulcu 2011). III. trimesterde ise kadın, sıklıkla daha önceki zamana göre bedeninde büyük bir sapma deneyimler. Bedende fark edilebilir derecede bir kilo artışı içeren önemli değişimler meydana gelir. Günlük yaşamında bazı zorluklar yaşar. Bu durum kadın için postpartum dönemde kilo verme ve mümkün olan en kısa sürede eski bedenine kavuşma veya olumlu beden imajı oluşturmada endişe duyduğu bir zaman dilimi ve beden imajındaki memnuniyette azalmaya neden olan üzücü bir durum olabilir (Godfrey 2009). Skouteris ve ark. (2005) yaptığı çalışmada gebelerin gebelik süresince beden imajındaki değişimlere uyum sağladığı ve beden imajı algılarının etkilenmediği bulunmuştur. Ancak II. trimesterde negatif sosyo-kültürel baskılar nedeniyle bedenlerini daha az çekici bulmuşlardır. Bu çalışmada ise başkalarının (yakınlarının) desteği pozitif yöndedir ve sözü edilen çalışmayla olan farklılığın bu noktadan kaynaklandığı

söylenebilir. Babacan Gümüş ve ark. (2011) yaptığı çalışmada gebelik süresince beden imajı algısı ile ilgili puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Bu farklılık, trimesterlerde homojen dağılım olmamasından kaynaklanabilir. Johnson ve ark yaptığı çalışmada, kadınların gebeliğin son trimesterinde beden imajlarını negatif algıladıkları bulunmuştur (Johnson et al. 2004). İlgili çalışma bulguları bu araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Gebelerin beden imajı ve BKİ ile ilgili özelliklerine göre ÇYBBİÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; beden imajını olumlu algılayan gebelerin ölçek toplam puanının en yüksek ve beden imajını algılamada başkasından etkilenen gebelerin etkilenmeyenlere göre ölçek toplam puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gebelerin beden imajını algılama durumu ve beden imajını algılamada başkasından etkilenme durumuna göre ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu sonuç, “kültürel olarak tanımlanan güzelliğin dışında gebeler, gebeliği kadın olmanın yeni bir rolü ve üremenin önemli bir vurgusu olarak algıladığı için gebelik boyunca beden imajlarındaki değişimi olumlu olarak kabul etmektedir” şeklinde açıklanabilir. Bu sonuçla paralellik gösteren çalışmalar (Duncombe et al. 2008; Loth et al. 2011) olduğu gibi beden imajını olumsuz algılayan çalışmalarda bulunmaktadır (Skouteris et al. 2005; Chang et al. 2006).

Gebelerin gebelik öncesi ve gebelikteki BKİ' ye göre ÇYBBİÖ toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında; gebelerin gebelik öncesi ve gebelikteki vücut ağırlığı ile gebelik öncesi/gebelikteki BKİ' ye göre ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu sonuç, “gebelerin büyük bir kısmının gebelik öncesi ve gebelikte BKİ (19.8-26.0)'si normal olup, zayıf ya da şişman gibi çok uç noktalarda olmadıklarından etkilenmemişlerdir” şeklinde açıklanabilir.

Bununla birlikte bu çalışmanın bazı sınırlamalarının olduğunu belirtmek gerekir. İlk olarak çalışma evreninin yalnızca Erzurum NeneHatun Kadın Doğum Hastanesi olarak belirlenmesi, çalışmada evrenin bilinmiyor olduğu örneklem yönteminin kullanılması, araştırma kapsamında riskli gebelere yer verilmemesi araştırmanın sınırlılıklarıdır. Bu

nedenle araştırma sonuçları araştırma kapsamındaki gebelere genellenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda gebelerin çoğunun gebelikte beden imajını olumlu algıladıkları, büyük bir çoğunluğunun beden imajını algılamada başkasından etkilenmedikleri, etkilenenlerin ise en çok eşinden etkilendiği ve etkinin yönünün olumlu olduğu bulunmuştur. Gebelerin yaş, eğitim düzeyi, aile yapısı, evlilik süresi ve trimesteri; eşlerinin ise eğitim düzeyi, meslek ve ekonomik durumu beden imajı algısını etkileyen faktörlerdir. Ayrıca gebelerin gebelik öncesi ve gebelikteki vücut ağırlığı algılanan beden imajını etkilememektedir.

Bu araştırma sonuçları doğrultusunda gebelikte gelişecek fizyolojik ve psikolojik değişimler, beslenme ve kilo alımı konusunda gebeleri ve eşlerini kapsayan eğitimlerin verilmesi, eğitimlerin gerek kitle iletişim

araçlarıyla gerekse kitap, broşür gibi eğitim materyalleriyle desteklenmesi, doğuma hazırlık sınıflarının her ilde yaygınlaştırılması ve verilen eğitim programı içerisinde beden imajı kavramına daha geniş yer verilmesi önerilebilir.

TEŞEKKÜR

Bu çalışmaya katılan gebelere ve çalışma için finansal destek sağlayan Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi (BAP – 2011 / 61)' ne teşekkür ederiz.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Makalenin yazarları arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

YAZARLARIN KATKI DÜZEYLERİ

EYG: Literatür tarama, veri toplama, makale yazma. TP: Kritik okuma

KAYNAKLAR

Babacan Gümüş A ve ark. Gebelikte Benlik Saygısı ve Beden İmajı İle İlişkili Özellikler. *Anatol J Clin Investig* 2011;5(1):7-14.

Boscaglia N et al. Changes in Body Image Satisfaction During Pregnancy: A Comparison of High Exercising and Low Exercising Women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics And Gynaecology* 2003;43(1):41-5.

Cash T. Understanding Body Images, Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice. New York, Guilford Publications, USA, 2002. p.10-11.

Chang SR et al. I am A Woman and I'm Pregnant: Body Image of Women in Taiwan During The Third Trimester of Pregnancy, *Birth* 2006;33(2):147-53.

Demirci H, Karanisoğlu H. İlk Gebeliği Olan Kadınların Psikolojik Tepkilerinin İncelenmesi. I. Uluslararası VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Kongre Kitabı). Antalya, 2001; 29, 193-6.

Dipietro JA et al. Psychosocial Influences on Weight Gain Attitudes and Behaviors During Pregnancy. *Journal of The American Dietetic Association* 2003;103(10):1314-9.

Doğan O, Doğan S. Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği El Kitabı. Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi, 1992. p. 1-27.

Duncombe D et al. How Well Do Women Adapt to Changes in Their Body Size and Shape Across The Course of Pregnancy. *Journal of Health Psychology* 2008;13(4):503-15.

Godfrey K. The Primiparous Experience: An Examination of Body Satisfaction And Self-Esteem.

Smith College School for Social Work Northampton, Mass. 2009.

Goodwin A et al. Body Image and Psychological Well-being in Pregnancy. A Comparison Exercises and Non-exercises. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000;40(4):442-7.

Huang HC et al. Body Image, Maternal-fetal Attachment and Choice of Infant Feeding Method: A Study inTaiwan. *Birth* 2004;31:183-8.

Johnson S et al. 'Does my Bump Look Big in This?' The Meaning of Bodily Changes for First-Time Mothers-to-be. *J Health Psychol* 2004;9:361-74.

Karataş N. Araştırmada Örnekleme. In: Erefe İ, ed. Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri. İstanbul: Odak Ofset, 2004:125-38.

Loth KA et al. Body Satisfaction During Pregnancy. *Body Image* 2011:297-300.

Newell R. Living with Disfigurement. *Nursing Times* 2002;98(15):34-5.

Okanlı A ve ark. Gebe Kadınların Ailelerinden Algıladıkları Sosyal Destek İle Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003;4:98-105.

Örsel S ve ark. Diyet Yapan ve Yapmayan Ergenlerin Kendilik Algısı, Beden İmajı ve Beden Kitle İndeksi Açısından Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004;15(1):5-15.

Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara, Mattek Matbaacılık Basım 2010. p. 68-92.

Potur DC. İlk Gebelikte Beden İmajının Algılama Durumunun Değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi*

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003.

Salter M. Altered Body Image The Nurse's Role. New York: Baillire Tindall, 2000. p. 2-3, 92-3.

Skouteris H et al. A Prospective Study Of Factors That Lead to Body Image Dissatisfaction During Pregnancy. *Body Image* 2005;2(4):347-61

Striegel-Moore RH, Franko DL. Body Image Issues Among Girls and Women. In Cash Thomas F, ed. *Body Image: A Hand book of Theory, Research and ClinicalPractice.* New York, USA, Guilford Publications, 2002. p.183-90.

Taşkın L, Kukul K. Kadın Sağlığına Giriş. In Taşkın L (ed). *Doğum ve Kadın Hastalıkları*

Hemşireliği. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2011. p.1-17.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2018.http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf Erişim Tarihi: 10.02.2020

Walsh LV. *Midwifery, Community-Based Care During The Childbearing Year, USA,* W. B. Saunders Company, 2001. p. 177.

Winstead BA, Cash TF. Reliability and Validity of The Body-Self Relations Questionnaire: A New Measure of Body Image. New Orleans, LA. Paperpresented at the meeting of the Southeastern Psychological Association, 1984.

EXTENDED ABSTRACT

The body image is a dynamic process that is formed within growth and development process. Regardless of the age of the individual, apart from the normal growth and development periods, the body image can change due to various reasons such as illness, injury, operation, pregnancy and delivery. The body image is more important for women compared to men. In the women it changes physiologically in various periods of life such as adolescence, pregnancy, postpartum and menopause. The changes during pregnancy are dramatic. Although pregnancy is a normal physiological process, it is a known fact that during this period both physical and psychological problems are experienced related to perceiving the body image. The adaptation of the individual, who undergoes changes in her body image, into her new situation depends on the status of using the coping skills, and the supports provided by her family and the health team. Therefore, in a qualified care, the midwives and the nurses should know/identify how the body image is affected in every stage of the adaptation period of the body changes that develop rapidly or gradually, the response of the individual to the changing body image, the attitudes and effects of other people against change, how they can help the pregnant to cope with the change, and they should give training and consultancy to the pregnant woman in these issues.

The study has descriptive and correlational design and was conducted on the pregnant women, who applied to the polyclinics of Nenehatun Maternity Hospital located in city centre of Erzurum between 26 March- 24 June 2011 for their antenatal controls. The sampling formula and the sample group size, which are used for the cases when the population is not known, were calculated in the study. The inclusion criteria for participants are having no risk in pregnancy, being in age range of 18 – 35 years, being at least primary school graduate, knowing pre-pregnancy height and weight, having no psychological problems, ability to establish verbal communication and voluntariness. 316 of pregnant women having these criteria answered the data collection tools completely, and formed the sample group of the study. During the data collection process, written permit was taken from the institution the study was conducted at and then verbal permission was taken from participants; the face-to-face interview method was used to collect data.

Examining the total mean score of MBSRQ in terms of the descriptive characteristics of the pregnant women; the difference between the total mean scores of MBSRQ according to age group, educational level, occupational status, residential area, economic status, family structure, term of marriage, husband's education and occupation is found to be statistically significant. Examining the total mean scores of MBSRQ in terms of the their obstetric characteristics; the difference between the total mean scores according to their previous pregnancy experiences, the first gestational age, total pregnancy, live birth, number of alive children and the trimester periods was statistically significant ($p<0.05$). Examining the total mean scores of MBSRQ in terms of the characteristics of body image and BMI of the pregnant women; the difference between the total mean scores according to status of their perception regarding body image and effect of other people for the perception of body image was statistically significant ($p<0.05$). It is found that pre-pregnancy BMI mean of the pregnant women is 22.37 ± 3.42 and their pregnancy BMI is 24.85 ± 3.85 . It is determined that the difference between the total mean scores according to the pre-pregnancy/pregnancy BMI values is statistically not significant ($p>0.05$)

The results obtained from the study revealed that age, the pregnant woman and her husband's education and occupation, economic status, family structure, term of marriage and trimester affect total mean scores of MBSRQ. Besides, pre-pregnancy and pregnancy body weight of the pregnant women and BMI did not affect the total mean scores of MBSRQ, most of the pregnant women (50.9%) perceive the body image positively during pregnancy, majority of them (70.9%) were not affected by others in their perception of the body image, those influenced were mostly affected by their husbands and this effect is positive. In the light of the results of this study recommendations are that trainings on the physiological and psychological changes to develop during pregnancy, nutrition and weight gain should be provided for the pregnant women and their husbands, these trainings should be supported by both mass media and educational materials such as books, and brochures, childbirth prep classes should be extended to all provinces and the concept of the body image is included more extensively in the training program.

KADINLARDA EVLİLİK UYUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

DETERMINATION OF FACTORS AFFECTING MARITAL ADJUSTMENT IN WOMEN
Özlem ŞAHİN ALTUN*, Ümran POLAT**, Serap EJDER APAY***, Zeynep OLCUN****

ÖZ

Amaç: Araştırma kadınların evlilik uyumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırma olarak yürütülmüştür. Araştırma, İstanbul Pendik'te bulunan Yenişehir Aile Sağlığı Merkezi'nde 15 Ekim - 26 Aralık 2013 tarihleri arasında uygulanmıştır. Çalışmanın evrenini, ilgili Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı kadınlar oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini ise sözel iletişim kurulabilen 466 kadın oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem büyüklüğü hesabı yapılmamış olup ilgili tarih aralığında çalışmaya katılmaya gönüllü olan tüm kadınlara ulaşılmaya hedeflenmiştir. Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından hazırlanan tanıtıcı bilgi formu ve Evlilikte Uyum Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 11 paket programıyla analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler, Student t testi, One Way ANOVA testi, Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Bulgular: Evlilik uyum ölçeği ile kadınların evlilikte problem yaşama durumu, çocuk sahibi olma durumu, kadınların çalışma şekli, eşlerin yaş durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. ($p < 0.05$).

Sonuç: Bu çalışma sonucunda katılımcıların tamamına yakınının evliliğe uyumunun düşük olduğu bulundu. Kadınların evlilikte problem yaşaması, çocuğunun bulunması, gece çalışması ve çalışma şekli, eşlerin yaş durumu gibi faktörlerin evlilik uyumunu etkilediği belirlendi. Bu nedenle, söz konusu yerleşim birimine sağlık hizmeti sunan profesyonellerin, mevcut hizmetlere ek olarak bölgedeki kadın nüfusa problem çözme, stresle etkili baş etme, öfke kontrolü, etkili iletişim becerilerine ilişkin sağlık eğitimlerini de entegre etmeleri önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kadın; evlilik uyumu; hemşirelik; ebelik

ABSTRACT

Aim: The research was carried out to determine the factors affecting women's marital adjustment.

Method: This study was carried out as a descriptive and cross-sectional study. The research was carried out between 15 October - 26 December 2013 at Yenişehir Family Health Center in Pendik, Istanbul. The universe of the study was composed of women registered at the relevant Family Health Center. The sample of the study consists of 466 women who can communicate verbally. In the study, the sample size was not calculated and it was aimed to reach all women who volunteered to participate in the study in the relevant date range. In the collection of the data, an introductory information form prepared by the researcher and the Marriage Adjustment Scale were used. The data obtained were analyzed in computer environment with SPSS 11 package program. In the evaluation of the data; descriptive statistics, Student t test, One Way ANOVA test, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis test were applied.

Results: It was found that there was a statistically significant difference between the marital adjustment scale and the women having problems in marriage, having children, the way women work, and the spouses' age status. ($P < 0.05$).

Conclusion: As a result of this study, almost all of the participants were found to have low compliance. It was determined that factors such as women having problems in marriage, having a child, working at night and working style, age status of spouses affect marriage adjustment. Therefore, in addition to the existing services, it is recommended that professionals who provide health services to the settlement in question integrate health education on problem solving, effective coping with stress, anger control and effective communication skills in the region.

Keywords: Women; marital adjustment; nursing; midwifery

*Doç. Dr. Atatürk
Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi, Psikiyatri
Hemşireliği Anabilim Dalı,
Erzurum /Türkiye.

0000-0001-6727-6480

**Hemşire, Marmara
Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
İstanbul/Türkiye

0000-0003-2245-0988

***Doç. Dr. Atatürk
Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Ebelik Bölümü,
Erzurum/Türkiye.

0000-0003-0978-1993

****Arş. Gör. Dr. Atatürk
Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi, Psikiyatri
Hemşireliği Anabilim Dalı,
Erzurum /Türkiye.

0000-0003-3368-4288

Yazışma Adresi:

Özlem ŞAHİN ALTUN

e-posta:

ozlemsahinaltun@gmail.com

Gönderim Tarihi: 30 Mart
2020

Kabul Tarihi: 22 Mayıs
2020

Atf için (How to cite): Şahin Altun Ö, Polat Ü, Ejder Apay S, Olçun Z. Kadınlarda Evlilik Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;3(2):82-90.

GİRİŞ

Evlilik, karşı cinsten iki kişinin aile kurmak üzere kanunların uygun gördüğü şekilde, bedenen ve ruhen bir ömür boyu kalıcı bir beraberlik için bir araya gelmesidir. Evlilik ailenin kurulmasını, toplumun çoğalmasını ve türün devamını sağlar. Evlilik yaygın bir yaşam tarzıdır. Kültürel farklılıklar olsa da, belli yaşın üzerinde ki insanların tamamına yakını hayatlarında en az bir kez evlenmiştir (Erbek ve ark. 2005; Özgüven 2014). Evlilik, bireyin hayatının birçok yönünü etkiler. Bu süreçte ev değişiklikleri, çiftlerin yaşam standartlarının değişmesi, kültürel değişimler meydana gelmektedir. Değişimlerin yanı sıra çiftlerin evliliğe uyum süreci ve çiftlerin aile yapısı evliliğe etki etmektedir (Yalçın 2014).

Evlilik uyumu; çiftlerin uyumlu birlikteliklerinin sonucu olarak evlilik hayatlarında yaşadıkları memnuniyet ve mutluluk olarak tanımlanmıştır. Böylece, çiftlerden her ikisinin de ilişki sürdürülebilirlik kapasiteleri evlilik uyumunu sağlamak için önemli hale gelmektedir (Skowron 2000). Evlilik uyumu ailenin yaşamında önemli bir rol oynamaktadır. Evliliğin zorunlu ve gönüllü niteliklerinin bir dengeye ulaşmasıyla ilişkilidir. Evlilik uyumunu, evlilikte isteklerin ve beklentilerin ne ölçüde karşılandığı etkiler. Eşlerin uyumlu olabilmesi için, eşler arasında etkili bir iletişimin kurulması gerekir. Eşlerin ortak değer ve amaçlara sahip olmaları evlilik uyumunu etkiler. Çiftlerin kararları ortak verebilmeleri, akrabalarıyla olan ilişkilerinde, boş zaman etkinliklerinde ve gelir idaresi konularında anlaşma içinde olmaları için duygularını paylaşmaları, empatik anlayış sergilemeleri, bireysel farkları kabul etmeleri, ilgi ve sevgi duygusunu birbirlerine iletebilmeleri gerekmektedir (Tutarel-Kışlak 1997; Gümüldaş ve Ejder Apay 2016).

Evlilikte uyum eskiden beri önemli bir sorun olmakla birlikte, günümüzde uzmanların ilgilenmesi gereken önemli bir konu haline gelmiştir. Evlilik, sadece iki kişinin bir araya gelmesiyle oluşan bir kurum değildir. Bu iki kişinin birbirine uyum içinde yaşaması, değişen koşullara uyum sağlaması ve belirli bir süre içinde birbirlerine uygun biçimde değişmesi olarak tanımlanmaktadır (Gümüldaş ve Ejder Apay 2016). Çiftler severek ve birbirini tanıyarak evlenmiş olsalar bile birbirlerinden beklentileri yüksek olduğundan deneme ve bocalama dönemini geçirmeden uyum sağlayamazlar. Her evlilikte balayı döneminin sonu gelir tutkulu sevgi döneminin yerini yavaş yavaş karı-koca

ilişkinine bırakır. Evlilik ilişkisinde, bireylerin ihtiyaçlarının ve beklentilerinin gerçekleşmemesi, eşler arasındaki etkileşim, paylaşma ve sosyal ilişkilerin hoşgörü sınırlarını aşacak şekilde ciddi biçimde bozulması, eşlerin birinde ya da her ikisinde birden stres oluşturması ve bu durum doğumun azalması ile birlikte boşanmaya doğru gidilmesine neden olmaktadır (Özgüven 2014). Evlilik uyumu ile ilgili yapılan araştırmalardan, cinsiyet, çocuk sahibi olma durumu, evlilik şekli, evlilik süresi, yaş, evlilik yaşı, tanışma süresi, cinsellik, çalışma gibi faktörlerin evlilik uyumunu etkilediği görülmüştür (Shigeto et al. 2014; Kendrick and Drentea 2016; Gümüldaş ve Ejder Apay 2016).

Sağlıklı toplumlara ulaşmada, olumlu ilişkilerin yaşandığı uyumlu evliliklerin varlığı yaşamsal niteliktedir. Evlilikte uyumun sağlanmasında ise eşlerin, evlendikleri ilk günden itibaren birey olarak birbirlerine değer verdiği, anlayış ve hoşgörü ile yaklaştığı, birbirlerinin psikolojik ve sosyolojik açıdan sınırlarını iyi tanıdığı beklenti ve isteklerinin farkında olduğu ilişkilerin kurulması ve sürdürülmesi gereklidir. Evlilikte uyumun sağlanacağı ilişkilerin kurulması ve sürdürülmesinde, profesyonel bir hemşirelik/ebelik yaklaşımı ile yapılan girişimler sayesinde; birey, aile ve toplumun ruh sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürmenin mümkün olabileceği değerlendirilmektedir (Tarhan 2019). Bu bağlamda profesyonellerce, toplumun farklı kesimlerinin mevcut evlilik uyum düzeylerinin araştırılması ve evlilik uyumunu etkileyen faktörlerin ortaya konulması ile risk altındaki bireylerin tanınması ve uygun girişimlerle bu bireylerin evlilik uyumunun artırılması ve dolayısı ile mutlu bir evlilik yaşamı sürdürmesinin sağlanabileceği düşünülmektedir. Bu düşünceden hareketle çalışmada, bir aile sağlığı merkezine kayıtlı kadınların evlilik uyumunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi: Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırma olarak yürütülmüştür.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Araştırma, İstanbul Pendik'te bulunan Yenişehir Aile Sağlığı Merkezi'nde 15 Ekim - 26 Aralık 2013 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme: Çalışmanın evrenini, ilgili Aile Sağlığı

Merkezinine kayıtlı kadınlar oluşturmuştur. Çalışmanın örnekleme ise sözel iletişim kurulabilen 466 kadın oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem büyüklüğü hesabı yapılmamış olup ilgili tarih aralığında çalışmaya katılmaya gönüllü olan tüm kadınlara ulaşılması hedeflenmiştir.

Veri Toplama Araçları: Veri toplama formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini ve evlilik özelliklerini irdeleyen “Tanıtıcı Bilgi Formu”na yer verilmiştir. İkinci bölümde ise katılımcıların, evlilik uyumlarını belirlemek için kullanılan Evlilikte Uyum Ölçeği’ne (EUÖ) yer verilmiştir.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Bu form; kadınların sosyo-demografik durumu ile evlilik özelliklerini inceleyen 19 sorudan oluşmaktadır.

Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ): Evlilik Uyum Ölçeği Locke ve Wallace (1959) tarafından geliştirilmiştir. Hunt’ın (1978) ve Freeston ve Plechaty’nin (1997) puanlama sistemleri doğrultusunda, ölçeğin Türkiye’de geçerlik güvenilirlik çalışması Tutarel Kışlak (1997) tarafından yapılmıştır. Ölçekten alınan toplam puan 0–60 arasında değişmektedir. 43 puanın üzerinde alanlar evlilik ilişkileri açısından uyumlu, altında alanlar ise uyumsuz olarak kabul edilmektedir. Geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach α iç tutarlılık katsayısı 0.84 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach α iç tutarlılık katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur.

Verilerin Toplanması: Anketler araştırmacı (ÜP) tarafından, katılımcılar ile yüz yüze görüşme yolu ile 5-10 dakikada uygulanmıştır. Çalışmaya başlamadan önce, katılımcılara araştırmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara veri toplama formu uygulanmıştır. Görüşmeler, katılımcıların mahremiyetlerine özen gösterilerek kimsenin olmadığı sessiz bir odada gerçekleştirilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırmanın verileri SPSS for Windows 11.00 paket programı ile analiz edilmiştir. Araştırma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı

istatistikler; sayı, yüzde, ortalama±standart sapma, en büyük, en küçük değerler kullanılarak verilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu test edilip; normal dağılım gösteren veriler için Student t testi ve One Way ANOVA testi; normal dağılıma uymayan veriler için ise Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirilerek $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırma Helsinki Deklarasyonu’na uygun olarak yürütülmüştür. Yenişehir Aile Sağlığı Merkezi’nde araştırmanın uygulanması için kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği: Uygulamanın tek merkezli olarak yürütülmesi, yalnız kadına ait evlilik uyum düzeyini yansıtması ve örneklem büyüklüğü belirlemeden 466 kişiye ulaşılması çalışmanın sınırlılıkları olarak değerlendirilmektedir. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar, İstanbul Pendik’te bulunan Yenişehir Aile Sağlığı Merkezi’nin sağlık hizmetinden sorumlu bölgede yaşayan kadınlara genellenebilir.

BULGULAR

Katılımcıların çoğunlukla (%31.8) 46 yaş ve üstü ve üniversite mezunu (%40.8)’olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada yer alan katılımcıların çoğunlukla, %35.2’si devlet memuru, %87.9’u gündüz saatlerinde çalıştığı, %58.1’i 1501-3000TL arasında gelire sahip olduğu, %74.2’si çalışmayı istediğini ve %29.6’sı Karadeniz bölgesinde doğduğunu bildirmiştir (Tablo1).

Katılımcıların çalışma şekli ve eş yaşı ile EUÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanırken, diğer sosyo-demografik özellikleri ile EUÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo1, $p>0.05$).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin EUÖ Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması (n=466)

Özellikler	n	%	EUÖ $\bar{X} \pm SS$	Test ve p değeri
Yaş				
31 yaş ve altı	71	15.2	33.61±4.69	F=1.77, p=0.15
32-38 yaş	115	24.7	34.23±4.94	
39-45 yaş	132	28.3	35.16±4.71	
46 yaş ve üstü	148	31.8	34.85±5.56	
Eğitim Durumu				
İlkokul	80	17.2	33.40±5.78	F=1.58, p=0.17
Ortaokul	39	8.4	35.02±5.47	
Lise	121	26.0	34.57±5.16	
Üniversite	190	40.8	35.05±4.55	
Lisansüstü	36	7.7	34.52±4.99	
Meslek				
Memur	164	35.2	35.21±4.96	F=1.28, p=0.49
İşçi	90	19.3	34.18±5.39	
Serbest meslek	54	11.6	34.44±4.85	
Ev hanımı	158	33.9	34.25±5.03	
Çalışma Şekli (n=308)				
Gündüz	268	87.9	35.18±4.84	t=3.65, p=0.0001
Gece+ gündüz	40	13.0	32.10±5.81	
Ailenin Gelir Durumu (n=308)				
750-1500 TL	75	24.4	34.06±5.47	KW=4.94, p=0.17
1501-3000 TL	179	58.1	35.34±4.94	
3001- 4500 TL	32	10.4	34.21±5.00	
4501 TL ve üstü	22	7.1	33.50±4.54	
Çalışmayı İsteme Durumu				
İsteyen	346	74.2	34.45±5.12	t=1.08, p=0.28
İstemeyen	120	25.8	35.03±4.87	
Doğduğu Bölge				
Karadeniz	138	29.6	35.52±4.73	KW=9.08, p=0.16
İç Anadolu	83	17.8	35.21±4.71	
Marmara	116	24.9	34.11±5.32	
Ege	28	6.0	34.32±4.19	
Akdeniz	18	3.9	33.16±6.53	
Doğu Anadolu	57	12.2	33.40±5.52	
Güneydoğu Anadolu	26	5.6	33.84±4.72	
Eş Yaş				
31 yaş ve altı	37	7.9	32.78±5.04	F=3.66, p=0.01
32-38 yaş	77	16.5	33.51±4.83	
39-45 yaş	124	26.6	34.99±4.66	
46 yaş ve üstü	228	48.9	35.05±5.26	
Eş Eğitim Durumu				
İlkokul	47	10.1	33.04±6.16	F=1.42, p=0.22
Ortaokul	52	11.2	35.07±5.70	
Lise	137	29.4	34.94±4.59	
Üniversite	192	41.2	34.67±5.03	
Lisansüstü	38	8.2	34.31±4.24	
Eş Meslek				
Memur	99	21.2	35.21±4.96	F=1.28, p=0.79
İşçi	198	42.5	34.18±5.39	
Serbest meslek	127	27.3	34.44±4.85	
Emekli	42	9.0	34.25±5.03	
Eş Çalışma Şekli (n=424)				
Gündüz	312	73.6	35.00±5.01	t=1.71, p=0.08
Gece+ gündüz	112	26.4	34.06±4.91	
Eş Gelir Durumu				
750-1500 TL	102	21.9	34.34±5.59	F=0.37, p=0.77
1501-3000 TL	186	39.9	34.47±5.38	
3001- 4500 TL	107	23.0	35.01±4.43	
4501 TL ve üstü	71	15.2	34.69±4.30	

Eşin Doğduğu Bölge				
Karadeniz	116	24.9	35.40±4.90	KW=7.30, p=0.29
İç Anadolu	90	19.3	34.97±4.72	
Marmara	115	24.7	34.43±4.56	
Ege	17	3.6	32.82±6.31	
Akdeniz	24	5.2	35.12±3.22	
Doğu Anadolu	80	17.2	34.05±6.18	
Güneydoğu Anadolu	24	5.2	32.70±5.28	

Bu çalışmada yer alan katılımcıların %46.6'sı 19-24 yaş aralığında evlendiğini, %33.0'ü (n=154) 11-15 yıldır evli olduğunu, %69.7'si (n=325) görücü usulü ile evlendiğini ve %70.2'si (n=327) evliliğinde problem yaşamadığını bildirmiştir. Katılımcıların %82.6'sı (n=385) çocuk sahibi olduğu ve

%43.6'sının (n=168) 2 çocuğu bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Katılımcıların tüm evlilik özellikleri (evlilikte problem yaşama durumu ve çocuk sahibi olma durumu hariç) ile EUÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo2, p>0.05).

Tablo 2. Katılımcıların Evlilik Örüntüleri ile EUÖ Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması (n=466)

Özellikler	n	%	EUÖ $\bar{X} \pm SS$	Test ve p değeri
Evlenme Yaşı				
13-18 yaş	60	12.9	33.36±6.50	F=1.67, p=0.17
19-24 yaş	217	46.6	34.78±4.74	
25-30 yaş	155	33.3	34.61±5.05	
31 yaş ve üstü	34	7.3	35.52±3.99	
Evlilik Yılı				
1-5 yıl	95	20.4	33.73±4.69	F=1.18, p=0.31
6-10 yıl	114	24.5	34.87±4.62	
11-15 yıl	154	33.0	34.85±4.89	
16 yıl ve üstü	103	22.1	34.71±6.01	
Evlilik Şekli				
Tanışarak	141	30.3	34.81±5.29	t=0.59, p=0.55
Görücü usulü	325	69.7	34.51±4.97	
Evlilikte Problem Yaşama Durumu				
Yaşayan	139	29.8	35.49±6.48	t=2.49, p=0.01
Yaşamayan	327	70.2	34.22±4.28	
Çocuk Sahibi Olma Durumu				
Olan	385	82.6	34.93±5.14	t=3.13, p=0.002
Olmayan	81	17.4	33.01±4.36	
Çocuk Sayısı				
1 çocuk	132	34.3	35.64±4.91	F=2.01, p=0.13
2 çocuk	168	43.6	34.67±4.64	
3 çocuk ve üstü	85	22.1	34.36±6.26	

EUÖ'nden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar ile katılımcıların aldıkları puan ortalamaları Tablo 3'de görülmektedir. EUÖ'den alınabilecek en düşük puan "0" iken en yüksek

puan "60"tır. Bu çalışmada katılımcıların EUÖ'den aldıkları puan ortalamasının 34.60±5.06, ortancanın biraz üzerinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 3)..

Tablo 3. EUÖ'nden Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar ile Katılımcıların Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek	Ölçekten Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puan	Puan Ortalaması ve Standart Sapma
EUÖ	1-60	34.60±5.06

TARTIŞMA

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Bu çalışmada hem gündüz hem de gece çalışan kadınların evliliğe uyumlarının yalnız gündüz çalışan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Evlilik birlikteliğini sürdüren veya çözülmeyi sağlayan faktörleri anlama, yüksek boşanma oranlarının olduğu günümüzde oldukça önemli bir yer tutmaktadır (Güngör ve Özbay 2016). Elde edilen bu bulgu, gece çalışma düzeninin eşler arasında iletişimin ve paylaşımın azalmasına neden olduğu bu nedenle evliliğe uyumun olumsuz etkilendiği değerlendirilmektedir. Aynı zamanda uykusuzluk, bireyde önemli bir stres kaynağı olabilmekte ve kişiler stresini aile yaşantısına yönlendirebilmektedirler. Bu olumsuzluğun da evlilikte uyum düzeyini olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle özellikle gece çalışan eşler evlilikte uyumsuzluk nedeniyle daha yüksek riskli bir grup olarak ele alınmalıdır.

Araştırmada evlilik uyumu üzerinde eşin yaşının önemli bir belirleyici olduğu görülmüştür. Demografik araştırmalar yaş ve evlilik uyumu arasında açık bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Literatürde evlilik uyumu evliliğin ileri yıllarında artmadığını belirtmektedir (Yalçın 2014; Van Laningham, et al. 2001). Ancak bunun yanı sıra çiftlerin 20 yaşından daha genç olduğu evliliklerin başarısızlıkla sonuçlanmasının, çiftlerin daha yaşlı olduğu evliliklerden daha yüksek olasılıkta olduğunu bildiren çalışmalara da rastlanmaktadır. (Booth and White 1980; Bumpass and James 1972). Bu çalışmada da katılımcı eşlerinin yaş grubunun 46 yaş ve üzerinde olmasının evlilik uyumunu istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Evlilikte eş yaşının ilerlemesi, emeklilik ile iş yaşamının stresinden ve zorluğundan uzaklaşma, çocukların büyüyerek daha bağımsız olması, kendine ve eşine ayıracak daha fazla zaman ayırmayı sağlayabilmektedir. Eşe ayrılan zaman ise paylaşımı ve iletişimi olumlu yönde etkileyerek evliliğe uyum düzeyi üzerine olumlu etki sağladığı değerlendirilmektedir.

Elde edilen bulgulara göre, evliliğinde problem yaşadığını belirten katılımcıların evliliğe uyum düzeyinin problem yaşamadığını bildirenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir

($p<0.05$). Evlilikte problem yaşayan katılımcıların, bu problemi çözmeye davranışı içine girerek eşleri ile daha sık bir araya gelme paylaşımında bulunma ve ortak bir noktada anlaşma arayışına girdikleri ve bu nedenle de evliliğe uyumlarının olumlu etkilendiği düşünülmektedir. Araştırma bulgusundan farklı olarak Yalçın'ın (2014) çalışmasında eş ile yaşanan problemlerin evlilik uyumunu etkilemediği görülmüştür.

Literatürde evlilik uyumu ile çocuk sahibi olma arasındaki etkileşimi ait farklı sonuçlar bildirilmekle beraber, bu çalışmada çocuğu olan katılımcıların olmayan katılımcılara göre evliliğe uyumlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Literatürde çocukların varlığının evlilik iletişimi ve evlilik uyumunu aksatma eğilimine neden olduğu bildirilmektedir (Feldman 1964). Hamamcı (2005), Yalçın (2014) yaptıkları çalışmada çocuk sayısının evlilik uyumunu etkilemediğini rapor etmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda ise çocuk sahibi olan bireylerin evlilik uyumlarının çocuk sahibi olmayan bireylerin evlilik uyumlarından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (Fışıloğlu 1992; Şendil ve Korkut 2008; Tutarel Kışlak ve Çabukça 2002). Literatürde çocukların yetişmesi ve büyümesinin, evlilik istikrarı sağlamada güçlü etkileri olan bir dinamik olarak değerlendirilmektedir. (Jouriles et al 1991; Van Laningham et al. 2001). Elde edilen bu bulgu, çocuk bakımı ve sorumluluğunun evlilikte eşleri daha fazla birlikte ve ortak karar aldırarak durumu yaratabileceğine ve bu nedenle daha evliliğe uyum üzerine olumlu etki edebileceğine yorumlanmaktadır.

Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre katılımcıların evliliğe uyum puan ortalamasının ortancanın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Gümüldaş ve Ejder Apay'ın (2016) çalışması araştırma bulgusunu destekler niteliktedir. Araştırma bulgusundan farklı olarak Malkoç ve Güren (2017), çalışmalarında uyum puan ortalaması yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmada, kadın eşin yaşı; eğitim durumu, mesleği, gelir durumu, çalışmayı isteme durumu, doğduğu bölge, evlenme yaşı, evlilik yılı, evlenme şekli, çocuk sayısı gibi değişkenlerle evliliğe uyum arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Benzer şekilde katılımcı eşinin eğitim durumu mesleği, çalışma şekli gelir durumu, doğduğu bölge arasında da anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu çalışmada elde edilen bu

sonuçlarında araştırmanın yöntemsel farklılıkları, örneklem büyüklüğü, yalnız kadınlarla yürütülmesi, tek merkezli olması gibi araştırmanın yöntemsel sınırlılıklarından kaynaklanabileceği değerlendirilmektedir. Ancak bunun yanı sıra Spanier ve Lewis (1980), evlilik uyumuyla ilgili bir çalışmada şu sonuca varmışlardır: 1960'lardaki çalışmalar demografik değişkenler ve evlilik uyumu arasında (örn: gelir durumu, cinsellik, yaş, kadın eşin çalışma durumu) anlamlı ilişkiler bulunurken; daha ileri tarihlerde yapılan bazı çalışmalarda anlamlı ilişkiler bulunmadığı bildirmektedir (Brinkerhoff and White 1978; Jorgensen 1979; Spanier and Lewis 1980). Bu nedenle zamanla değişen sosyal, kültürel ve psikolojik yaşam koşullarının evlilik uyumu etkilediği demografik değişkenlerin etkisinde farklılaşmaya yol açabileceği de değerlendirilmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonucunda katılımcıların tamamına yakınının evliliğe uyumunun düşük olduğu bulundu. Kadınların evlilikte problem yaşamaları, çocuğunun bulunması, gece çalışması ve çalışma şekli, eşlerin yaş durumu gibi faktörlerin evlilik uyumunu etkilediği belirlendi.

KAYNAKLAR

Booth A, White L. Thinking About Divorce. Journal of Marriage and the Family 1980;42(3):605-16.
Brinkerhoff DB, White LK. Marital Satisfaction in an Economically Marginal Population. Journal of Marriage and the Family 1978;40(2):259-67.
Bumpass LL, James A. Differentials in Marital Instability. American Sociological Review 1970;37(6):754-66.
Erbek ve ark. Evlilik Uyumu. Düşünen Adam 2005;18(1):39-47.
Feldman H. Development of the Husband-Wife Relationship: A Research Report. Department of Child Development and Family Relationships, 1 st ed. Cornell University; 1964. p.1-250.
Fırsloğlu H. Lisansüstü Öğrencilerinin Evlilik Uyumu. Psikoloji Dergisi 1992;7(28):16-23.
Freeston MH, Plechaty M. Reconsideration of the Locke-Wallace Marital Adjustment Test: Is it Still Relevant for the 1990s?. Psychological Reports 1997;81(2):419-34.
Gümüşdaş M, Ejder Apay S. Gebelikte Evlilik Uyumu ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki. HSP 2016;3(1):1-8.
Güngör HC, Özbay Y. Evlilikte Yetkinlik Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2016;3(29):79-93.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların büyük çoğunluğunun evliliğe uyum durumunun düşük düzeyde olduğu dikkate alındığında, çalışmanın yürütüldüğü yerleşim merkezinde yaşayan kadınların evliliklerini mutlu ve huzurlu bir şekilde sürdürebilmeleri açısından potansiyel riskler taşıdıkları değerlendirilmektedir. Bu nedenle, söz konusu yerleşim birimine sağlık hizmeti sunan profesyonellerin, mevcut hizmetlere ek olarak bölgedeki kadın nüfusa problem çözme, stresle etkili baş etme, öfke kontrolü, etkili iletişim becerilerine ilişkin sağlık eğitimlerini de entegre etmeleri önerilmektedir. Bu çalışmanın daha büyük örneklem grupları ile çok merkezli olarak tekrarlanması önerilmektedir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Makalenin yazarları arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

YAZARLARIN KATKI DÜZEYLERİ

ÜP: Literatür tarama, veri toplama ÖŞA: Makale yazma, kritik okuma. SEA: İstatistiksel analiz, makale yazma, ZO: Literatür tarama, makale yazma

Hamamcı Z. Dysfunctional Relationship Beliefs in Marital Satisfaction and Adjustment. Social Behavior And Personality: An International Journal 2005;33(4), 313-28.

Hunt RA. The Effect of Item Weighting on The Locke-Wallace Marital Adjustment Scale. Journal of Marriage and the Family 1978;40(2):249-56.

Jorgensen SR. Socioeconomic Rewards and Perceived Marital Quality: A Re-examination. Journal of Marriage and the Family 1979;41(4):825-35.

Jouriles et al. Marital Adjustment and Child Conduct Problems: A Comparison of the Correlation Across Subsamples. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1991;59(2):354-7

Kendrick HM, Drentea P. Marital Adjustment. Encyclopedia of Family Studies 2016;1:1-2.

Locke HJ, Wallace KM. Short Marital-Adjustment and Prediction Tests: Their Reliability and Validity. Marriage and Family Living 1959;21(3):251-5.

Malkoç G, Güren AS. Evli ve Çocuk Sahibi Çiftlerin Evlilik Uyumu, Evlilik Çatışması, Yakın İlişki Düzeyi ve Yalnızlık Düzeylerinin Çocuk Yetiştirme Tutumları İle İlişkisi. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2017;17(33), 225-39.

Özbey S. Ebeveynlerin Evlilik Uyumu ve Algıladıkları Sosyal Destek ile Altı Yaş Çocuklarının Problem Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi 2012;20(1):43-62.

Özgülven İE. Evlilik ve Aile Terapisi. 1. Baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2014.

Shigeto et al. Roles of Family Cohesiveness, Marital Adjustment, and Child Temperament in Predicting Child Behavior With Mothers and Fathers. Journal of Social and Personal Relationships 2014;31(2):200-20.

Skowron EA. The Role of Differentiation of Self in Marital Adjustment. Journal of counseling Psychology 2000;47(2):229-35.

Spanier GB, Lewis RA. Marital Quality: A Review of the Seventies. Journal of Marriage and the Family (1980;42(4):825-39.

Şendil G, Korkut Y. Evli Çiftlerdeki Çift Uyumu ve Evlilik Çatışmasının Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi. Psikoloji Çalışmaları 2008;28(1):15-34.

Tarhan N. Mutlu Evlilik Psikolojisi. 29. Baskı. İstanbul: Timaş Yayınları, 2019. p.1-160.

Tutarel Kışlak Ş, Çabukça F. Empati ve Demografik Değişkenlerin Evlilik Uyumu İle İlişkisi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 2002;5(5):1-7.

Tutarel Kışlak Ş. Evlilik Uyumu İle Nedensellik ve Sorumluluk Yüklemeleri Arasındaki İlişkiler. Türk Psikoloji Dergisi 1997;12(40):55-64.

Van Laningham et al. Marital Happiness, Marital Duration, and the U-shaped Curve: Evidence from A Five-Wave Panel Study. Social forces 2001;79(4):1313-41.

Yalçın H. Evlilik Uyumu ile Sosyo-Demografik Özellikler Arasındaki İlişki. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi 2014;3(1):250-61.

EXTENDED ABSTRACT

Marriage is when two people of the opposite sex come together for a permanent lifelong body and spiritual life, as the law deems appropriate to establish a family. Marriage ensures the establishment of the family, the reproduction of society and the continuation of the species. Marriage is a common lifestyle. Although there are cultural differences, almost all people over a certain age have been married at least once in their lives. Marriage affects many aspects of an individual's life. In this process, house changes, living standards of couples, cultural changes occur. In addition to the changes, the process of couples' adaptation to marriage and the family structure of couples affect marriage.

Although harmony in marriage has been an important problem since ancient times, it has become an issue that specialists need to deal with today. Marriage is not an institution made up of only two people. These two people are defined as living together in harmony, adapting to changing conditions, and changing accordingly within a certain period of time. From the researches on marital adjustment, gender, Factors such as having a child, type of marriage, duration of marriage, age, age of marriage, duration of acquaintance, sexuality, employment have been observed to affect marriage adjustment.

In reaching healthy societies, the existence of harmonious marriages with positive relationships is vital. As for the harmony in marriage, it is necessary to establish and maintain relationships that spouses value each other as individuals, approach with understanding and tolerance, and that they know each other's psychological and sociological limits well. Thanks to the interventions made with a professional nursing approach in establishing and maintaining relationships in which marriage will be harmonized; It is evaluated that it is possible to protect, develop and maintain the mental health of the individual, family and society. In this context, it is thought by professionals to investigate the current level of marital adjustment of different segments of the society and to determine the factors affecting marital adjustment, to identify individuals at risk and to increase the marital adjustment of these individuals through appropriate initiatives and thus to maintain a happy marital life. With this in mind, it was aimed to evaluate the factors affecting the marital adjustment of women enrolled in a family health center.

The research was carried out as descriptive. The universe of the study is T.C. While the women registered in the Ministry of Health Yenışehir Family Health Center constitute the sample, 466 women who are married and who live voluntarily to participate in the study constitute the sample. In the collection of the data, the introductory information form and the Marriage Adjustment Scale prepared by the researcher were used. The questionnaires were administered by the researcher in 5-10 minutes through face-to-face interviews with the participants. The data obtained were analyzed in computer environment with SPSS 11 package program. In the evaluation of the data; descriptive statistics, Student t test, One Way ANOVA test, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis test were applied. The limitations of the study include conducting the practice in a single center, reflecting the marital adjustment level of only women, and reaching 466 people without determining the sample size.

As a result of this study, it was determined that there was a statistically significant difference between the marriage adjustment scale and the problems of women having problems in marriage, having children, the way women work, and the age status of the spouses. In this study, the age of the wife; There was no significant difference between marital adjustment and variables such as educational status, occupation, income, willingness to work, region of birth, marriage age, year of marriage, type of marriage, number of children.

As a result of this study, it was found that almost all of the participants had low compliance with the marriage. It was determined that factors such as women having problems in marriage, having a child, working at night and working style, age status of spouses affect marriage adjustment. According to the results obtained from the study; considering that the majority of participants are in a low level of marital adjustment, it is considered that the women living in the residential area where the study is carried have potential risks in terms of maintaining their marriage happily and peacefully. Therefore, in addition to the existing services, it is recommended that professionals who provide health services to the settlement in question integrate health education on problem solving, effective coping with stress, anger control and effective communication skills in the region. It is recommended to repeat this study with larger sample groups in a multi-center.

UFUK ÜNİVERSİTESİ KADIN ÇALIŞANLARININ JİNEKOLOJİK KANSER FARKINDALIĞININ İNCELENMESİ

INVESTIGATION OF GYNECOLOGICAL CANCER AWARENESS OF UFUK UNIVERSITY WOMEN'S EMPLOYEES

Nursel ALP DAL*, Gülcihan AKKUZU**, Yeşim ÇETİNKAYA ŞEN***

*Dr. Öğr. Üyesi, Munzur Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Tunceli /Türkiye.



0000-0002-9364-3683

**Prof. Dr., Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Çankırı/Türkiye.



0000-0001-8796-7457

***Öğr. Gör., Ufuk Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Ankara/Türkiye.



0000-0001-5195-9527

Yazışma Adresi:

Nursel Alp Dal

E-Posta: nurselalpdl@gmail.com

Gönderim Tarihi : 17 Nisan 2020

Kabul Tarihi : 30 Haziran 2020

ÖZ

Amaç: Bu çalışma ile Ufuk Üniversitesi personelinin jinekolojik kanser farkındalığının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmaya Ufuk Üniversitesi'nde çalışan 20-65 yaş arasındaki kadınlar dahil edilmiştir. Araştırma verilerinin toplanmasında, literatür araştırması sonucunda geliştirilen, bireylere yönelik sosyo-demografik, obstetrik ve jinekolojik özelliklere ilişkin soruları içeren anket formu ve Jinekolojik Kanseler Farkındalık Ölçeği kullanılmıştır. Veriler SPSS 24 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Ki Kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 olarak alınmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların %49.5'ü sağlık personeli, %67.6'sı üniversite mezunu ve yaş ortalamaları 33.42±9.97'dir. Kadınların meslek gruplarına göre Jinekolojik Kanseler Farkındalık Ölçeğinden aldıkları puanlar; akademik personel 157.05±21.42, idari personel 150.94±27.28, sağlık personelinin aldığı puan 159.96±24.27 şeklinde olup meslek grupları arasında ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (F= 1.441, p>0,05).

Sonuç: Bu araştırma sonucunda Ufuk Üniversitesi personelinin jinekolojik kanser farkındalığının yüksek olduğu ve en düşük farkındalık puanının idari personele ait olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Farkındalık; jinekolojik kanser; kanser tarama.

ABSTRACT

Objectives: With this study, it is aimed to investigate the gynecological cancer awareness of Ufuk University staff.

Methods: Women aged 20-65 working at Ufuk University were included in the research. "Participant Information Form", two "Questionnaires" on obstetric and gynecological features and gynecological features of participants and Gynecological Cancers Awareness Scale were used in the collection of the data. The data were evaluated using SPSS 24 package program. For the analysis of the data, number, percentage, average and standard deviation calculations and Chi Square test were used. The significance level was taken as 0.05.

Results: 49.5 % of the women were health personnel, 67.6 % of them were university graduates and average age of women was 33.42±9.97. Women's scores from Gynecological Cancers Awareness Scale according to their profession groups were following; academic staff 157.05±21.42, administrative staff 150.94±27.28, helathcare staff 159.96±24.2 and no statistical differences was found between these scale scores (F= 1.441, p>0,05).

Conclucions: Gynecological cancer awareness of Ufuk University staff was found high. the lowest awareness score was belonged to administrative staff.

Key words: Cancer awareness; gynecological cancers; cancer screening

Atıf için (How to cite): Alp Dal N, Akkuzu G, Çetinkaya Şen Y. Ufuk Üniversitesi Kadın Çalışanlarının Jinekolojik Kanser Farkındalığının İncelenmesi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;3(2):91-99.

GİRİŞ

Dünya çapında kadınlarda en sık görülen kanserin jinekolojik kanserler olduğu ve yeni vaka sayısının; serviks kanserinde %3.2, uterus kanserinde %2.1, ovaryum kanserinde %1.6, vulva kanserinde %0.24 ve vajina kanserinde ise %0.10 olduğu bildirilmiştir. Dünyada Kadınlarda görülen kanser sıralamasında jinekolojik kanserlerden biri olan serviks kanseri(%6.6) en sık görülen dördüncü kanserdir. Türkiye de ise kanser oranları dünya ile benzerlik gösterirken uterus kanseri %2.6, ovaryum kanseri %1.8, serviks kanseri ise %1.1'dir. (GLOBOCAN 2018). İstatistikler gösterdiği üzere jinekolojik kanserin toplam görülme insidansı diğer kanserler arasında azımsanmayacak oranlardadır. Bu kanserlerin kadınlar arasındaki farkındalığının artması hastalığın erken tanılanmasında, tedavisinde ve mortalitenin azaltılması açısından olumlu bir etki sağlayacaktır.

Ancak yapılan araştırmalardan ortaya çıkan sonuç kadınların jinekolojik kanserlerle ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve farkındalık durumlarının istendik düzeyde olmadığıdır (Adekanle et al. 2011; Cooper et al. 2013; Al-Naggar et al. 2013; Brain et al. 2014; Moore and Driver 2014; Shankar et al. 2015). Kanser kontrolü, kanserin önlenmesi ve tedavisinin iyi bir şekilde kombinasyonu ile sağlanır (Brawley and Cowal 2017). Jinekolojik kanser mortalite ve morbiditesinin azaltılmasında kanserlerden korunma; birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma şeklinde olduğu literatürde görülmektedir. Birincil korunmada ilk hedef kansere yönelik farkındalık geliştirmedir. Daha sonra ise, riskli davranışlardan uzak durma, sağlıklı yaşam stili, taramalar ve tedavi gelmektedir (Eroğlu ve Koç 2014). Jinekolojik kanserler farkındalığı; bireyleri kanser risklerini nasıl azaltacakları konusunda eğitmek, teşhis ve tedavi konusunda erken adım atmalarını sağlamak anlamına gelmektedir (ACOG 2019). Kanser farkındalığını artırmada iletişim, pazarlama ve sosyal bilim oldukça önemlidir. Toplumda kanser farkındalığı, kanser kontrol kampanyalarının öncelikli olarak görülmesi ve hedeflerin ulaşılabilir olması ile sağlanır. Kanser önlenmesi ise kanser riskini azaltma çabalarını içerir (İslami et al. 2018). Kanser tedavisi önemli bir altyapı gerektirir ve pahalıdır. Gelişmiş ve mali kaynak yönünden zengin ülkelerde bile yeterli ve kaliteli tedavi sağlamakta sıkıntılar yaşanmaktadır(Jemal et al. 2018). Dolayısıyla, erken tanı ve uygun tedavi

olanaklarının sağlanması ile jinekolojik kanserlerin topluma getirdiği yük azaltılabilir (Açıkgöz ve ark. 2011).

Bu bağlamda kadınların jinekolojik kanserlere ilişkin farkındalıklarının, jinekolojik kanserlere yönelik eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi oldukça önemlidir. Jinekolojik kanserlerin, nedenleri, belirtileri, tarama, korunma ve erken tanı konularında yapılan eğitimlerle toplumda jinekolojik kanserlere karşı farkındalık artırılarak klinik bulgusu olan ya da olmayan kadınların, hastalığın erken döneminde kliniklere başvurmaları sağlanabilir. Bu bilgilerden yola çıkılarak Ufuk Üniversitesi personelinin jinekolojik kanser farkındalığının incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi, Yapıldığı Yer ve Zaman:

Bu araştırma, Mart-Temmuz 2019 tarihleri arasında, Ufuk Üniversitesinde çalışan bayan personelin jinekolojik kanser farkındalığının incelenmesi için yapılmış kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır.

Evren – Örneklem:

Araştırmanın evrenini Ufuk Üniversitesi akademik ve idari kadroda çalışan 20-65 yaş aralığındaki 675 kadından oluşturmuştur. Araştırmada %95 güven aralığı ile en az alınması gereken örnek büyüklüğü 115 olarak hesaplanmıştır. Ancak çalışma hakkında bilgilendirilen kadınlardan 111'i çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

Verilerin Toplanması:

Araştırma verilerinin toplanmasında, literatür araştırması sonucunda geliştirilen, bireylere yönelik sosyo-demografik, özelliklere ait 5 soru obstetrik ve jinekolojik özelliklere ilişkin 10 soru, kanserlerle ilgili bilgi ve uygulamaları içeren 11 sorulu anket formu ve "Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği (JİKFÖ)" kullanılmıştır.

Anket Formu: Anket formu kadınların sosyo-demografik özellikleri, obstetrik ve jinekolojik öyküsü ve kanserlerle ilgili bilgi ve uygulamalarını içeren üç alt başlık, toplamda 26 sorudan oluşmaktadır.

Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği: Ölçek Alp Dal ve Ertem tarafından 2017 yılında 20-65 yaş arası kadınların jinekolojik kanser farkındalıklarını değerlendirmek için geliştirilmiştir. JİKFÖ 41 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. JİKFÖ'nün cronbachalpha değeri 0.944'tür. JİKFÖ'nün 20.-41. maddeleri "Jinekolojik Kanserlerde Rutin

Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı” alt boyutunu oluşturmaktadır ve cronbachalpha değeri 0.979’dur. JİKFÖ’nün 3.-11. maddeleri “Jinekolojik Kanser Riskleri Farkındalığı” alt boyutunu oluşturmaktadır ve cronbachalpha değeri 0.843’tür. JİKFÖ’nün 14.-19. maddeleri “Jinekolojik Kanserlerden Korunma Farkındalığı” alt boyutunu oluşturmaktadır ve cronbachalpha değeri 0.778’dir. JİKFÖ’nün 1.-2., 12.-13. maddeleri “Jinekolojik Kanserlerde Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı” alt boyutunu oluşturmaktadır ve cronbachalpha değeri 0.708’dir. JİKFÖ toplam puan üzerinden değerlendirilmekle birlikte minimum 41 ve maximum 205 puandır. Kadınların JİKFÖ’den alacakları puan arttıkça farkındalıkları artmaktadır (Alp Dal ve Ertem 2017).

Verilerin Analizi: Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 24 paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Ki Kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 olarak alınmış olup, $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı farklılık olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olmadığı belirtilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın uygulanabilmesi için Ufuk Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan (13.07.2018 Tarih ve Karar:2018 No:20) ve araştırmanın yürütüldüğü kurumdan yazılı izin alınmıştır. Veriler uygun bir ortamda yüz yüze görüşülerek, kadınların sözlü ve yazılı onamları alınarak toplanmıştır. Araştırmada Helsinki Deklarasyonu Prensipleri’ne uygun davranılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 33.42 ± 9.97 olup kadınların %49.5’i sağlık personeli, %67.6’sı üniversite mezunu ve %65.8’inin geliri 1001-3000 TL arasındadır. Araştırmaya katılan kadınların ortalama çocuk sayısı 0.80 ± 0.94 , evlilik yaşı 24.04 ± 3.89 ve gebelik yaşı 25.42 ± 4.67 ’dir. Kadınların %49.5’inin hiç gebe kalmadığı, %86.5’inin hiç düşük yapmadığı, %79.3’ünün daha önce doğum kontrol hapi kullanmadığı, %88.3’ünün menopoza girmediği ve %91.0’inin kronik hastalığı olmadığı görülmektedir (Tablo1).

Tablo 1. Kadınların Tanıtıcı,Obstetrik, Jinekolojik ve Genel Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımı (n= 111)

Değişkenler	n (%)
Meslek Grubu	
Akademisyen	20(18.0)
İdari Personel	36(32.4)
Sağlık Personeli	55(49.5)
Yaş(yıl)(Ort.±SS)	33.42±9.97
Medeni Durum	
Evli	62(55.9)
Bekar	43(38.7)
Dul	6(5.4)
Eğitim düzeyi	
Ortaokul	1(0.9)
Lise	35(31.5)
Üniversite	75(67.6)
Gelir durumu	
1001-3000 TL	73(65.8)
3001-5000 TL	19(17.1)
5000 TL den fazla	19(17.1)
Çocuk Sayısı (Ort.±SS)	0.80±0.94
Evlilik Yaşı (Ort.±SS)	24.04±3.89
Gebelik Yaşı (Ort.±SS)	25.42±4.67
Gebelik Sayısı	
0	55 (49.5)
1	20 (18.0)
2	26 (23.4)
3	8 (7.2)
4	2 (1.8)
5 ve üzeri	0
Düşük Sayısı	
0	96 (86.5)
1	4 (3.6)
2	11 (9.9)
3	0
4	0
5 ve üzeri	0
Önceden doğum kontrol hapi kullanma durumu	
Evet	23 (20.7)
Hayır	88 (79.3)
Menopoza girme durumu	
Evet	13 (11.7)
Hayır	98 (88.3)
Menopoza girme şekli	
Doğal	13 (100.0)
Cerrahi	0
Bilinen kronik bir hastalığın varlığı	
Evet	10 (9.0)
Hayır	101 (91.0)
Mevcut hastalık (n=10)	
Hipertansiyon	3 (30.0)
Diyabet	3 (30.0)
Troid	1 (10.0)
Diğer	3 (30.0)

Araştırmaya katılan kadınlarda sağlık personelinin %87.3'ünün jinekolojik kanserlerde erken tanı yöntemleri hakkında bilgi sahibi olduğu, %74.5'inin KETEM'i bildiği ve diğer gruplarla arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0,05). Kanserde sağlıklı yaşam davranışları ile ilgili idari personelde

dengeli beslenme %69.4 ile düzenli egzersiz yapma %41.7 ile diğer gruplara göre daha yüksek çıkarken gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki çıkmıştır(p<0,05). (Tablo2).

Tablo 2. Kadınların Meslek Gruplarına Göre Jinekolojik Kanserlerle İlgili Bilgi ve Uygulamaları Arasındaki İlişki

Değişkenler	Akademisyen n (%)	İdari personel n (%)	Sağlık Personeli n (%)	Test ve p Değeri
Kadın üreme organları kanserleri hakkında bilginiz var mı?				
Evet	13 (65.0)	24 (66.7)	46 (83.6)	X ² = 4.558 p=0.102
Hayır	7 (35.0)	12 (33.3)	9 (16.4)	
Kadın kanserleri hakkında bilgi almak ister miydiniz?				
Evet	17 (85.0)	29 (80.6)	44 (80.0)	X ² =0.249 p=0.883
Hayır	3 (15.0)	7 (19.4)	11 (20.0)	
Kadın kanserlerine yatkınlık hakkında bilgi almak ister miydiniz?				
Evet	18 (90.0)	29 (80.6)	45 (81.8)	X ² =0.895 p=0.639
Hayır	2 (10.0)	7 (19.4)	10 (18.2)	
Kadın kanserlerinde erken tanı yöntemleri hakkında bilginiz var mı?				
Evet	10 (50.0)	24 (66.7)	48 (87.3)	X ² = 11.991 p= 0.002
Hayır	10 (50.0)	12 (33.3)	7 (12.7)	
KETEM hakkında bilginiz var mı?				
Evet	8 (40.0)	19 (52.8)	41 (74.5)	X ² = 8.991 p=0.011
Hayır	12 (60.0)	17 (47.2)	14 (25.5)	
Kadın hastalığı kanserlerinde erken tanının gerekli olduğuna inanıyor musunuz?				
Evet	20 (100.0)	33 (91.7)	55 (100.0)	X ² = 6.424 p=0.040
Hayır	0 (0.0)	3 (8.3)	0 (0.0)	
Dengeli besleniyor musunuz?				
Evet	8 (40.0)	25 (69.4)	22 (40.0)	X ² =7.635 p=0.022
Hayır	12 (60.0)	9 (45.0)	11 (30.6)	
Alkol tüketiyor musunuz?				
Evet	6 (30.0)	7 (19.4)	12 (21.8)	X ² = 0.852 p=0.653
Hayır	14 (70.0)	29 (80.6)	43 (78.12)	
Ne kadar tüketiyorsunuz?				
1-2 kadeh	3 (15.0)	3 (8.3)	5 (9.1)	X ² = 5.731 p=0.677
3 kadeh	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.8)	
Haftada 1-2 Kez	2 (10.0)	1 (2.8)	1 (1.8)	
Ayda 1-2 Kez	1 (5.0)	3 (8.3)	2 (3.6)	
Tüketmiyor	14 (70.0)	29 (80.6)	46 (83.6)	
Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?				
Evet	8 (40.0)	15 (41.7)	8 (14.5)	X ² = 9.718 p=0.008
Hayır	12 (60.0)	21 (58.3)	47 (85.5)	
Günde kaç saat egzersiz yapıyorsunuz?				
Yarım saat	4 (20.0)	4 (11.1)	3 (5.5)	X ² = 12.594 p=0.127
1 saat	2 (10.0)	6 (16.7)	2 (3.6)	
2 saat ve üzeri	1 (5.0)	1 (2.8)	1 (1.8)	
Haftada 1-2 kez	1 (5.0)	4 (11.1)	2 (3.6)	

Kadınların meslek gruplarına göre JİKFÖ'den aldıkları puanlar; sağlık personeli 159.96±24.27, akademik personel 157.05±21.42, idari personel 150.94±27.28 puan şeklinde olup meslek grupları arasında JİKFÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

saptanmamıştır (p>0,05). Kadınların meslek gruplarına göre JİKFÖ'nün alt boyutlarında en yüksek puan alınan alt grup "Jinekolojik Kanserlerde Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı" olmuştur. Akademik personel 89.90±11.31, Sağlık personeli

88.90±14.17, İdari personel 84.63±19.39'dur. En düşük puan aldığı alt grup ise Jinekolojik Kanselerde Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı" Alt Boyutu olmuştur. Sırasıyla Sağlık personeli

17.52±3.55' puan, akademik personel 17.05±2.81 ve İdari personel 16.22±3.52 puan almıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Kadınların Meslek Gruplarına Göre JİKFÖ ve Alt Boyutlarından Aldıkları Toplam Puan Ortalamaları

JİKFÖ	Akademisyen			İdari Personel			Sağlık Personeli		
	(Ort±SS)			(Ort±SS)			(Ort±SS)		
Alt Boyutlar	Jinekolojik Kanselerde Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı	89.90±11.31	84.63±19.39	88.90±14.17	F= 1.051	p=0.353			
	Jinekolojik Kanseri Riskleri Farkındalığı	29.20±6.24	29.02±4.47	30.74±6.63	F= 1.081	p=0.343			
	Jinekolojik Kanselerden Korunma Farkındalığı	20.90±5.72	21.05±5.15	22.78±3.91	F=2.003	p=0.140			
	Jinekolojik Kanselerde Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı	17.05±2.81	16.22±3.52	17.52±3.55	F= 1.581	p=0.211			
Toplam Puan Ortalaması		157.05±21.42	150.94±27.28	159.96±24.27	F= 1.441	p=0.241			

TARTIŞMA

Bu çalışmada, Ufuk Üniversitesi personelinin jinekolojik kanser farkındalığı değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 33.42±9.97 olup kadınların %49.5'i sağlık personeli ve %67.6'sı üniversite mezunudur. Kadınların meslek gruplarına göre JİKFÖ'den aldıkları puanlar; sağlık personeli 159.96±24.27, akademik personel 157.05±21.42, idari personel 150.94±27.28 şeklinde olup meslek grupları arasında JİKFÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. JİKFÖ'nin alt boyutlarında da Jinekolojik Kanselerde Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı 16.22±3.52 puan ile İdari personelde en düşük çıkmıştır. Yapılan bir çalışmada kadınların düşük farkındalık düzeyine sahip olduğu (Keng et al. 2015), Asyalı kadınlarla yapılan diğer bir çalışmada ise eğitim sonrası kadınların jinekolojik kanser farkındalıklarının arttığı saptanmıştır (Novinson et al 2017).

Araştırmada kadınların meslek gruplarına göre jinekolojik kanserlerle ilgili bilgi ve uygulamalarında; sağlık personelinin %87.3'ünün jinekolojik kanserlerde erken tanı yöntemleri hakkında bilgi sahibi olduğu ve sağlık personelinin %74.5'inin KETEM'i bildiği ve diğer gruplarla aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Literatürde serviks kanseri ile ilgili sınırlı farkındalık programları, sağlık çalışanlarının yeterli bilgiye

sahip olmaması ve serviks kanserine karşı olumsuz tutumların kadınların bilgi düzeyinin düşük olmasına neden olduğu bulunmuştur (Tapera et al. 2019; Mugassa and Frumence 2020). Diğer çalışmalarda; çalışan hemşirelerin %40.0'nının over kanseri belirti ve bulgularını bildiği (Ofinran et al. 2015), kadınların serviks kanseri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı (Gökgöz ve Aktaş 2015), PAP-Smear yaptıran sağlık çalışanı ile poliklinik hastalarının jinekolojik kanser farkındalığının yüksek olduğu (Şahin ve Sayın 2015), kadınların endometrium kanser belirtilerini bilmedikleri ve endometrium kanser farkındalıklarının düşük olduğu (George et al. 2014) tespit edilmiştir.

Araştırmada meslek gruplarına göre sağlıklı yaşam davranışlarından beslenme ve egzersiz yapma ile jinekolojik kanser farkındalığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. İdari personelin beslenme düzenine %69.4, egzersiz yapmaya %41.7'i ile diğer meslek gruplarına göre daha fazla dikkat etmektedir. Sağlık personelinin ve akademik personelin çalışma saatlerinin düzensiz olması ve özellikle sağlık personelinin nöbet sistemi ile çalışması beslenme, egzersiz yapma gibi yaşam davranışlarına zaman ayıramadığı çıkarımı yapılmıştır. Günümüzde kanseri önlemenin sigara içmemek, sağlıklı yemek alışkanlığı, düzenli fiziksel aktivite ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına dikkat edilerek sağlanabileceği ifade edilmiştir (Brown et al. 2018). Avrupa

Kanserle Mücadele Kanunu'nda (ECAC) belirtildiği gibi kanser riski faktörleri aktif ve pasif sigara içimi, alkol tüketimi, aşırı kilo ve obezite, fiziksel hareketsizlik, kötü beslenme alışkanlığı, insan papillomavirüsüne ve ultraviyole ışınlarına maruz kalma olarak tanımlanmıştır (Schüz 2015). Toplumun kanseri önlemede sağlıklı yaşam tarzı değişikliği hakkında bilinçli karar vermenin önemli bir bileşeni farkındalıktır. Çok sayıda Avrupa ülkesinden elde edilen veriler, yaşam tarzı faktörleri ile kanser riski arasındaki bağlantı konusunda yetersiz farkındalık göstermektedir (Sanderson et al. 2009; Cook et al. 2011). Sri Lanka'daki üçüncü basamak bir hastanede serviks kanserinin önlenmesi ile ilgili kadınların farkındalıklarının sadece %1.5 olduğu ve eğitim düzeyi arttıkça farkındalığın arttığı bildirilmiştir (Silva et al. 2019). Başka bir çalışmada; HPV ve HPV aşısı ile ilgili kadınlar arasında farkındalığın eğitim düzeyine göre değiştiği, lisans eğitimi almış kadınların diğer kadınlara oranla HPV ve bununla ilişkili hastalıklar hakkında farkındalıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Ismail et al. 2017). Over kanseri risk faktörleri ve taramaya yönelik farkındalık ile ilgili bir araştırmada, genç, yüksek eğitim seviyesine sahip ve birden fazla akrabasında kanser öyküsü bulunan kadınların over kanseri risk faktörleri hakkındaki farkındalıklarının daha yüksek olduğu gösterilmektedir (Fallowfield et al. 2017). Türkiye Gaziantep'de yapılan bir çalışmada kadınların %87,5'inin serviks kanseri risk faktörlerinin farkında olmadığı, % 73,3'ünün hiç Pap- smear testi yaptırmadığı ve % 54,6'sının ise kendini serviks kanseri açısından risk altında olduğunu düşünmediği bildirilmiştir (Karadağ ve ark. 2014).

Jinekolojik kanser insidansını azaltmanın en iyi yolu, halk arasında jinekolojik kanser farkındalığını arttırmaktır; hastalığın doğasının, potansiyel risk faktörlerinin ve yaygın

semptomlarının farkında olmak, erken tanı ve tarama programlarına katılım şansını artırabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada; Ufuk Üniversitesi kadın çalışanlarının jinekolojik kanser farkındalıklarının yüksek olduğu saptanmıştır. Jinekolojik kanserlerde farkındalığın artırılmasında yerel yönetim, topluma hizmet sunan profesyonel meslek grupları ve gönüllü sektör kuruluşlarında çalışan kişilerinde farkındalığını artırma ve bu kişilerin jinekolojik kanserlerle ilgili bilgi ve becerilerin artırılması ile sağlanabileceği düşünülmektedir. Jinekolojik kanser farkındalığını ve etkili faktörleri ortaya koyan çalışmaların da yetersiz olduğu görülmektedir. Bu nedenle bu konudaki çalışmaların artırılmasına ihtiyacı olduğu düşünülmektedir.

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yapılma sürecinde yüksek lisans öğrencisi Selvin Yeşilyurt, Büşra Karagöl, Emre Tiryaki, Gizem Bilmez'e ve çalışmaya katılmayı kabul eden Ufuk Üniversitesi kadın çalışanlarına katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Araştırma başka bir yerde yayımlanmamış ve başka bir dergide yayımlanmak üzere gönderilmemiştir. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamakta makaleyi dergiye sunulmasını onaylamaktadır.

YAZARLARIN KATKI DÜZEYLERİ

NAD; Literatür tarama, istatistiksel analiz, makale yazma, GA; Kritik Okuma, YÇŞ; Veri toplama, makale yazma

KAYNAKLAR

Açıköz A ve ark. Kadınların Kanser Konusunda Bilgi ve Tutumları İle Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2011;25(3):145-54.
Adekanle DA et al. Knowledge, Attitude and Cervical Cancer Screening Among Female Secondary School Teachers in Osogbo, Southwest Nigeria. Academic Journal of Cancer Research 2011;4(1):24-8.
Alp Dal N, Ertem G. Gynecological Cancer Awareness Scale Development Study. Human and Society Science Research Journal 2017;6(5):2351-

67.**Brown KF et al.** The Fraction of Cancer Attributable to Modifiable Risk Factors in England, Wales, Scotland, Northern Ireland, and The United Kingdom in 2015. Br. J. Cancer 2018;118(8):1130-41.
Cook N et al. A Telephone Survey Of Cancer Awareness Among Frontline Staff: Informing Training Needs. Br J Cancer 2011;105:340-5.
Cooper CP et al. Gynaecologic Cancer Symptom Awareness, Concern and Care Seeking Among Us Women: A Multi-Site Qualitative Study. Family Practice 2013;30(1):96-104.

Eroğlu K, Koç G, Jinekolojik Kanseri Kontrolü ve Hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;1(2):77-90.

Fallowfield A et al. Farewell Awareness of Ovarian Cancer Risk Factors, Beliefs and Attitudes Towards Screening: Baseline Survey of 21 715 Women Participating in The UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening. British Journal of Cancer 2010;103:454-61.

Mugassa AM, Frumence G. Factors Influencing The Uptake of Cervical Cancer Screening Services in Tanzania: A Health System Perspective From National and District Levels. Nursing Open 2020; 7:345-54.

GLOBOCAN (2018). Incidence, Mortality and Prevalence By Cancer Site. <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/90-0-world-fact-sheets.pdf>. Erişim tarihi: 29 March 2020.

Gökgöz N, Aktaş D. Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi 2015;3(2):11-23.30.

Ismail H et al. Assessing The Role of Education In Adult Women's Knowledge and Awareness of Human Papillomavirus and Human Papillomavirus Vaccine. J Ayub Med Coll Abbottabad 2017;29(1):128-31.

Karadağ G et al. Awareness and Practices Regarding Breast and Cervical Cancer among Turkish Women in Gaziantep. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2014;15(3):1093-98. DOI:<http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.3.1093>

Moore AR, Driver N. Knowledge of Cervical Cancer Risk Factors Among Educated Women in Lome, Togo: Half-Truths and Misconceptions. SAGE Open October-December 2014;4(4):1-8.

Novinson D, et al. Increasing Awareness of Gynecologic Cancer Risks and Symptoms Among Asian, Native Hawaiian and Pacific Islander Women

in The US-Associated Pacific Island Jurisdictions. Asian Pac J Cancer Prev 2017;18(8):2127-33.

Redeker C et al. The Launch of Cancer Research UK's 'Reduce The Risk' Campaign: Baseline Measurements of Public Awareness of Cancer Risk Factors in 2004. European Journal of Cancer 2009;45(5): 827-36.

Sanderson SC et al. Awareness of Lifestyle Risk Factors For Cancer and Heart Disease Among Adults in The UK Patient Educ Couns 2009;74(2):221-7.

Schüz J et al. European Code Against Cancer 4th Edition: 12 Ways to Reduce Your Cancer Risk. Cancer Epidemiology 2015;39(1):1-10.

Shankar A et al. Level of Awareness of Cervical and Breast Cancer Risk Factors and Safe Practices Among College Teachers of different states in India: do awareness programmes have an impact on adoption of safe practices. Asian Pac J Cancer Prev 2015;16(3):927-32.

Silva AHW et al. "Awareness of Human Papillomavirus, Cervical Cancer and Its Prevention. Sex Health 2019;16(3):212-7. doi: 10.1071/SH18080.

Şahin D, Sayın NC. Knowledge, Attitude and Behavior About Gynecologic Cancers in Women Admitted to and Health Care Staff Working at The State Hospital in Kırklareli. Indian Journal of Applied Research 2015;5(3): 294-297.

Tapera O et al. Cervical Cancer Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices of Women Aged at Least 25 Years in Harare, Zimbabwe. BMC Women's Health 2019;19(1):1-10.

Terzioğlu G et al. Evaluation of Breast Cancer Knowledge and Awareness Among Hospital Staff in a Women Health Hospital in Turkey. Journal of Cancer Education 2017;32(1):59-64.

EXTENDED ABSTRACT

Gynecological cancers are the most common type of cancer in women worldwide. The number of new cases was reported that it is 3.2% in cervical cancer, 2.1% in uterine cancer, 1.6% in ovarian cancer, 0.24% in vulva cancer and 0.10% in vagina cancer. Gynecological cancer rates in Turkey shows similarities with the world; uterine cancers are %2.6, ovarian cancers are %1.8, cervical cancers are 1.1%.

Prevention and reduction of gynecological cancer mortality and morbidity include primary protection, secondary protection and tertiary protection. The primary target in primary prevention is to raise awareness for cancer. In this context, it is very important to determine the awareness of women about gynecological cancers and the training needs of gynecological cancers. Awareness of gynecological cancers in the society can be increased with trainings on gynecological cancers, causes, symptoms, screening, prevention and early diagnosis. So, women with or without clinical symptoms may be asked to apply to the clinics early in the disease.

On the light of these information, it is aimed to investigate the gynecological cancer awareness of Ufuk University staff. A cross-sectional descriptive study was performed between March- July 2019. Total study population was 20-65 aged 675 women staff of the university. were included to the study. The minimum sample size to be taken with a 95% confidence interval was calculated as 115. 111 of the women informed about the study agreed to participate in the study.

“Participant Information Form”, two “Questionnaires” on obstetric and gynecological features and gynecological features of participants and “Gynecological Cancers Awareness Scale (GCAS)” were used in the collection of the data. GCAS was developed by Alp Dal and Ertem in 2017 to evaluate gynecological cancer awareness of women aged 20-65. It consists of 41 items and four sub-dimensions and cronbachalpha value is 0.944. Although it is evaluated over the total score, it is minimum 41 and maximum 205 scores. As the scores obtained from the scale increase, awareness increases. To carry out the study, ethical approval was obtained from a university social and humanities trials ethics committee. Written approval was obtained from the related staff directorate of the university.

Women were informed about the purpose and method of the study and then questionnaires was applied to those who agreed to participate. The data were collected by interviewing face-to-face in a suitable environment and by taking the verbal and written consent of women. For the analysis of the data, number, percentage, average and standard deviation calculations and Chi Square test were used. The significance level was taken as 0.05.

49.5 % of the women were health personnel, 67.6 % of them were university graduates, 79.3% of them didn't use pills and average age of women was 33.42 ± 9.97 . 87.3% of the health personnel in the women participating in the research have knowledge about early diagnosis methods in gynecological cancers, 87.3% of the health professionals working in the women participating in the study knew early diagnosis methods in gynecological cancers and 74.5% knew KETEM and there was a statistically significant relationship with other groups ($p < 0,05$). Balanced nutrition (69.4%) and regular exercise (41.7%) were higher in administrative staff than cancer groups, whereas a statistically significant relationship was found between the groups. According to occupational groups, the group that gets the highest score from JIKFO is the health personnel (159.96 ± 24.27). The highest score in the JIKFO sub-dimensions was the Routine Control and Serious Disease Awareness subgroup in Gynecological Cancers in all the staff groups: Academic staff 89.90 ± 11.31 , healthcare staff 88.90 ± 14.17 , administrative staff 84.63 ± 19.39 dur. The lowest score is the Gynecological Cancers Early Diagnosis and Knowledge Awareness sub-dimension. Respectively healthcare staff 17.52 ± 3.55 scores, academic staff 17.05 ± 2.81 and administrative staff 16.22 ± 3.52 puan almıştır.

In our literature review, it has been found that the number of studies evaluating gynecological cancers together is insufficient. One study found that women had low awareness, and another study with Asian women found that women's gynecological cancer awareness increased after training. In the literature, it has been found that limited awareness programs about cervical cancer, healthcare professionals do not have enough information and negative attitudes towards cervical cancer cause women to have a low level of knowledge. In some other studies it is determined that; 40.0% of working nurses know the signs and symptoms of ovarian cancer; women do not have enough information about cervical cancer; gynecological cancer awareness was high in healthcare professionals and outpatient patients who have pap test; women didn't know the symptoms of endometrium cancer and have low awareness about it,

An important component of making informed decisions about healthy lifestyle changes in cancer prevention is awareness. Data from many European countries show inadequate awareness of the link between lifestyle factors and cancer risk. Besides it was found that they were more aware of HPV and related diseases.

In conclusions gynecological cancer awareness of Ufuk University women staff was found high in the study. Similarly, young, high educated women and women with a family history of multiple cancers are more aware of the risk factors of ovarian cancer was found in some other studies. The best way to reduce the incidence of gynecological cancer is to increase awareness of gynecological cancer among the public. Awareness of the nature of the disease, potential risk factors, and common symptoms can increase the chances of participating in early diagnosis and screening programs. It is recommended to work in women in different segments of the society. These researches will be useful in awareness programmes planning.

BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE KAYITLI 15-49 YAŞ KADINLAR ARASINDA VAJİNİT PREVALANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ PREVALENCE OF VAGINITIS AMONG 15-49 AGE WOMEN REGISTERED IN A FAMILY HEALTH CENTER

Çiğdem Büşra YURTTAŞ AKAR*

*Uzman Ebe, Canik İlçe Sağlık Müdürlüğü, Samsun/Türkiye



0000-0002-8817-9732

Yazışma Adresi:

Çiğdem Büşra Yurttaş Akar
e-Posta:
cigdem-yurttas@hotmail.com

Gönderim Tarihi: 03 Mayıs 2020

Kabul Tarihi: 24 Ağustos 2020

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Türkiye'nin kuzeyinde bulunan bir ilçe Aile Sağlığı Merkezi'ne (ASM) kayıtlı 15-49 yaş grubu kadınlar arasında vajinit prevalansı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

Yöntem: Kesitsel araştırmanın örneklemini, ilgili ASM'ye kayıtlı 15-49 yaş grubu toplam 313 evli kadının 163'ü oluşturdu. Veri toplama aşamasında ilk olarak, kadınlara bir soru formu uygulandı ve jinekolojik muayeneyi kabul edip etmedikleri soruldu. Vajinal enfeksiyonun varlığı; muayeneyi kabul etmeyen kadınlarda (n=49) mevcut yakınmalarına göre; jinekolojik muayeneyi kabul eden kadınlarda (n=114) ise inspeksiyon, palpasyon, bimanuel muayene, spekulum muayenesi, vajinal pH ölçümü, whiff testi, mikroskopik inceleme işlemlerine dayanarak belirlendi. Bakteriyel vajinosis ve kandida tanısında sırasıyla amsel tanı kriterleri ve sendromik yaklaşım kullanıldı. Tüm tanısal işlemler, aile hekiminin eşliğinde gerçekleştirildi. Çalışmanın tanımlayıcı verileri, ortalama±standart sapma ve yüzde dağılım biçiminde özetlendi. Ki-kare testi ile yapılan analizlerde anlamlı bulunan değişkenler (p<0.05), binary lojistik regresyon modeline alındı.

Bulgular: Çalışmada, kadınların %78.6'sında (n=88) vajinal enfeksiyon saptanmıştır (bakteriyel vajinosis %33.0, kandida %23.9, miks enfeksiyonlar %13.0, diğer vajinal enfeksiyonlar %29.5). Vajinal enfeksiyon riskini günlük ped kullanımı 6.5 kat, vajinal duş yapmak 2.5 kat ve rahim içi araç kullanımı 5.1 kat artırıyordu.

Sonuç: Çalışma, yaklaşık olarak her beş kadından dördünde vajinal enfeksiyon bulunduğunu göstermektedir. Vajinal enfeksiyonların erken tanısını ve tedavisini sağlamak için birinci basamak sağlık kuruluşlarının tanı kapasitesi güçlendirilmeli ve 15-49 yaş izlemlerinin etkinliği artırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak; kadın; vajinal enfeksiyon; ebe

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study was to determine the prevalence of vaginal infection symptoms among women aged 15-49 who were enrolled in the town Family Health Center (FHC), to identify candida and bacterial vaginosis cases and to determine the factors associated with vaginal infection.

Method: The population of this cross-sectional study consisted of 163 (52.1%) of 313 married women aged 15-49 who were registered to FHC. In the data collection phase, firstly, a questionnaire was applied to women and they were asked whether they accepted a gynecological examination. Vaginal infection in women who did not accept the examination (n=49) was determined based on the current complaints; and in women who accepted the gynecological examination (n=114) it was determined based on the following procedures inspection, palpation, bimanual examination, speculum examination, vaginal pH measurement, whiff test, microscopic examination. For diagnosis of bacterial vaginosis and candida, Amsel Diagnostic Criteria and Syndromic Approach were used respectively. All diagnostic procedures were performed with the family physician. Descriptive data of the study were summarized as mean±standard deviation and percentage distribution. Variables (p<0.005) which were found to be significant in chi-square test were taken into binary logistic regression model.

Results: In the study, vaginal infections were detected in 78.6% (n= 88) of women (bacterial vaginosis 33.0%, candida 23.9%, mixed infections 13.0%, other vaginal infections 29.5%). Infection risk increased 6.5 times with daily use of pads, 2.5 times with vaginal shower and 5.1 times with intrauterine device use.

Conclusion: The study showed that approximately four out of five women have vaginal infection. In order to ensure the early diagnosis and treatment of vaginal infections, the diagnostic capacity of primary health care facilities should be strengthened and the effectiveness of 15-49 age follow-ups should be increased.

Key words: primary care, women, vaginal infection, midwife

Atıf için (How to cite): Yurttaş Akar Ç.B. Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı 15-49 Yaş Kadınlar Arasında Vajinit Prevalansı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;3(2):100-114.

GİRİŞ

Vajinal enfeksiyon, patojen mikroorganizmaların bulaşması veya vajinal floranın bozulması ile vajende meydana gelen enfeksiyonlardır ve tedavi edilmediği takdirde kronik rahatsızlıklar, infertilite ve kanser gibi ciddi sağlık sonuçlarına (Bengi Mert ve ark. 2014) zemin hazırlayan önemli bir halk sağlığı sorunudur (Ranjan et al. 2003).

Dünyada yaygın görülen başlıca vajinal enfeksiyonlar arasında bakteriyel vajinozis ve kandida bulunmaktadır. Bakteriyel vajinozis, dünyada her yıl 13 milyon kadını etkileyen vajinal enfeksiyonların (Orbak 2008) %10-30'unu oluştururken (Owen and Clenney 2004) sıklığı tam olarak bilinmeyen kandida enfeksiyonunun kadınların %75'ini etkilediği tahmin edilmektedir (Dalbudak ve Bilgili 2012; Xie et al. 2017). Türkiye'de 15-49 yaş arası kadınlarda vajinal enfeksiyon sıklığı %35-68 arasında bildirilmekte (Bengi Mert ve ark. 2014) ve bu enfeksiyonların büyük bölümünü (%40-50) bakteriyel vajinozis oluşturmaktadır (Değirmenci 2009).

Vajinal enfeksiyonların erken tanısında kullanılan yöntemlerden biri sendromik yaklaşımdır. Sendromik yaklaşım, semptom ve klinik bulgulara dayanarak enfeksiyon tanısının konulmasıdır (Ranjan et al. 2003). Maliyet etkin ve etkili bir tanı yöntemi olmasının yanı sıra ilk başvuruda tedavi olanağı sunan sendromik yaklaşım, laboratuvar olanakların yetersiz olduğu birinci basamak sağlık kuruluşları için önerilen bir tanı yöntemidir ve özellikle kandida enfeksiyon tanısında sıklıkla tercih edilmektedir (Bengi Mert ve ark. 2014). Hindistan'da birinci basamak sağlık kuruluşunda sendromik yaklaşım kullanılarak yapılan araştırmada, kadınların %52'sinde vajinal enfeksiyon bulunduğu; vakaların %28'ini kandidanın oluşturduğu bildirilmiştir (Ranjan et al. 2003). Vajinal enfeksiyonların tanısında yaygın kullanılan özellikle bakteriyel vajinozis tanısında uygulanan diğer bir yöntem amsel tanı kriterleri'dir (Ersun 2008, Bengi Mert ve ark. 2014). Ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşunda sendromik yaklaşım, amsel tanı kriterleri ve gram boyama tanı yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilen bir araştırmada, kandida %17, bakteriyel vajinozis ve trikomonasis %3 düzeyinde saptanmıştır (Ersun 2008). Başka bir araştırmada ise amsel

tanı kriterlerinin birinci basamak koşullarında uygulanması ile bakteriyel vajinozise bağlı komplikasyonların önlenmesine katkı sağlanabileceği belirtilmiştir (Değirmenci 2009).

Vajinal enfeksiyonların önemli bir kısmı birinci basamak sağlık kuruluşlarında tanı alabilecek ve tedavi edilebilecek nitelikte olmasına karşın, pek çok kadın birinci basamağa uğramadan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Ülkemizde vajinal enfeksiyonların birinci basamak koşullarında tanı, tedavi ve izlem aktiviteleri konusunda gerçekleştirilen sınırlı sayıdaki araştırmalar (Bezircioğlu ve Öviz 2004; Ersun 2008; Aytaç ve Eryılmaz 2009), birinci basamakta vajinal enfeksiyonlara tanı konulmasının maliyeti azaltma, kolay uygulama, tedaviye erken başlama ve komplikasyonları önleme açısından etkili olduğunu göstermektedir (Ozan ve Özerkan 2008; Değirmenci 2009; Bengi Mert ve ark. 2014).

Türkiye'nin kuzeyinde bulunan bir ilçe Aile Sağlığı Merkezi'ne (ASM) bağlı dört köyde gerçekleştirilen bu çalışma, 15-49 yaş evli kadınlar arasında vajinit prevalansı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir amacıyla gerçekleştirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi: Araştırma, kesitsel tipte tasarlanmıştır.

Araştırmanın Yeri ve Tarihi: Araştırma, ASM'ye bağlı Gökçeçakmak, Selimiye, Ulupınar, Yeşildere köylerinde 1 Ekim 2017-20 Ocak 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini, ilçe ASM'ye bağlı Gökçeçakmak, Selimiye, Ulupınar, Yeşildere köylerinde yaşayan 15-49 yaş grubu 313 kadın oluşturmuştur. Çalışmada örnek seçimine gidilmemiş olup, kadınların tümüne ulaşılması planlanmıştır. Ancak, ASM'de kaydı olduğu halde 81 (%25.9) kadına ikamet adresinde ulaşılabilmiştir. Bunun yanı sıra, 69 (%22) kadın araştırmaya katılmaya reddetmiştir. Böylece 163 (%52.1) kadın çalışma kapsamında yer almıştır.

Veri Toplama Araçları: Veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından ilgili literatürden (Değirmenci 2009; Aytaç ve Eryılmaz 2009; Cangöl ve Tokuç 2013; Bengi

Mert ve ark. 2014; Apay Ejder ve ark. 2014; Yurttaş ve ark. 2018) yararlanılarak hazırlanan Veri Toplama Formu ve Vajinal Enfeksiyon Değerlendirme Formu kullanılmıştır. Veri Toplama Formu, kadınların sosyo-demografik özellikleri, tıbbi öyküsünü, doğurganlık özelliklerini, kişisel hijyen alışkanlıklarını ve jinekolojik yakınmalarını sorgulayan 53 sorudan oluşmaktadır. Vajinal Enfeksiyon Değerlendirme Formu ise öykü alma ve tanısal işlemlerden elde edilen bulguların kaydedildiği formdur.

Verilerin Toplanması: Çalışmanın veri toplama aşamasına geçilmeden önce, ilçede ikamet eden ve araştırma kapsamında olmayan 10 kadın üzerinde soru formunun pilot uygulaması gerçekleştirildi. Pilot uygulamadan sonra soru formu yeniden gözden geçirilmiş ve forma son şekli verilmiştir. Çalışma kapsamına alınan tüm kadınlara (n=163) araştırmacı tarafından soru formu yüz yüze görüşme tekniği ile ortalama 15 dakikada uygulandı. Çalışma verilerinin toplanması, 1 Ekim 2017-1 Eylül 2018 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Veri toplama, a) çalışma kapsamındaki kadınlara soru formunun uygulanması ve aile hekimi muayenesi, b) jinekolojik muayeneyi kabul eden kadınlara tanısal işlemlerin uygulanması olmak üzere iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada çalışma kapsamında yer alan kadınlar rutin birinci basamak çalışması sırasında ve ASM'ye bağlı olan köylere yapılan gezici hizmet sırasında ASM'ye davet edildi. Kadınlara ASM'de soru formu uygulandıktan sonra jinekolojik muayeneyi kabul edip etmedikleri soruldu. Jinekolojik muayeneyi kabul etmeyen kadınlar, ASM aile hekimi muayenesi için yönlendirildi. Jinekolojik muayeneyi kabul eden kadınlar için ikinci veri toplama aşamasına geçildi. İkinci aşamada, kadınların mahremiyetinin korunabileceği ve işlemlerin steril koşullarda uygulanabileceği muayene ortamı hazırlandı. Kadınlara yapılacak işlemler konusunda bilgi verilerek jinekolojik muayene masasına alındı ve sırasıyla inspeksiyon, palpasyon, bimanuel muayene, spekulum muayenesi, vajen pH ölçümü, whiff testi ve mikroskopik inceleme işlemleri uygulandı. Üreme organlarının inspeksiyonunda vulvada ödem, çatlak, kızarıklık, ülserasyon, varikoz değişiklikler, akıntı varlığı, akıntının rengi, üretra ağzında renk değişikliği ve üretra ağzında akıntı durumu değerlendirildi. Palpasyonda vulvada şişlik, hassasiyet vb. oluşumlar incelenir iken, bimanuel muayene ile vajen ve servikste hassasiyet değerlendirildi. Spekulum ile

muayenede vajende hassasiyet, vajen yan duvarlarında hiperemi, akıntı, akıntının silinebilir olup olmadığı, akıntı rengi, servikste hassasiyet, servikste çilek görünümü, servikste kanama ve alt abdominal hassasiyet değerlendirildi. Ardından vajen pH kitleri ile vajen pH değerine bakıldıktan sonra eküvyon çubuk ile akıntı örneği alınarak iki tane lam üzerine yayma yapıldı. Birinci lam üzerine %10'luk KOH damlatılarak whiff testi değerlendirildi, ikinci lam üzerine lamel kapatılarak direk mikroskopik ortamda 10 dakika içinde aile hekimi tarafından mikroskopik ortamda incelenmesi yapıldı. Elde edilen tüm bulgular, Vajinal Enfeksiyon Değerlendirme Formu'na işlendi. Bu işlemlerden sonra amsel tanı kriterlerine göre bakteriyel vajinozis, kadının mevcut yakınmalarına ve klinik muayene bulgularına göre de kandida tanısı kondu. Bakteriyel vajinozis ve kandida ile uyumlu olmayan vakalar ise "diğer vajinal enfeksiyonlar" biçiminde sınıflandırıldı.

Verilerin Değerlendirilmesi:

Tanımlayıcı veriler yüzde dağılım ve ortalama standart sapma biçiminde özetlenmiştir. Univariate analizlerde Ki-kare testi kullanıldı. Ki-kare testinde anlamlı çıkan değişkenler ($p<0.05$) binary lojistik regresyon modeline alındı. Tüm analizler, SPSS 11.0 programında gerçekleştirildi.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın yapılması için Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (Karar No: 5/15), Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden araştırma izni alınmıştır (Sayı: 806.01.03). Ayrıca araştırma kapsamındaki tüm kadınlardan sözlü onam alınmıştır. Araştırmada Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun davranılmıştır.

BULGULAR

Araştırma grubunun yaş ortalaması 36.4 ± 8.0 'dır (en düşük 19, en yüksek 49). Grubun %69.3'ü 40 yaş ve altındadır. Yalnızca imam nikahı ile evli olan, başka bir ifade ile resmi nikahı olmayan 13 kadın bulunmaktadır (%8). Kadınların %74.2'sinin öğrenim düzeyi ilkökul ve altında, %79.1'i ise ücretsiz çalışmaktadır. Çalışma grubunun büyük bölümü (%85.3) yaşamını ağırlıklı olarak köyde sürdürmektedir. Kadınların %26'sının kronik bir hastalığı bulunmakta ve %9.2'si sigara içicisidir. En sık bildirilen üç kronik hastalık hipertansiyon (%37.5), diyabet (%16.7) ve astım (%14.6)'dır. Kadınların %23.9'u antibiyotik dahil çevresindekilere iyi gelen ilaçları kullanma

eğilimindedir. Tablo 1’de, araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri ile vajinal enfeksiyon ilişkisi incelenmektedir. Vajinal enfeksiyon sıklığı, 41 yaş ve üzerinde istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha düşüktür ($p=0.009$). Evdeki kişi sayısının fazla olması ve kalabalık ailede yaşama vajinal enfeksiyon yaşanma durumunu artırdığı

bulunmuştur ($p=0.004$; $p=0.006$). Çalışanlarda vajinal enfeksiyon sıklığı %16.7 çalışmayanlarda ya da ücretsiz çalışanlarda %55.4 olmasına rağmen aradaki fark anlamlı değildir. Evinde kanalizasyona bağlı tuvaleti olanlarda, şebeke suyu kullananlarda da benzer bir farklılık söz konusudur.

Tablo 1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Vajinal Enfeksiyon Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Özellikler	Vajinal Enfeksiyon						İstatistiksel Analiz	
	Toplam		Var		Yok		X ²	p
	n	%	n	%*	n	%*		
Yaş								
41 ve üzeri	50	30.1	18	36.0	32	64.0	9.41	0.01
31-40	64	39.3	40	62.5	24	37.5		
30 yaş ve altı	49	30.6	30	61.2	19	38.8		
Medeni durum								
Boşanmış ve eşi ölmüş	7	4.3	4	57.1	3	42.9	0.02	0.86
Evli	156	95.7	84	53.8	72	46.2		
Yıl içinde uzun süre ikamet ettiği yerleşim yeri								
İl	10	6.1	4	40.0	6	60.0	2.78	0.24
İlçe	14	8.6	7	50.0	7	50.0		
Köy	139	85.3	41	29.5	98	70.5		
Öğrenim düzeyi								
Ortaokul ve üzeri	42	25.8	24	57.1	18	42.9	0.22	0.63
İlkokul ve altı	121	74.2	64	52.9	57	47.1		
Çalışma durumu								
Çalışmıyor ya da ücretsiz çalışıyor	157	96.3	87	55.4	70	44.6	4.60	0.09
Ücretli çalışıyor	6	3.7	1	16.7	5	83.3		
Hane özellikleri								
Apartman dairesi	26	16.0	12	46.2	14	53.8	2.89	0.08
Müstakil köy evi	137	84.0	40	29.2	97	70.8		
Evdeki kişi sayısı								
Beş ve daha fazla	104	63.8	65	62.5	39	37.5	8.38	0.01
Dört ve daha az	59	36.1	23	39.0	36	61.0		
Aile tipi								
Geniş aile	105	63.9	65	61.9	40	38.1	7.44	0.00
Çekirdek aile	58	36.1	23	39.7	35	60.3		
Kanalizasyona bağlı tuvalet								
Hayır evin dışında	5	3.1	2	40.0	3	60.0	3.88	0.14
Hayır evin içinde	138	84.7	79	57.2	59	42.8		
Evet. evin içinde	20	12.3	7	35.0	13	65.0		
Kanalizasyona bağlı tuvalet								
Hayır	143	87.7	81	56.6	62	43.4	3.30	0.06
Evet	20	12.3	7	35.0	13	65.0		
İçme suyu								
Yeraltı suyu	142	87.1	80	56.3	62	43.7	2.45	0.11
Şebeke suyu	21	12.9	8	38.1	13	61.9		
Sürekli sigara içiciliği								
Evet	15	9.2	10	66.7	5	33.3	1.06	0.30
Hayır	148	90.8	78	52.7	70	47.3		
Kronik hastalık								
Var	42	25.8	19	45.2	23	54.8	1.74	0.18
Yok	121	74.2	69	57.0	52	43.0		
İlaç kullanımı								
Yalnız hekim önerisi ile	61	37.4	31	50.8	30	49.2	0.63	0.72
Ağrı kesici dışında hekim önerisi	63	38.7	34	54.0	29	46.0		
Antibiyotik dahil çevresindekilere iyi gelen	39	23.9	23	59.0	16	41.0		

*Satır yüzdesi

Çalışma grubunun ortalama ilk adet yaşı 12.6 ± 1.3 (en düşük 10, en yüksek 17), ilk gebelik yaşı 20.1 ± 3.4 (en düşük 14, en yüksek 35), toplam gebelik sayısı 3.6 ± 1.8 (en düşük 1, en yüksek 9), yaşayan çocuk sayısı 2.7 ± 1.3 (en düşük 1, en yüksek 7) ve doğumlar arası süre, 3.2 ± 2.7 (en düşük 1, en yüksek 15) yıldır. Üç ve üzeri sayıda çocuğa sahip olan kadınlar %54 düzeyindedir ve yalnızca iki kadın hiç gebe kalmamıştır. Kadınların %37.4'ü herhangi bir AP yöntemi kullanmadığını, %10'u ikiden fazla

sayıda kürtaj olduğunu, %11'i ise beş yaş altında çocuk ölümü olduğunu bildirmiştir. Araştırma grubunun doğurganlık özellikleri Tablo 2'de görülmektedir. Araştırma grubunda AP yöntemi olarak RİA kullanan kadınlarda vajinal enfeksiyon düzeyi anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0.009$). Kadınların diğer doğurganlık özellikleri ile vajinal enfeksiyon varlığı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p \geq 0.05$, Tablo 2).

Tablo 2. Araştırma Grubunun Üreme Sağlığı Değişkenleri İle Vajinal Enfeksiyon Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Değişken	Vajinal Enfeksiyon						İstatistiksel Analiz	
	Toplam		Var		Yok		X ²	p
	n	%	n	%*	n	%*		
İlk adet yaşı								
10-11	24	14.7	14	58.3	10	41.7	0.24	0.88
12-13	110	67.5	59	53.6	51	46.4		
14 ve üzeri	29	17.8	15	51.7	14	48.3		
İlk gebelik yaşı								
17 yaş ve altı	28	17.2	13	46.4	15	53.6	2.03	0.56
18-20	83	50.9	46	55.4	37	44.6		
21-23	24	14.7	15	62.5	9	37.5		
24 ve üzeri	26	16.0	12	46.2	14	53.8		
Toplam gebelik sayısı								
1-2 tane	51	31.3	15	29.4	36	70.6	0.32	0.85
3-4 tane	69	42.3	22	31.9	47	68.1		
5 ve üzeri	43	26.4	15	34.9	28	65.1		
Kendiliğinden düşük								
Yok	111	68.1	17	32.7	35	67.3	0.02	0.88
Var	52	31.9	35	31.5	76	68.5		
Kürtaj								
Var	20	12.3	4	20.0	16	80.0	1.48	0.22
Yok	143	87.7	48	33.6	95	66.4		
Ölü doğum								
Var	5	3.1	2	40.0	3	60.0	0.15	0.69
Yok	158	96.9	50	31.6	108	68.4		
Yaşayan çocuk sayısı								
1-2 tane	71	43.6	21	29.6	50	70.4	0.36	0.83
3-4 tane	76	46.6	26	34.2	50	65.8		
5 ve üzeri	16	9.8	5	31.3	11	68.8		
Aile planlaması yöntemi kullanımı								
Hayır	101	62.0	59	58.4	42	41.6	2.09	0.14
Evet	62	38.0	29	46.8	33	53.2		
Aile planlaması yöntemi								
Rahim içi araç	21	12.9	17	81.0	4	19.0	9.44	0.01
Diğer modern yöntemler	57	35.0	33	57.9	24	42.1		
Geri çekme ve yöntem kullanmayan	85	52.1	38	44.7	47	55.3		
Spontan abortus veya küretaj varlığı								
Var	63	38.7	34	54.0	29	46.0	0.00	0.99
Yok	100	61.3	54	54.0	46	46.0		
Son doğum şekli								
Normal	99	63.1	51	51.5	48	48.5	0.42	0.51
Sezaryan	58	36.9	33	56.9	25	43.1		

*Satr yüzdesi

Tablo 3'te araştırma grubunun hijyen davranışları sunulmuştur. Çalışma grubundaki kadınların %22.7'si menstruasyon sırasında bez kullanmakta ve yalnızca %42.3'ü pedini yedi saat ve altında kullandıktan sonra değiştirmektedir. Kadınların %20.8'i ise adet dönemi dışında da günlük ped ya da bez kullanmaktadır. Yaklaşık olarak kadınların %20'si pamuklu iç çamaşırı tercih etmekte ve yalnızca %9.2'si haftada 5-6 kez iç çamaşırı değiştirmektedir. Tablo 3'de araştırma grubunun hijyen davranışları ile vajinal enfeksiyon ilişkisi sunulmaktadır. Menstrüasyon sırasında hijyenik

ped kullanımı ve yıkanabilen bez kullanımı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Gün içinde ped değiştirme sıklığı vajinal enfeksiyon sıklığını etkilemezken, günlük ped, peçete ya da bez kullanımı enfeksiyon riskini arttırmaktadır ($p<0.001$). El ile taharetlenme ve taharet sonrası kurulanmama enfeksiyon riskini arttıran iki önemli nedendir ($p=0.024$; $p=0.045$). Vajinal duş yapmayanlarda da enfeksiyon daha az görülmektedir ($p=0.016$). Sentetik iç çamaşırı giyenlerde enfeksiyon daha yüksek oranda görülmesine rağmen, bu değişkenler arasındaki fark anlamlı değildir.

Tablo 3. Araştırma Grubunun Hijyen Davranışları İle Vajinal Enfeksiyon İlişkisinin Dağılımı

Değişken	Vajinal Enfeksiyon						İstatistiksel Analiz	
	Toplam		Var		Yok		X ²	P
	n	%	n	%*	n	%*		
Menstruasyon sırasında ped kullanımı**								
Hijyenik ped	96	70.6	58	60.4	38	39.6	0.72	0.39
Yıkanabilen bez	40	29.4	21	52.5	19	47.5		
Gün içinde ped değiştirme sıklığı**								
1-3 saat	1	0.6	1	100.0	0	0.0	1.05	0.78
4-7 saat	68	41.7	40	58.8	28	41.2		
8-10 saat	61	37.4	34	55.7	27	44.3		
10 saat ve üzeri	6	3.7	4	66.7	2	33.3		
Günlük ped kullanımı								
Hijyenik ped	11	6.7	8	72.7	3	27.3	24.37	0.00
Kendi hazırladığı bez	23	14.1	15	65.2	8	34.8		
Peçete	54	33.1	40	74.1	14	25.9		
Hayır	75	46.0	25	33.3	50	66.7		
İç çamaşır tercihi								
Pamuklu	32	19.6	14	43.8	18	56.3	3.50	0.17
Sentetik	6	3.7	5	83.3	1	16.7		
Dikkat etmeyen	125	76.7	69	55.2	56	44.8		
Haftalık iç çamaşırı değiştirme sıklığı								
1-2 kez	35	21.5	17	48.6	18	51.4	0.55	0.75
3-4 kez	82	50.3	43	52.4	39	47.6		
5-6 kez	15	9.2	9	60.0	6	40.0		
Tuvaletten önce el yıkama								
Evet. Her zaman	25	15.3	12	48.0	13	52.0	0.80	0.67
Evet. gerek görürsem	115	70.6	62	53.9	53	46.1		
Hayır	23	14.1	14	60.9	9	39.1		
Taharetlenme								
El ile	37	22.7	26	70.3	11	29.7	5.10	0.02
Tuvalet kağıdı veya taharet bezi ile	126	77.3	62	49.2	64	50.8		
Taharet sonrası kurulanma								
Evet. tuvalet kağıdı ile	118	72.4	58	49.2	60	50.8	4.02	0.04
Hayır. Kurulanmam	45	27.6	30	66.7	15	33.3		
Tuvalet temizliği								
Önden arkaya	46	28.2	22	47.8	24	52.2	1.54	0.46
Arkadan öne	22	13.5	14	63.6	8	36.4		
Dikkat etmem	95	58.3	52	54.7	43	45.3		
Vajinal duş								
Evet. her zaman yıkırım	78	47.9	44	56.4	34	43.6	8.28	0.01
Evet. arasıra yıkırım	27	16.5	20	74.1	7	25.9		
Hayır yıkamam	58	35.6	24	41.4	34	58.6		

*Satır yüzdesi **Adet görmeyen kadınlar tabloya dahil edilmemiştir.

Tuvaletten önce her zaman el yıkayanlar çalışma grubunun %15.3'dür. Genital bölge temizliği el (%22.7), taharet bezi (%17.2) ve tuvalet kağıdı (%60.1) ile yapılmaktadır. Genital bölgeyi önden arkaya doğru temizleme sıklığı yalnızca %28.2'dir ve %27.6'sı tuvaletten sonra genital bölgeyi kurulamamaktadır (Tablo 3). Kadınların kendi bildirimlerine göre %57.1'inin

menstrüasyonu düzenli ve %20.2'sinin kanama miktarı fazladır. Yaklaşık %13'ünün ara kanama şikayeti olmaktadır. Vajinal akıntısı olan kadınlar %51.5 düzeyindedir ve %23.9'unun akıntısı sarı yeşil renktedir. Kadınların %42.9'u cinsel ilişki sırasında rahatsızlık duyduğunu, %22.1'i de sık idrara çıkma şikayeti olduğunu bildirmiştir.

Tablo 4. Kadınların Kendi Bildirimlerine Göre Cinsel Davranışları, Jinekolojik Yakınmaları ve Hekime Başvuruları İle Vajinal Enfeksiyon Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Değişken	Vajinal Enfeksiyon						İstatistiksel Analiz	
	Toplam		Var		Yok		X ²	p
	n	%	n	%*	n	%*		
Kadın hst. ve doğum muayenesi								
Evet	68	41.7	43	63.2	25	36.8	4.01	0.04
Hayır	95	58.3	45	47.4	50	52.6		
Adet düzeni								
Düzenli	93	57.1	49	52.7	44	47.3	3.52	0.06
Düzensiz	43	42.9	30	69.8	13	30.2		
Adette kanama miktarı								
Fazla	33	36.8	23	69.7	10	30.3	2.41	0.12
Normal veya az	103	63.2	56	54.4	47	45.6		
Adette kaşıntı								
Evet. Sıklıkla	22	13.5	9	40.9	13	59.1	2.54	0.28
Evet. Arasında	64	39.3	23	35.9	41	64.1		
Hayır	77	47.2	20	26.0	57	74.0		
Ara kanama öyküsü								
Evet sıklıkla	3	1.8	3	100.0	0	0.0	7.56	0.02
Evet arasıra	18	11.0	14	77.8	4	22.2		
Hayır	142	87.2	71	50.0	71	50.0		
Vajinal akıntı								
Var	84	51.5	29	34.5	55	65.5	0.54	0.45
Yok	79	48.5	23	29.1	56	70.9		
Akıntının süresi (n=84)								
1-6 ay	41	48.8	12	29.3	29	70.7	0.97	0.32
Yedi ay ve üzeri	43	51.2	17	39.5	26	60.5		
Akıntının rengi								
Sarı-yeşil	39	23.9	14	35.9	25	64.1	1.55	0.67
Gri-beyaz	12	7.4	4	33.3	8	66.7		
Süt beyazı-peynirimsi	17	10.4	4	23.5	13	76.5		
Beyaz-şeffaf	16	9.8	7	43.8	9	56.2		
Akıntıda doku parçası								
Var	60	36.8	22	36.7	38	63.3	0.99	0.31
Yok	103	63.2	30	29.1	73	70.9		
Cinsel ilişkiden sonra rahatsızlık								
Evet	72	44.2	27	37.5	45	62.5	1.86	0.17
Hayır	91	55.8	25	27.5	66	72.5		
Sık idrara çıkma								
Evet	36	22.1	13	36.1	23	63.9	1.92	0.38
Hayır	61	37.4	22	36.1	39	63.9		
Bazen	66	40.5	17	25.8	49	74.2		
İdrarda yanma								
Şu anda var	30	18.4	14	46.7	16	53.3	7.63	0.02
Bazen oluyor. şu anda yok	57	35.0	11	19.3	46	80.7		
Yok	76	46.6	27	35.5	49	64.5		
Kasıklarda ağrı								
Var	64	39.3	22	34.4	42	65.6	0.29	0.58
Yok	99	60.7	30	30.3	69	69.7		

*Satır yüzdesi

Yaklaşık %18.4'ünün idrarda yanması %40'mın da kasıklarda ağrısı bulunmaktadır. Kadınların kendi bildirimlerine dayalı jinekolojik yakınmaları Tablo 4'te sunulmuştur. Tablo 4'de kadınların kendi bildirimlerine göre cinsel davranışları, jinekolojik yakınmaları ve hekime başvuruları ile vajinal enfeksiyon arasındaki ilişkisi sunulmuştur. Enfeksiyonu olan kadınlar doğal olarak bir sağlık kurumuna daha sık başvurmaktadır. Anlamli olmamakla birlikte adeti düzensiz olanlarda enfeksiyon daha sık görülürken ($p=0.061$), ara kanama öyküsü

olanlarda anlamli olarak vajinal enfeksiyon daha siktir. Enfeksiyonu olanlarda da ilişki sonrası şikayetler de daha fazla görülmektedir ($p<0.001$).

Tablo 5'de jinekolojik muayeneyi kabul eden kadınlardan ($n=114$) elde edilen bulgular sunulmaktadır. İnspeksiyonda, kadınların %46.5'inde vulvada ödem, %29.8'inde vulvada çatlak, %42.1'inde kızarıklık, %50'sinde kötü koku, %10.5'inde variköz değişiklikler saptanmıştır. İki kadında vulvada şişlik mevcuttur. Kadınların %55.3'ünde ise vajen girişinde akıntı gözlenmiştir.

Tablo 5. Jinekolojik Muayeneyi Kabul Eden Kadınlardan Elde Edilen Bulguların Dağılımı

Muayene bulguları (n= 114)		Var		Yok	
		n	%*	n	%*
İnspeksiyon bulguları	Vulvada ödem	53	46.5	61	53.5
	Vulvada çatlak	34	29.8	80	70.2
	Vulvada kızarıklık	48	42.1	66	57.9
	Vulvada ülserasyon	22	19.3	92	80.7
	Vulvada kötü koku	57	50.0	57	50.0
	Vulvada variköz değişiklikler	12	10.5	102	89.5
	Vajen girişinde akıntı	63	55.3	51	44.7
	Üretra ağzında renk değişikliği	2	1.8	112	98.2
	Üretra ağzında akıntı	2	1.8	112	98.2
Spekulum muayene bulguları	Vulval hassasiyet	63	55.3	51	44.7
	Vajen duvarında silinebilen bir akıntı	37	32.5	77	67.5
	Vajen yan duvarında hiperemi	44	38.6	70	61.4
	Vajen yan duvarında beyaz plak	13	11.4	101	88.6
	Vajinal kanalda gri-beyaz akıntı	39	34.2	75	65.8
	Vajinal kanalda süt kesigi benzeri akıntı	18	15.8	96	84.2
	Vajinal kanalda yeşil-sarı, köpüklü akıntı	18	15.8	96	84.2
	Vajinal kanalda ince gri-beyaz akıntı	23	20.2	91	79.8
	Vajinal kanalda kötü kokulu akıntı	38	33.3	76	66.7
	Vajinal kanalda pürülan akıntı	10	8.8	104	91.2
	Vajinal kanalda homojen et suyu görünümünde akıntı	3	2.6	111	97.4
	Vajinal kanalda şeffaf akıntı	35	30.7	79	69.3
	Serviksin çilek görünümü	19	16.7	95	83.3
	Dokunmakla kanayan serviks	36	31.6	78	68.4
	Alt abdominal hassasiyet	51	44.7	63	55.3
pH	4.0-4.9	56	49.1	-	-
	5.0-5.9	41	36.0	-	-
	6	17	14.9	-	-
Whiff Testi	Pozitif	39	34.2	-	-
	Negatif	75	65.8	-	-
Mikr osko pta clue cell	Var	27	23.7	-	-
	Yok	87	76.3	-	-
Tanı(n=88) ^b	Bakteriyel vajinozis	29	33.0		
	Kandida	21	23.9		
	Miks enfeksiyon ^a	12	13.6		
	Diğer vajinal enfeksiyonlar	26	29.5		

*Satur yüzdesi, ^b Sütun yüzdesi alınmıştır.

^a Kandida ve bakteriyel vajinozis %4.5 (n= 4), kandida ve diğer vajinal enfeksiyonlar %9.1 (n=8).

Spekulumla yapılan muayenede %55.3'ünde vulval hassasiyet, %32.5'inde vajen duvarında silinebilen bir akıntı; %38.6'sında yan duvarlarda hiperemi, on beş kişide süt kesigine benzer akıntı ve yeşil-sarı, köpüklü akıntı bulunmaktadır. Kadınların %34.2'sinin whiff testi pozitif ve %23.7'sinde clue cell saptanmıştır. Çalışmada, jinekolojik muayene kabul eden kadınların 67'sinde, jinekolojik muayeneyi kabul etmeyen

(mevcut yakınmalarına göre tanı konulan) kadınların 21'inde olmak üzere toplam 88 kadında vajinal enfeksiyon saptanmıştır. Vajinal enfeksiyonların dağılımı bakteriyel vajinozis (%33.0), kandida (%23.9), miks enfeksiyonlar %13.6 (kandida ve bakteriyel vajinozis %4,5, kandida ve diğer vajinal enfeksiyonlar %9.1) diğer vajinal enfeksiyonlar (%29.5), şeklinde idi.

Tablo 6. Vajinal Enfeksiyon Varlığı İle Bağımsız Değişkenler Arasında Lojistik Regresyon Analizi

	n (%)	OR*	%95 GA	P
Yaş				
41 ve üzeri	18 (36.0)	-0.70	0.2-1.1	0.07
40 ve altı	70 (61.9)			
Çalışma durumu				
Çalışmıyor ya da ücretsiz çalışıyor	157(96.3)	-0.79	0.8-2.32	0.34
Ücretli çalışıyor	6(3.7)			
Evdeki kişi sayısı				
4 ve daha az	59 (36.2)	-0.10	0.45-1.8	0.77
5 ve daha fazla	104 (63.8)			
Aile tipi				
Geniş aile	58 (35.6)	-0.18	0.4-1.66	0.59
Çekirdek aile	105 (64.4)			
Kanalizasyona bağlı tuvalet				
Hayır evin dışında	5(3.1)			
Hayır evin içinde	138(84.7)	-2.01	0.5-1.73	0.007
Evet. evin içinde	20(12.3)			
Aile planlaması yöntemi				
Rahim içi araç	17 (81.0)	5.1	1.3-19.5	0.018
Diğer (diğer yöntemleri kullanan)	71 (50.0)			
Günlük ped kullanımı				
Evet	63 (66.7)	6.5	3.0-14.3	0.000
Hayır	25 (33.3)			
Taharetlenme				
El ile	26 (70.3)	0.4	0.1-1.5	0.194
Tuvalet kağıdı veya taharet bezi ile	62 (49.2)			
Taharet sonrası kurulanma				
Evet	58 (49.2)	0.8	0.2-2.4	0.626
Hayır	30 (66.7)			
Vajinal duş				
Evet	64 (61.0)	2.5	1.1-5.5	0.027
Hayır	24 (41.4)			
Kadın hastalıkları ve doğum muayenesi				
Evet	68(41.7)	-0.22	0.35-1.78	0.57
Hayır	95(58.3)			
Ara kanama öyküsü				
Evet sıklıkla	3(1.8)	-1.21	0.13-0.65	0.003
Evet arasıra	18(11.0)			
Hayır	142(87.2)			
İdrarda yanma				
Şu anda var	30(18.4)	0.78	1.25-3.84	0.006
Bazen oluyor. şu anda yok	57(35.0)			
Yok	76(46.6)			

*Odds Ratio

“Diğer vajinal enfeksiyon” grubunda değerlendirilen enfeksiyon bulgularının çoğunluğu trikomoniasis ile uyumlu olmasına karşın, trikomoniasis tanısını doğrulayıcı bir inceleme yapılamadığı için bu grupta sınıflandırılmıştır (Tablo 5). Tablo 6’de vajinal enfeksiyona neden olan bazı etmenlerin lojistik regresyon sonuçları sunulmuştur. Kanalizasyona bağlı tuvalet kullanımı (OR=-2.01; p<0.007), AP yöntemi olarak RİA kullanımı (OR=5.1; p=0.002), günlük ped kullanımı (OR=6.5; p<0.001), vajinal duş (OR=2.5; p=0.003) ve vajinal enfeksiyon riskini arttıran en önemli etmenler olarak belirlenmiştir.

TARTIŞMA

İlçe ASM’ye kayıtlı 15-49 yaş grubu evli kadınlar arasında vajinal enfeksiyon semptomlarının yaygınlığının saptanması, bakteriyel vajinozis ve kandida ile uyumlu vakaların tanımlanması ve vajinal enfeksiyon ile ilişkili etmenlerin belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilen bu çalışma, vajinal enfeksiyonların oldukça yaygın bir sorun olduğunu ve yaklaşık her beş kadından dördünde vajinal enfeksiyon bulunduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmanın gerçekleştiği 163 kadından 114 tanesi jinekolojik muayene olmayı kabul etmiş, 114 kadından 67’sinde, jinekolojik muayene olmayı kabul etmeyen 49 kadının ise 21’inde vajinal enfeksiyon tespit edilmiştir. Toplamda 88 kadında tespit edilen vajinal enfeksiyonun sıklığı %78.6 olarak saptanmıştır. Yaygın görülen vajinal enfeksiyonlar ise bakteriyel vajinozis (%33), kandida (%23.9), diğer vajinal enfeksiyonlar (%29.5) ve miks enfeksiyonlar %13.0 (kandida ve bakteriyel vajinozis %4.5, kandida ve diğer vajinal enfeksiyonlar %9.1)’dir. Elazığ’da özel bir hastanede papsmear tarama sonucu incelenen 3831 hastanın %10’unda vajinal enfeksiyon tespit edilerek, yaygın saptanan enfeksiyon çeşidi %8 ile bakteriyel vajinozis olarak bildirilmiştir (Çelik ve ark. 2013). Zimbabve’de bir kliniğe başvuran ve semptomatik vajinal akıntısı bulunan 200 kadın ile yapılan başka bir çalışmada ise bakteriyel vajinozis %73 ile en yaygın saptanan enfeksiyon çeşidi olarak saptanmıştır (Chirenje et al. 2017). Haiti’de kırsal bölgedeki bir kliniğe vajinal yakınma ile başvuran 18 yaş üstü 206 kadın ile yapılan çalışmada kadınların %85’inde vajinal enfeksiyon tespit edilmiş ve en yaygın saptanan enfeksiyon bakteriyel vajinozis olarak

bildirilmiştir (Bristow et al. 2014). Çalışma bulgularında kadınlar arasında en yaygın saptanan enfeksiyon literatürden farklı olarak diğer vajinal enfeksiyonlar olarak saptanmıştır. Vajinal enfeksiyon sıklığının daha yüksek saptanmış olması ise kullanılan tanı yönteminin ve çalışma bölgesinin farklı olmasından kaynaklanabilir.

Çalışma grubunda yaygın görülen etkenlerden biri tek başına %33 miks enfeksiyon ile birlikte %37.5 olarak saptanan bakteriyel vajinozistir. Ülkemizde sıklığı %8-52 arasında değişiklik gösteren bakteriyel vajinozis vajinal enfeksiyon türleri arasında en yaygın görülen enfeksiyon çeşididir (Aytaç ve Eryılmaz 2009, Çelik ve ark. 2013). Rahman’ın (2008), Elazığ Sara Hatun Kadın Doğum Hastanesi polikliniklerine genital akıntı yakınması ile başvuran ve çoğunluğu (%92.5) 15-49 yaş arası kadınlar olan 507 kadın ile yaptığı çalışmada amsel tanı kriterlerine göre kadınların %31’inde bakteriyel vajinozis tespit etmiş ve en yaygın görülen vajinal enfeksiyon çeşidi olarak saptanmıştır (Rahman 2008). Bezircioğlu ve Öviz’in çalışmasında ise Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezine vajinal akıntı yakınması ile başvuran 231 kadın incelenmiş ve kadınların %34’ünde bakteriyel vajinozis en yaygın görülen enfeksiyon olarak tespit edilmiştir (Bezircioğlu ve Öviz 2004). Değirmenci’nin İstanbul’da 296 kadın ile yaptığı çalışmada amsel tanı kriterleri kullanılarak kadınlarda bakteriyel vajinozis sıklığı %38 olarak saptanmıştır (Değirmenci 2009). Haiti’de kırsal bölgedeki kadınlarda direkt mikroskopik incelenme ile tanı konulan kadınlarda ise bakteriyel vajinozis sıklığı %28 olarak bulunmuştur (Bristow et al. 2014). Bu çalışma, diğer araştırmalar ile karşılaştırıldığında, bakteriyel vajinozisin yaygın görülen bir vajinal enfeksiyon nedeni olması ve sıklığı literatür uyumlu bulunmuş, tek başına da en yaygın görülen enfeksiyon olarak saptanmıştır. Ancak miks enfeksiyonlar eklendiğinde en yaygın görülen enfeksiyon nedeni olarak saptanmaması literatürden farklı bulunmuştur.

Çalışma grubunda tek başına kadınların %23.9’unda ve miks enfeksiyonlar ile %37.5’inde saptanan ikinci enfeksiyon kandida’dır. Ülkemizde kandida enfeksiyonu sıklığı %8-30 arasında değişiklik gösterir (Hacıoğlu ve ark. 2000; Bengi Mert ve ark. 2014). Ankara’da çeşitli sağlık ocağına vajinal kaşıntı yakınması ile başvuran 354 hasta ile yapılan bir çalışmada, kültür tanı yöntemi ile

kadınlarda kandida sıklığı %22 olarak saptanmıştır (Altanlar 1999). Bursa'da aile hekimliği merkezine başvuran 15-49 yaş arası kadınlar ile yaptıkları araştırmada ise kandida enfeksiyonu kadınların %17'sinde tespit edilmiş ve en sık görülen vajinal enfeksiyon nedeni olarak belirtilmiştir (Ersun 2008). Hacıoğlu ve arkadaşlarının Erzurum Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezine başvuran 15-49 yaş arası kadınlar ile yaptıkları bir başka araştırmada, miks enfeksiyon ile birlikte kandida enfeksiyonu %9 ile ikinci en sık görülen vajinal enfeksiyon nedeni olarak saptanmıştır (Hacıoğlu ve ark. 2000). Bengi ve arkadaşlarının İzmir'de Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesine vajinal yakınma ile başvuran 245 kadın ile kültür yöntemi kullanarak yaptıkları araştırmada da miks enfeksiyonlar ile birlikte kandidanın sıklığı %30, yalnızca kandida sıklığı ise %27 olarak saptanmış, araştırma sonucunda kadınlarda en yaygın saptanan vajinal enfeksiyonun kandida olduğu belirtilmiştir (Bengi Mert ve ark. 2014). Hindistan'da kırsal bölgede ki bir hastaneye vajinal yakınma ile başvuran üreme çağındaki 156 kadın ile yapılan araştırmada kadınların %80'inde kandida enfeksiyonu tespit edilmiştir (Fule et al. 2015). Çalışma bulguları karşılaştırıldığında kandida enfeksiyonunun yaygın görülmesi literatür ile uyumlu bulunmuş, ancak sıklığı ülkemizde yapılan çalışmalara göre daha yüksek saptanmıştır. Bu farklılık ise özellikle kullanılan farklı tanı yöntemine, çalışmanın birinci basamak koşullarında yapılmış olmasına ve çalışma grubundaki kadınların kırsal bölgede olmasına bağlanmıştır.

Çalışma grubunda tek başına %29.5, miks enfeksiyonlar ile birlikte %38.6 olarak saptanan yaygın enfeksiyon, diğer vajinal enfeksiyonlardır. Diğer vajinal enfeksiyonu olan kadınların semptomları trikomoniasis ile uyumlu idi ancak doğrulayıcı bir inceleme yapılmadığı için diğer grubuna dahil edildi. Ülkemizde yapılan araştırmalarda kadınlar arasında trikomoniasis sıklığı %2-42 arasında değişiklik gösterir (Daldal ve ark. 2002; Çetinkaya ve ark. 2011). Ankara'da kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine akıntı yakınması ile başvuran kadınlar ile yapılan araştırmada, direk mikroskopik ve kültür yöntemleri kullanılarak kadınların %7'sinde trikomoniasis bulunmuştur (Akarsu 2006). Kütahya'da Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran kadınlar ile yapılan bir araştırmada gram boyama yöntemi ile kadınların %7'sinde trikomonas enfeksiyonu

saptanmıştır (Akdemir ve ark. 2010). Hatay'da çeşitli nedenler ile jinekoloji kliniğine başvuran kadın hastalar ile yapılan bir araştırmada gram boyama ile trikomonas sıklığı %12 (Kaya ve ark. 2015), Kayseri'de vajinal akıntı yakınması olan kadın hastalar ile yapılan başka araştırmada ise boyama yöntemleri, direk mikroskopik inceleme ve kültür yöntemi kullanılarak trikomonas sıklığı %2 olarak saptanmıştır (Çetinkaya ve ark. 2011). Manisa'da vajinal akıntı yakınması ile doğum evine başvuran kadınlar ile yapılan bir araştırmada da trikomoniasis %5 (Östan ve ark. 2005), Malatya'da seks işçileri ile yapılan başka araştırmada ise trikomonas enfeksiyon sıklığı %42 olarak saptanmıştır (Daldal ve ark. 2002). Nijerya'da kesitsel tipte olup 160 HIV pozitif ve 160 HIV negatif olan toplam 320 gebe ile yapılan araştırmada gebelerin %18'inde trikomonas enfeksiyonu saptanmıştır (İjasan et al. 2018). Palamda birinci basamak sağlık merkezinde yapılan bir araştırmada ise klinik muayene ile kadınların %17'sinde laboratuvar incelemesinde %16'sında trikomonas enfeksiyonu tespit edilmiştir (Ranjan et al. 2003). Çalışmanın kırsal bölgede ki kadınları kapsamı, birinci basamak sağlık kuruluşu koşullarında yapılması ayırt edici özelliştir. Ancak trikomoniasis için doğrulayıcı bir incelemenin olmaması literatüre göre daha yüksek saptanmasına neden olduğu düşünülmüştür.

Çalışma bulgularında vajinal enfeksiyon riskini artıran en önemli risk faktörlerinden biri vajinal duş alışkanlığı olarak saptanmıştır. Vajinal enfeksiyonu olan kadınların %72.7'sinin vajinal duş yaptığı ve vajinal duş enfeksiyon riskini 2.5 kat artırdığı tespit edilmiştir. Vajinal duş alışkanlığının ülkemizde sıklığı %63-92 arasındadır (Çalışkan ve ark. 1996; Cangöl ve Tokuç 2013). Hacıoğlu ve diğerlerinin araştırmasında birinci basamakta genital enfeksiyonu olan (%71) kadınların %84'ünün (Hacıoğlu ve ark. 2000), Daşıkın ve arkadaşlarının ikinci basamakta başvuran kadınların %80'inin vajinal duş yaptığı tespit edilmiştir (Daşıkın ve ark. 2015). Değirmenci ise İstanbul'da yaptığı araştırmada yakınması olan kadınlarda vajinal duşu anlamlı olarak yüksek saptamış ve bakteriyel vajinozis tanısı alan kadınların %59'unun vajinal duş yaptığını belirtmiştir (Değirmenci 2009). Cangöl ve Tokuç'un (2013), Edirne'de yaptıkları araştırmada kadınlarda vajinal duş yapma sıklığı %92.1 olarak saptanmıştır (Cangöl ve Tokuç 2013). Koştu ve Beydağ'ın Denizli il

merkezindeki bir hastaneye başvuran kadınlar ile yaptığı araştırmada ise kadınların vajinal duş yapma sıklığı %87 olarak bildirilmiştir. Vajinal duş yapma nedenleri ise çoğunlukla (%54) hijyenik olmak olarak belirtmiştir (Koştu ve Beydağ 2009). Çalışkan ve arkadaşlarının sağlık ocağı bölgesinde 318 kadın ile yaptıkları araştırmada kadınların vajinal duş yapma sıklığı %63.2 olarak saptanmıştır. Yapılma nedenleri temizliğin yanında dini inanç ve kontraseptif yöntem olduğunu düşünmek olarak saptanmıştır (Çalışkan ve ark. 1996). Çalışma bulguları literatür ile karşılaştırıldığında toplumda vajinal duş alışkanlığının yaygın görülen bir sorun olduğu dikkat çekmektedir. Ayrıca vajinal enfeksiyonlar için vajinal duş alışkanlığı önemli bir risk faktörüdür.

Çalışma grubundaki kadınlarda vajinal enfeksiyon riskini artıran risk faktörlerinden biri kullanılan AP yöntemidir. Vajinal enfeksiyonu olan kadınların %46.8'i AP yöntemi kullanmakta ve en yaygın kullanılan AP yöntemi ise %81 ile RİA'dır. Çalışma bulgularında RİA kullanımının kadınlarda vajinal enfeksiyon riskini 5.1 kat artırdığı saptanmıştır. RİA vajinal florayı değiştirip anaerob bakterilerin artışa yol açarak enfeksiyona neden olur (Zincir ve Temel 2010). Tamer ve arkadaşlarının Kocaeli'de 20-48 yaş arası kadınlar ile AP yöntemleri ve trikomonas arasındaki ilişkiyi saptamak amacı ile yaptıkları araştırmada trikomonas RİA kullanan kadınların %15'inde saptanmış, RİA kullanımının vajinal enfeksiyon gelişmesinde önemli risk faktöründen olduğu belirtilmiştir (Tamer ve ark. 2009). Daşikan'ın araştırmasında kadınlarda RİA kullanımının vajinal enfeksiyon riskini artırdığı ve vajinal enfeksiyonu olan kadınların %21'inin RİA kullandığı bildirilmiştir (Daşikan ve ark. 2015). Kaymak ve arkadaşlarının vajinal akıntı etkenlerinin araştırılması amacı ile yaptıkları araştırmada ise vajinal enfeksiyon tespit edilen kadınlardan AP yöntemi olarak RİA kullananların %77'sinde enfeksiyon tespit edilmiştir (Kaymak ve ark. 2005). Çalışma bulguları, RİA kullanımının enfeksiyon riskini artırdığı noktasında literatür ile benzer bulunmuştur.

Vajinal enfeksiyon gelişmesinde etkili olan en önemli risk faktörlerinden bir diğeri ise kadınların menstrual dönemi dışında günlük bez kullanma durumudur. Çalışmada vajinal enfeksiyonu olan kadınların %71.6'sının menstrual dönemi dışında bez kullandığı tespit edilmiş ve hijyenik ped kullananların %72.7'sinde, peçete kullananların %74.1'inde

kendi hazırladığı bezi kullananların ise %65.2'sinde vajinal enfeksiyon saptanmıştır. Çalışma bulgularında günlük olarak ped kullanımının vajinal enfeksiyon riskini 6.5 kat artırdığı tespit edilmiştir. Hacıoğlu ve arkadaşlarının araştırmasında genital enfeksiyonu olan kadınların %82'sinin günlük bez kullandığı saptanmış ve günlük ped kullanımı enfeksiyon riskini artıran önemli bir risk faktörü olarak bildirilmiştir (Hacıoğlu ve ark. 2000).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Samsun ili Çarşamba ilçesinde bulunan Gökçeçakmak ASM'ye bağlı dört köyde 15-49 yaş evli kadınlar arasında vajinit prevalansı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

1. Kadınların %78.6'sında (n= 88) vajinal enfeksiyon bulgusu saptanmıştır.

2. Saptanan enfeksiyonların dağılımı bakteriyel vajinozis %33, kandida %23.9, diğer vajinal enfeksiyonlar %29.5 ve miks enfeksiyonlar %13.0 (kandida ve bakteriyel vajinozis %4.5, kandida ve diğer vajinal enfeksiyonlar %9.1) şeklindedir.

3. Vajinal enfeksiyon riskini, günlük ped kullanımı 6.5 kat, RİA kullanımı 5.1 kat ve vajinal duş alışkanlığı 2.5 kat artırmaktadır.

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulabilir:

Laboratuvar olanaklarının olmadığı birinci basamak sağlık kuruluşlarında gerek hekim gerekse ebeler tarafından çalışmada kullanılan sendromik yaklaşım ve amsel tanı kriterleri kullanılarak vajinal enfeksiyonlara tanı konulmasında etkili bir yol izlenebilir.

Birinci basamak sağlık çalışanları, yılda iki kez gerçekleştirilen 15-49 yaş grubu izlemlerini eksiksiz ve nitelikli biçimde yapmalı, kadınları vajinal enfeksiyon ve risk faktörleri açısından sorgulamalı ve semptomatik kadınların erken tespiti ve tedavi sağlanmalıdır.

Sağlık çalışanları tarafından kadınların vajinal enfeksiyonlar ve diğer jinekolojik sorunlar konusundaki eğitim gereksinimleri belirlenmeli ve sağlık eğitimi çalışmaları gerçekleştirilmelidir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarının vajinal enfeksiyonlara yönelik tanı kapasitesi artırılmalıdır. Tanı konulamayan ya da tekrarlayan vajinal enfeksiyonların ikinci basamağa yönlendirilmelidir.

TEŞEKKÜR

Bu araştırma Karabük Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından KBÜ-BAP-17-YL-417 Nolu proje numarası ile desteklenmiştir.

KAYNAKLAR

Akarsu AG. Nonspesifik Vajinal Akıntı Şikayeti Olan Poliklinik Hastalarında Trichomonas Vaginalis Araştırılması. Türkiye Parazitoloji Dergisi 2006; 30(1):19-21.

Akdemir C ve ark. Kütahya'da Vajinal Akıntılı Olgularda Trichomonas Vaginalis Görülme Sıklığının Klasik Mikroskopi ve DNA Hibridizasyon Yöntemleriyle Araştırılması. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi 2010; 67(4):161-6.

Altanlar N. Vulvovajinal Candidiasis Olgularından İzole Edilen Candidaların Türlerine Göre Dağılımı. Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi 1999; 28(1):61-70.

Apay Ejder S ve ark. Yedi Farklı İldeki Kadınların Genital Hijyen Davranışlarının Belirlenmesi: Çok Merkezli Kesitsel Bir Çalışma. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 17(4):245-52.

Aytaç A, Eryılmaz Yıldız H. Vajinal Akıntı Tanılama Formu (VATF) Kullanılarak Konulan Tanıların Uyum Analizi. MÜ Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; 2(1):22-33.

Bengi Mert A ve ark. Vulvovajinal kandidiyazis tanısına sendromik yaklaşım. Türkiye aile hekimliği dergisi 2014; 18(4):175-88.

Bezircioğlu İ, Öviz A. Vajinal Akıntı Yakınması ile Başvuran Hastaların Akıntı Örneklerinin Direkt Mikroskopik Değerlendirilmesi. Sted Dergisi 2004; 13(11):422-5.

Bristow CC et al. The Etiology of Vaginal Sytoms in Rural Haiti. Int J STD AIDS 2014; 25(9):669-75.

Cangöl E, Tokuç B. Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Genital Enfeksiyon Sıklığı ve Genital Hijyen Davranışları. F. N. Hemşirelik Dergisi 2013; 21(2):85-91.

Chirenje ZM et al. The Etiology of Vaginal Discharge Syndrome in Zimbabwe Results from the Zimbabwe STI Etiology Study. Sexually Transmitted Diseases 2017; 45(6):422-8.

Çalışkan D ve ark. Park sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş grubu kadınlarda vajinal duş sıklığı ve etkili faktörler üzerinde çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 1996; 49(2):73-80.

Çelik A ve ark. Serviko-Vajinal Pap Smear Taramasında Trichomonas Vaginalis, Candida ve Gardnerella Vaginalis Sıklığının Yaşa Göre Değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi 2013; 18(1):44-7.

Çetinkaya Ü ve ark. Vajinal Akıntılı Kadınlarda Akıntı Türüne Göre Trichomonas Vaginalis Pozitifliği. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2011; 31(5):1094-9.

Dalbudak S, Bilgili N. GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Genital Hijyen Davranışları ve Bu Davranışların Vajinal

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazar çıkar çatışması bulunmamaktadır.

YAZAR KATKI DÜZEYİ

ÇBYA: Veri toplama, literatür tarama, makale yazımı, kritik okuma.

Enfeksiyona Etkisi. Gülhane Tıp Fakültesi Dergisi 2012; 55:281-7.

Daldal N ve ark. Malatya'da Konsomatris Olarak Çalışan Kadınlarda Trichomonas Vaginalis İnsidansı. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 9(1):21-4.

Daşıkın Z ve ark. Genital Akıntı Şikayeti ile Polikliniğe Başvuran Kadınların Genital Hijyen Uygulamaları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 4(1):113-24.

Değirmenci A. Vajinal Akıntı Şikayeti İle Başvuran Olgularda Bakteriyel Vajinozis Sıklığının Saptanması, Tanıda Kullanılan Amsel Kriterlerinin Sensitivite Spesifisitelerinin Belirlenmesi ve Bakteriyel Vajinozis İçin Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Haydarpaşa Numune ve Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, Uzmanlık tezi, 2015.

Ersun H. Emek Aile Hekimliği Merkezi'ne Başvuran 15-49 Yaş Arası Vajinal Akıntılı Kadınlarda Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon Sıklığı. Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, 2008.

Fule SR et al. Detection of Phospholipase Aktiviteye of Candida Albicans and Non Albicans İsolated From Women of Reproductive Ağı With Vulvovaginal Candidiasis in Rural Area. Indian Journal of Medical Microbiology 2015; 33(1):92-5.

Günay T, Aksakoğlu G. Bakteriyel Vajinozis. TTB Sted 2002; 11(9):369-70.

Hacıaloğlu N ve ark. Erzurum Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Merkezine Başvuran Kadınlarda Genital Yol Enfeksiyonların Sıklığı Ve Risk Faktörleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 3(2):11-8.

Kaya Aycan Ö ve ark. Bir Üniversite Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Parazitolojik Ve Sitolojik Yötemlerle Trichomonas Vaginalis Araştırılması. Konuralp Tıp Dergisi 2015; 7(3):146-8.

Kaymak Y ve ark. Polikliniğimize Vajinit Yakınması ile Başvuran Hastalarda Vajinal Akıntı Etkenlerinin Araştırılması. Gazi Tıp Dergisi 2005; 16(3): 114-20.

Koştı N, Taşçı Beydağ K. Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınların Genital Hijyen Davranışları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12(1):66-71.

İjasan O et al. The Prevalence And Risk Factors For Trichomonas Vaginalis İnfection Amongst Human İmmunodeficiency Virus-İnfected Pregnant Women Attending The Antenatal Clinics of a University

Teaching Hospital In Lagos, South-Western. Nigerian Postgraduate Medical Journal 2018; 25(1):21-6.

Orbak Z. Vulvovajinit. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı II. Sempozyum Dizisi 2008; 63:95-7.

Owen MK, Clenney TL. Management of Vaginitis. American Family Physician 2004; 70(11):2125-32.

Ozan H, Özerkan K. Vajinal akıntıya hastaların yaklaşımı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 34(2):53-4.

Östan İ ve ark. Manisa'da Vajinal Akıntılı Kadınlarda Trichomonas Vaginalis Sıklığı. Türkiye Parazitoloji Dergisi 2005; 29(1):7-9.

Rahman S. Elazığ Sara Hatun Kadın Doğum Hastanesi Polikliniklerine Genital Akıntı Nedeni ile Başvuran Kadınlarda Sık Görülen Bazı Genital Yol Enfeksiyonları ve Etkileyen Faktörler. FÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2008.

Ranjan R et al. Evaluation of Who Diagnostic Algorithm for Reproductive Tract Infections Among Married Women. Indian Journal of Community Medicine 2003; 28(2):81-4.

Tamer Sönmez G ve ark. Doğum Kontrol Yöntemleri ile Trichomonas Arasındaki İlişki. Türkiye Parazitoloji Dergisi 2009; 33(4):266 –9.

Xie HY et al. Probiotics For Vulvovaginal Candidiasis In Non-Pregnant Women. Cochrane Database Of Systematic Reviews. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6486023/> . Erişim tarihi: 20.01.2019.

Yurttaş A ve ark. İdrar Yolu Enfeksiyonu Geçiren 15-49 Yaş Arası Kadınların Perine Bakımı Uygulamalarının İncelenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2018; 9(3):297-301.

Zincir H, Temel BA. RİA'ya Özel Danışmanlık İlkesine Göre RİA Uygulaması, Genital Hijyen Eğitimi ve Vulvovajinal Enfeksiyonların Görülme ilişkisi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 19(1):60-7.

EXTENDED ABSTRACT

Vaginal infections are infections that occur in the vagina by transmission of pathogenic microorganisms or disruption of vaginal flora. If left untreated, it can lead to serious health consequences such as chronic ailments, infertility and cancer in women. Although a significant part of vaginal infections can be diagnosed and treated in primary care institutions, many women with gynecological complaints originating from vaginal infections apply to secondary and tertiary health institutions without going through primary care. The limited number of studies conducted on diagnosis, treatment and follow-up activities of vaginal infections in our country show that diagnosing vaginal infections in primary care is effective in terms of cost reduction, easy application, early treatment and prevention of complications. This study was carried out in four villages of a district Family Health Centre in northern Turkey to determine the symptoms of vaginal infection among married women aged 15-49 and to determine cases consistent with candida and bacterial vaginosis and the factors associated with vaginal infections.

The average age of first menstruation of the working group 12.6 ± 1.3 (17 lowest 10 highest), first pregnancy at age 20.1 ± 3.4 (low, 14, 35 highest), total number of pregnancies was 3.6 ± 1.8 (minimum 1, maximum 9), the number of children living 2.7 ± 1.3 (minimum 1, maximum 7) and the time between births, 3.2 ± 2.7 (minimum 1, maximum 15 years). Women who have children three and over are 54% and only two women have never been pregnant. 37.4% of women reported not using any family method, 10% reported having more than two abortions, and 11% had child deaths under the age of five. In the research group, the level of vaginal infection was significantly higher in women using intrauterin devices as an family method ($p=0.009$). There was no significant association between other fertility characteristics of women and the presence of vaginal infection ($p \geq 0.05$, Table 2). 22.7% of women in the study group use diapers during menstruation and only 42.3% change their pads after using the pad for seven hours or less. 20.8% of women use daily pads or cloths outside the menstrual period. Approximately 20% of women prefer cotton underwear and only 9.2% change underwear 5-6 times a week. Table 3 presents the relationship between the research group's hygiene behaviours and vaginal infection. There was no significant difference between hygienic pad use and washable cloth use during menstruation. While the frequency of pad replacement during the day does not affect the frequency of vaginal infection, daily use of pads, napkins or diapers increases the risk of infection ($p < 0.001$). Cleanse oneself by hand and drying after cleanliness are two important reasons that increase the risk of infection ($p = 0.024$; $p = 0.045$). Infection is less common in those who do not shower vaginally ($p=0.016$). Although infection is seen at a higher rate in those wearing synthetic underwear, the relationship between these variables is not significant. Those who always wash their hands before the toilet are 15.3% of the working group. Genital area cleaning is done by hand (22.7%), cleanliness cloth (17.2%) and toilet paper (60.1%). The frequency of cleansing the genital area from front to back is only 28%, and 27.6% of the genital area cannot be dried after toilet (Table 3). According to the reports of women, 57.1% have regular menstruation and 20.2% have high bleeding. Approximately 13% of them have intermediate bleeding complaints. Women with vaginal discharge are at the level of 51.5% and 23.9% of the discharge is yellow-green. 42.9% of women reported discomfort during sexual intercourse and 22.1% reported frequent urination complaints. Approximately 18.4% of women have burn in urine and 40% of them have pain in the groin. Gynecological complaints of women based on their reports are presented in Table 4. Table 4 presents the relationship between women's sexual behaviors, gynecological complaints, and applications to the physician and vaginal infection according to their own reports. Women with the infection naturally apply to a health institution more often. Although not significant, infection is more common in patients with irregular periods ($p=0.061$), while vaginal infection is more common in patients with a history of intermediate bleeding. Complaints after sexual intercourse are also more common in those with infections ($p < 0.001$). The logistic regression results of some factors that cause vaginal infection are presented in Table 6. Sewage toilet use, intrauterin devices use as family method, daily pad use, vaginal douching, history of intermediate bleeding and urine burning are determined as the most important factors that increase the risk of vaginal infection.

In conclusion, approximately four out of every five women have vaginal infections in the study. In order to provide early diagnosis and treatment of vaginal infections, the diagnostic capacity of primary health care institutions should be strengthened and the effectiveness of 15-49 age follow-ups should be increased.

GEBELİKTE VÜCUT ALGISI İLE KISKANÇLIK DURUMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN BODY PERCEPTION AND JEALOUSY IN PREGNANCY

Ayşe Suna BALAYDIN*, Belkız KIZILTAN**, Serap EJDER APAY***

*Ebe, Güneysu Tenzile Erdoğan Devlet Hastanesi, Rize/Türkiye



0000-0003-3377-4080

** Dr. Öğr. Üyesi, Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Trabzon/Türkiye



0000-0003-2044-623X

***Doç. Dr., Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Erzurum/Türkiye



0000-0003-0978-1993

Yazışma Adresi:

Ayşe Suna Balaydın
E-Posta: aysesubal@hotmail.com

Gönderim Tarihi : 6 Mayıs 2020

Kabul Tarihi : 25 Ağustos 2020

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, üçüncü trimestirdeki gebelerin vücut alguları ile kıskançlık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla, kesitsel, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma, Haziran–Ekim 2018 tarihleri arasında, kadın doğum polikliniğine başvuran ve üçüncü trimestirdeki 228 gebe ile yürütülmüştür. Veriler, Çok Boyutlu Kıskançlık Ölçeği ve Vücut Algısı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Kıskançlık, duygusal, davranışsal ve bilişsel olarak, vücut algısı ise düşük ve yüksek vücut algısı şeklinde ele alınarak değerlendirme yapılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiş ve lisanslı SPSS (IBM SPSS for Windows, ver.24) programı kullanılmıştır.

Bulgular: Gebeliğin fiziksel ve duygusal yönden en hassas periyodu olan üçüncü trimestir dönemindeki gebelerde yapılan araştırmada, Vücut Algısı puanı artışına Kıskançlık Ölçeği puanındaki azalmanın eşlik ettiği belirlenmiştir. Gebelerden eş iletişimi iyi olanların vücut algılarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmada Vücut Algısı ile Kıskançlık alt boyutları arasındaki ilişki de incelenmiştir. Vücut Algısı ile duygusal ve bilişsel kıskançlık ilişkisi anlamlı bulunmamıştır. Buna karşılık, Vücut Algısının düşük veya yüksek olması, davranışsal kıskançlıkta anlamlı bir değişime sebep olmuştur.

Sonuç: Vücut Algısı puanı düşük olanların, davranışsal kıskançlık düzeyi daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, gebelikte ortaya çıkması muhtemel fizyolojik ya da psikolojik değişimlere adaptasyon noktasında gebe ve eş eğitimleri verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kıskançlık; gebelik; beden imajı; vücut algısı.

ABSTRACT

Objectives: In this study, a descriptive study was carried out to determine the relationship between the Body Perceptions and Jealousy levels of the pregnant women in the third trimester.

Methods: The study was carried out with 228 pregnant women who were admitted to Obstetrics and Gynecology outpatient clinic between June and October 2018. Data were collected using the Multidimensional Jealousy Scale and Body Perception Scale. Jealousy was evaluated as emotional, behavioral and cognitive. Body perception were evaluated as low and high body perception. The results were evaluated at 95% confidence interval and $p < 0.05$ meaningful level and the licensed SPSS (IBM SPSS for Windows, ver.24) program was used.

Results: In this study about the pregnancies of the third trimester, which is the physically and emotionally most sensitive period of pregnancy, it was determined that the increase in Body Perception score was accompanied by a decrease in the Jealousy Scale score. It was determined that the body perceptions of pregnant who have good communication with their husband is high. In this study, the relationship between Body Perception and Jealousy sub-dimensions was also investigated. The relationship between body perception and emotional and cognitive jealousy was not significant. In contrast, low or high body perception caused a significant change in behavioral jealousy.

Conclusions: Those with low Body Perception scores had higher levels of behavioral jealousy. According to the results of the study, it is recommended that pregnant and husband trainings should be given to adaptation to physiological or psychological changes that may occur during pregnancy.

Key Words: Jealousy; pregnancy; body image; body perception.

Atıf için (How to cite): **Balaydın AS, Kızıltan B ve Ejder Apay S.** Gebelikte Vücut Algısı İle Kıskançlık Durumu Arasındaki İlişkinin Araştırılması. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;3(2):115-126.

GİRİŞ

Gebelik, son adet tarihinin 1. gününden itibaren 280 günlük bir süreç olarak tanımlanan fizyolojik ve doğal bir dönemi ifade eder (Taşkın 2016; Taşpınar 2008). Hem fetüsün büyüme ve gelişmesi hem de gebelik ve doğum esnasında olası risklerin önlenmesi için gebelik dönemi süresince anne vücudunda birtakım değişiklikler meydana gelmektedir (Taşpınar 2008).

Gebeliğin başlarında ambivalan duyguların yaşanması, vücut ağırlığının giderek artması, postürün değişmesi, göğüslerin büyümesi, derideki koyulaşmalar, karnın belirginleşmesi gibi fiziksel değişiklikler, gebenin ruhsal iyilik durumunu etkilemekte ve gebede psikolojik distrese neden olmaktadır (Taşkın 2016; Striegel-Moore and Franko 2002). Ayrıca bireyin gebelik boyunca yaşadığı korku ve endişeler, gebelik sürecindeki yaşam kalitesini de olumsuz etkileyebilmektedir (Furber et al. 2009; Brockington and Guedeney 2008; Schuurmans and Kurrasch 2013; Yali and Lobel 2002; Alderdice and Lynn 2011; Lobel et al. 2008).

Beden imajı, objektif bir değerlendirme değil, zihinsel bir oluşumdur ve aynı zamanda kişinin aynaya baktığında zihinsel olarak kendisini nasıl gördüğü ve beden şeklini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (Myers and Biocca 1992). Kadınlarda erkeklere nazaran daha ön plana çıkan beden imajı, benlik kavramının fiziksel kanadıdır. Beden imajı gebelik, adolesan ve menapoz gibi dönemlerde kayda değer şekilde değişmektedir (Taşkın 2016). Geçmişte ve şimdi yaşanan duygular ve tutumlar beden imajı gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Beden imajı, bireyin kendi bedeniyle ilgili düşüncelerini ve duygularını, çevresiyle yaşadığı olaylara karşı tepkilerini etkiler (Çırak ve Özdemir 2015). Ayrıca vücut algısı (beden algısı), biyolojik, psikolojik, toplumsal ve kültürel etkiler altında gelişen ve değişen çok boyutlu bir yapı olarak tanımlanır (Ojala et al. 2012).

Her kadın gebeliği farklı bir biçimde yaşar. Gebelik durumundaki tepkiler, bireyin çevre koşullarından (sosyal ve ekonomik), anılarına, korkularına ve hatta isteklerine bağlı olarak değişebilir (Geylan 2015; Öz 2010; Erkal ve Pek 1993). Annelerin genel sağlığı, aile-çift ilişkileri, sosyo-ekonomik, sosyokültürel ve sosyo-eğitim düzeyleri, bu süreci etkileyen faktörlerin önde gelenleridir (Örsel ve ark. 2004).

Yapılan bazı araştırmalarda gebe kadınların bedenlerinde meydana gelen hızlı vücut değişiklikleri sonucu bu dönemde

gebelerin bedenlerinden hoşnut olmadıkları, kendilerini “şişman”, “korkutucu” olarak algıladıkları belirtilmektedir. Vücut algısına ilişkin beden memnuniyetsizliği gebe kadını yetersiz hissettirmekte, kısıtlayıcı bir diyet ile bağlantılı olarak doğum öncesi ya da doğum sonrası olası depresyonun gelişmesiyle birlikte bireyin sağlık ve refah seviyesinde ciddi olumsuz sonuçların meydana gelmesine neden olmaktadır (Dipietro et al. 2003; Duncombe et al. 2008).

Kıskançlık üzerine ilk kuramsal incelemeleri gerçekleştiren Lewin (Lewin 1948), Alan Kuramı'nı kıskançlığa uyarlayarak, kıskançlık konusunun eşlerin birbirlerinin “yaşamalanlarına” müdahale etmeleri nedeniyle sıklıkla gündeme geldiği belirtmiştir. Lewin'in litaretüre ışık tutan bu açıklamalarının ardından, 1980'li yıllara kadar, Sosyal Psikoloji Alanında “kıskançlık” ile ilgili araştırmalara pek fazla rastlanmamıştır (Pines and Aronson 1983).

Literatürde kıskançlık duygusu ile kendine saygı ve bağlanma gibi değişkenler arasındaki ilişkiler (Pines and Aronson 1983; Karakurt 2001; Sharpsteen and Kirkpatrick 1997), ayrıca kıskançlığa bağlı olarak gösterilen davranışsal ve duygusal tepkileri ele alan çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (Afifi and Reichert 1996; Aune and Comstock 1991; DeWeert and Kalma 1993; Ellis and Weinstein 1986; Guerrero 1998; Mathes and Verstraete 1993).

Bu bilgiler ışığında çalışma, üçüncü trimestirdeki gebelerin vücut algıları ile kıskançlık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Gebelik döneminde yapılan takipler kapsamında gebenin vücut algısı açısından da değerlendirmek ve uygun hemşirelik/ebelik girişimleri ile desteklemek, olumlu bir beden imajı geliştirme ve gebeliğin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesine yardımcı olacaktır. Ayrıca, literatürde gebelerde beden imajı-kıskançlık ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışma bulunmaması nedeniyle, araştırmanın konu ile ilgili literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü: Bu araştırma, üçüncü trimestirdeki gebe kadınların vücut algıları ile kıskançlık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla, kesitsel, tanımlayıcı olarak yapılması planlanmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Bu araştırma, Haziran – Ekim 2018

tarikh aralığında Erzurum ili Özel Buhara Hastanesi kadın doğum polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yapıldığı Özel Buhara Hastanesi, 100 yatak kapasitesi olan bir sağlık kuruluşu olup, hastanede 40 hekim, 100 hemşire ve 11 ebe görev yapmaktadır. Beş kadın doğum uzmanı, 9 ebe ve 22 hemşire ise, gebelere tedavi, bakım ve doğum hizmeti sunmaktadırlar.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini, Erzurum ili Özel Buhara Hastanesi'nin kadın doğum polikliniklerine yukarıda belirtilen tarihler arasında prenatal kontrolleri için başvuran üçüncü trimestir dönemindeki gebeler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem seçimine gidilmeden evrenin tümüne ulaşılacak hedeflenmiş ancak, araştırmayı kabul eden ve çalışmanın kriterlerine uyan 228 (evrenin % 70'i) gebe oluşturmuştur.

Örneklem Seçim Kriterleri

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

1. En az ilköğretim mezunu olmak,
2. Evli olmak,
3. Gebeliğin üçüncü trimestirinde olmak,
4. Tanı almış ruhsal problemleri olmamak,
5. İletişime ve işbirliğine açık olmak.
6. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

Verilerin Toplanması:

Verilerin toplanmasında sosyo-demografik özellikleri ve gebelikleriyle ilgili soruların yer aldığı Gebe Tanılama Formu, Vücut Algısı Ölçeği (VA) ve Çok Boyutlu Kıskançlık Ölçeği (KÖ) kullanıldı. Ölçeklerin uygulanması, Erzurum ili Özel Buhara Hastanesi kadın doğum polikliniğine prenatal kontroller için gelen gebelere doktor kontrolleri öncesi/sonrasında yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından bilgilendirme eşliğinde ve imza altına alınan "Aydınlatılmış Onam" formu akabinde yaklaşık 20 dk içerisinde gerçekleştirildi.

Gebe Tanılama Formu: Verilerin toplanmasında sosyo-demografik özellikleri (12 madde) ve gebelikleriyle ilgili (10 madde) soruların yer aldığı form kullanılmıştır. Form gebelere yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Vücut Algısı Ölçeği: Vücut Algısı Ölçeği, 'Secord' ve 'Jourard' tarafından 1953 yılında geliştirilmiştir. Ölçek; kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve çeşitli beden işlevlerinden ne kadar hoşnut olduklarını ölçmeyi amaçlamaktadır (Secord ve Jourard 1953). Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik çalışması Hovardaoğlu tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçekte 40 madde yer almakta ve bütün

maddeler 1 ile 5 arasında puanlanmaktadır (1: Hiç beğenmiyorum; 2: Pek beğenmiyorum; 3: Kararsızım; 4: Oldukça beğeniyorum; 5: Çok beğeniyorum). Ölçekten tek puan elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 40, en yüksek puan da 200'dür ve puan artışı, olumlu değerlendirmedeki artış anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasında Cronbach Alfa değeri; 0,91 değerinde bulunmuştur. Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,90 olarak belirlenmiştir (Hovardaoğlu 1993).

Çok Boyutlu Kıskançlık Ölçeği: Pfeiffer ve Wong (1987) tarafından geliştirilen Çok Boyutlu Kıskançlık Ölçeği, 24 maddeden oluşan 7' li likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Karakurt tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçekte, "Bilişsel Kıskançlık" (7 madde), "Duygusal Kıskançlık" (8 madde) ve "Davranışsal Kıskançlık" (9 madde) olmak üzere üç boyut bulunmaktadır. Yapılan güvenilirlik çalışmaları sonucunda alt ölçeklerin güvenilirliklerinin 0.80 ile 0.90 arasında değişen değerlere sahip olduğu bulunmuştur. Ölçeğin geçerlik çalışmaları sonucunda ise bilişsel kıskançlık alt ölçeğine ilişkin cronbach alfa değeri 0.91; davranışsal ve duygusal kıskançlık alt ölçeğine ilişkin cronbach alfa değerleri 0.86 olarak bulunmuştur (Karakurt 2001).

Verilerin Değerlendirilmesi:

Verilerin değerlendirilmesinde lisanslı SPSS (IBM SPSS for Windows, ver.24) programı kullanılmıştır. Yüzdeler dağılımlar, bağımsız grup t testi, Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Vücut Algısı Ölçeği ve Kıskançlık Ölçeği puanları arasındaki ilişkiyi belirlemede ise Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Ayrıca, gebelerin sosyo-demografik özellikleri ve gebeliğe ilişkin değişkenlere ait puanlar ile VA ve/veya KÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlılığı değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Araştırmanın Etik İlkeleri:

Araştırmanın yürütülebilmesi için öncelikle araştırma protokolü ve kullanılacak veri toplama araçlarını içeren bir dilekçe ile Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurularak etik onay (Sayı: 24237859-427) alındı. Araştırmanın yürütüleceği kurum olan Özel Buhara Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin (Sayı: 642) alındı. Araştırmanın örneklemi oluşturacak hasta bireylere çalışmanın amacı, süresi, verilerin nasıl toplanacağı, kendilerinden ne beklenildiği ve

olası yarar/zararı açıklanarak isteklilik, gönüllülük ilkesi ışığında araştırmaya katılmaları için bilgilendirilmiş yazılı izinler (Aydınlatılmış Onam) alındı. Alınacak bilgilerin gizli tutulacağı ve sadece gönüllü olanların araştırmaya dâhil edileceği belirtilerek; ‘Gizlilik ve Gizliliğin Korunması’ ilkesiyle ‘Özerkliğe Saygı’ etik ilkeleri yerine getirilmiştir. Araştırmada Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun davranılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği: Bu araştırmanın belirli bir bölgedeki gebeleri kapsamı ve dar bir bölgede ele alınması sınırlılıklarıdır. Ayrıca sadece üçüncü trimestirdeki gebeleri kapsayan çalışma, bu kapsamdaki gebelere genellenabilir.

BULGULAR

Bu bölümde, üçüncü trimestirdeki gebelerin vücut algıları ile kıskançlık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri yapılarak tablolar halinde sunulmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan gebe kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 1), gebelerin %54.4'ünün 20-30 yaş aralığında (Ort.30.15±4.67), %55.7'sinin üniversite mezunu olduğu, %52.2'sinin çalışmadığı, %84.6'sının ilde ikamet ettiği, %94.7'sinin sosyal güvencesinin bulunduğu belirlendi. Ayrıca gelelerin eşlerinin %47.8'inin 33-42 yaş aralığında, %69.3'ünün üniversite mezunu, %57.5'inin memur olduğu tespit edildi. Gebelerin %60.5'inin 1-5 yıldır evli olduğu, %72.4'ünün gelir durumlarını orta düzeyde olarak değerlendirdiği, %75.9'unun çekirdek aile şeklinde yaşadığı, %83.3'ünün eşi ile iletişiminin iyi olduğu, %78.5'inin gebeliğinin planlı ve %80.7'sinin gebeliğini istediği, %52.2'sinin bebeğinin cinsiyetinin kız olduğu, %97.4'ünün bebeğinin cinsiyetinden mutlu olduğu, %95.2'sinin doğum öncesi bakım (DÖB) aldığı ve bunların %89.4'ünün özel hastanede DÖB aldığı, %56.6'sının da ilaç kullanmadığı saptandı. Gebelerin yaş ortalamalarının 30.15±4.67, eşlerinin yaş ortalamalarının 33.87±5.68, evlilik yıl ortalamalarının 5.62±4.06 ve gebelik sürelerinin ise ortalama 31.54±7.44 olduğu belirlendi.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre VA puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 2); eğitim durumları, gelir durumları ve eş iletişim durumları ile VA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak an-

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=228)

Özellikler	n	%
Yaş		
20-30 yaş	124	54.4
31 ve ↑	104	45.6
Eğitim Durumu		
İlköğretim	17	7.5
Lise	76	33.3
Üniversite	127	55.7
Lisansüstü	8	3.5
Çalışma Durumu		
Çalışmayan	109	47.8
Çalışan	119	52.2
Yaşanılan Yer		
İl	193	84.6
İlçe	35	15.4
Sosyal Güvence		
Var	216	94.7
Yok	12	5.3
Eşin Yaş Durumu		
23-32	104	45.6
33-42	109	47.8
43 ve ↑	15	6.6
Eşin Eğitim Durumu		
Lise	56	24.6
Üniversite	158	69.3
Lisansüstü	14	6.1
Eşin Mesleği		
Serbest	15	6.5
Memur	131	57.5
İşçi	54	23.7
Esnaf	28	12.3
Evlilik Yılı		
1-5	138	60.5
6-10	64	28.1
11 ve ↑	26	11.4
Gelir Durumu Algısı		
Kötü	15	6.5
Orta	165	72.4
İyi	48	21.1
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	173	75.9
Geniş Aile	55	24.1
Eş İle İletişim Durumu		
İyi	190	83.3
Orta	38	16.7
Gebeliğin Planlı Olma Durumu		
Evet	179	78.5
Hayır	49	21.5
Gebeliğin İstenme Durumu		
İsteyen	184	80.7
İstemeyen	44	19.3
Bebeğin Cinsiyeti		
Kız	119	52.2
Erkek	109	47.8
Bebeğin Cinsiyetinden Memnun Olma Durumu		
Evet	222	97.4
Hayır	6	2.6
DÖB Alma Durumu		
Alan	217	95.2
Almayan	11	4.8
DÖB Alındığı Merkez (n=217)		
Kamu Hastanesi	23	10.6
Özel Hastane	194	89.4
İlaç Kullanma Durumu		
Evet	99	43.4
Hayır	129	56.6

lamli fark saptanırken ($p<0.05$), diğer tanıtıcı özellikler ile VA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık oluşturacak fark saptanmadı ($p>0.05$).

Gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre VA puan ortalamaları incelendiğinde; 20-30 yaş aralığında, lisanüstü eğitime sahip, çalışan, ilde ikamet eden, sosyal güvencesi olan, eşinin yaş aralığı 23-32, eşi lisanüstü eğitime sahip olan, eşi işçi olan, evlilik süresi 1-5 yıl aralığında, gelir durumu orta düzeyde, eşi ile iletişimi iyi, gebeliği planlı, istenmeyen gebeliği olan, erkek bebek bekleyen, bebeğinin cinsiyetinden memnun olan, DÖB alan ve DÖB'ü özel hastanede alan, ilaç kullanan gebelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 2).

Gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre KÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 3); 31 ve üzeri yaş grubundaki gebelerin KÖ toplam puan ortalamasının, üniversite mezunlarının duygusal kıskançlık alt boyut, lise mezunu olanların davranışsal kıskançlık alt boyut ve toplam puan ortalamalarının, eşinin yaşı 43 ve üzeri olanların davranışsal kıskançlık alt boyut, 33-42 arasında olanların bilişsel kıskançlık alt boyut ve toplam puan ortalamalarının, eşi üniversite mezunu olan gebelerin davranışsal kıskançlık alt boyut ve toplam puan ortalamalarının arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturacak düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$).

Evlilik yılı 6-10 yıl arasında ve gelir durumu kötü olanların Davranışsal Kıskançlık, Bilişsel Kıskançlık ve toplam puan ortalamasının, eşi ile iletişimi orta olanların Davranışsal Kıskançlık ve toplam puan ortalamasının, bebeğinin cinsiyetinden memnun olmayanların Davranışsal Kıskançlık alt boyut puan ortalamalarının, ilaç kullanma durumlarına göre ise tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturacak düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 3)

Tablo 2. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre VA Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	VA Puan Ortalamaları		
	$\bar{X} \pm SS$	Test	p
Yaş			
20-30 Yaş	142.4±19.1	t=0.67	p=0.50
31 ve ↑	140.8±16.8		
Eğitim Durumu			
İlköğretim	131.1±16.4	KW=11.09	p=0.01
Lise	139±18.5		
Üniversite	143.8±17.8		
Lisansüstü	146±12.5		
Çalışma Durumu			
Çalışmayan	140.1±18.8	t=1.25	p=0.21
Çalışan	143.1±17.3		
Yaşanılan Yer			
İl	141.7±17.1	t=0.03	p=0.97
İlçe	141.5±23.1		
Sosyal Güvence			
Var	141.8±17.5	MW-U =1085.00	p=0.34
Yok	139.1±26.6		
Eşin Yaşı			
23-32	143.3±18.2	KW=2.05	p=0.35
33-42	140.3±17.4		
43 ve ↑	139.7±21.8		
Eşin Eğitim Durumu			
Lise	137.7±18	KW=4.65	p=0.09
Üniversite	142.9±17.4		
Lisansüstü	143.8±20.8		
Eşin Mesleği			
Serbest	136.3±11.8	KW=1.76	p=0.62
Memur	141.1±17.5		
İşçi	143.6±19.8		
Esnaf	143.4±19		
Evlilik Yılı			
1-5	143.5±17	KW=3.93	p=0.14
6-10	138.4±16.6		
11 ve ↑	139.8±21.1		
Gelir Durumu Algısı			
Kötü	128.3±18.2	KW=12.50	p=0.002
Orta	142.9±17.9		
İyi	141.5±17.2		
Aile Tipi			
Çekirdek Aile	143.2±17.2	t=2.28	p=0.02
Geniş Aile	136.9±20		
Eş İle İletişim Durumu			
İyi	143.3±18	t=3.11	p=0.002
Orta	133.5±16.3		
Gebeliğin Planlı Olma Durumu			
Evet	141.7±18.2	t=0.07	p=0.94
Hayır	141.5±17.7		
Gebeliğin İstenme Durumu			
İsteyen	141.5±18.1	t=0.24	p=0.80
İstemeyen	142.2±18.1		
Bebeğın Cinsiyeti			
Kız	141.5±17.4	t=0.15	p=0.87
Erkek	141.9±18.9		
Bebeğın Cinsiyetinden Memnun Olma Durumu			
Evet	141.9±18.2	MW-U =491.50	p=0.27
Hayır	134.8±8		
DÖB Alma Durumu			
Alan	142.1±18.3	MW-U =829.00	p=0.08
Almayan	133.9±8.4		
DÖB Alındığı Merkez (n=217)			
Kamu Hastanesi	135.8±19.9	MW-U =1714.50	p=0.07
Özel Hastane	142.8±18.1		
İlaç Kullanma Durumu			
Evet	144±18.8	t=1.69	p=0.09
Hayır	139.9±17.4		

Tablo 3. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre KÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Alt Boyutlar			
	Duygusal	Davranışsal	Bilişsel	Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaş				
20-30 yaş	40.4±9	28.3±13.2	14.5±11	83.29±15.3
31 ve ↑	41.7±7.9	31.5±13.7	15.7±10.7	88.9±22.9
Test ve p	t=1.16, p=0.24	t=1.77, p=0.07	t=0.80, p=0.42	t=2.12, p=0.02
Eğitim				
İlköğretim	38.1±7.3	32.7±11	13.8±9.0	84.6±9.8
Lise	40±9.7	33.3±12.2	16.6±11.5	89.8±19.8
Üniversite	42.3±7.8	28.3±14	14.6±10.9	85.1±19.4
Lisansüstü	37.2±4.8	13.7±6.3	11.1±3.3	62±8.3
Test ve p	KW=12.95, p=0.005	KW=19.09, p=0.001	KW=3.39, p=0.33	KW=18.70, p=0.001
Çalışma Durumu				
Çalışmayan	40.2±9.1	29.7±13.1	14±9.4	83.9±17.1
Çalışan	41.7±7.8	29.8±13.9	16.1±12	87.6±21.1
Test ve p	t=1.39, p=0.16	t=0.06, p=0.95	t=1.43, p=0.15	t=1.46, p=0.14
Yaşanılan Yer				
İl	41±8.6	29.5±13.9	15.4±11.3	85.9±19.8
İlçe	41±7.9	31.2±11.2	13.4±7.7	85.6±16.8
Test ve p	t=0.06, p=0.94	t=0.67, p=0.50	t=1.01, p=0.31	t=0.07, p=0.94
Sosyal Güvence				
Var	41.2±8.2	29.7±13.8	15.2±10.9	86.1±19.5
Yok	37±11.5	32.3±5.6	13.2±9.8	82.6±14.3
Test ve p	MW-U=971.00, p=0.14	MW-U=1166.50, p=0.56	MW-U=1295.00, p=0.99	MW-U=1163.50, p=0.55
Eşin Yaşı				
23-32	41.4±8.6	26.1±12.5	13.2±10.5	80.8±14.7
33-42	41.2±8	32.3±13.7	16.8±11.1	90.3±21.7
43 ve ↑	37±10.7	36.6±12.4	15.1±10.1	88.8±22.1
Test ve p	KW=3.93, p=0.14	KW=19.96, p=0.001	KW=19.85, p=0.001	KW=14.59, p=0.001
Eşin Eğitim Durumu				
Lise	40.8±9.5	26.2±8.7	14±8.7	81±14
Üniversite	41.2±8.3	31.6±14.4	15.6±11.8	88.4±20.4
Lisansüstü	39±6.1	23.5±14.2	13.5±6.9	76±18.8
Test ve p	KW=2.97, p=0.22	KW=10.78, p=0.005	KW=0.14, p=0.93	KW=10.17, p=0.006
Eş Meslek				
Serbest	38.8±10.2	26.5±9.1	18.1±11	83.3±19.3
Memur	40.9±8.8	30.3±13.8	15.2±11.7	86.4±20.1
İşçi	40.2±8.4	31.9±14.2	15.6±10.5	87.7±19.7
Esnaf	44.1±4.7	25.1±11.5	11.7±5.6	81±14.7
Test ve p	KW=4.25, p=0.24	KW=5.33, p=0.14	KW=3.92, p=0.27	KW=2.62, p=0.45
Evlilik Yılı				
1-5	40.8±8.7	28±13.8	14.7±11.2	83.5±17.9
6-10	41.8±7.1	33.3±11.6	16.2±11.2	91.3±19.9
11 ve ↑	40±10.2	30.7±14.4	14.5±7.7	85.2±23
Test ve p	KW=0.01, p=0.10	KW=7.94, p=0.01	KW=8.70, p=0.01	KW=7.92, p=0.01
Gelir Durumu Algısı				
Kötü	37.6±9.5	36.9±5.5	22.5±12.67	97±15
Orta	41.2±8.8	28.3±12.6	14.9±11.1	84.5±17.8
İyi	41.2±6.7	32.5±16.7	13.2±8.6	86.9±24.1
Test ve p	KW=2.40, p=0.30	KW=9.06, p=0.01	KW=8.89, p=0.01	KW=6.36, p=0.04
Aile Tipi				
Çekirdek Aile	41.9±8.6	28.9±14.2	14.9±11.2	85.6±20.6
Geniş Aile	38.3±7.6	32.6±10.4	15.6±9.8	86.5±14.6
Test ve p	t=2.75, p=0.006	t=1.78, p=0.07	t=0.44, p=0.65	t=0.29, p=0.76
Eş İle İletişim Durumu				
İyi	40.9±8.5	28.6±14.1	15.1±11.4	84.7±20.1
Orta	41.2±8.1	35.4±8.4	15±7.8	91.7±14.1
Test ve p	t=0.20, p=0.83	t=2.88, p=0.004	t=0.05, p=0.95	t=2.05, p=0.04

Gebeliğin Planlı Olma Durumu				
Evet	41.2±8.3	29.1±13.3	14.5±10.5	84.9±18
Hayır	40.4±9.3	32.1±14.1	17.1±11.1	89.5±23.4
Test ve p	t=0.55, p=0.58	t=1.33, p=0.18	t=1.45, p=0.14	t=1.51, p=0.13
Gebeliğin İstenme Durumu				
İsteyen	41.2±8.1	29.5±13.2	14.5±10.4	85.1±17.8
İstemeyen	40.1±9.7	31.1±14.3	17.6±12.4	88.8±24.6
Test ve p	t=0.79, p=0.43	t=0.71, p=0.47	t=1.72, p=0.08	t=1.11, p=0.26
Bebeğin Cinsiyeti				
Kız	41.5±7.9	29.7±12.6	14.6±9.6	85.9±17.1
Erkek	40.5±9.1	29.8±14.4	15.5±12.1	85.8±21.5
Test ve p	t=0.87, p=0.38	t=0.02, p=0.97	t=0.62, p=0.53	t=0.01, p=0.99
Bebeğin Cinsiyetinden Memnun Olma Durumu				
Evet	40.9±8.5	29.5±13.5	15.1±11	85.6±19.5
Hayır	44.3±3.6	40.1±9.1	12.3±3.2	96.8±6.3
Test ve p	MW-U=539.00, p=0.42	MW-U=350.0, p=0.04	MW-U=545.50, p=0.43	MW-U=377.50, p=0.07
Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu				
Alan	41±8.7	29.5±13.5	15.2±11.1	85.7±19.5
Almayan	41.2±4.5	35.4±13.1	13±3.3	89.4±14.1
Test ve p	MW-U=1041.50, p=0.47	MW-U=833.00, p=0.09	MW-U=962.00, p=0.26	MW-U=978.50, p=0.31
Doğum Öncesi Bakım Alındığı Merkez (n=217)				
Kamu Hastanesi	36.1±14.2	30.4±10	17.1±10.6	83.6±24.7
Özel Hastane	41.6±7.6	29.4±13.8	15±11.1	85.9±18.9
Test ve p	MW-U=1958.00, p=0.33	MW-U=2191.50, p=0.89	MW-U=1774.50, p=0.09	MW-U=2110.00, p=0.67
İlaç Kullanma Durumu				
Evet	42.44±7.76	26.27±12.60	12.70±8.56	81.42±20.19
Hayır	39.9±8.87	32.5±13.56	16.9±12.05	89.2±18
Test ve p	t=2.27, p=0.02	t=3.52, p=0.001	t=2.94, p=0.004	t=3.10, p=0.002

Gebelerin VA ve KÖ'den aldıkları min-max puanlar ve puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4'de görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin VA'den minimum 101, maksimum 200 puan aldıkları ve puan ortalamalarının 141.67±18.06 olduğu, KÖ'nün Duygusal Kıskançlık alt boyutundan minimum 7, maksimum 49 puan aldıkları ve puan

ortalamalarının 41.00±8.48, Davranışsal Kıskançlık alt boyutundan minimum 8, maksimum 56 puan aldıkları ve puan ortalamalarının 29.78±13.48, Bilişsel Kıskançlık alt boyutundan minimum 8, maksimum 56 puan aldıkları ve puan ortalamalarının 15.08±10.86 ve toplam puan ortalamalarının ise 85.86±19.32 olduğu saptandı.

Tablo 4. Gebelerin VA ve KÖ Puan Ortalamalarının Dağılımları (n=228)

Puan Dağılımı	Alınabilecek		Alınan		$\bar{X} \pm SS$
	Min	Max	Min	Max	
Ölçekler					
VA	40	200	101	200	141.7±18.1
KÖ Alt Boyutlar					
Duygusal Kıskançlık	7	49	7	49	41±8.5
Davranışsal Kıskançlık	8	56	8	56	29.8±13.5
Bilişsel Kıskançlık	8	56	8	56	15.1±10.9
KÖ Toplam	23	161	23	161	85.9±19.3

VA ile KÖ ölçek düzeylerinin korelasyon (ilişki) analizi sonuçlarına bakıldığında (Tablo 5); VA toplam puanı ile "kıskançlık toplam puanı" ve "davranışsal kıskançlık" düzeyleri arasında istatistik olarak önemli (anlamlı) bir

ilişki gözlenmiştir (p<0,01). Buna göre; vücut algısı arttıkça, kıskançlık toplam puanı ve davranışsal kıskançlık düzeyi düşmektedir. Duygusal ve bilişsel kıskançlık ile VA arasında ise anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (p>0.05).

Tablo 5. VA İle KÖ Düzeylerinin Korelasyon (İlişki) Analizi Sonuçları

		VA Toplam Puan	Kısk. Ölç. Toplam	Duygusal Kısk.	Davranışsal Kısk.	Bilişsel Kısk.
Kısk. Ölç. Toplam	r	-.219**	1			
	p	.001				
Duygusal Kıskançlık	r	.124	.147*	1		
	p	.074	.034			
Davranışsal Kıskançlık	r	-.293**	.830**	-.136*	1	
	p	.000	.000	.050		
Bilişsel Kıskançlık	r	-.119	.631**	-.353**	.329**	1
	p	.085	.000	.000	.000	

**. $p < 0.01$; * $p < 0.05$; r: Pearson korelasyon katsayısı

Gebelerin VA kesme puanına göre dağılımı Tablo 6'da görülmektedir. Gebelerin puanlarının %36.4'ünün 40-134, %63.6'sının $\geq 135-200$ arasında olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Gebelikte yaşanan fizyolojik değişmelere psikolojik değişiklikler de eşlik etmekte olup, bu durum gebenin kendi vücuduna ya da sosyal ilişkilerine karşı tutumuna yansımaktadır. Bu değişiklikler 3. trimestirde daha da dikkat çekici hale gelmektedir. 3. trimestir içinde bulunan gebelerde kıskançlık ve vücut algıları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları bu bölümde literatür ışığında tartışılmıştır. Vücut algısını konu alan ve Türkiye'de yapılan araştırmalar sınırlı sayıda olup (Çırak ve Özdemir 2015), yabancı çalışmalara da rastlanmaktadır (Rosemarry and Kelly 2001; Fox and Yamaguchi 1997; Huang et al. 2004; Boscaglia et al. 2003).

Örneklemini Türkiye'de özel bir hastaneye başvuran gebelerin oluşturduğu çalışmada fiziksel değişimin yoğun olduğu ve bu duruma paralel vücut algısının olumsuz geliştiği bir dönem olduğu için 3. trimestir seçilmiş, bu değişimin gebenin kıskançlık durumuna yansıtacağı düşünülmüştür. Araştırmayı destekleyecek şekilde, Çok Yönlü Beden Benlik ilişkisini konu alan 2012 tarihli tez çalışmasında Özorhan, Çok Yönlü Beden-Benlik İlişkileri Ölçeği (ÇYBBİÖ) toplam puanları ile gebelerin sosyokültürel, sosyoekonomik ve bireysel değişkenleri arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını araştırmıştır (Özorhan ve ark. 2012). Çalışmada ÇYBBİÖ toplam puanının ikinci trimestirde en yüksek, üçüncü trimestirde en düşük olması ve trimestirlere göre ölçek toplam

Tablo 6. Gebelerin VA Kesme Puanına Göre Dağılımı

Ölçek kesme puanı	Sayı	%
40-134 (düşük)	83	36.4
$\geq 135-200$	145	63.6

puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunması ($p < 0.05$) araştırma evreninin belirlenmesi açısından anlamlıdır.

Araştırmamız kapsamında gebelerin tanıtıcı özellikleri ile VA puan ortalamaları karşılaştırılmasından elde edilen sonuçlara göre, eğitim durumları ile VA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu demektir ki: eğitim durumu iyi olan gebelerin vücut algıları da yüksektir (Tablo 2). Araştırma bulgularını destekleyecek şekilde, Skouteris ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça ve mesleki konum iyileştikçe beden imajının olumlu algılandığı sonucuna varmışlardır (Babacan ve ark. 2011). Benzer şekilde literatürde sosyokültürel değerlerin (eğitim, meslek vb.) bireyin beden imajı kavramına yansıtıldığını belirten çalışmalar yer aldığı gibi (Doğan ve Doğan 1992; Duncombe et al. 2008; Skouteris et al. 2005), araştırma bulgusuna ters olarak eğitim düzeyinin beden imajında bir farklılık yaratmadığını ifade eden çalışmalar da bulunmaktadır (Demirci 1996; Babacan ve ark. 2011).

Çalışmamızda ayrıca eş iletişimi iyi olan gebelerin vücut algıları da yüksek bulunmuştur. 3. trimestir gebelerin duygusal açıdan hassas olmaları, fiziksel ve psikolojik açıdan desteğe her zamankinden daha fazla ihtiyaç duymaları ve bu dönemde eşlerine bağımlılıklarının artması, eş iletişimini anlamlı hale getirir (Tablo 4.2).

Çalışmamızın sonuçlarıyla uyumlu olarak Özorhan, gebelerin gebelikte beden imajını olumlu algıladıklarını, büyük bir çoğunluğunun beden imajını algılamada başkasından etkilenmediklerini, etkilenenlerin ise en çok eşinden etkilendiğini ve etkinin yönünün olumlu olduğunu belirlemiştir (Özorhan 2012). Eşlerin gebeleri desteklemesi, uyum sürecini daha rahat geçirmeyi sağlamakta olup, gebenin gebeliğe bağlı değişiklikleri daha az stresli olarak algılamasına yardımcı olmaktadır (Taşkın 2016; Okanlı ve ark. 2003).

Çalışmanın bir diğer değişkeni olan kıskançlık toplam puanları ve alt boyutları olan Duygusal, Davranışsal ve Bilişsel Kıskançlık puanları değerlendirilmiştir (Tablo 3). Bu çalışmada yaşın kıskançlık düzeyini etkileyen bir değişken olup olmadığı araştırılmış, Sullivan' ın savunduğu gibi (Sullivan 1953), yaşla ve olgunlaşmayla birlikte kıskançlığın azalacağı düşünülmüştür. Fakat sonuçlar gebe ve eşinin yaşları ilerledikçe kıskançlık puanlarında (toplam/alt puanlar düzeyinde) artış olduğunu göstermiştir. Bu durum kadının gebelik dönemindeki duygusal değişimlerine bağlanabilir.

Lin ve Rusbult'a (1995) göre ise, ilişkiye yönelik hissedilen olumlu duygular ilişki doyumunu belirlemektedir. Bu doyum sağlamada eş ile iletişim durumunun önemli olduğu düşünülmüştür. Araştırma sonucuna göre eş ile iletişimi orta seviyede olan gebelerin davranışsal kıskançlık ve toplam puan ortalamasının anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İlişkisel doyum arttıkça kıskançlığın azaldığını da (Pines and Aronson 1983; Andersen and Eloy 1995; Guerrero and Eloy 1992), arttığını da gösteren çalışmalar vardır (Buunk 1981; Hansen 1983).

Yapılan literatür taramasında, gebelerde Kıskançlık ve Alt Boyutları (çok boyutlu kıskançlığı) ile ilgili bir araştırmaya rastlanılmamış, bu noktada çalışmamızın literatüre önemli katkılar sunacağı düşünülmektedir.

Yine çalışmaya başlanmadan önce kendine güven ve beğenin bireyde özgüven duygusunu geliştireceği, kendi vücudunu iyi bir şekilde tanımlayacağı ve beğeneceği yani vücut algısı yüksek kadınların kıskançlık seviyelerinin düşük çıkabileceği düşünülmekteydi. Tablo 6'da verilen VA kesme puanlarına göre vücut algıları düşük ve yüksek şeklinde belirlenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, düşük VA'ya sahip olan gebelerin KÖ puanı ve kıskançlık düzeyleri

yüksek, yüksek VA'ya sahip olan gebelerin ise KÖ puanları ve paralelinde de kıskançlık düzeyleri düşüktür. Bu durum gebelerin özgüven seviyeleri ve kıskançlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin varlığını açıkça ortaya koymaktadır.

Demirtaş ve Dönmez, yakın ilişkilerde kıskançlığı konu alan çalışmada, kıskançlık düzeyi değişkenlerini belirlemeye çalışmış, bu amaçla araştırmada yaşa, benlik saygısına, ilişki süresine, ilişkinin geleceği ile ilgili beklentiye, ilişkiden alınan doyuma, eşini fiziksel olarak çekici bulma düzeyine ve tek eşliliği savunma düzeyi değişkenlerine dair regresyon analizleri yapılmıştır. Analiz sonuçlarından çıkan ve çalışmamızı esas itibarıyla destekleyen bulgulara göre, yaş, ilişkinin geleceğine yönelik beklenti düzeyi, ilişkiden alınan doyum düzeyi ve eş fiziksel olarak çekici bulma düzeyinin toplam varyanstaki sorumluluk oranı %12 bulunmuştur (Demirtaş ve Dönmez 2006). Bu durum, eşin kıskançlığında, eşini fiziksel olarak çekici bulmanın anlamlı derecede önemliliğini vurgulamaktadır. Bu noktada gebelik döneminde yaşanan fiziksel değişimleri takip eden ambivalan duyguların kıskançlığı tetiklediği düşünülmektedir.

Öngören literatürde beden şeklinde meydana gelen değişikliklerin bireyin sosyal ilişkilerini ve özgüvenlerini etkilediğini belirtmektedir (Öngören 2015). Ayrıca çevresel faktörler kapsamında kadınlar, üzerindeki ideal beden imgesi baskısını günden güne artan bir şekilde daha fazla hissetmektedir (Atik ve Örtün 2008).

Çalışma sonuçları, kadının gebelik döneminde bedeniyle ilgili fiziksel memnuniyetinde yaşadığı olumsuz tutumun, ilişki durumuna davranışsal kıskançlık boyutunda yansıdığını ve gebenin yaşadığı emosyonel değişimlerin kıskançlığın bu alt boyutunda belirgin bir şekilde ortaya çıktığını göstermektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma kapsamında üçüncü trimesterde bulunan gebelerin Vücut Algıları ile Kıskançlık ilişkisi ele alınarak alana katkı sağlayacak aşığıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırmada ilgili gebelik döneminde bulunan gebelerin vücut algısı puan artışına, kıskançlık ölçeği puanındaki azalma eşlik etmiştir.

Bunun yanı sıra 3. Trimestir döneminde gebelerden eş iletişimi iyi olanların vücut algıları

da yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu noktada gebelerin emosyonel durumlarında eş iletişiminin önemli bir rolü olduğu tespit edilmiştir. Eşi ile iletişimi orta düzeyde olan anne adaylarında davranışsal kıskançlık ve toplam puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Yaş faktörü ele alındığında, 31 ve üzeri yaş grubundaki gebelerin KÖ toplam puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu da kıskançlık durumu üzerine gebe yaşının ters orantılı olarak etkisini ortaya koymaktadır.

Ayrıca üniversite mezunu gebelerin duygusal kıskançlık alt boyut puanı, lise mezunu olanların ise davranışsal kıskançlık alt boyut ve toplam puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Yaşı 33-42 arasında olan gebelerde bilişsel kıskançlık alt boyut ve toplam puan ortalamaları, eşinin yaşı 43 ve üzeri olanların davranışsal kıskançlık alt boyut puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Eğitim düzeyi faktör incelemesinde eşi üniversite mezunu olan gebelerin davranışsal kıskançlık alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki istatistiksel fark anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Yıllara ve gelir durumuna göre de korelasyon değerlendirmesi yapılmış olup, buna göre evlilik yılı 6-10 yıl arasında ve gelir durumu kötü olanların davranışsal kıskançlık, bilişsel kıskançlık ve toplam puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Araştırmadan çıkarılabilecek bir diğer sonuç ise; Kıskançlık boyutları olan duygusal, davranışsal ve bilişsel kıskançlığa karşı vücut algıları sonuçlarına göre; Vücut algısı, duygusal ve bilişsel kıskançlık ilişkisinin anlamlı bulunamamış olmasıdır. Buna karşılık; Vücut

algısının düşük veya yüksek olması, davranışsal kıskançlıkta anlamlı bir değişime sebep olmuştur. VA puanı düşük olanların, davranışsal kıskançlık düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

Gebelikte ortaya çıkması muhtemel fizyolojik ya da psikolojik değişimlere adaptasyon noktasında gebe ve eş eğitimleri verilmesi, ilgili eğitimlerde eş iletişiminin önemine vurgu yapılması önerilir.

Ayrıca, doğuma hazırlık sınıflarının her ilde yaygınlaştırılması ve verilen eğitim programı içerisinde beden imajı kavramına daha geniş yer verilmesi; beden imajının olumsuz gelişimi ile özellikle davranışsal kıskançlık belirtileri ortaya çıkabileceği ve bu durumun evliliği tehlikeye atabileceği göz önüne alınarak psikolojik desteklerin artırılması önerilir.

Araştırmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda üçüncü trimestir kadar önemli ve hassas bir dönem olan birinci trimestir döneminde bulunan gebelerde de benzer durumun olup olmadığının araştırılması, bu şekilde benzer dönemlerin ilgili eğitim ve psikolojik desteklerden yararlanmasının sağlanması önerilebilir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Makalenin yazarları arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

YAZARLARIN KATKI DÜZEYLERİ

ASB: Literatür tarama, veri toplama, makale yazma. BK: Makale yazma, kritik okuma. SEA: Makale yazma, kritik okuma

KAYNAKLAR

Afifi WA, Reichert T. Understanding the Role of Uncertainty in Jealousy Experience and Expression. Communication Reports 1996;9(2):93-103.

Alderdice F, Lynn F. Factor Structure of the Prenatal Distress Questionnaire. Midwifery 2011;27(4):553-39.

Andersen PA, Eloy SV. Romantic Jealousy and Relational Satisfaction: A Look at the impact of Jealousy Experience and Expression. Communication Reports 1995;8(2):77-86

Atik D, Örtten T. İdeal Beden İmgesini Oluşturan Sosyal ve Kurumsal Faktörler ve Bu İdealin Bireyler Üzerindeki Etkileri. Journal of Faculty of Letters 2008;25(1):17-35.

Aune KS, Comstock J. Experience and Expression of Jealousy: Comparison Between Friends and Roman

tics. Psychological Reports 1991;69(1):315-9.

Babacan Gümüş A ve ark. Gebelikte Benlik Saygısı ve Beden İmajı İle İlişkili Özellikler. Anatol J Clin Investig 2011;5(1):7-14.

Boscaglia N, et al. Changes in Body Image Satisfaction During Pregnancy: A Comparison of High Exercising and low Exercising Women. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2003;43(1):41-5.

Brockington I, Guedeney A. Motherhood and Mental Health. Infant Observation: International Journal of Infant Observation and Its Applications 2008;2(2):116-7.

Buunk B. Jealousy in Sexually Open Marriages. Alternative Lifestyles, 1981;4(3):357-72.

Çırak R, Özdemir F. Adölesan Gebelerde Beden

- İmajı Algısının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015;18(3):214-221.
- Demirtaş A, Dönmez A.** Yakın İlişkilerde Kıskançlık: Bireysel, İlişkisel ve Durumsal Değişkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006;17(3):181-91.
- DeWeerth C, Kalma AP.** Female Aggression as a Response to Sexual Jealousy: A Sex Role Reversal. *Aggressive Behavior* 1993;19(4): 265-279.
- Dipietro JA, et al.** Psychosocial Influences on Weight Gain Attitudes and Behaviors During Pregnancy. *J Am Diet Assoc* 2003;103(10): 1314-9.
- Duncombe D, et al.** How Well Do Women Adapt to Changes in Their Body Size and Shape Across the Course of Pregnancy? *J Health Psychol* 2008;13(4):503-515.
- Ellis C, Weinstein E.** Jealousy and the Social Psychology of Emotional Experience. *Journal of Social and Personal Relationships* 1986;3(3):337-357.
- Erkal S, Pek H.** Beden İmajında Değişimler ve Hemşirenin Rolü. *Hemşirelik Bülteni* 1993;7(30):61-71.
- Fox P, Yamaguchi C.** Body Image Change in Pregnancy: A Comparison of Normal Weight and Overweight Primigravidas. *Birth* 1997;24(1):35-40.
- Furber CM, et al.** Qualitative Study of Mild to Moderate Psychological Distress During Pregnancy. *International Journal of Nursing Studies* 2009;46(5): 669-677.
- Geylan R.** Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiyi Etkileyen Temel Kavramlar. 1.baskı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi (yayın no:497); 2015. p.49-83.
- Guerrero LK.** Attachment Style Differences in the Experience and Expression of Romantic Jealousy. *Personal Relationships* 1998;5(3): 273-291.
- Guerrero LK, Eloy SV.** Relationship Satisfaction and Jealousy Across Marital Types. *Communication Reports* 1992;5(1):23-41.
- Hansen GL.** Marital Satisfaction and Jealousy Among Men. *Psychological Reports* 1983;5(2):363-366.
- Hovardaoğlu S.** Vücut Algısı Ölçeği. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 1993;1(1): 26.
- Huang HC, et al.** Body Image, Maternal-Fetal Attachment, and Choice of Infant Feeding Method: A Study in Taiwan. *Birth* 2004;31(3):183-188.
- Karakurt G.** The impact of Adult Attachment Styles on Romantic Jealousy, Yüksek lisans tezi, Ankara, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, 2001.
- Lewin K.** Resolving Social Conflicts. 1. baskı. NY: Harper and Brothers; 1948. p.84.
- Lin YHW, Rusbult CE.** Commitment to Dating Relationships and Cross-Sex Friendships in America and China. *Journal of Social and Personal Relationships* 1995;12(1):7-26.
- Lobel M, et al.** Pregnancy-specific Stress, Prenatal Health Behaviors, and Birth Outcomes. *Health Psychology* 2008;27(5):604-615.
- Mathes EW, Verstraete C.** Jealous Aggression: Who is the Target, the Beloved or the Rival. *Psychological Reports* 1993;72(3): 1071-1074.
- Myers PN, Biocca FA.** The Elastic Body Image: The Effect of Television Advertising and Programming on Body Image Distortions in Young Women. *Journal of Communication* 1992 42(3):108-133.
- Ojala K, et al.** Overweight Adolescents' Self-Perceived Weight and Weight Control Behaviour: HBSK Study in Finland 1994-2010. *J Obes* 2012; 180176. doi: 10.1155/2012/180176.
- Okanlı A ve ark.** Gebe Kadınların Ailelerinden Algıladıkları Sosyal Destek ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003;4(2):98-105.
- Öngören B.** Sosyolojik Açından Sağlıklı Beden İmgesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi* 2015;34:25-45.
- Örsel S ve ark.** Diyet Yapan ve Yapmayan Ergenlerin Kendilik Algısı, Beden İmajı ve Beden Kitle İndeksi Açısından Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(1):5-15.
- Öz F.** Sağlık Alanında Temel Kavramlar. 2. baskı. Ankara: Mattek Matbaacılık Basım; 2010. p.68-92.
- Özorhan EY, et al.** Gebelikte Ruh Sağlığı. *Mental Health in Pregnancy* 2014; 2(3):33-42.
- Pines A, Aronson E.** Antecedents, Correlates and Consequences of Sexual Jealousy. *Journal of Personality* 1983;51(1):108-136.
- Rosemarry H, Kelly M.** Somatic Complaints Among Pregnant Women. *General Hospital Psychiatry* 2001;23(3): 107-113.
- Schuermans C, Kurrasch DM.** Neurodevelopmental Consequences of Maternal Distress: What Do We Really Know? *Clinical Genetics* 2013;83(2):108-117.
- Secord PF, Jourard SM.** The Appraisal of Body-Cathexis: Body Cathexis and the Self. *Journal of Consulting Psychology* 1953;17(5):343-347.
- Sharpsteen DJ, Kirkpatrick LA.** Romantic Jealousy and Adult Romantic Attachment. *Journal of Personality & Social Psychology* 1997;72(3): 627-641.
- Skouteris H, et al.** A Prospective Study of Factors That Lead to Body Image Dissatisfaction During Pregnancy. *Body Image* 2005;2(4):347-361.
- Striegel-Moore RH, Franko DL.** Body Image Issues Among Girls and Women. In: Cash Thomas F. ed. *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. New York: Guilford Publications; 2002. p.183-190.
- Sullivan HS.** The Interpersonal Theory Psychiatry. 1. baskı. NY: Norton; 1953. p.268-279.
- Taşkın L.** Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı. 13. Baskı. Ankara: Özyurt Matbaacılık; 2016. p.103-19.
- Taşpınar A.** Normal Gebelik. Ahsen Ş, editör. *Kadın Sağlığı*. 1. Baskı. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık; 2008. p.454.
- Yali M, Lobel M.** Stress-resistance Resources and Coping in Pregnancy. *Anxiety, Stress and Coping* 2002;15(3): 289-309.

EXTENDED ABSTRACT

The experiences of pregnancy are different for each woman. The responses of any pregnant diverge depending on its own conditions, such as from sociology (socio-economic situations) to personalisation (personal fears and wishes). Nevertheless, the literature argues that the general health situations of the mothers, family-couple relationships, socio-economic, socio-cultural and socio-educational levels are the leading factors affecting this process. In this sense, in some studies, it is stated that pregnant women are not satisfied with their bodies and perceive themselves as “fat” and “scary” because of the rapid body changes. Body dissatisfaction is originating the perception of the body that makes pregnant woman feel inadequate, and with the cause of possible depression before or after the birth in connection with a restrictive diet, serious negative consequences occur at the level of the pregnant’ health and well-being. In the recent studies, there are few researches that deal with the relationship between jealousy and other variables, such as self-esteem and attachment, as well as behavioural and emotional responses caused by jealousy. In the line with this information, this study was planned to determine the relationship between body perceptions and jealousy levels in the third trimester. Within the scope of follow-up during pregnancy, evaluating the pregnant woman in terms of body perception and supporting her with appropriate nursing / midwifery applications may help for developing a positive body image and maintaining a healthy pregnancy. In addition, since there is no study in the literature aimed to examine the relationship between body image and jealousy in pregnancy, it is thought that the research can contribute to the relevant literature. This research was carried out in the Erzurum Private Buhara Hospital obstetrics outpatient clinic between June-October 2018. It was aimed to reach the comprehensive data without sample selecting of the research, but it formed 228 pregnant women (70% of the universe) who accepted the criteria of the study. To collect the data, the Pregnant Diagnosis Form, Body Perception Scale (BPS) and Multidimensional Jealousy Scale (MJS) were used, which included questions about their socio-demographic characteristics and pregnancies. When the BPS score averages are compared with the introductory characteristics of pregnant women; there was a statistically significant difference between educational status, income status, and peer communication status and BPS mean scores ($p < 0.05$), no difference was found between other introductory features and BPS mean scores ($p > 0.05$). When BPS score averages are analysed with the introductory features of pregnant women; between 20-30 years of age, having postgraduate education, working, residing in the province, having social security, marriage period in the range of 1-5 years, moderate income, good communication with the partner, with a planned pregnancy, unwanted pregnancy, waiting for a baby boy, it was determined that pregnant women who were satisfied with the gender of the baby, who received PC in a private hospital, who used medication, and who had a husband's age range of 23-32, who had postgraduate education or who were husband workers, had higher mean scores. Comparing the descriptive features and jealousy scale (JS) mean scores of pregnant women; JS total score average of pregnant women in the age group of 31 and over, emotional jealousy subscale scores of university graduates, behavioural jealousy subscale scores and total score averages of high school graduate pregnant women, behavioural jealousy subscale scores of the husband's age 43 and over, husband's age 33-42 cognitive jealousy subscale score and total score averages, behavioural jealousy subscale score and total score averages of pregnant women whose husbands are university graduates were found to be statistically significant ($p < 0.05$). The Behavioural Jealousy and JS total score average of the pregnant women whose marriage age is between 6-10 years and whose income is poor, the Behavioural Jealousy and total score average of those with medium communication, the Behavioural Jealousy sub-mean scores of those who are not satisfied with the sex of their baby, according to drug use status, all sub-dimensions and total score averages were found to be higher enough to make statistically significant difference ($p < 0.05$). When the correlation analysis results of body perception (BP) and jealousy scale levels are examined; a statistically significant (meaningful) relationship was observed between the JS total score and the levels of "jealousy total score" and "behavioural jealousy" ($p < 0.01$). It can be said that as body perception increases, total score of jealousy and behavioural jealousy decrease. In addition, no significant relationship was observed between emotional and cognitive jealousy and BP ($p > 0.05$). According to the results of body perceptions with emotional, behavioural and cognitive jealousy which are sub-dimensions of jealousy; the relationship between body perception and emotional and cognitive jealousy was not significant. Whereas the low or high body perception caused a significant change in the behavioural jealousy, those with lower BP scores were found to have higher behavioural jealousy.

**GEBELİKTE GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ VE EBELİK BAKIMI
GASTROESOPHAGEAL REFLUX AND MIDWIFERY CARE IN PREGNANCY****Zeynep BALACAN* , Mine GÖKDUMAN KELEŞ** , Keziban AMANAK***
Özlem ALTINKAYA**** ,**

*Uzman Ebe, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım, Aydın/Türkiye



0000-0001-6729-438X

**Uzm. Ebe, Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Sağlık Geliştirme Birimi, Kahramanmaraş/Türkiye



0000-0002-4324-8079

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



0000-0001-8824-084X

****Doç.Dr., Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı, Aydın/Türkiye



0000-0002-0991-7443

Yazışma Adresi:

Mine Gökdoğan Keleş
E-Posta: minegkdmn@hotmail.com

Gönderim Tarihi: 22 Ocak 2020**Kabul Tarihi:** 8 Haziran 2020**ÖZ**

Gastroözofageal Reflü Hastalığı, asit başta olmak üzere mide içeriğinin yemek borusuna kaçması sonucu, göğüs kemiği arkasında yukarı yükselen yanma ve/veya ağza acı-ekşi su, yemeklerin gelmesi olarak tanımlanmaktadır. Gastroözofageal Reflü Hastalığı, mide ekşimesi ve yetersizlik belirtileri gebelikte %30-50 sıklıkta görülmektedir. Gebelerde Gastroözofageal Reflü Hastalığının kesin mekanizması tartışmalı olmakla beraber, düşük özefagus sfinkter basıncındaki azalma temel mekanizma olarak öne sürülmüş, bu da özellikle seks hormonlarının artışıyla açıklanmıştır. Gebelikte reflü tanımlayan gebelerin ancak %20-25'inin gebelik öncesinde reflü şikayeti olduğu bildirilmiştir. Gebelerin Gastroözofageal Reflü Hastalığı tedavisinde çoğunun beslenme şekli ve yaşam tarzı değiştirilerek tedavi edilebilmektedir. Bu derlemede Gastroözofageal Reflü Hastalığı tedavisinde ebelerin vereceği danışmanlıkta gebelerin yaşam kalitesini iyileştirmenin önemli bir yere sahip olduğunu ve bu konuda farkındalıklarının geliştirilmesi oldukça önemli olduğunu vurgulamak amacıyla yazılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Gastroözofageal reflü; gebelik; ebe.

ABSTRACT

Gastroesophageal Reflux Disease is defined as a bitter or sour water's and meals coming to the mouth which is rising as burning in the chest as a result of escaping the stomach ingreidie is especially ascites. Gastroesophageal Reflux Disease, heartburn and defiscency symptoms are generally % 30-50 percent during pregnancy. In pregnant women Gastroesophageal Reflux Diseases definite mechanism is generally controversial, however in lower esophageal sphincter pressure reduction see as a basic mechanism, and it's explained by the increase in sex hormones. It's reported that only %20-25 of the pregnant women who define reflux during pregnancy suffer from reflux Pregnant women's, Gastroesophageal Reflux Disease can be treated by changing the nutrition and lifestyle. This review, it written to emphasize improving of awareness about the importance of counseling of midwives in the treatment of Gastroesophageal Reflux Disease.

Keywords: Gastro-oesophageal reflux; pregnancy; midwife.

Atıf için (How to cite): **Balacan Z, Gökdoğan Keleş M, Amanak K, Altinkaya Ö. Gastroözofageal Reflü ve Ebelik Bakımı. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;3(2):127-133.**

GİRİŞ

Gastroözofageal Reflü Hastalığı (GÖRH), asit başta olmak üzere mide içeriğinin yemek borusuna kaçması sonucu, göğüs kemiği arkasında yukarı yükselen yanma ve/veya ağza acı-ekşi su, yemeklerin gelmesi olarak tanımlanmaktadır. GÖRH, mide ekşimesi ve yetersizlik belirtileri gebelikte %30-50 sıklıkta görülmektedir (Strugala et al. 2012; Yalaki ve Kara 2014). Mide ekşimesi ve yetersizliği gibi mide-özofageal reflü hastalığının tipik belirtileri toplumda oldukça yaygındır. Araştırmalarda semptom algısına dayanan GÖRH prevalansı, varlığını ve sıklığını tanımlamak için kullanılan kriterlere bağlı olarak % 2,5 ile % 25 arasında değişmektedir (Savarino et al. 2017). Klinik olarak mide ekşimesi nüfusun %6'sında, regürjitasyon ise % 16'sında görülmektedir. Asya da yapılan çalışmalarda prevalansı %10-20 bulunmuştur (Bor 2017). Ülkemizdeki epidemiyolojik çalışmalarda elde edilen bulgularda popülasyona bağlı GÖRH sıklığı % 19 ile % 25 arasında değişmektedir (Bor 2017; Sezer Yeşil ve Öztürk 2016). Ayrıca, beslenme düzenindeki değişiklikler ve dünya çapında kilo veya morbid obezite üzerindeki artış nedeniyle genç insanlarda ve pediatrik popülasyonda GÖRH görülme oranının giderek arttığı bildirilmektedir (Savarino et al. 2017).

Gebelik öncesi reflü sorunu olmayan ve gebelik döneminde ortaya çıkan reflü "gebelik reflüsü" olarak kabul edilmektedir (Sezer Yeşil ve Öztürk 2016). Gebelerde GÖRH'nin kesin mekanizması tartışmalı olmakla beraber, düşük özefagus sfinkter (LES) basıncındaki azalma temel mekanizma olarak öne sürülmüş, bu da özellikle seks hormonlarının artışıyla açıklanmıştır (Yalaki ve Kara 2014; Turan ve ark. 2016). Birinci trimesterde bazal alt özofagus sfinkteri basıncı değişmeyebilir. Bunun nedeni, gebeliğin ilk üç ayında pentagastrin, edrofonyum klorür, metakolin ve proteinli gıda gibi fizyolojik uyaranlara düşük yanıtın olmasıdır. LES basıncı, ikinci trimesterde bazal değerlerin %33-%50' sine düşebilir. İkinci ve üçüncü trimesterlerde, abdominal basınç artışı, artmış progesteron, anormal mide akıntısı veya gecikmiş bağırsak geçişi nedeniyle LES basıncında bir azalma gözlenmektedir (Richter 2003). Gebelik sırasında oluşan hormonal değişiklikler nedeniyle alt özofagus sfinkter basıncı azalmakta ve bu azalma

gebelik süresi ilerledikçe daha belirgin hale gelmektedir. Ayrıca büyüyen uterus nedeniyle karın içi basıncının artışı da reflü oluşumuna katkıda bulunan bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Anemnez çoğu kez tanı için yeterli olmaktadır. Gebelikte reflü kadınların üçte ikisinden fazlasında görülen yaygın bir semptomdur. Gebelik öncesi mide ekşimesi olan kadınlarda ise gebelikte reflü riski daha fazladır (Richter 2005). Gebelikte reflü tanımlayan gebelerin ancak %20-25'inin gebelik öncesinde reflü şikayeti olduğu bildirilmiştir (Fass 2005). Gebe kadınların %25'i her gün en az bir kez reflü sorunu yaşadıklarını ve belirtilerin genellikle ilk trimesterin ikinci yarısında başladığını, üçüncü trimesterde daha sık ve şiddetli hale geldiğini (1.trimesterde %22, 2.trimesterde %39, 3.trimesterde %72) ve gebelik sonrasındaki günlerde normale döndüğünü bildirmektedir (Dobrucalı 2005; Dağlı ve Kaplan 2017). Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının zaman yetersizliğinden dolayı GÖRH olan kişilere yaşam biçimi değişiklikleri konusunda yeterli danışmanlık hizmeti veremedikleri belirtilmektedir (Kinoshita et al. 2009). Oysa ki gebelikte oldukça yüksek oranda görülen GÖRH iyi bir danışmanlık hizmeti ile tedavi edilebilir bir hastalıktır. Bu bilgiler GÖRH tedavisi ve bakımına vurgu yapılması gerektiğini düşündürmesi bakımından önemlidir. Dolayısıyla bu derleme, GÖRH'ün tedavi ve bakım seçeneklerini literatür doğrultusunda tartışmak ve danışmanlıkta ebenin rolü hakkında bilgi vermek amacıyla hazırlanmıştır.

GEBELİKTE GASTRO-ÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞINDA TANI

Gebelikte reflü tanısı öyküyle konulur. Baryumlu grafiler genelde gerekmez ve radyasyon içerdiğinden dolayı gebelere önerilmez. Endoskopi inatçı semptomları olanlarda ve komplikasyonların değerlendirilmesinde ana araçtır. Endoskopi sırasında sistemik premedikasyonda kullanılan opioidler fetüse zararlı olabileceğinden lokal anestezi ile yetinilmelidir. Radyolojik yöntemlerin kullanılması kontrendikedir (Dobrucalı 2005). Gebelikte gerek endoskopi gerekse bilinçli sedasyon kullanımı ise güvenlidir Endoskopi ve pH monitorizasyonu

gebelerde güvenle kullanılabilir yöntemlerdir. (Mahadevan 2007).

GEBELİKTE GASTRO-ÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞINDA TEDAVİ

Gebelikte GÖRH tedavisinde adım adım yaklaşımı desteklenir. Başlangıçta yaşam tarzı değişiklikleri üzerinde durulmalıdır (gece geç saatte yemek yemekten kaçınma gibi...). İlaç gerektiğinde, ilk arama limanı, sistem dışı etkileri nedeniyle aljinatlar veya antasitler olabilir. (Strugala et al. 2012). Gebelikte antasitlerin kullanımı ile ilgili vaka kontrollü daha önceki çalışmalarla karşılaştırıldığında, alüminyum hidroksit, sodyum bikarbonat, magnezyum trisilikat ve kalsiyum karbonat ile konjenital anomali gelişiminde artış görülmemiştir (Richter 2005; Witten et al. 1981). Yapılan bir çalışmada terapötik dozda alüminyum, magnezyum ve kalsiyum içeren antasitlerin gebelikte güvenle kullanılabilirliğini bildirmiştir (Richter 2005).

Avrupa'da 2003 yılında yapılan bir toplantıda, GÖRH' li gebelerde kalsiyum bazlı antasitlerin kullanımının, hipertansiyon ve preeklampsi riskini azalttığı için faydalı olabileceği bildirilmiştir (Tytgat et al. 2003). Ayrıca, randomize plasebo kontrollü bir çalışmada, gebelikte magnezyum sülfat kullanımının, eklampsi ve maternal riski azalttığı ve kısa vadede ciddi bir yan etkiye neden olmadığı bildirilmektedir. Hem anne hem de fetüste metabolik alkaloz ve artan sıvı yüküne yol açabildiklerinden sodyum bikarbonat içeren antasitlerden kaçınılmalıdır (Richter 2005).

Aljinat, yemek borusunda asit ve yiyecek geri akışına karşı sistemik olmayan güçlü bir bariyer oluşturur. Çok merkezli ve 150 vaka ile yapılan bir çalışmada, 4 haftadan uzun süre aljinat kullanımı etkili olarak saptanırken diğer taraftan 3 fetüste fetal distres gözlenmiştir (Briggs et al. 2009). Diğer çok merkezli bir prospektif çalışmada, toplam 144 kadına gebeliklerinde 4 hafta boyunca maksimum 80 ml / gün aljinat tedavisi uygulanmıştır. İshal ve bulantı gibi doğrudan ilaçla ilişkili yan etkiler sadece aljinat kullanan annelerden 3 kişide gözlenirken, fetüslle ilişkili perinatal morbidite ve mortalite oranları normal popülasyon olaylarına benzer bulunmuştur (Strugala et al. 2012).

Metoklopramid, özofageal asit klerensini artırarak, mide drenajını hızlandırmakta ve LES basıncını artırarak gastroözofageal reflüyü önlemektedir. Yapılan çalışmalarda metoklopramidin yenidoğanda herhangi bir

komplikasyona sebep olmadığı ortaya konulmuştur (Briggs et al. 2002; Sørensen et al. 2000; Matok et al. 2009).

Simetidin ve ranitidin, yüksek güvenlik profilleri nedeniyle gebelikte uzun yıllardır kullanılmaktadır. Michigan Medicaid Surveillance Study verilerine göre 1985 ve 1992 yılları arasında incelenen 229.101 gebelikte, ilk trimesterde simetidine maruz kalan 460 yenidoğanın 20'sinde (%4.3) ve ilk trimesterde ranitidine maruz kalan 560 yenidoğandan 23'ünde (%4.5) majör konjenital malformasyon gözlenmiştir. Bu verilerin H₂ reseptör blokerlerine (%4.3) maruz kalmayan yenidoğanların sonuçlarına benzer olduğu bulunmuştur (Richter 2005). Benzer şekilde, Ruigómez ve arkadaşları (1999), gebelik sırasında simetidin veya ranitidin kullanımının genetik olmayan konjenital malformasyon riskinde artışa neden olmadığını kanıtlamışlardır. Gebelikte tüm H₂ reseptör blokerlerinin güvenliği ile ilgili 4 çalışmanın verilerini inceleyen bir meta-analizde spontan abortus, erken doğum veya gebelik yaşına göre büyüme geriliği için artmış risk saptanmamıştır (Gill et al. 2009).

Nizatidin'in ise hayvan deneylerinde fetüse toksik etkisi olduğu gösterilmiştir. Son yıllarda yapılan çalışmalar Proton pompa inhibitörleri (PPI)'lerinin gebelik sırasında kullanımının güvenli olduğunu ve bu ilaçların kullanıldığı gebeliklerdeki major fetal anomali gelişme riskinin diğer gebeliklerden farklı olmadığını göstermiştir. PPI kullanan gebelerde major fetal anomali gelişme riski omeprazol ve lansoprazol kullanılan gruplarda sırasıyla %3.6 ve %3,9 iken plasebo grubunda %3.8 bulunmuştur. Prokinetik ajanlar uterus kontraksiyonlarına yol açabilirler ve fetüslle toksik etki gösterebilirler (Fass et al. 2005; Dobrucalı 2005; Ruigómez 1999).

Proton pompa inhibitörleri, reflü semptomları ve özofajit tedavisinde kullanılan etkili ilaçlardır (Dağlı ve Kalkan 2017). PPI'leri güvenli ve iyi tolere edilen ilaçlardır. Ciddi yan etkileri yoktur. Genel popülasyon için gerek kısa süreli gerekse uzun süreli kullanımları güvenilir olarak kabul edilir (Korkut ve Özden 2010). Yapılan çalışmalarda kullanımının fetüs ve yenidoğana gelişim ve doğum açısından herhangi bir malformasyona rastlanmamıştır (Gill et al. 2009; Pasternak and Hviid 2010).

Sodyum içeren antasitler sıvı yüklenmesine, alüminyumlu antasitler fetal toksisiteye yol açabilirler. Gebeliğin son

döneminde kullanılacak magnezyumlu antasitler doğumu yavaşlatabilirler. Hastaların %50-80'ninde aljinik asit, sucralfat ve antasitlerle ve bunların kombinasyonları şeklinde uygulanacak bir tedavi ile iyi sonuç alınmaktadır. Gebelerde H2 reseptör blokerlerinin güvenli olduğuna dair kesin veriler olmadığından bu ilaçların gebelik süresince kullanılması tavsiye edilmez (Dobrucalı 2005).

GEBELİKTE GASTRO-ÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞINDA BAKIM VE EBENİN ROLÜ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre anne bakımını amacı; her anne ve anne adayına iyi bir sağlık bakımı vermek, çocuk bakım sanatını öğretmek, normal bir doğum sağlamak ve sağlıklı çocuklar yetiştirmektir. Anne bakımı, gebe kadının bakımı, güvence altında bir doğum, doğum sonrası izlemler, yeni doğanın bakımı; anne baba adayı olan genç neslin sağlığını korumak ve onlara toplum içinde ailenin yeri ve aile yaşamı konusunda doğru yaklaşımlar geliştirmelerine yardım etmek amacı ile en erken dönemlerde bakım verilmesini amaçlar (Taşkın 2017). Gebede var olan hastalıkların saptanması ve tedavisi ile annenin genel sağlık düzeyini yükseltmek, gebelikte riskli durumları belirlemek, ortaya çıkabilecek potansiyel sorunların zamanında tanı ve tedavisini sağlamak, anne ve fetüsün gebelik süresince gelişmesini izlemek ve değerlendirmek, anneye gebelik, genel vücut bakımı, beslenme, aktivite, aile planlaması, gebelikte tehlike belirtileri, yenidoğanın bakımı ve annenin ihtiyacı olabileceği diğer konularda bilgi verilmelidir. Gebelikte GÖRH görülme sıklığı ve gebede yarattığı olumsuz durumlara bağlı olarak bilgi verilmesi gereken ve özel bakım gerektiren bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu noktada gebelik takiplerine bağlı olarak gebelerle daha sık olarak bir araya gelme ihtimali olan ebelere önemli görevler düşmektedir. GÖRH yaşayan gebelere ebelerin danışmanlıkta vermesi gereken bilgiler çoğunlukla yaşam tarzlarını değiştirmeleri üzerine olmalıdır (Ali ve Egan 2007; DeVault and Castell 2005; Kang and Kang 2015; Kinoshita et al. 2009) çalışmalarında ilaç tedavisine ek olarak yaşam biçimi değişikliği danışmanlığı verilen gebelerin yaşam kalitelerinin olumlu yönde etkilendiğini belirtmişlerdir. GÖRH olan gebelerdeki yaşam tarzı değişikliğine yönelik danışmanlıkta yer alması gereken konular şu şekilde olmalıdır:

- Reflüyü tetiklediği bilinen çikolata, turunçgiller (portakal, greyfurt vb) ve suları, domates ve domates ürünleri, hardal, sirke, naneli gıdalar, baharatlı, yağlı yiyecekler, ağır tatlılar, kafein içeren içecekler (kahve, çay kola) ve alkolden uzak durulmalıdır.
- Gün içerisinde beslenme planı, büyük öğün yemek yerine, küçük miktarlarda ve sık, hızlı değil yavaş yavaş yenilmesi, yeme süresinin uzun tutulması ve iyi çiğnenmesinin önemi vurgulanmalıdır.
- Gebelikte çok su ve sıvı alınması önemlidir fakat yüksek hacimli sıvılar öğünler sırasında değil, öğün aralarında alınmalıdır. Böylece mideyi çok şişirmeyip kapakçıga daha az basınç yüklemesi yapılmış olur.
- Yemeklerden sonra en az üç saat sırt üstü yatılmamalı, sol yan yatış pozisyonu tercih edilmeli, öğle yemeği ana öğün olmalı, sık ve az yenilmeli, gece geç saatte yemek yenmemelidir.
- Yatarken yatak başı 20 cm kadar yükseltilmelidir.
- Gebe yaşamı içerisinde sadece yemek değil aynı zamanda diğer yaşam koşullarını da iyileştirmelidir. Gevşek, bol ve rahat kıyafetler seçilmeli, bel ve karın bölgesini sıkacak giyecek ve aksesuarlar kullanmamalıdır. Yatarken belden kıvrılmak yerine dizleri bükerek yatarak mideye olan basıncı azaltmalıdır. İstirahat ederken uzanmak yerine, arkası kısmen yatan rahat bir koltukta dik oturması önerilmelidir.
- Aşırı kilolar ve obezite mideye basınç yaparak yemek borusundan yiyeceklerin geri kaçışı arttıracığı için gebelik sırasında düzenli kilo takibi yapılmalı ve önerilen miktardan fazla kilo alınmamasına özen gösterilmelidir.
- Sigara ve alkolden reflüyü arttırıcı etkilerinden dolayı sakınılmalıdır. Sakız çiğneme, tükrük bezlerini stimule ettiği için asiti nötralize etmede yararlı olabilir (Ali ve Egan 2007; Bozkurt ve ark. 2006; DeVault and Castell 2005, Kang and Kang 2015; Pollman et al. 1996).

Sonuç olarak gebeliklerin yaklaşık 2/3'de reflü gelişmektedir ve çoğunun beslenme şekli ve yaşam tarzı değiştirilerek tedavi edilebilmektedir. GÖRH tedavisinde ebelerin vereceği danışmanlıkta gebelerin yaşam kalitesini iyileştirmek önemli bir yere sahiptir. Bu konuda tüm sağlık profesyonellerinin, özellikle ebelerin bu konuda farkındalıklarının geliştirilmesi oldukça önemlidir. GÖRH'in öneminin vurgulanabilmesi için rutin düzenlenen

hizmet içi eğitim programlarına, GÖRH tedavisi ve bakımını içeren konuların eklenmesi önerilebilir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Kişisel durumumuz ve bilimsel çalışmanız arasında mevcut veya potansiyel bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

- Ali RA, Egan LJ.** Gastroesophageal Reflux Disease in Pregnancy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2007;21(5):793-806.
- Bor S.** Consensus Report on Gastroesophageal Reflux Disease in Turkey. *Turk J Gastroenterol* 2017;28(1):1-2.
- Bozkurt M ve ark.** Gebelikte Gastroözofageal Reflü Hastalığı ve Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetri Dergisi* 2006;16:12-6.
- Briggs GG et al.** *Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk.* 8. Press. Baltimore, USA: William and Wilkins; 2009. p: 89
- Dağlı Ü, Kalkan İH.** Treatment of Reflux Disease During Pregnancy and Lactation. *Turk J Gastroenterol* 2017;28(1); 53-6.
- DeVault KR, Castell, DO.** Updated Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol* 2005;100(1):190-200.
- Dobrucalı A.** Özofagus Hastalıkları. Hamuryudan V, Sonsuz A., editör. *İç Hastalıkları-Cerrahpaşa.* 1.baskı. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2005. p.742-82.
- Fass R, Wong WM.** Gastroesophageal Reflux Disease. In: Weinstein W, Hawkey CJ, Bosch J., eds. *Clinical Gastroenterology and Hepatology.* 1. baskı. Spain: Elsevier-Mosby; 2005. p.157-78.
- Gill SK et al.** The Safety of Proton Pump Inhibitors (PPIs) in Pregnancy: A Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol* 2009;104(6):1541-5.
- Gill SK et al.** The Safety of Histamine 2 (H2) Blockers in Pregnancy: A Meta-Analysis. *Dig Dis Sci* 2009;54(9):1835-8.
- Kang JHE, Kang JY.** Lifestyle Measures in the Management of Gastro-Oesophageal Reflux Disease: Clinical and Pathophysiological Considerations. *Therapeutic Advances in Chronic Disease* 2015;6(2):51-64.
- Kinoshita Y et al.** The Impact of Lifestyle Modification on the Health-Related Quality of Life of Patients with Reflux Esophagitis Receiving Treatment with A Proton Pump Inhibitor. *Am J Gastroenterol* 2009;104(5):1106-11.
- Korkut E, Özden A.** Proton Pompa İnhibitörleri ve Güvenirlikleri. *Güncel Gastroenteroloji* 2010;14(1):24-7.

YAZARLARIN KATKI DÜZEYLERİ

ZB ve MGK: literatür tarama ve makale yazma. KA ve ÖA: kritik okuma.

- Mahadevan U.** Gastrointestinal Medications in Pregnancy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2007; 21:849-77.
- Pasternak B, Hviid A.** Use of Proton-Pump Inhibitors in Early Pregnancy and the Risk of Birth Defects. *N Engl J Med* 2010;363(22):2114-23.
- Pollmann H et al.** Effect of Elevated Head Position in Bed in Therapy of Gastroesophageal Reflux. *Z Gastroenterol* 1996;34(2):93-9.
- Richter JE.** Gastroesophageal Reflux Disease during Pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 2003;32: 235-61.
- Richter JE.** Review Article: The management of Heartburn in Pregnancy. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 2005;22(9):749-57.
- Ruigómez A et al.** Use of Cimetidine, Omeprazole, and Ranitidine in Pregnant Women and Pregnancy Outcomes. *Am J Epidemiol* 1999;150(5): 476-81.
- Savarino E et al.** The Natural History of Gastro-Esophageal Reflux Disease: A Comprehensive Review. *Diseases of the Esophagus* 2017;30(2):1-9.
- Sezer Yeşil E, Öztürk G.** Gastroözofageal Reflü ve Diyet. *Güncel Gastroenteroloji* 20/3.2016.
- Strugala V et al.** Assessment of the Safety and Efficacy of a Raft-Forming Alginate Reflux Suppressant (Liquid Gaviscon) for the Treatment of Heartburn during Pregnancy. *ISRN Obstet Gynecol* 2012; 481870.
- Taşkın L.** *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.* XV. Baskı. Ankara: Ziraat Grup Matbaacılık; 2016. Ankara. p.203-212.
- Turan İ et al.** In Vitro Fertilization-Induced Pregnancies Predispose to Gastroesophageal Reflux Disease. *United European Gastroenterology Journal* 2016;4(2):221-8.
- Tytgat GN et al.** Contemporary Understanding and Management of Reflux and Constipation in the General Population and Pregnancy: A Consensus Meeting. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18(3):291-301.
- Witten FP et al.** The Effects of Chronic Gastrointestinal Medications on the Fetus and Neonate. *Obstet Gynecol* 1981;58(Suppl 5):79-84.
- Yalaki S, Kara B.** Gebelikte Proton Pompa İnhibitörleri Kullanımı. *Güncel Gastroenteroloji* 2014;18(3):322-5.

EXTENDED ABSTRACT

Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) is defined as the rise of burning or bitter-sour water in the back of the breast bone as a result of the escape of stomach contents, especially acid, into the esophagus. GERD, heartburn and deficiency symptoms are seen with a frequency of %30-50 in pregnancy. Typical symptoms of stomach-esophageal reflux disease such as heartburn and insufficiency are quite common in the community. The prevalence of GERD based on symptom perception in studies varies between % 2.5 and %25 depending on the criteria used to define its presence and frequency. In the findings obtained in the epidemiological study in our country, the frequency of GERD due to population varies between %19 and %25. In addition, it is reported that the rate of GERD is increasing in young people and pediatric population due to changes in diet and worldwide increase in weight or morbid obesity. Reflux that does not have reflux before pregnancy and occurs during pregnancy is considered as "pregnancy reflux". Although the exact mechanism of GERD in pregnant women is controversial, the decrease in low esophageal sphincter pressure has been suggested as the main mechanism, which is explained by the increase in sex hormones. Basal lower esophageal sphincter pressure may not change during the first trimester. The reason for this is the low response to physiological stimuli such as pentagastrin, edrophonium chloride, methacholine and protein food in the first trimester of pregnancy. Lower esophageal sphincter pressure decreases due to hormonal changes during pregnancy and this decrease becomes more evident as the gestational period progresses. In addition, the increase in intra-abdominal pressure due to the growing uterus appears as a contributing factor to the formation of reflux. Anamnesis is often sufficient for diagnosis. Reflux during pregnancy is a common symptom in more than two-thirds of women. Women who have heartburn before pregnancy have a higher risk of reflux during pregnancy. It has been reported that only % 20-25 of the pregnant women who defined reflux during pregnancy had reflux before pregnancy. The diagnosis of reflux is made with a history during pregnancy. Barium x-rays are not usually required and are not recommended for pregnant women because they contain radiation. Endoscopy is the main tool for those with persistent symptoms and for the evaluation of complications. Since opioids used in systemic premedication during endoscopy may be harmful to the fetus, it should be contented with local anesthesia. The use of radiological methods is contraindicated. It is safe to use both endoscopy and conscious sedation during pregnancy. Endoscopy and pH monitoring are methods that can be used safely in pregnant women. Step-by-step approach is supported in the treatment of GERD during pregnancy. When the drug is needed, the first port of call may be alginates or antacids due to their off-system effects. Metoclopramide increases esophageal acid clearance, accelerates gastric drainage and prevents gastroesophageal reflux. Proton pump inhibitors are the most effective drugs used to treat reflux symptoms and esophagitis. PPI's are safe and well tolerated drugs. It has no serious side effects. Both short-term and long-term use is considered reliable for the general population. Sodium-containing antacids can cause fluid loading, aluminum antacids can lead to fetal toxicity. Magnesium antacids to be used in the last period of pregnancy can slow birth. Good results are obtained in %50-80 of the patients with a treatment to be applied with alginic acid, sucralfate and antacids and their combinations. It is not recommended to use these drugs during pregnancy since there are no definitive data on the safety of H₂ receptor blockers in pregnant women. Depending on the frequency of GERD occurrence during pregnancy and the adverse conditions it creates in pregnancy, it appears as a condition that requires information and requires special care. At this point, depending on the pregnancy follow-ups, the midwives who are likely to come together more frequently with pregnancy have important duties. The information that midwives should provide in counseling should be based on changing their lifestyles. Chocolate, citrus (orange, grapefruit,

etc.) and juices, tomato and tomato products, mustard, vinegar, peppermint foods, spicy, fatty foods, heavy desserts, drinks containing caffeine (coffee, tea cola) and alcohol should be avoided. It is important to take lots of water and fluids during pregnancy, but high-volume fluids should be taken during meals, not during meals. Thus, less pressure is placed on the valve by not inflating the stomach. Do not lie on your back for at least three hours after meals, the left side lying position should be preferred, lunch should be a main meal, should be eaten frequently and little, and should not be eaten late at night. When lying down the headboard should be raised by 20 cm. It should improve not only food but also other living conditions in pregnant life. Loose, loose and comfortable clothes should be chosen, should not wear clothing and accessories to tighten the waist and abdomen. Instead of curling from the waist while lying down, he should bend his knees and reduce the pressure on the stomach. Instead of lying down while resting, it should be recommended to sit upright in a comfortable sofa that is partially lying on the back. Since excess weight and obesity will increase the return of food from the esophagus by pressing the stomach, regular weight monitoring should be done during pregnancy and care should be taken not to gain more than the recommended amount. It should be avoided due to its effects that increase reflux from cigarettes and alcohol. It can be useful to neutralize the acid, as chewing gum stimulates the salivary glands. As a result, reflux develops in approximately 2/3 of pregnancies. Improving the quality of life of pregnant women has an important role in counseling by midwives in the treatment of GERD. It is very important to raise awareness of all health professionals, especially midwives, in this regard. In order to emphasize the importance of GERD, routine in-service training programs can be added.

MENOPOZ SEMPTOMLARINDA TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİLER

COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE THERAPIES IN MENOPAUSE SYMPTOMS

Ferda KABA*, Özlem DEMİREL BOZKURT**

*Doktora Öğrencisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD., İzmir/Türkiye.



0000-0001-9084-8846

**Dr. Öğretim Üyesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD., İzmir/Türkiye.



0000-0002-7212-9140

ÖZ

Menopoz, sıcak basmaları, uyku sorunları, psikolojik rahatsızlıklar, cinsel işlev bozukluğu, kilo alımı ve bilişsel işleyişin azalması gibi semptomlarla ilişkilidir. Bu semptomların yönetiminde kadınlar kanser riskinin artacağına ilişkin korku; baş ağrısı, memelerde hassasiyet ve uterin kanama gibi yan etkilere ilişkin endişeler sebebiyle hormon tedavisinden daha çok tamamlayıcı ve alternatif yöntemlere yönelmektedirler. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler dünya çapında binlerce yıldır kullanılmaktadır. Ancak tüm tamamlayıcı ve alternatif müdahaleler etkili ve güvenli değildir. Menopoz semptomları için tercih edilen bu uygulamaların riskleri ve yararları konusunda sağlık çalışanlarının bilgisinin olması kadınlara rehberlik etmek açısından önemlidir. Bu makale günümüzde menopoz semptomlarına yönelik kadınların sıklıkla başvurdukları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yaklaşımları hakkında bilgi vermeyi amaçlamaktadır. **Anahtar Kelimeler:** Menopoz; kadın sağlığı; tamamlayıcı tedaviler.

ABSTRACT

Menopause is associated with symptoms such as hot flashes, sleep problems, psychological disorders, sexual dysfunction, weight gain and reduced cognitive functioning. In the management of these symptoms, women fear that the risk of cancer will increase; Because of concerns about side effects such as breast tenderness, headache and uterine bleeding, they tend to be more complementary and alternative to hormone therapy. Complementary and alternative therapies have been used worldwide for thousands of years. However, not all complementary and alternative interventions are effective and safe. It is important for healthcare professionals to be aware of the risks and benefits of these preferred practices for menopausal symptoms. This article aims to provide information about complementary and alternative therapy approaches that women frequently resort to for menopausal symptoms. **Keywords:** Menopause; women's health; complementary therapies.

Yazışma Adresi:

Ferda Kaba
E-Posta: fe_rda_kaba@hotmail.com

Gönderim Tarihi: 05 Mart 2020

Kabul Tarihi: 30 Haziran 2020

Atıf için (How to cite): Kaba F, Demirel Bozkurt Ö. Menopoz Semptomlarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;3(2):134-142.

GİRİŞ

Menopoz, Türkiye menopoz ve ostoporoz derneği kılavuzuna göre son adet kanaması olup, 12 aylık amenore sonrası koyulan retrospektif ve klinik bir tanı olarak tanımlanmaktadır. Etnik köken ve coğrafik bölgelere göre değişmekle birlikte ortalama menopoz yaşının 50 olduğu bildirilmektedir (Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği 2017). Günümüzde beklenen yaşam süresinin giderek artmasıyla birlikte kadınlar bu sürenin üçte birinden fazlasını menopoz sonrası dönemde geçirebilmekte ve bunun sonucunda da her kadının deneyimlediği menopoz, kadınları uzun yıllar etkileyen bir süreç olmaktadır (Şen ve Sevil 2008).

Menopoz dönemindeki sorunlar kısa süreli ve uzun süreli olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Kısa süreli sorunlar; vazomotor (ateş basması, terleme, baş ağrısı, baş dönmesi, çarpıntı, bulantı), psikolojik (anksiyete, irritabilite, depresyon, iştahsızlık, uykusuzluk, unutkanlık) ve atrofik (vajinal kuruluk, dispepsi, üretral sendrom, ciltte kuruluk, tırnaklarda kırılma) değişiklikleri iken, uzun süreli sorunlar kardiyovasküler hastalıklar ve kas ve iskelet sistemi hastalıklarıdır (Görsel ve Çakıroğlu 2007; Özcan ve Oskay 2013). Menopoza bağlı yaşanan bu sağlık sorunlarının ve menopoz semptomlarının oluşturduğu olumsuz etkiler, kadınlar için menopoz tedavi seçenekleri olan HRT ve TAT kullanımını kaçınılmaz kılmaktadır (Zolnierczuk-Kieliszek et al. 2012).

Östrojen ile Hormon Replasman Tedavisi (HRT) menopoz sorunlarına yönelik etkili tedavi olmasına rağmen pek çok kadın hormonlardan daha doğal ve güvenli gördükleri için bitkisel tedaviler gibi tamamlayıcı veya alternatif tedavi yöntemlerini tercih etmekte ve son yıllarda bu yöntemlerin ilgi ve kullanım durumları giderek artmaktadır. Birçok terimle tanımlanan alternatif tıp (tamamlayıcı, bütüncü ve geleneksel olmayan) Avrupa, Kuzey Amerika ve endüstrileşmiş diğer bölgelerde toplumun %50-70'i tarafından uygulanmakta olup akut menopozal belirtileri rahatlatma potansiyeli olabileceği ve menopoz dönemindeki kadınların uzun süreli iyilik halini arttırabileceği bildirilmiştir (Secreto et al. 2004; Hanna et al 2005; Ernst 2007; Gün ve Demirçi 2015).

Bu makale ile günümüzde menopoz semptomlarına yönelik kadınların sıklıkla başvurdukları TAT yaklaşımları hakkında bilgi

verilmesi ve literatür doğrultusunda tartışılması hedeflenmiştir.

Menopoz semptomlarına yönelik TAT yaklaşımları iki geniş kategoriye ayrılmaktadır (NCCIH, 2017):

1)Doğal Ürünler: Bitkiler, vitaminler, mineraller ve diyet takviyeleri gibi.

2)Zihin-Beden Uygulamaları: Hipnoz, bilişsel davranışçı tedavi, gevşeme, biofeedback, meditasyon ve aromaterapi gibi.

Bunlara ek olarak, geleneksel Çin tıbbı, refleksoloji ve akupunktur gibi birkaç farklı alternatif tıp yaklaşımı daha bulunmaktadır (NCCIH 2017).

DOĞAL ÜRÜNLER

Vitamin E: E Vitamini, vücutta antioksidan olarak işlev gördüğü düşünülen yağda çözünen bir vitamindir ve sıcak basmaları, ruhsal durum değişiklikleri, vajinal kuruluğu azaltmada etkili olduğu öne sürülmektedir. 1940'lı yıllardaki çeşitli klinik araştırmalarda günlük 50-400IU E vitamini alımının plasebo ile karşılaştırılması sonucu sıcak basmaları ve diğer menopozal şikâyetlerde etkili bir şekilde azalma sağladığı saptanmıştır. Randomize kontrollü olarak 2007 yılında yapılan bir çalışmaya göre, her biri dört hafta boyunca günlük 400 IU E vitamini ardından dört hafta boyunca plasebo alan 50 kadın, E vitamini ile sıcak basması şiddetinin ve sıklığının azaldığını belirtmişlerdir. Buna rağmen günümüzde, menopoz semptomları için E vitamini takviyesinin etkinliğini sonuçlandırmak için yeterli miktarda kanıt bulunamamaktadır (Murkies et al. 1995; Ziaei et al. 2007; Johnson et al. 2019). Yüksek dozlarda E vitamini takviyesi, kanama riskini artırabilir ve warfarin (Coumadin) gibi antikoagulan ilaçlarla etkileşime girebilmektedir (NCCIH 2017).

Bitkisel Östrojenler (Fitoöstrojenler): Geleneksel tıpta kullanımı ve yaygınlığı en fazla olan fitoöstrojenler izoflavonlar, prenil flavonoidler, kumestanlar, lignanlardır. İzoflavonlar soya, yonca, mercimek, fasulye ve nohutta bulunur. Soya fasulyesi çekirdeği yüksek miktarda farmononetin ve biochanin A içerir. Bu kaynaklar dışında izoflavonlar ayçekirdeği, fındık ve cevizde bulunur (Antmen ve Ögenler 2018).

Yapılan bir çalışma (2011) sonucuna göre, soya kullanan kadınların sıcak basması şikâyetleri plasebo grubundaki kadınlara göre anlamlı derecede azaldığı belirtilmiştir. Kuzey Amerika Menopoz Derneği vazomotor semptomlara

yönelik günde 50 mg Soya izoflavonu tavsiye etmektedir. Soya emilimi alkol alımı, antibiyotik kullanımı ve bağırsak rahatsızlıklarından etkilenmektedir (Lagari and Levis 2014; NAMS 2011; Bolanos-Diaz et al. 2011). Bu bağlamda, birlikte kullanılmamasına dikkat edilmelidir.

Aynı zamanda izoflavondan zengin kırmızı yonca ile ilgili 2012'de yayımlanan bir randomize kontrollü çalışmada da kırmızı yonca kullanan grubun plasebo grubuna göre vazomotor semptomlarda belirgin iyileşme gösterdiği, semptomların sıklık ve şiddet yönünden anlamlı derecede azaldığı bildirilmiştir (Lipovac et al. 2012).

Karayılan Otu (Cimicifuga Racemosa L.): Karayılan otu (Cimicifuga racemosa) menopoz semptomları için en çok araştırılan ve popüler bitkisel ilaçlardan biridir. Bitkideki bileşikler östrojen reseptörüne bağlanır ve seçici olarak LH salgılanmasını FSH üzerinde herhangi bir etkisi olmadan bastırır. Bu bitkinin terapötik doz alımının neden olduğu tehlikeli yan etkiler hakkında bir rapor bildirilmemiştir fakat bu bitkinin tüketiminden kaynaklanan bazı yan etkiler, mide ve bağırsakların iltihabını, mide bulantısını ve kusmayı içermektedir (Kargozar et al. 2017). Menopoz dönemindeki 80 kadın ile yapılan bir çalışmaya göre; östrojene karşı karayılan otunun etkisine bakılmış, 12 hafta boyunca karayılan otu kullanan grubun, vajinal epitelyumlarında ve vazomotor semptomlarında iyileşmeler olduğu belirlenmiştir. Ayrıca karayılan otunu kullanan kadınların vazomotor semptomlarındaki azalmanın, plasebo ve östrojen kullanan kadınlara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (Morelli and Naquin 2002). Fakat (2012) yayınlanan bir Cochrane derlemesinde Karayılan otunun menopoz semptomlarının tedavisinde etkinliğinin, kullanımı destekleyecek kanıtların yetersiz olduğu sonucuna varmıştır (Leach and Moore 2012). Karayılan otu preparatları genellikle bitkinin kök ve yeraltı gövdelerinden yapılmakta ve bunlar en çok öğütülmüş toz, sıvı karışım (çay) veya bir hap içinde ekstrakt olarak tüketilebilmektedir (Beer et al. 2013). Ancak çalışma sonuçları menopoz semptomları için yararlı olup olmadığı üzerine karışıktır (NCCIH 2017). Ayrıca karayılan otu kullanan bireylerde mide bulantısı, kusma, baş ağrısı ve baş dönmesi gibi yan etkiler görüldüğü bildirilmiştir (Aygin ve ark. 2018). Karayılan otu, salisilatlar içerdiği için aspirin duyarlılığında kontrendikedir ve altı aydan fazla kullanılmamalıdır. Bilinen ot ilacı etkileşimleri yoktur (Tesch 2003).

Melek Otu (Dong Quai): Melek otu, geleneksel Çin Tıbbında 2000 yıldan daha uzun süredir baharat, tonik ve ilaç olarak başka türdeki bitkilerle birlikte kullanılmakta, geleneksel olarak menopoz şikâyetlerinde ise, vazodilatör ve antispazmolitik etkileri nedeniyle kullanılmaktadır. Sıcak basmalarını rahatlatmadaki etkinliğinin orta düzeydeki östrojenik aktivitesi ve kan damarlarını stabilize eden diğer bileşenlerle olan kombinasyonu nedeniyle olduğu düşünülmektedir (Philp 2003). Ancak, menopoz semptomları için melek otu konusunda çok az araştırma yapılmıştır, dolayısıyla etkileri hakkında herhangi bir sonuca varılamamaktadır (NCCIH 2017). Melek otu ile yapılan klinik bir denemede; postmenopozal kadınlarda sıcak basmaları veya endometrial kalınlaşmanın belirgin olarak azalmadığı bulunmuştur (Fugh-Berman 2003). Ayrıca melek otu, antikoagülan (kan inceltici) ilaç warfarin (Coumadin) ile etkileşime girebilmektedir (NCCIH 2017).

Çuha Çiçeği (Evening Primrose Oil): Çuha çiçeği bitkisinin tohumundan elde edilen çuha çiçeği yağı (EPO) anti-enflamatuar etkileri olan prostaglandin E2'yi artıran omega-3 yağ asitlerini içerir ve vazomotor semptomları rahatlattığı düşünülmektedir (Kargozar et al. 2017). EPO ve plasebonun vazomotor semptomlar üzerindeki etkilerini karşılaştıran bir randomize kontrollü çalışmada, 6 ay boyunca alınan 4 g/d EPO'nun sıcak basmasını azaltmadaki etkisinin plasebodan daha iyi olmadığı bildirilmiş ve menopoz semptomları için EPO kullanımını destekleyecek yeterli kanıt olmadığı belirtilmiştir (Chenoy 1995; Johnson et al. 2019). Ayrıca Çuha çiçeğinin ilaç etkileşimlerine yol açan ve yan etkilere sebep olan antikoagülan maddeler içerdiği bildirilmektedir (Kargozar et al. 2017).

Sarı Kantaron (Hypericum Perforatum L.): Kantaron antrasen türleri (hiperisin ve psödohiperisin), flavonoidler, fenolik bileşikler (hiperforin), prosiyanidinler, C vitamini, karoten, protein, resin ve uçucu yağ içermekte olup farmakolojik aktivitesini hiperisin ve hiperforin oluşturmaktadır (Aksu ve Altınterim 2015; Doğan ve ark. 2018). Hafif ve orta derecedeki depresyon tedavisinde kullanılan sarı kantaron aynı zamanda menopozal semptomların tedavisinde de kullanılmaktadır (Gün ve Demirci 2015). Liu ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan sistematik inceleme ve metaanaliz çalışması sonucuna göre sarı kantaronun menopozal dönemde psikolojik

semptomlar üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (Liu et al. 2014). Perimenopozal kadınlarla yapılan 3 aylık randomize kontrollü çift kör bir çalışma sonucuna göre plasebo grubuna göre tedavi grubunda menopoza özgü yaşam kalitesinde anlamlı düzelme saptanmış, uyku sorunlarında da önemli ölçüde azalma gözlenmiştir. Ancak kadınların sıcak basması sıklığı ve şiddetinde anlamlı bir değişim saptanmamıştır (Al-Akoum et al. 2009).

Sarı kantaron fotosensitivite, gastrointestinal iritasyon, baş ağrısı, alerjik reaksiyonlar, yorgunluk ve huzursuzluk gibi yan etkilere yol açmakta ve diğer ilaçların metabolizmasını önemli ölçüde etkilemekte ve değiştirmektedir (Doğan ve ark. 2018). Sarı kantaron bitkisinin etkileşime girdiği ilaçlar; antikanser ajanlar, antiHIV ajanları, antiinflamatuvar ajanlar (ibuprofen ve feksofenadin), antimikrobiyal ajanlar (eritromisin ve vorikonazol), kardiyoaktif ilaçlar (digoksin, ivabradin, warfarin, verapamil, nifedipin ve talinolol), santral sinir sistemi ajanları, antidiabetik ajanlar (tolbutamid, gliklazid), immunsupresanlar (siklosporin ve takrolimus), oral kontraseptifler, proton pompa inhibitörleri (omeprazol), statinler (atorvastatin ve pravastatin) ve antiastım ilaçlarından teofilin olarak belirtilmektedir (Zhou et al. 2004). Bu bilgiler ışığında asırlardır değişik hastalıkların tedavisinde yer alan sarı kantaron bitkisinin kullanımı ve ilaç etkileşimleri konusunda dikkatli olunmalıdır.

ZİHİN-BEDEN UYGULAMALARI

Hipnoz: Derinden rahatlama, odaklanmış dikkat durumu ve kişiselleştirilmiş zihinsel imgeleme içeren zihin-vücut terapilerinden hipnoz menopozal semptomları hafifletmede uygulanabilmektedir (Johnson et al. 2019). Yakın zamanda yapılan bir pilot çalışmada, hipnozun, sıcak basmaları skorunu azaltmada tek başına venlafaksin 75 mg kadar etkili olarak bulunmuştur. Bunun yanı sıra iki randomize kontrollü çalışma ile sıcak basmaları için 5 seans hipnoterapi alan kadınların, sıcak basmasının şiddet ve sıklığında klinik olarak anlamlı (%69) bir azalma olduğunu belirtilmiştir (Elkins et al. 2007; Elkins et al. 2008). Ek olarak, hipnoz, uyku kalitesi ve cinsel işlevde de iyileşme sağlamıştır (Elkins et al. 2013; Johnson et al. 2016).

Bilişsel Davranışçı Terapi: Bilişsel davranışçı terapi sıcak basmaları, depresyon ve diğer menopoz semptomlarını tedavi etmek için

kullanılan eyleme yönelik psikolojik bir müdahaledir. Bu müdahale eğitim, motivasyonel görüşme, gevşeme, tempolu solunum ve semptomları iyileştirmek için bir takım stratejileri içerebilmektedir (Johnson et al. 2019). Randomize kontrollü olarak planlanan bir araştırmaya göre müdahale grubundaki kadınlarda sıcak basması semptomlarının anlamlı derecede hafiflediği, fakat sıklığında bir değişim olmadığı saptanmıştır (Keefer 2005). Bunun yanı sıra bilişsel davranışçı terapinin menopozda plaseboya oranla hafif düzeydeki depresyonu azaltabildiğini gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (Khoshbooi et al. 2011; Ayers et al. 2012).

Biofeedback ve Gevşeme Teknikleri:

Biofeedback, otomatik olan (cilt sıcaklığı, kalp atış hızı veya kas gerginliği gibi) vücut fonksiyonlarını izlemek ve hastaya “geri bildirim” sağlamak için bir cihaz kullanımınıdır. Bireyin stres tepkilerini kontrol etmesi için kullanılmaktadır (Johnson et al. 2019). Cihaz eşliğinde yavaş tempolu solunum ile müzik dinlemenin kıyaslandığı bir araştırma ile yavaş tempolu solunumun müzik dinlemeye göre sıcak basması sıklığı ve şiddetini daha etkin olarak azalttığı belirtilmiştir (Huang et al. 2015).

Yükselmiş sempatik sinir sistemi aktivasyonu neticesiyle oluşan sıcak basmalarını gidermek için gevşeme teknikleri ile müdahale edilen çalışmaların sistematik bir incelemesinde, 7 randomize araştırma belirlenmiş ve incelenen çalışmaların beşi, gevşeme tekniklerinin (tempolu solunum, progresif kas gevşemesi gibi) sıcak basma sıklığını azaltabileceğini ve menopozun psikolojik semptomlarını iyileştirebileceğini göstermiştir. Gevşeme tekniklerinin vazomotor semptomlar ve stres üzerinde olumlu bir fayda sağlayabileceği sonucuna varılmıştır (Tremblay et al. 2008).

Yoga: Yoga, genellikle mevcut farkındalığı artırmak amaçlı fiziksel ve zihinsel bir egzersiz yöntemi olarak uygulanmakta ve bireyde rahatlama hissi vermektedir. Bunun yanı sıra, yoga genel olarak iyi olmayı sağladığı için menopoz semptomları ile baş etmede de etkili olabileceği belirtilmektedir (Land 2008). Randomize kontrollü beş çalışmayı içeren bir sistematik derlemeye göre, yoganın menopozda psikolojik semptomlar üzerindeki etkileri hakkında orta düzeyde kanıt olduğu sonucuna varılmış fakat somatik, ürogenital veya total menopoz semptomlarının iyileşmesine etkisi ile ilgili herhangi bir kanıt bulunamamıştır. Yoganın psikolojik menopoz semptomları üzerine etkisini

değerlendirmek amacıyla daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulduğuna dikkat çekilmiştir (Cramer 2012).

Aromaterapi: Aromaterapi aynı zamanda esansiyel yağ terapisi olarak da adlandırılan, çeşitli fizyolojik ve psikolojik dengesizlikleri tedavi etmek için bitkilerden doğal olarak elde edilen yağlarla uygulanan bir tedavi yöntemidir. Yağlar vücuda kompres, masaj, buğu veya banyo ile uygulanabilmektedir (Chien et al. 2012; Johnson et al. 2019). Lavanta esansiyel yağı ile plasebonun karşılaştırıldığı bir araştırmaya göre, sıcak basmalarında anlamlı derecede azalma meydana geldiği saptanmıştır. Fakat menopozal semptom yönetimi için bağımsız bir tedavi olarak aromaterapiyi destekleyen kanıtlar yetersiz bulunmaktadır (Chien et al. 2012).

Hemşirelik bakımında kullanım alanı giderek artan aromaterapinin menopozal semptomlara yönelik etkisinin incelenmesi amacıyla güncel çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

TÜM SİSTEM ALTERNATİF TIP YAKLAŞIMLARI

Refleksoloji: Refleksoloji, vücudun belirli organ ve bölgelerinin küçük bir aynası olarak kabul edilen kulaklar, eller ve ayaklardaki refleks noktalarının masajla uyarılması anlamına gelir (Çevik 2013). Vücudun dengede kalmasına ve rahatlamasına yardımcı olmakla birlikte, refleksoloji sinir ve endokrin sistemini tekrar dengeleyerek menopoz semptomlarının azalmasını ve menopoz dönemine yumuşak bir geçiş oluşturulmasını sağlayabilecek yardımcı bir tedavi yöntemidir (Höbek Akarsu ve Kuş 2017). Menapoz giren kadınlarda refleksolojinin uyku bozuklukları üzerine etkisini incelemek amacıyla günde 15 dakika 21 gün süresince refleksoloji uygulanarak yürütülen bir çalışmaya göre, refleksolojinin uyku bozukluklarını azalttığı ve menopozal semptomlarda non farmakolojik bir yaklaşım olarak etkili olduğu bildirilmiştir (Asltoghiri and Ghodsi 2012). Ayrıca, menopozlu kadınlar üzerinde yapılan randomize kontrollü bir çalışmaya göre de refleksolojinin, kadınların sıcak basması semptomunun üzerinde etkili olduğu ve semptomları önemli ölçüde azalttığı belirtilmiştir (Gözüyeşil ve Başer 2016).

Akupunktur: Akupunktur teknikleri geleneksel Çin tıbbından gelmekte ve ciltteki akupunktur noktaları olarak adlandırılan bazı noktalarda cilde küçük iğnelerin yerleştirilmesini içermektedir (Johnson et al. 2019). Akupunkturun etkisi, deri, kas veya diğer innerve

dokulardaki duyuşal reseptörlerin aktivasyonu ile meydana gelmektedir. Buradan yola çıkılarak menopoz semptomlarının giderilmesinde de kullanılmaktadır (Borud and White 2010). Akupunkturun menopoz semptomlarına etkilerini değerlendiren 12 çalışmanın incelendiği bir meta-analizde akupunkturun, sıcak basmasının şiddetini ve sıklığını azalttığı belirtilmektedir (Chiu et al. 2015). Fakat etkinliğin değerlendirilebilmesi için daha fazla kanıt düzeyi yüksek çalışmalara gereksinim duyulmaktadır (Johnson et al. 2019).

SONUÇ

Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler iyileşmede önemli bir araç olarak bütüncül hemşirelik bakımında yerini almıştır. Bu yöntemler, özellikle öz-bakımın sağlanması, hastalığın önlenmesi ve iyileşme durumunun artırılması, anksiyetenin ve ağrının giderilmesi, konforun artırılması durumlarında etkin şekilde kullanılan hemşirelik girişimleridir (Arslan Özkan ve Bilgin 2016).

Günümüzde bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavilere yönelik ilgilerinin artması sonucu, bireyler tamamlayıcı ve alternatif tedaviler konusunda doğru bilgiye ulaşamayarak bu yöntemleri bilinçsiz şekilde kullanabilir ve istenmeyen durumlarla karşılaşabilirler. Bu nedenle tamamlayıcı tıp yöntemlerinin kullanımının yararlı ve zararlı etkilerinin sağlık personeli tarafından bilinmesi önemlidir (Birkan 2014). Bu durumun sonucunda, hizmet amacı birey, aile ve toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamak olan sağlık bakım profesyonellerinin ve sağlık ekibi üyesi olarak hemşirelerin, tamamlayıcı ve alternatif tedavilere rol alması bir zorunluluk haline gelmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerden tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanımına ilişkin hemşirelik uygulamalarını geliştirilmeleri, etkili stratejiler belirlemeleri ve sağlıklı/hasta bireyleri tamamlayıcı ve alternatif tedavileri etkin ve doğru şekilde kullanmaları konusunda yönlendirmeleri beklenmektedir (Turan ve ark. 2010).

Danışmanlık rolleri kapsamında hemşireler, menopoz semptomlarına yönelik TAT kullanımının günümüzde yaygın olarak tercih edilmesi sebebiyle, tamamlayıcı terapiye yönelik bilgisini geliştirmeli, bu bilgisini uygulamaya aktarabilmeli ve menopoz semptomları için tercih edilen bu uygulamaların

riskleri ve yararları konusunda kadınları bilgilendirmelidir.

Hemşirelerin TAT yöntemleri konusunda bilgi sahibi olmaları ve bu yöntemler hakkında danışmalık yapabilmeleri, kadınları bilinçsiz uygulamalardan ve risklerden korumak açısından büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

Aksu Ö, Altınterim B. Kantaron Otu (*Hypericum perforatum*) ve Hiperisin. *Bilim ve Gençlik Dergisi* 2015;3(1):58-64.

Al-Akoum M et al. Effects of *Hypericum Perforatum* (St. John's wort) on Hot Flashes and Quality of Life in perimenopausal women: A Randomized Pilot Trial. *Menopause* 2009;16:307-14.

Antmen ŞE, Ögenler O. İnsan Sağlığında Fitoöstrojenlerin Önemi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi* 2018;8(3):185-190.

Arslan Özkan H, Bilgin Z. Hemşireliğin Felsefi Özünü İyileştirme ve İyileştirici Bakım Yöntemleri. *HSP* 2016;3(3):191-200.

Asltoghiri M, Ghodsi Z. The Effects of Reflexology on Sleep Disorder in Menopausal Women. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2012;31:242-6.

Ayers B et al. Effectiveness of Group and Self-Help Cognitive Behavior Therapy in Reducing Problematic Menopausal Hot Flashes and Night Sweats (MENOS 2): A Randomized Controlled Trial. *Menopause* 2012;19(7):749-59.

Aygin D ve ark. Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarında Fitoterapi. *Androloji Bülteni* 2018;20:126-132.

Birkan I. Muzikle Tedavi, Tarihi Gelisimi ve Uygulamaları. *Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi* 2014;1:37-49.

Bolanos-Diaz R et al. Soy Extract Versus Hormone Therapy for Reduction of Menopausal Hot Flashes: Indirect Comparison. *Menopause* 2011;18(7):825-29.

Borud E, White A. A Review of Acupuncture for Menopausal Problems. *Maturitas* 2010;66(2):131-134.

Chenoy R et al. Effect of Oral Gamolenic Acid from Evening Primrose Oil on Menopausal Flushing. *BMJ* 1994;308(6927):501-3.

Chien LW et al. The Effect of Lavender Aromatherapy on Autonomic Nervous System in Midlife Women with Insomnia. *Evid Based Complement Alternat Med* 2012;740813. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/740813>.

Chiu HY et al. Effects of Acupuncture on Menopause-Related Symptoms and Quality of Life in Women in Natural Menopause: A Metaanalysis of Randomized Controlled Trials. *Menopause* 2015;22(2): 234-244.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

YAZARLARIN KATKI DÜZEYLERİ

FK, ÖDB: literatür tarama, FK, ÖDB: derlemenin planlanması ve yazımı ÖDB: kritik okuma

Cramer H et al. Effectiveness of Yoga for Menopausal Symptoms: A Systematic Review and Metaanalysis of Randomized Controlled Trials. *Evid Based Complement Alternat Med* 2012; 863905. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/863905>.

Çevik K. Hemşirelikte Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi: Refleksoloji. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2013;29(2):71-82.

Ernst E. Herbal Medicines: Balancing Benefits and Risks. *Novartis Found Symp* 2007;282(15472):212-8.

Elkins G et al. Pilot Evaluation of Hypnosis for the Treatment of Hot Flashes in Breast Cancer Survivors. *Psychooncology* 2007;16(5):487-92.

Elkins G et al. Randomized Trial of A Hypnosis Intervention for Treatment of Hot Flashes among Breast Cancer Survivors. *J Clin Oncol* 2008;26(31):5022-6.

Elkins GE et al. Clinical Hypnosis in the Treatment of Post-Menopausal Hot Flashes: A Randomized Controlled Trial. *Menopause* 2013;20(3): 291-8.

Fugh-Berman A. Bust Enhancing Herbal Products, *Obs. & Gyn* 2003;101(6):1345-9.

Görsel E, Çakıroğlu F. Menopoz Döneminde Kadın. 1. baskı. Ankara: Ankara Üniversitesi Basım Evi; 2007. p.1-13.

Gözüyeşil E, Başer M. The Effect of Foot Reflexology Applied to Women Aged Between 40 and 60 on Vasomotor Complaints and Quality of Life". *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2016;24:78-85. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.05.011>.

Gün Ç, Demirci N. Menopozda Bitkisel Tedavi Kullanımı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2015;24(4):530-20.

Hanna K et al. Does Scientific Evidence Support The Use Of Non-Prescription Supplements For Treatment Of Acute Menopausal Symptoms Such As Hot Flashes? *Nutr Diet* 2005;62(4):138-51.

Huang AJ et al. Device-Guided Slow-Paced Respiration for Menopausal Hot Flashes: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*, 2015;125(5): 1130-8.

Höbek Akarsu R, Kuş B. Menapozal Sıcak Basması Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017; 6(2):104 -112.

Johnson AK et al. Hypnotic relaxation therapy and sexual function in postmenopausal women: results of

a randomized controlled clinical trial. *Int J Clin Exp Hypn*, 2016;64(2):213-24.

Johnson A et al. Complementary and Alternative Medicine for Menopause. *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine*, 2019;24:1-14.

Kargozar R et al. A review of effective Herbal Medicines in Controlling Menopausal Symptoms. *Electronic Physician* 2017;9(11):5826-33.

Keefe L, Blanchard EB. A Behavioral Group Treatment Program for Menopausal Hot Flashes: Results of A Pilot Study. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 2005;30(1):21-30.

Khoshbooi R et al. Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy on Depression among Iranian Women Around Menopause. *Aust J Basic Appl Sci* 2011;5(11): 991-5.

Lagari VS, Levis S. Phytoestrogens for Menopausal Bone Loss and Climacteric Symptoms. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2014;139(8):294-301.

Land A. Hamilelikte Yoga. Bedensel, Zihinsel ve Ruhsal Bütünlük. 1. baskı. İstanbul: Alfa yayınları; 2008. p.1-96

Leach MJ, Moore V. Black Cohosh (*Cimicifuga* spp.) for Menopausal Symptoms. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD007244. DOI: 10.1002/14651858.CD007244.pub2.

Lipovac M et al. The Effect of Red Clover Isoflavone Supplementation Over Vasomotor and Menopausal Symptoms in Postmenopausal Women. *Gynecol Endocrinol* 2012;28(3):203-7.

Liu YR et al. *Hypericum Perforatum* L. Preparations for Menopause: A Meta-Analysis of Efficacy and Safety. *Climacteric* 2014;17(4):325-35.

Morelli V, Naquin C. Alternative Therapies for Traditional Disease States: Menopause. *American Family Physician* 2002;66(1):129-135.

Murkies AL et al. Dietary Flour Supplementation Decreases Postmenopausal Hot Flashes: Effects of Soy and Wheat. *Maturitas* 1995;21(3):189-195.

US Department of Health and Human Services. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). Complementary, alternative, or integrative health what's in a name. Retrieved 20/12/2017 from <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health#types>, 2017. <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary->

[alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name](https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-or-integrative-health-whats-in-a-name)

Erişim tarihi: 13.01.2020

North American Menopause Society. The Role of Soy Isoflavones in Menopausal Health: Report of the North American Menopause Society/Wulf H. Utian Translational Science Symposium in Chicago. *Menopause* 2011;18(7):732-53.

Özcan H, Oskay Ü. Menopoz Döneminde Semptom Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Göztepe Tıp Dergisi* 2013;1(28):163-57.

Philp HA. Hot Flashes-A Review of the Literature on Alternative and Complementary Treatment Approaches. *Alternative Medicine Review* 2003;8(3):284-302.

Secreto G et al. Soy Isoflavones and Melatonin For The Relief of Climacteric Symptoms: A Multicenter, Double-Blind, Randomized Study. *Maturitas* 2004;47(1):11-20.

Şen E, Sevil Ü. Menopoz Semptomlarında Tamamlayıcı Tedaviler. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2008;16(62):136-42 .

Tesch BJ. Herbs Commonly Used by Women: An Evidence-Based Review. *Am J Obstet Gynecol*, 2003;188(5 Suppl):44-55.

Tremblay A et al. Psychoeducational Interventions to Alleviate Hot Flashes: A Systematic Review. *Menopause* 2008;15(1):193-202.

Turan N et al. Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010;3(1):103-8.

Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği. Üreme Çağı Sonrası Kadın Sağlığı & Menopoz Hormon Tedavisi. 1. baskı. İstanbul: Güncel Kılavuz; 2017. p.1-20

Zhou S et al. Pharmacokinetic Interactions of Drugs with St John's Wort. *Journal of Psychopharmacology* 2004;18(2):262-76.

Zolnierczuk-Kieliszek D et al. Quality of Life in Peri-and Post-Menopausal Polish Women Living in Lublin Province-Differences between Urban and Rural Dwellers. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2012; 19(1):129-33.

Ziaei S et al. The Effect of Vitamin E on Hot Flashes in Menopausal Women. *Gynecol Obstet Invest* 2007;64(4):204-7.

EXTENDED ABSTRACT

Menopause is associated with problematic symptoms, including hot flashes, sleep problems, mood disorders, sexual dysfunction, weight gain, and declines in cognitive functioning. Menopausal symptoms especially hot flashes, is one of the most common gynecological problems during menopause. Due to the side effects of hormone therapy, herbal and complementary medicines are always of immense interest to people in the treatment and management of the symptoms and complications of menopause. Complementary and alternative therapies (CAM) have been used worldwide for thousands of years. However, not all complementary and alternative interventions are effective and safe. It is important for healthcare professionals to be aware of the risks and benefits of these preferred practices for menopausal symptoms. This article aims to provide information about CAM approaches that women frequently resort to for menopausal symptoms.

CAM approaches to menopausal symptoms fall into two broad categories: body-mind applications (eg, hypnosis, cognitive behavioral therapy, relaxation, biofeedback, meditation and aromatherapy) and natural products (eg plants, vitamins, minerals and dietary supplements). In addition, there are several other alternative medicine approaches (eg, traditional Chinese medicine, reflexology and acupuncture).

Mind-Body Applications: Mind and body practices may be of benefit in reducing stress and bothersomeness of some menopausal symptoms. Hypnosis: Hypnosis is a mind-body intervention that has consistently shown to have a clinically significant effect on reducing hot flashes. Hypnosis from mind-body therapies including deep relaxation, focused attention and personalized mental imagery can be used to alleviate menopausal symptoms. Cognitive Behavioral Therapy: Cognitive behavioral therapy is an action-oriented psychological intervention used to treat hot flashes, depression, and other menopausal symptoms. Biofeedback and Relaxation Techniques: In a study comparing slow paced breathing and listening with music, it was reported that slow paced breathing reduced the frequency and intensity of hot flashes more effectively than listening to music. Yoga: It is stated that yoga can be effective in coping with menopause symptoms as it provides good in general.

Whole System Alternative Medicine Approaches

Reflexology: Reflexology, while helping the body to relax, rebalancing the nervous and endocrine system is a treatment method that can help reduce menopause symptoms and create a smooth transition to menopause. Acupuncture: Acupuncture techniques come from traditional Chinese medicine and involve the placement of small needles in the skin at some points called skin acupuncture points (Johnson et.al, 2019). It is also used for the relief of menopause symptoms.

Natural Products

Vitamin E: Vitamin E is a fat-soluble vitamin that is thought to function as an antioxidant in the body and is suggested to be effective in reducing hot flashes, mood changes, and vaginal dryness. One of the roles of health professionals is informing women experiencing menopausal hot flashes about the use of non-pharmacological methods for symptom control. Plant Estrogens (Phytoestrogens): Plant components containing estradiol structurally and functionally or having similar estrogenic activity. Phytoestrogens are plant-derived polyphenolic nonsteroidal compounds. Phytoestrogens have many effects including anticancer, reduction of menopausal symptoms, osteoporosis, prevention of cardiovascular diseases, and anticarcinogenic. But, it should not be ruled out that phytoestrogens, which can be taken directly or indirectly for the purpose of protection or treatment in many diseases including cancer, may have harmful effects on human health. Black cohosh (*Cimicifuga Racemosa L.*): The compounds in the plant bind to the estrogen receptor and selectively suppress LH secretion without any effect on FSH. Angelica (Dong Quai): Traditionally used in menopause complaints because of vasodilator and antispasmodic effects. Its effectiveness in relieving hot flashes is thought to be due to its moderate estrogenic effect and its combination with other components that stabilize blood vessels. Evening Primrose Oil: Evening primrose oil (EPO) contains omega-3 fatty acids that increase prostaglandin E₂ with anti-inflammatory effects and is thought to relieve vasomotor symptoms.

As a result, Complementary and Alternative Therapies have taken their place in holistic nursing care as an important tool in healing. These methods are effective nursing interventions, especially in self-care, prevention and improvement of disease, relief of anxiety and pain, and improvement of comfort. Within the scope of these roles, nurses should develop their knowledge of complementary therapy, and to inform women about the risks and benefits of these preferred practices

for menopausal symptoms, since CAM is widely used today for menopausal symptoms. Evidence is mixed in regard to the efficacy of natural products and there are some safety concerns. Natural Products can play an important role in the treatment of menopause; however, further studies are required to buttress their efficacy in the treatment of the menopausal symptoms. Health care providers should consider the evidence on CAM in providing an integrative health approach to menopausal symptom management.

JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİ ALANLARINDA ADLİ OLAYLAR VE EBELİK YAKLAŞIMI

FORENSIC CASES IN THE FIELDS OF GYNECOLOGY AND OBSTETRY AND MIDWIFERY APPROACH

Resmiye KAYA ODABAŞ*, Ayten TAŞPINAR**

*Doktora Öğrencisi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Bölümü, Aydın /Türkiye.



0000-0002-4470-0231

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



0000-0001-7918-2457

Yazışma Adresi:

Resmiye KAYA ODABAŞ
e-posta:r_1992_k@hotmail.com

Gönderim Tarihi : 17 Şubat 2020

Kabul Tarihi : 19 Mart 2020

ÖZ

Ebeler çalışma alanları gereği birçok adli olay ile karşılaşmakta olup aynı zamanda bu kişilerle ilk temas kuran sağlık profesyonellerindedir. Adli olaylarda, başta hekim olmak üzere ebeler de uygun ve yeterli bildirim yapmaktan sorumludur. Jinekoloji ve obstetri alanında kadına/gebeye karşı şiddet, tecavüz kaynaklı gebelik, rızasız genital muayene, gebelikte madde bağımlılığı, çocuk düşürme/düşürtme, adolesan gebelikler ve bebek karıştırma konuları yer almaktadır. Bu adli olayların bildiriminden hekim, ebe ve hemşireler sorumludur. Aynı zamanda ebenin kadın ve çocuk sağlığı adli olaylarında; öykü alma, fiziksel muayene, kanıtın tanımlanması, kanıtın toplanması, kanıtın saklanması, kanıt koruma zincirinin sağlanması ve kanıtın kayıt edilmesinde önemli görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Ebelerin adli olayların bildiriminde yeterli bilgi sahibi olmaları için lisans ve lisansüstü eğitimlerinde adli konuları içeren derslerin eklenmesi ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerle konunun anlaşılabilirliğinin artırılması önerilmektedir. Bu derlemede; jinekoloji ve obstetri alanının konuları olan kadına/gebeye karşı şiddet, tecavüz kaynaklı gebelik, rızasız genital muayene, gebelikte madde bağımlılığı, çocuk düşürme/düşürtme, adolesan gebelikler ve bebek karıştırma konuları incelenmiştir.

Anahtar kelimeler: Adli olay; ebelik; jinekoloji; obstetri.

ABSTRACT

Midwives encounter many forensic cases due to their areas of assignment, and are also among the first healthcare professionals to have contact with these people. In forensic cases, first of all, physicians as well as midwives are responsible for appropriate and adequate reporting. In the field of gynaecology and obstetrics, incidents such as violence against women / pregnant women, rape pregnancy, unauthorized genital examination, substance abuse during pregnancy, abortion/illegal abortion, adolescent pregnancies and baby switching occur. Physicians, midwives and nurses are responsible for reporting these forensic cases. Moreover, in forensic cases in women's and children's health; the midwife has important roles and responsibilities in taking history, physical examination, defining the evidence, collecting the evidence, preserving the evidence, ensuring the chain of evidence protection and recording the evidence. In order for midwives to have sufficient information about reporting forensic cases, introduction of courses containing forensic subjects in undergraduate and graduate education, and post-graduate in-service trainings to increase the comprehension of the subject are recommended. In this review, the subjects of; violence against women / pregnant women, rape pregnancy, unauthorized genital examination, substance abuse during pregnancy, abortion/illegal abortion, adolescent pregnancies and baby switching in gynaecology and obstetrics are examined.

Keywords: Forensic cases; midwifery; gynaecology; obstetrics.

Atıf için (How to cite): **Kaya Odabaş R, Taşpınar A. Jinekoloji ve Obstetri Alanlarında Adli Olaylar ve Ebelik Yaklaşımı. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;3(2):143-150.**

GİRİŞ

Ebeliğin tanımı Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından, “Gebelik sırasında, doğumda ve doğumdan sonra gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak, yenidoğanın bakımını, aile planlaması danışmanlığını yapmak üzere eğitilmiş kişi” olarak tanımlamıştır (WHO 2016). Ebelik mesleğinin kökü çok eski çağlara dayanmakla birlikte ebelik felsefesi ve etik kodlar ile profesyonelleşerek tıp meslekleri arasında yerini almıştır (Yıldırım ve ark. 2014). Türkiye’de bu profesyonel meslek grubunun üyesi olan ebeler ile ilgili kanun, halen yürürlükte olan, “1928 tarihli 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” dur. (Resmi Gazete 1928). Ülkemizde ebeler için halen bu kanun geçerli olup buna ek olarak ebeleri ilgilendiren bazı yönetmeliklerde bulunmaktadır.

Türk Ceza Kanunu (TCK) (2004)’nın 280. maddesinin 2. fıkrasında sağlık çalışanı için “Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır” tanımı yapılmıştır. Bu bağlamda da aşağıdaki maddelerden ebelerde sorumlu tutulmuştur. Bunlar; Madde 280. (1) “Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır”.

MADDE 281. (1) “Gerçeğin meydana çıkmasını engellemek amacıyla bir suçun delillerini yok eden, silen, gizleyen, değiştiren veya bozan kişi, altı aydan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Kendi işlediği veya işlenişine iştirak ettiği suçla ilgili olarak kişiye bu fıkra hükmüne göre ceza verilmez” (TCK 2004).

Ebeler birçok alanda çalışmakta olup bu çalışma alanları; doğumhane, obstetri ve jinekoloji servisleri, yenidoğan servisleri, pediatri servisleri, aile sağlığı merkezleri, sağlık evleri ve toplum sağlığı merkezleri gibi yerlerden oluşmaktadır. Bu bağlamda ebeler adli olaylarla sık sık karşılaşabilmektedirler. Ebeler adli olaylarda bireyle ilk temas kuran, eşyalarına ilk dokunan sağlık profesyonellerindedir (Aksu 2017). Adli olaylarda sorumluluk açısından hekim, ebe ve hemşirelerin ceza sorumluluğu ayrılmamış ve ebelerde TCK (2004)’ya göre bildirim yapmaktan sorumlu tutulmuştur. Bu nedenle hekimlerin mesleki sorumluluklarını düzenleyen tüm kurallar, tüm sağlık profesyonelleri için de geçerlidir. Bu derlemede jinekoloji ve obstetri alanından, kadına/gebeye

karşı şiddet, tecavüz kaynaklı gebelik, rızasız genital muayene gebelikte madde bağımlılığı, çocuk düşürme/düşürtme, adölesan gebelikler ve bebek karıştırma konuları incelenmiştir.

Kadına/Gebeye Karşı Şiddet

Dünyada ve ülkemizde kadına yönelik şiddet, kadın olmasından dolayı uygulanan ve kadınları orantısız bir biçimde etkileyen şiddet anlamına gelir. Kadınlara ve kız çocuklarına yönelik şiddet, kadının insan hakları ihlali, kadına yönelik ayrımcılığın bir biçimi olup suç kabul edilmektedir (Taşpınar ve ark. 2008; Güler 2010). Dünyada kadınların hayatlarının herhangi bir döneminde fiziksel şiddet görme oranları Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM) (2016)’nın belirttiğine göre; Nijerya’da %27.8, Avusturya’da %17, Danimarka’da %48, Fransa’da %42 ve Yunanistan’da %24 iken ülkemizde ise %36 olup en çok Orta Anadolu Bölgesi’nde görülmektedir.

Gebelikte de yaygın olan şiddet hem anne hem de fetus sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur (Demir ve Oskay 2015). Gebelerin şiddet yaşama oranları dünyada %15 ile %56.3 arasında değiştiği görülmektedir (Jamshidimanesh et al. 2013; Almeida et al. 2017; Field et al. 2018). Ülkemizde yapılan bir çalışmada gebelerin %18.5’inin gebeliklerinden önce, birden fazla gebeliği olanların %16.6’sının daha önceki gebeliklerinde ve %10.3’ünün ise şuan ki gebeliklerinde fiziksel şiddete uğradıkları saptanmıştır (Taşpınar ve ark. 2008). Başka bir çalışmada ise gebelerin %10.9’unun fiziksel, %52.6’sının duygusal, %31.7’sinin ekonomik ve %8.3’ünün cinsel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (Sağkal ve ark. 2014).

Aile içi şiddete uğrayan gebeler/kadınlar sıklıkla birinci basamak sağlık kurumlarına başvurabilmektedir (Elmalı ve ark. 2011). Kadınlara ilk temas eden kişi olarak ebeler, aile içi şiddeti tanılama ihtimali yüksek olan sağlık profesyonelleridir. Ancak bazen bu şiddet mağdurlar tarafından gizlenmekte olup ebeğin şiddetin farkına varması ve şiddet olasılığını değerlendirmesi güçleşmektedir (Elmalı ve ark. 2011; Kara ve ark. 2018). Birinci basamak sağlık kurumlarında şiddetin ortaya çıkarılması için “Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Tarama Formu” kullanılmaktadır (Chang et al. 2005; Yanikkerem ve ark. 2006; Bozkurt ve ark. 2013). Aile içi şiddet kadınlar tarafından gizli tutulduğundan bunun farkına varılması ve ortaya çıkarılması önemlidir. Ebeler, gebeleri, aile içi şiddet açısından sorgulama ve gerekli durumlarda kadını uygun

merkezlere yönlendirmesiyle hem anne-çocuk sağlığına hem de toplum sağlığına katkıda bulunacaklardır (Elmalı ve ark. 2011; Aher and O'Connell 2012).

Ebelerin, şiddet, travma ve diğer suç olgularının failleri ve bu olaylardaki mağdurların muayenesi, biyolojik ve fiziksel kanıtların toplanması ve korunması, mağdur ve yakınlarının destek ve rehabilitasyonu, eğitim ve danışmanlık yapma ve şiddeti önleme konusunda rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (Aksu 2017). Ebeler, TCK (2004)'nın 280. maddesi gereği aile içi şiddete maruz kalan kadınları/gebeleri tespit ettikleri takdirde kolluk kuvvetlerine bildirmekle yükümlüdür. Aile içi şiddet nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlara yönelik adli vaka raporu tutma yetkisi hekime verilmiştir (Efe 2012).

Tecavüz Kaynaklı Gebelik

Geleneksel tanımlarda tecavüz; bir kadınla isteği dışında, zorla cinsel ilişki kurulması olarak tanımlanmaktadır (Atman 2003). Tecavüze uğramış bireye bakım ve danışmanlık sunmada ebelerin anahtar konumda olması beklenmektedir (Temel ve Şişman 2013; Ataman ve ark. 2017). Saldırıya uğrayan bireyler, şikayet sonrası saldırganın kendisine zarar vermesinden korkma ve çalışanlara güvenmeme gibi çeşitli sebeplerden dolayı olayı saklama eğilimindedirler. Bu nedenle cinsel istismar olgularının gerçek insidansı bilinmemektedir (Temel ve Şişman, 2013).

Cinsel saldırı sonrası gebelik oluşabilmekle beraber gebeliğin oluştuğu durumlarda mağdur hukuki olarak çocuğu istememe hakkına sahip olup böylece gebeliğin sonlandırılması söz konusu olmaktadır (Ekizoğlu ve ark. 2008). Ülkemizde yeni TCK (2004) ile kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması halinde, süresinin yirmi haftadan fazla olmaması, kadının rızası olması ve uzman hekimler tarafından hastane ortamında gerçekleşmesi koşuluyla gebeliğin sonlandırılabilceği belirtilmiştir. Tecavüz olguları da sağlık personeli tarafından TCK (2004) gereği bildirim zorunlu konulardandır.

Rızasız Genital Muayene

Genital muayene kavramı, cinsel organlar veya anüs bölgesinde yapılan muayene olarak değerlendirilmektedir (Celbis ve ark. 2004). Genital muayene yoluyla bir kadının daha önceden cinsel ilişkiye girip girmediğinin tespit edilmesine bekaret kontrolü veya hymen muayenesi denir. Bu bağlamda hymen muayenesi de genital muayene kapsamında yer almaktadır

(Demirci ve ark. 2008). Kadınların, rızası olmadan hymen muayenesi yapıldığında muayeneyi yapanı şikayet etme ve emniyet güçlerinden muayeneye getiren kişilere karşı koruma talep etme hakkı bulunmaktadır (Süt ve Küçükaya 2016). TCK (2004)'ya göre; "Madde 287 (1) "Yetkili hakim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında üç aydan bir yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Bulaşıcı hastalıklar dolayısıyla kamu sağlığını korumak amacıyla kanun ve yönetmeliklerde öngörülen hükümlere uygun olarak yapılan muayeneler açısından yukarıdaki fıkra hükmü uygulanmaz" ibareleri bulunmaktadır. Ayrıca ebelerin yasal olarak hymen muayenesi yapma ve raporlama yetkileri bulunmamakla birlikte Gürsoy ve Vural (2003)'ın yaptığı çalışmaya göre ebe ve hemşirelerin %80'inin hymen muayenesine katıldıklarını belirlenmiştir. Ebeler muayene yapmasa bile rızasız genital muayeneye şahit olduklarında TCK (2004)'nın 287. maddesi gereği bunu yasal olarak savcılığa bildirmeleri gerekmektedir.

Gebelikte Madde Bağımlılığı

Gebelikte alkol, uyuşturucu ve diğer psikoaktif maddelerin kullanılması, düşük, ölü doğum, düşük doğum ağırlığı, prematürite, fiziksel bozukluklar ve nörolojik hasar dahil olmak üzere hem anne hem de çocuk için çok sayıda sağlık ve sosyal sorunlara yol açabilmektedir (İzci ve Bilici 2015). Gebelikte bu tip maddelerin kullanımı hem maternal hem de fetal anomalilere neden olabilmektedir. Aynı zamanda madde kullanımı olan gebelerin doğum öncesi takipleri ya yapılmamakta ya da eksik kalmaktadır (Bhuvaneswar et al. 2008; Genç ve Mihmanlı 2014; İzci ve Bilici 2015). Gebe muayenesinde, ilk obstetrik ziyaret, madde kullanımını tanılanmasında ve müdahale edilmesine olanak sağlamaktadır. Ebe bakım verirken ilk ziyarette ayrıntılı öykü alır. Gebe hizmet almaya geldiğinde durum tespit edilince sosyal hizmet uzmanına yönlendirilmesi önemli bir noktadır. Ancak bazen de gebe madde kullandığını saklayabilmekte ya da inkar edebilmektedir. Bu yüzden verilen bakımda soruları doğru bir şekilde sormak çok önemlidir. Anlaşılabileceği üzere ebeler madde kullanımı olan gebeyi tanılamada ve yönlendirmede anahtar rol oynamaktadır (Wright and Walker 2007).

Çocuk Düşürme/Düşürtme (Küretaj)

Küretaj, genel anlamda rahim içinde istenmeyen gebeliğin tahliyesi anlamına gelir.

Tıbbi literatürde gebelik terminasyonu, gebelik sonlandırılması veya dilasyon olarak da adlandırılır (Dönmez 2007). Anayasanın 99. maddenin 2. fıkrasında, “Tıbbi zorunluluk bulunmadığı halde, rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi 10 haftadan fazla olan bir kadının çocuğunu düşürten kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Bu durumda, çocuğunun düşürtülmesine rıza gösteren kadın hakkında bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hüküm olunur” denilmiştir. Yine aynı maddenin 6. fıkrasında ise, “Kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması hâlinde, süresi 20 haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak koşuluyla, gebeliği sona erdirene ceza verilmez. Ancak, bunun için gebeliğin uzman hekimler tarafından hastane ortamında sona erdirilmesi gerekir” hükmü, cinsel saldırı sonucu gebe kalınması halinde küretaj için 20 haftaya kadar izin vermektedir. 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun’un 5. maddesinde gebeliğin sona erdirilmesine dair hükümler düzenlenmiştir. Bu kanunun 2. fıkrasında, “Gebelik süresi 10 haftadan fazla ise rahim ancak gebelik, annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı hallerde doğum ve kadın hastalıkları uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile tahliye edilir” ibaresi yer almaktadır. Yasanın “5 inci maddesinde belirtilen müdahale, gebe kadının iznine, küçüklerde küçüğün rızası ile velinin iznine, vesayet altında bulunup da reşit veya mümeyyiz olmayan kişilerde reşit olmayan kişinin ve vasinin rızası ile birlikte sulh hakiminin izin vermesine bağlıdır. Ancak akıl maluliyeti nedeni ile ceza rüşte sahip olmayan gebe kadın hakkında rahim tahliyesi için kendi rızası aranmaz” ibaresi yer almaktadır (Resmi Gazete 1983). Ayrıca ebelerin yasal olarak çocuk düşürme/yardım etme konusunda yetkileri bulunmamakta olup, ebeler, kadınlardan gelen çocuk düşürme isteği ile karşılaşabilmektedir (Karahana 2012).

Adölesan Gebelikler

Adölesan kelimesi 10-19 yaş arasında çocukluktan yetişkinliğe geçiş olarak tanımlanmaktadır. Bedensel, psikolojik, algısal ve sosyo ekonomik değişimin yaşandığı bu dönemde birçok sağlık sorunu bulunmaktadır. Bununla beraber bu sorunlarının en önemli üreme sağlığı sorunlarından biri de adölesan gebeliklerdir (WHO 2020). Ülkemizde adölesan gebeliğin bildirim zorunlu olup bununla ilgili Türk Ceza Kanunu (TCK) (2004)’ün 103. ve 104.

maddelerine göre 15 yaşın altındaki çocuğa karşı gerçekleşen her türlü cinsel eylemi şikayete bakmaksızın suç olarak kabul etmektedir. Ancak 15 yaşını doldurmuş çocuklarda ise cinsel eylemde cebir, tehdit ve hile yoksa ve çocuk adli şikayette bulunmuyorsa herhangi bir cezai yaptırım uygulanmamaktadır. TCK (2004)’nın 104. Maddesine göre; “Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, on beş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” ibaresi bulunmaktadır. TCK (2004)’nın 280. maddesine göre “Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” ibaresi bulunmaktadır. Bu madde ile ebenin bu durumu ihbar etmesi zorunlu hale gelmektedir.

Bebek Karıştırma

Hastanelerde her yıl, birçok yeni doğan bebek ya kaçırılmakta ya da karıştırılmaktadır. Bebek karıştırma ebenin dikkatsizliği sonucunda ya da bebek sahibi olmak isteyen aileler tarafından rüşvet verilerek bebekleri değiştirme şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Türkmen ve Genç 2017). TCK (2004)’te bir çocuğun soy bağına değiştiren veya gizleyen kişinin 1 yıldan 3 yıla kadar ceza alacağı belirtilmektedir. Bebek doğduğunda kayıtların özenli bir şekilde tutulması büyük önem taşımaktadır. Bu olguların değerlendirilmesinde sağlık personeli tarafından düzenlenen ve saklanan belgeler esas alınır bu nedenle sağlık mensubunun kayıt tutma zorunluluğu vardır. Ebelerin yaptıkları işlemlerde ve girişimlerde kayıt tutarken tarih belirterek dikkatlice yazmaları ve imzalı olması gerekmektedir (Çevik ve Başer 2012).

Adli Olgularda Ebelerin Roller ve Sorumlulukları

Jinekoloji ve obstetri alanların birçok adli vaka yaşanmakla beraber bunları ilk gören sağlık profesyonellerinden biri de ebelerdir. Kanunlar sorumluluk açısından hekim, ebe ve hemşirenin ceza sorumluluğunu ayırmamıştır. Mesleki sorumlulukları düzenleyen tüm kurallar, tüm sağlık profesyonelleri için geçerlidir. Kanunlar ve yapılan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda adli kanıtların tanımlanması, toplanması, saklanması ve kayıt altına alınmasında ebelere önemli görevler düştüğü görülmektedir (McGillivray 2005).

Öncelikle sağlık birimine başvuran her bireye adli olup olmadığına bakılmaksızın gerekli olan tıbbi müdahalenin yapılması kanuni zorunluluktur (TCK 2004). Adli vakalarda ise tıbbi müdahalenin yanında ilk basamak hastanın öyküsünün alınmasıdır. Adli vakada genel öykü alınıp buna ek olarak olay ile ilgili sorular (olayın ne, nerede ve ne zaman olduğu) sorulmalıdır. Öykü alınırken dikkat edilmesi gereken noktaların en önemlisi de kadının/gebenin sözel ifadeleri değiştirilmeden aynen kayıt altına alınması ve yönlendirme yapılmamasıdır (Özden ve Yıldırım 2009). Hastanın öyküsü alındıktan sonra diğer basamak adli kanıtın tanımlanmasıdır. Adli vakayla ilgili küçük detayların farkına varılması ve kayıt edilmesi adli bir olayı ortaya çıkarabilir. Kanıtların tanımlanmasının ardından kanıtların toplanması diğer basamağı oluşturmaktadır (Lynch 2006). Adli vakalarda anamnezden sonra yapılması gereken işlem kanıtların toplanmasıdır. Bu süreçte kadının/gebenin kıyafetleri büyük önem taşımaktadır. Çünkü bu kıyafetler kan, seminal mai, saç, iplik, toprak, bitki, barut, cam kırıklarını bulundurabilmektedir. Kıyafetlerin yere serilen kağıt üzerinde çıkartılması ve silkelmemesi sağlanmalıdır. Bu kıyafetlerden düşecek kanıtların kaybolmaması açısından önemlidir. Çıkarılan giysiler özenle saklanmalı ve katlanmamasına dikkat edilmelidir. Kadından örnek alınırken pens veya cımbız kullanılarak örneğin alınması, alındıktan sonra da toplanan örneğin temiz bir torbaya konularak üzerine bilgilerin yazılması gerekmektedir. Eğer kişide yara var ise yaranın özellikler tanımlanmalı, silah yarası var ise de yapışkan kağıt bantla örnek alınarak kayıt altına alınmalıdır (Evans 2003; Lynch 2006).

KAYNAKLAR

Aher A, O'Connell R. Midwifery Matters: Domestic abuse in pregnancy. WIN 2012; 20(7): 45-53.
Aksu S. Adli Ebelik. HSP 2017;4(3):277-84.
Almeida FSJ et al. Domestic Violence in Pregnancy: Prevalence and Characteristics of the Pregnant Woman. J Clin Nurs 2017;26(15-16):2417-25.
Ataman H ve ark. Kadın Sağlığında Adli Hemşirelik Uygulamaları. STED 2017;26(6):256-60.
Atman ÜC. Kadına Yönelik Şiddet; Cinsel Taciz / Irza Geçme. STED 2003;12(9):333-5.
Bhuaneswar CG et al. Cocaine and Opioid Use During Pregnancy: Prevalence and Management. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2008;10(1):59-65.
Bozkurt ÖD ve ark. Ebelik Öğrencilerinin Gebelikte Şiddet Konusundaki Bilgi, Görüş ve Mesleki

“Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti” hakkında Yönetmelik (2005) gereğince bir suçla ilişkin delil elde etmek için şüpheli ya da sanığın vücudundan kan veya benzeri biyolojik örneklerle saç, tırnak veya tükürük gibi örneklerin alınması tabip tarafından veya tabip gözetiminde sağlık mesleği mensubu diğer bir kişi tarafından yapılabilmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Jinekoloji ve obstetri alanlarında adli olaylarla sık karşılaşılmakta olup ebeler gebelerle ilk temas kuran sağlık profesyonellerindedir. Adli olaylarla sık karşılaşan ebeler adli olayların bildiriminde ve bakım vermede görevli olup kanıtların toplanması ve korunmasında önemli rolleri bulunmaktadır. Bu konularda ebelerin lisans ve lisansüstü müfredatlarına adli konularla ilgili derslerin eklenmesi sağlanmalıdır. Ayrıca diğer alanlarda olduğu gibi kaliteli bir sağlık hizmeti için ebelik temel eğitimi içinde mutlaka adli tıbbın temel konuları (deliller ve toplanması, yaralar vb.) yer almalıdır. Hizmet içi eğitimlerle ebeler adli olaylarla ilgili bilgilerini ve yaklaşımlarını sürekli güncellemeli, adli olayların bildiriminde güven prensibi çerçevesinde ekip çalışmasının önemine dikkat etmelidir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Derlemenin yazarları arasında herhangi bir kişisel ve finansal çıkar çatışması bulunmamaktadır.

YAZARLARIN KATKI DÜZEYLERİ

Derlemenin tasarlanmasında ve yazımında her iki araştırmacı ortak katkı sağlamıştır.

Tutumlarının Belirlenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;2(2):99-107.

Celbis O ve ark. Cinsel Suçlarda Muayene. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004;1(4):48-52.

Chang JC et al. Health Care Interventions for Intimate Partner Violence: What Women Want. Womens Health Issues 2005;15(1):21-30.

Çevik SA, Başer M. Adli Hemşirelik ve Çalışma Alanları. Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;21(2):143-52.

Demir S, Oskay ÜY. Aile İçi Şiddetin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2015;5(1):35-8.

Demirci Ş ve ark. Sağlam Himen Morfolojilerinin Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Foren Med 2008;5(3):93-100.

- Dönmez B.** TCK'DA Çocuk Düşürtme Suçu Mukayeseli Hukuk ve AIHM'nin Bakış Açısıyla Ceninin Yaşama Hakkının Sınırlandırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 2007;9(2):99-141.
- Efe ŞY.** Acil Servis Hemşirelerinin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddete İlişkin Rol ve Sorumlulukları. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Der 2012;2(1):49-54.
- Ekizoğlu O ve ark.** Cinsel Saldırılarda Gebelik Sorunu. Turkish-German Gynecol Assoc 2008;9(2):105-9.
- Elmalı F ve ark.** Hemşire ve Ebelerin Aile İçi Fiziksel Şiddete Bakış Açuları Maruziyetleri. Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;20(1):39-47.
- Evans MM, Stagner PA.** Maintaining the Chain of Custody Evidence Handling in Forensic Cases. AORN Journal 2003;78(4):563-9.
- Field S et al.** Domestic and Intimate Partner Violence Among Pregnant Women in a Low Resource Setting in South Africa: A Facility-Based, Mixed Methods Study. BMC Womens Health 2018;18(1):119-24.
- Genç S, Mihmanlı V.** Madde Bağımlılığı ve Gebelik. Okmeydanı Tıp Dergisi 2014;30(2):120-3.
- Güler N.** Gebelikte Eşi Tarafından Kadına Uygulanan Fiziksel, Duygusal, Cinsel ve Ekonomik Şiddet ve İlişkili Faktörler. DEUHYO ED 2010;3(2):72-7.
- Gürsoy E, Vural G.** Nurses' and Midwives' Views on Approaches to Hymen Examination. Nursing Ethics 2003;10(5):485-96.
- İzci F, Bilici R.** Gebelerde Madde Kullanımı: Görülme Sıklığı ve Etkileri. Bağımlılık Dergi 2015;16(1):26-34.
- Jamshidimanesh M et al.** Domestic Violence Against Pregnant Women in Iran. J Family Reprod Health 2013;7(1):7-10.
- Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM).** Kadına Yönelik Şiddetle Eylem Mücadele-Ulusal Eylem Planı 2016-2020. Ankara; 2016. [https://www.ailevecalisma.gov.tr/uploads/ksgm/uploads/pages/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-planı-2016-2020-icin-tiklayiniz.pdf](https://www.ailevecalisma.gov.tr/uploads/ksgm/uploads/pages/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-planı/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-planı-2016-2020-icin-tiklayiniz.pdf) Erişim Tarihi: 12.05.2020
- Kara P ve ark.** Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddeti Tanımlarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi 2018;8(3):115-22.
- Karahan N.** Ebelerin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde karşılaştıkları adli sorunlar. 2. Tıp Hukuku Günleri. Adli Obstetrik ve Jinekoloji. Ed. Koç S, Can M. 2012; 83-91.
- Lynch VA.** Forensic Nursing Science: Global Strategies in Health and Justice. Egyptian Journal of Forensic Sciences 2011;1(2):69-76.
- McGillivray B.** The role of Victorian Emergency Nurses in the Collection and Preservation of Forensic Evidence: A Review of the Literature. Accident and Emergency Nursing 2005;13(2):95-100.
- Özden D, Yıldırım N.** Adli Vakaya Hemşirelerin Yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2009;16(3):73-81.
- Sağkal T ve ark.** Gebelerin Eşi Tarafından Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Şiddetle İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2014;13(5):381-90.
- Süt HK, Küçükkaya B.** Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Himen Muayenesi ve Himenoplastiye Karşı Bakış Açılarının İncelenmesi. DEUHFED 2016; 9(2): 52-60.
- Taşpınar A ve ark.** Physical Violence and Affecting Factors During Pregnancy in Çanakkale, Aile ve Toplum Dergisi 2008;4(13):63-76.
- TC. Resmi Gazete.** 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun.1983, Sayı: 18059. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2827.pdf> Erişim Tarihi: 11.05.2020
- TC. Resmi Gazete.** Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Kanun Numarası: 1219.14.4. 1928, Sayı, 863, Cilt: 9. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=1219&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3> Erişim Tarihi: 10.05.2020
- TC. Resmi Gazete.** Türk Ceza Kanunu. 12.10.2004, Sayı: 25611. Tertip:5, Cilt:43. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf> Erişim Tarihi: 10.05.2020
- TC. Resmi Gazete.** Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi; Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik. 06.06.2005, Sayı:25832. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=8202&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim Tarihi: 10.05.2020
- Temel M, Şişman FN.** Kadına Yönelik Cinsel Saldırılarda Hemşirelik Yaklaşımı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013;4(2):85-90.
- Türkmen H, Genç RE.** Ebelik ve Yenidoğanda Malpraktis. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;20(2):154-9.
- World Health Organization.** Midwives Voices, Midwives Realities. Findings from a Global Consultation on Providing Quality Midwifery Care, 2016. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250376/9789241510547eng.pdf;jsessionid=B3C54B382BF79578B8669471168D1212?sequence=1> Erişim tarihi: 09.12.2019.
- World Health Organization,** Adolescent pregnancy. 2020. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/adolescent-pregnancy> Erişim Tarihi: 12.05.2020.
- Wright A, Walker J.** Management of Women Who Use Drugs During Pregnancy. Seminars in Fetal & Neonatal Medicine 2007;12(2):114-8.
- Yanikkerem E et al.** Domestic Violence During Pregnancy in Turkey and Responsibility of Prenatal Healthcare Providers. American Journal of Perinatology 2006;23(2):93-103.
- Yıldırım G ve ark.** Ulusal Ebelik Kodları ve Meslek Değerleri, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2014;23(4):148-54.

EXTENDED ABSTRACT

Midwives encounter many forensic cases due to their areas of assignment, and are also among the first healthcare professionals to have contact with these people. In forensic cases, first of all, physicians as well as midwives are responsible for appropriate and adequate reporting. In this review, the subjects of; violence against women / pregnant women, rape pregnancy, unauthorized genital examination, substance abuse in pregnancy, abortion/illegal abortion, adolescent pregnancies and baby switching in gynaecology and obstetrics are examined.

Violence during pregnancy is a common problem with many negative consequences for both maternal and foetal health. Although domestic violence may be concealed by the women / pregnant women who have been exposed it, among the initial places pregnant women consult with this situation are primary health care institutions. Midwives have important roles and responsibilities in interrogating pregnant women regarding domestic violence when necessary and referring women to the appropriate centres when necessary; examining the perpetrators of violence, trauma and other crimes as well as the victims of these cases; collecting and preserving biologic and physical evidences; the support and rehabilitation of the victim and relatives; education and counselling; and the prevention of violence. Physician have been authorised to write forensic event reports for women who consult health institutions for domestic violence.

In cases when pregnancy may occur or actually occurs consequent upon sexual assault, the victim has the legal right to reject the baby and hence terminate the pregnancy. In our country, when pregnancy occurs as a result of a crime that a woman is a victim of, the pregnancy may be terminated on the conditions that the pregnancy is not more than 20 weeks old, the victim has consented to it and the procedure is carried out by a specialised doctor in a hospital environment. As with violence against women / pregnant women, rape cases are also mandatory to be reported by healthcare professionals.

Virginity test or hymen examination is the determination of whether a woman has had sexual intercourse before by performing genital examination. In our country, genital examination without the decision of an authorized judge and a prosecutor is considered a crime, and the culprit is sentenced to imprisonment. Furthermore, midwives are not authorised to perform this examination, and are legally obliged to report it to the prosecutor's office when they witness an unconsented genital examination.

Substance use in pregnancy may lead to both maternal and foetal health and social problems. The midwife is one of the first people who will encounter a pregnant woman addicted to drugs. Referring a pregnant woman to social service specialist upon the detection of substance use is crucial. As will be understood, midwives play a key role in diagnosing and guiding pregnant women.

Curettage generally refers to the evacuation of an unwanted foetus from the uterus. With the exception of cases where there is a medical obligation, even if the woman wishes to, curettage is prohibited in cases where the pregnancy exceeds the 10th gestational week in our country, and the person who performs the curettage is sanctioned. Where the woman is a victim, curettage may be performed provided that the pregnancy has not exceeded the 20th gestational week. In addition, midwives do not have the legal authority to terminate pregnancy however, midwives may encounter women with the desire to abort their babies.

In our country, reporting adolescent pregnancy is compulsory and all sexual acts towards children under 15 years of age are regarded as a crime regardless of the nature of the complaint. However concerning individuals who have completed the age of 15, no legal action is taken where no complaint is made. Midwives have the responsibility of reporting adolescent pregnancies when they encounter it.

Baby switching may occur when babies are changed as a result of carelessness on the side of the midwife or when the family that desires to have the baby offers a bribe. According to our law, the person who changes the child's lineage is sentenced to prison. Therefore, it is imperative to carefully take records when the baby is born. In the examination of these cases, the documents prepared and stored by the health personnel are taken as a basis hence, it is compulsory for the healthcare professional to keep records. It is necessary for midwives to write carefully, specifying dates when taking records of the procedures and interventions they perform and also ensure these records are signed.

Many forensic events occur in the gynaecology and obstetrics field, and one of the first health professionals to encounter them is the midwife. Considering the laws and studies conducted, it is observed that midwives have important duties in identifying, collecting, preserving and recording forensic evidences. In forensic events, the first step is to take the patient's history. The next step after

the patient's history is taken is to identify forensic evidence. Recognizing and recording small details about the forensic case may shed light on the forensic case. Collecting evidence after identifying the evidence is another step. At this point, the clothes of the woman / pregnant woman are of great importance as they may contain blood, seminal fluid, hair, thread, soil, plant, gunpowder, glass breaks. The clothes removed must be carefully preserved; it must be ensured that the clothes are not folded. While taking the sample from the woman, it is necessary use forceps or tweezers and to place the collected sample into a clean bag and label it. In forensic events, blood or similar biological samples such as hair, nails or saliva may be taken from the body of the accused by a physician or by another healthcare professional under the supervision of a physician.

Midwives, who frequently encounter forensic cases, are responsible for reporting and providing care in forensic events. They also play important roles in collecting and preserving evidences. The incorporation of courses related to forensic subjects into the undergraduate and graduate curricula of midwives must be ensured. Moreover, as in other fields, the basic topics of forensic medicine (evidence and collection, wounds, etc.) must be included in the midwifery basic education for a quality health service. Midwives should constantly update their knowledge and approach to forensic events with in-service trainings and pay attention to the importance of teamwork within the framework of the principle of trust in reporting forensic events.