



**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

Aralık/December 2020

Cilt/Volume 3

Sayı/Issue 3

---

# **EBELİK VE SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ**

**Journal of Midwifery and Health Sciences**

---

**Cilt/Volume:3**

**Sayı/Issue:3**

**2020**

---

**EBELİK VE SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ**  
**Journal of Midwifery and Health Sciences**

**Cilt/Volume:3**

**Sayı/Issue:3**

**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 Sibel ÖZTÜRK

**Dizgi/Mizanpaj:**

Öğr. Gör. Dr. Esra TEDİK

Öğr. Gör. Dr. Gülizar SADE

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

Prof. Dr. Ayden ÇOBAN

Prof. Dr. Duygu VEFİKULUÇAY YILMAZ

Prof. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU

Prof. Dr. Evşen NAZİK

Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ

Doç. Dr. Ayla KANBUR

Doç. Dr. Aynur AYTEKİN ÖZDEMİR

Doç. Dr. Ayten DİNÇ

Doç. Dr. Duygu GÖZEN

Doç. Dr. Gülay İPEK ÇOBAN

Doç. Dr. Gülçin AVŞAR

Doç. Dr. Handan GÜLER

Doç. Dr. Sibel KÜÇÜOĞLU

Doç. Dr. Songül AKTAŞ

Dr. Öğr. Üyesi Bahar ÇİFTÇİ

Dr. Öğr. Üyesi Eylem TOKER

Dr. Öğr. Üyesi Hacer YALNIZ DİLCEN

Dr. Öğr. Üyesi Nursel ALP DAL

Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK

Dr. Öğr. Üyesi Zeliha ÖZŞAHİN

**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**

Sevgili okurlar 2020 yılının son sayısında sizlerle 6 araştırma, 4 derlemeyi paylaşıyoruz. İlk araştırma makalesinde kadınların kendi kendine meme muayenesi hakkındaki sağlık inançlarının incelendiği, ikinci makalede infertil çiftlerin ebeveyn olmaya yönelik görüşlerinin değerlendirildiği, üçüncü makalemizde ebelik bölümü öğrencilerinin bebek beslenmesine ilişkin tutumlarının belirlendiği, dördüncü makalemizde Türkiye'de farklı coğrafi bölgelerde yaşayan kadınların ruhsal belirtilerini saptayan, beşinci makalemizde gebelerde algılanan stres ve etkileyen faktörlerin belirlendiği ve son makalede ise hemşirelik süreci uygulamalarında yaşanan sorunları belirleyen makaleleri yayımladık. Derleme türünde yayımladığımız makalelerden ilki ebeler tarafından verilen doğum desteğinin sonuçları, ikincisi adli psikiyatri hemşireliğini, üçüncüsünde pediatrik yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda deliryumun tanınması, yönetimi ve sonuncusunda ise COVID-19 pandemi sürecinde toplum tabanlı ebelik hizmetleri çalışmalara yer verdik.

Yayın hayatımızın ilk gününden itibaren artan makale sayımızla okuyucularımızla düzenli olarak buluştuğumuz için mutlu ve gururluyuz. Bu yılın son sayısında herkesin yeni yılını kutlar ve mutluluklar dilerim.

**Saygılarımla**

Serap EJDER APAY

**Editör**

**EBELİK VE SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ****Journal of Midwifery and Health Sciences****Cilt/Volume:3****Sayı/Issue:3****2020****İÇİNDEKİLER/CONTENTS****Editörden Okura****ARAŞTIRMA MAKALELERİ/RESEARCH ARTICLES**

- Kars/Sarıkamış İlçesinde Yaşayan Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkındaki Sağlık İnançlarının İncelenmesi**  
*The Living in Kars/Sarıkamış District Health Beliefs on Breast Cancer, Breast Self-Examination and Mammography*  
*Necla Pak, Sevda Eliş Yıldız.....* 151-157
- İnfertil Çiftlerin Ebeveyn Olmaya Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi**  
*Evaluating The Opinions of Infertile Couples Towards Being Parent*  
*Hava ÖZKAN, Zehra Demet ÜST TAŞĞIN, Ayşe AYDIN, Ayla KANBUR .....* 158-165
- Ebelik Öğrencilerinin Bebek Beslenmesine Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi**  
*Determination of Midwifery Students' Attitudes Towards Infant Feeding*  
*Ayla ERGİN, Resmiye ÖZDİLEK, Suzi ÖZDEMİR.....* 166-177
- Türkiye'de Kadınların Ruhsal Durumunun Değerlendirilmesi: Çok Merkezli Kesitsel Çalışma**  
*Evaluation of Mental State That Women in Turkey: Multicenter Sectional*  
*Özlem ŞAHİN ALTUN, Serap EJDER APAY, S. Pınar MEHEL TUTUK, Tuğçe SÖNMEZ, Ümran POLAT, Zeliha DÜZENLİ, Aynur NAZLI, Rahime ASLAN.....* 178-188
- Primipar ve Multipar Gebelerde Algılanan Stres ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi**  
*Investigation of Perceived Stress and Affecting Factors in Multipar and Primiparous Pregnancies*  
*Dilek KALOĞLU BİNİCİ, Sevinç KÖSE TUNCER .....* 189-202
- Hemşirelerin Hemşirelik Süreci Kullanımı İle İlgili Sorunlarının Belirlenmesi**  
*Determining The Problems of Clinical Nurses About the Use of Nursing Process*  
*Sema ÇAKAR, Gülçin AVŞAR.....* 203-213

**DERLEME MAKALELER/REVIEW**


- Ebe Tarafından Verilen Sürekli Doğum Desteğinin Mesleki ve Obstetrik Sonuçlara Etkisi**  
*The Effect On the Professional and Obstetrics Outcomes of the Continuous Labor Support That Is Given by The Midwife*  
Nükhet KAÇAR, Saadet YAZICI ..... 214-224
- Adli Psikiyatri Hemşireliği**  
*Forensic Psychiatric Nursing*  
Hatice POLAT, Sibel ASİ KARAKAŞ ..... 225-232
- Pediyatrik Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda Deliryumun Tanılanması ve Hemşirelik Yönetimi**  
*Nursing Management and Diagnosis of Delirium On Patients in Pediatric Intensive Care Unit*  
Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU, Hüsniye ÇALIŞIR..... 233-243
- Covid-19 Pandemi Sürecinde Toplum Tabanlı Ebelik Hizmetleri**  
*Community-Based Midwifery Services in Covid-19 Pandemic Process*  
Ayça DEMİR YILDIRIM, Tuğba YILMAZ ESENCAN..... 244-252

## KARS/SARIKAMIŞ İLÇESİNDE YAŞAYAN KADINLARIN KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ HAKKINDAKİ SAĞLIK İNANÇLARININ İNCELENMESİ\* THE LIVING IN KARS/SARIKAMIS DISTRICT HEALTH BELIEFS ON BREAST CANCER, BREAST SELF EXAMINATION AND MAMMOGRAPHY


Necla PAK\*\*, Sevda ELİŞ YILDIZ\*\*\*

### ÖZ

\*\*Uzman Ebe Gemlik İlçe Sağlık Müdürlüğü, Bursa/Türkiye.

 0000-0003-1939-9886

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

 0000-0002-3585-6648

### Yazışma Adresi:

Sevda ELİŞ YILDIZ  
e-posta: sevdaelis-36@hotmail.com

Gönderim Tarihi: 26 Nisan 2020  
Kabul Tarihi: 20 Aralık 2020

\*Bu çalışma ilk yazarın yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

**Amaç:** Meme kanseri meme dokusunda başlayan ve kadınlarda oldukça yaygın olan ölümcül bir kanser türüdür. Bu çalışma, Kars/Sarıkamış ilçesinde yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) hakkındaki sağlık inançlarının belirlenmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

**Yöntem:** Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmemiş 01.03.2017-01.06.2017 tarihleri arasında çalışmaya katılmaya gönüllü kadınlar çalışmanın örneklemini oluşturmuştur (n=230). Çalışmada kullanılacak verileri elde etmede araştırmacı tarafından oluşturulan soru formu ve Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizi, SPSS 20.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde ortalama, yüzdelik, Oneway Anova, Kruskal Wallis testi ve t-tesisi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya alınan kadınların yaş ortalaması 30.54±9.21 yıldır Araştırmada KKMM yapma oranı %35.2 olup, katılımcıların %64.8'i KKMM yapmadığı ve yapmayanların %24.3'ü nasıl yapıldığını bilmediğini belirtmiştir. Katılımcıların Meme Kanseri alt gruplarından aldıkları puan ortalamalarının 2.51±0.92 ile 3.39±0.76 arasında değişmekte olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda; sosyo-demografik özelliklerin meme kanseri tarama davranışlarına ilişkin sağlık inançlarını etkilediği tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Araştırma sonucuna göre; erken dönemde meme kanserinin tanısı için yapılacak çalışmalarda, erken tanı davranışının geliştirilmesi sağlık inanç algılarının dikkate alınması ve buna yönelik girişimlerin yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Erken tanı; kendi kendine meme muayenesi; meme kanseri; sağlık inanç modeli; ebelik

### ABSTRACT

**Aim:** Breast cancer is a deadly type of cancer that begins in breast tissue and its common in women. This study is a cross-sectional and descriptive research for the purpose of examining the health beliefs of women living in the Kars/Sarıkamış district about self-breast examination (BSE).

**Method:** In this study, voluntary women who agreed to 01.03.2017-01.06.2017 participate in the study of the sampling method constituted a sample of the research (n=230). The questionnaire created by the researcher to obtain the data to be used in the research and the Champion's (HBMS) was used in the statistical evaluation of the data, the percentage, average, OneWay Anova, Kruskal Wallis Test and T-Test were used.

**Results:** The average age of women included in the study is 30.54±9.21 years. The rate of the study was 35.2%, and the participants did not know how to make 64.8% and 24.3% of respondents. The average score of the participants received from the sub-groups of the Breast Cancer HBMS was determined to vary between 2.51±0.92 and 3.39±0.76. As a result of the research; socio-demographic characteristics and health beliefs related to breast cancer screening behaviour.

**Conclusion:** According to the results of the research; In the studies aimed at early diagnosis of breast cancer, it is recommended to take into consideration the perceptions of health belief in the exhibition of early diagnosis behavior and to determine perceptions.

**Keywords:** Early diagnosis; breast cancer; self-breast examination; health belief model; midwifery

Atıf için (How to cite): Pak N, Eliş Yıldız S. Kars/Sarıkamış İlçesinde Yaşayan Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Hakkındaki Sağlık İnançlarının İncelenmesi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;3(3):151-157.

## GİRİŞ

Meme kanseri, meme dokusunda başlayan bir kanser türüdür (Globocan 2018). Kadınların yaklaşık %12.3'ünde ömürlerinin bir döneminde meme kanserine yakalanma riski vardır (NCI 2018). Her iki cinsiyette görülen tüm kanser tiplerine bakıldığında insidans olarak akciğer kanserinden sonra ikinci sırada gelmektedir (Globocan 2018). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu verilerine göre her 100.000 kadının 45.9'u meme kanserine yakalanmaktadır. En sık 60-64 yaşlar arasındaki kadınlar meme kanseri tanısı almaktadır. Meme kanseri, hem ölümcül bir hastalık olması hem de sık görülmesi sebebi ile sağlıklı kadınlarda bile önemli problemlere yol açmaktadır. Bu problemin en aza indirilmesinde yapılacak uygulamalardan birisi her toplumun kendi içinde meme kanseri risk faktörlerinin belirlenmesi, risk gruplarını ortaya çıkarılması ve tarama programlarının daha fazla olmasının sağlanmasıdır. Meme kanserinin erken tanısı için klinik meme muayenesi, Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ve mamografi önerilen en önemli tarama yöntemlerindedir (Kılıç ve ark. 2009). KKMM, kadınların 20 yaşından sonra, ayda bir kez görsel ve elle belli bir sistematik bir biçimde memelerin kontrol edilmesidir. KKMM'nde temel amaç; kadınların meme dokularını iyi tanımalarıdır (Yıldırım 2002). Meme kanserinin erken tanı davranışlarının kadınlara kazandırılmasında kullanılan birçok model bulunmaktadır. Sağlık İnanç Modeli (SİM); bireylerin davranış ve tutumlarının sebebini açıklayan, sağlığını koruyan, geliştiren davranışların yanında birçok sağlık probleminde hastanın tedaviye uyumunu, hastanın nasıl motive olduğunu açıklayan ve ölçmede kullanılan etkili bir rehberdir (Ersin ve Bahar 2012; Gözüm ve Çapık 2014). Champion (1993) tarafından meme kanserinin erken tanısına yönelik inançlara ilişkin Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSİMÖ) geliştirilmiştir. SİM; bireyleri hastalıklardan korumada için sorumluluk almalarını sağlarken, kendilerini korumada sorumluluk almama nedenlerini anlamak içinde kavramsal çerçeve oluşturmak amacıyla geliştirilmiştir (Avcı ve Kurt 2008). Duyarlılık algısı, önemseme/ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı, eyleme yönelenler, öz etkililik- yeterlilik algısı olmak üzere 6 major kavramdan oluşur (Avcı ve Kurt 2008).

Bu çalışma ile Kars/Sarıkamış ilçesinde yaşayan kadınların KKMM hakkındaki sağlık inançlarının değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

**Araştırmanın Türü:** Bu çalışma kesitsel ve tanımlayıcı tipte planlanmıştır.

**Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman:** Araştırma Kars ili Sarıkamış Toplum Sağlığı Merkezinde 01.03.2017-01.06.2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

**Araştırmanın Evren ve Örnekleme:** Çalışmanın evrenini Kars ili Sarıkamış ilçesinde ikamet eden ve Sarıkamış Toplum Sağlığı Merkezi tarafından izlemi yapılan kadınlar oluşturmaktadır. Araştırma kapsamına giren köylerde 15-49 yaş arası 554 kadın bulunmaktadır. Araştırma örnekleme, evreni bilinen örnekleme yöntemine ilişkin formül kullanılarak hesaplanmış, formülde değerler yerine konulduğunda örneklem 227 olarak hesaplanmış olup çalışma 230 kadın ile yürütülmüştür. Çalışmayı; iletişimi engelleyecek herhangi bir problemi olmayan, araştırmayı istekli olarak kabul eden kadınlar oluşturmuştur. Araştırmada; kadınların KKMM yapma durumları ve kadınların Sağlık İnanç Ölçeği'nden aldıkları puanlar bağımlı değişkenleri; yaş, eğitim, medeni durum, sosyal güvence, ailede meme kanseri olan bireylerin olması, doğum yapma durumu, doğum yaşı ve adet görme durumu gibi değişkenler ise bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

**Veri Toplama Araçları:** Araştırmada; araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan (Gözüm ve Aydın 2004, Nahçıvan ve Seçginli 2007) soru formu ve CSİMÖ kullanılmıştır (Gözüm ve Aydın 2004). 14 sorudan oluşan soru formu; sosyo-demografik özellikleri ve meme kanserine ilişkin bilgileri içermektedir (Nahçıvan ve Seçginli 2007; Gözüm ve Aydın 2004). CSİMÖ ülkemizde üç farklı araştırma ile Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeklerin Cronbach's Alpha değerlendirmelerinde; Karayurt ve Dramalı (2007) araştırmasında, alfa değerleri .58 ile .89; Seçginli ve Nahçıvan'ın (2007) araştırmasında .74 ile .85; Gözüm ve Aydın'ın araştırmasında (2004) ise .69 ile .83, arasında bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Gözüm ve Aydın (2004) tarafından yapılan formu kullanılmıştır. Meme kanseri SİM Ölçeği'nin, bireyin meme kanseri ve genel sağlığı ile ilgili yargısını değerlendiren "duyarlılık (3 madde, 1-3.soru)", "önemseme/ciddiyet (6 madde, 4-9.soru)" ve "sağlık motivasyonu (5 madde, 10-14.soru)", KKMM ile ilgili; engelleri (8 madde, 15-22.soru)", "yararları (4 madde, 23-26.soru)", "öz etkililiği (10 madde, 27-36.soru)",



mamografi ile ilgili; “yararları (5 madde, 37-41.soru)” ve “engelleri (11 madde, 42-52.soru)” olmak üzere toplam 8 alt boyutu ve 52 maddesi vardır. Ölçek likert tipi 1’den 5’e kadar puanlanan bir araçtır. Ölçekte, “kesinlikle katılmıyorum” yanıtı 1 puan, “katılmıyorum” 2 puan, “kararsızım” 3 puan, “katılıyorum” 4 puan ve “kesinlikle katılıyorum” 5 puan olarak değerlendirilmektedir (Gözüm ve Aydın 2004). Ölçeğin toplam bir puanı mevcut değildir. Ölçek, her alt boyutun kendi toplam puanları ile kullanılmaktadır. Buna göre; duyarlılık için minimum 3, maksimum 15; önemseme için minimum 5, maksimum 25; sağlık motivasyonu için minimum 5, maksimum 25; KKMM yararları için minimum 4, maksimum 20; KKMM engelleri için minimum 8, maksimum 40; KKMM öz-etkililiği için minimum 10, maksimum 30; mamografinin yararları için minimum 5, maksimum 25 ve mamografinin engelleri için minimum 11, maksimum 55 puan alınabilmektedir.

Araştırmada kullanılan CSİMÖ’nün her bir alt başlığının cronbach alfa değeri; duyarlılık için 0.94, önemseme/ciddiyet için 0.92, sağlık motivasyonu için 0.94, KKMM yararları için 0.91, KKMM engelleri için 0.85, KKMM öz etkililiği için 0.93, mamografi yararları için 0.90 ve mamografi engelleri için 0.84 olarak belirlenmiştir.

**Verilerin Değerlendirilmesi:** Verilerin istatistiksel analizi, SPSS 20.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışmada kullanılan CSİMÖ’nün bu çalışmadaki güvenilirliğini saptamak için Cronbach Alpha katsayısı değerlendirilmiştir. Shapiro Wilk testi ile verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama, One-way Anova, t testi, Duncan testi, Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Elde edilen veriler %95 güven aralığında  $p < 0.05$  (%5) anlamlılık düzeyi olarak belirlenmiştir.

**Araştırmanın Etik Yönü:** Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan (No: 01.03.2017 tarih ve 80576354-050-99/57) ve araştırmanın yürütüldüğü Toplum Sağlığı Merkezi’nden izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınların gönüllü olmaları esas alınıp araştırmaya katılma konusunda özgür oldukları açıklanarak istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri belirtilerek sözel onamları alınmıştır. Ayrıca araştırmada kullanılacak olan ölçeğin Türkçe’ye uyarlamasını sağlayan kişiden mail yoluyla izin alınmıştır.

## BULGULAR

Araştırmaya alınan kadınların yaş ortalaması  $30.54 \pm 9.21$  yıldır. Araştırma grubunun %85.6’sı çalışmıyor, %25.7’si lise mezunu, %66.5’inin sosyal güvencesinin olduğu, ilk adet olma yaşının  $13.65 \pm 1.43$ , %76.1’inin düzenli adet gördüğü, %71,7’inin evli olduğu, ilk gebelik yaş ortalamasının  $19.88 \pm 2.74$  olduğu, %73.5’inin doğum yaptığı, ilk doğum yaş ortalamasının  $20.72 \pm 2.72$  olduğu, çocuk sayısı ortalamasının  $3.12 \pm 1.46$  olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1.** Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
<b>Yaş</b>	$30.54 \pm 9.21$ (min. 15 max. 49)	
<b>İlk Adet Olma Yaşı</b>	$13.65 \pm 1.43$ (min. 11 max. 18)	
<b>İlk Gebelik Yaşı</b>	$19.88 \pm 2.74$ (min. 14 max. 32)	
<b>İlk Doğum Yaşı</b>	$20.72 \pm 2.72$ (min. 15 max. 32)	
<b>Çocuk Sayısı</b>	$3.12 \pm 1.46$ (min. 1 max. 9)	
<b>Meslek</b>		
Çalışıyor	33	14.4
Çalışmıyor	197	85.6
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur Yazar Değil	17	7.4
Okur Yazar	32	13.9
İlkokul	57	24.8
Ortaokul	43	18.7
Lise	59	25.7
Üniversite	22	9.5
<b>Sosyal Güvence</b>		
Evet	153	66.5
Hayır	77	33.5
<b>Düzenli Olarak Adet Görme</b>		
Evet	175	76.1
Hayır	45	19.6
Menopozda	10	4.3
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	165	71.7
Bekar	55	23.9
Boşanmış/Dul	10	4.4
<b>Doğum Yapma</b>		
Evet	169	73.5
Hayır	61	26.5

Araştırmaya katılan kadınların %60’ı ailelerinde meme kanseri tanısı olmadığını, %64.8’i KKMM yapmadığını, KKMM yapmayanların %36.9’ü nasıl yapıldığını bilmediğini belirtmişlerdir %23.5’si problemi olmadığı için anlamsız bulduğunu, %12.6’sı (n=19) yeterli vaktinin olmadığını, %13.5’i (n=20) ailesinde meme kanseri olan hikayesi olmadığından gereksiz gördüğünü, %13.5’i (n=20) ise henüz muayene için yaşının küçük olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Katılımcıların Meme Kanseri ve KKMM Yapma İle İlgili İfadeleri

	Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Ailenizde Meme Kanseri Tanısı	Var	92	40.0
	Yok	138	60.0
KKMM Yapma	Evet	81	35.2
	Hayır	149	64.8
KKMM Yapmama İfadeleri	Nasıl olduğunu bilmeme	55	36.9
	Problemi olmadığı için anlamsız bulma	35	23.5
	Vaktinin olmaması	19	12.6
	Ailede meme kanseri hikayesi olmadığı için gerek görmeme	20	13.5
	KKMM için yaşının küçük olması	20	13.5

Katılımcıların Meme Kanseri CSİMÖ alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları  $2.51 \pm 0.92$  ile  $3.39 \pm 0.76$  arasında değiştiği bulunmuştur. Araştırmaya dahil olan katılımcıların meme

kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 3'de gösterilmiştir.

**Tablo 3.** Katılımcıların Meme Kanseri CSİMÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçek alt boyutları	X±SS	Puan Aralığı	Madde Sayısı
Duyarlılık	2.51±.92	3-15	3
Önemseme/Ciddiyet	2.84±.69	6-30	5
Sağlık Motivasyonu	3.17±.80	5-25	5
KKMM Yararları	3.24±1.38	4-20	4
KKMM Engelleri	3.20±.93	8-40	8
KKMM Öz-Yeterliliği	2.75±.95	10-50	10
Mamografi Yararları	3.39±.76	5-25	5
Mamografi Engelleri	2.84±.69	11-55	11

Araştırmaya dahil olan katılımcıların KKMM yapma durumuna göre meme kanseri CSİMÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4 'de gösterilmiştir. Buna göre; duyarlılık, önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM yararları, KKMM

engelleri, KKMM öz-yeterliliği, mamografi yararları ve engelleri algısı KKMM yapan grupta, KKMM yapmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.** Katılımcıların KKMM Yapma Durumuna Göre Meme Kanseri CSİMÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	KKMM Yapma	X±SS	Test	Anlamlılık
			t	p
Duyarlılık	Evet	2.88±.93	4.662	.000
	Hayır	2.31±.86		
Önemseme/Ciddiyet	Evet	3.04±.75	5.939	.000
	Hayır	2.46±.67		
Sağlık Motivasyonu	Evet	3.93±.53	14.674	.000
	Hayır	2.75±.60		
KKMM Yararları	Evet	4.30±1.68	10.434	.000
	Hayır	2.65±.69		
KKMM Engelleri	Evet	2.32±.58	-14.969	.000
	Hayır	3.68±.70		
KKMM Öz-Yeterliliği	Evet	3.82±.43	22.770	.000
	Hayır	2.17±.57		
Mamografi Yararları	Evet	3.57±.52	2.618	.009
	Hayır	3.30±.85		
Mamografi Engelleri	Evet	2.37±.50	-8.732	.000
	Hayır	3.10±.64		

Evet (n=81), Hayır (n=149)

## **TARTIŞMA**

Kendi kendine meme muayenesi tehlikesi olmayan, invazif herhangi bir girişim gerektirmeyen, basit, herhangi bir alete ihtiyaç duyulmayan, kısa zamanda yapılabilen ve herhangi bir maliyete sahip olmayan bir yöntem olmasına rağmen (Kılıç ve ark. 2009) araştırmada kadınların yüksek oranda (%64.8) meme muayenesi yapmadıkları belirlenmiştir. Kadınların meme muayenesi yapmama nedenleri incelendiğinde ise meme muayenesinin nasıl yapıldığını bilmedikleri belirlenmiştir. Şahin ve Özdemir (2015) yapmış olduğu çalışmada da kadınların %77.4'ünün KKMM'nin ne olduğunu bilmediği. %81.3'ünün KKMM'yi yapmadığı tesbit edilmiştir. Eğitim oranının düşük olduğu ülkelerde bilgi eksikliği meme kanseri farkındalıklarını ve tanı yöntemlerine katılma davranışlarını etkilemektedir (Okobia ve ark. 2006; Harirchi ve ark. 2012). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, kadınlarının meme kanseri konusunda bilgilerinin yetersiz olduğunu, çoğu kadının KKMM yapmadığı ortaya konmuştur (Nahçıvan ve Seçginli 2007; Şahin ve Özdemir 2015. Aslan ve ark. 2007). Yine yapılan benzer çalışmalarda da kadınların yüksek eğitim almış olmaları KKMM uygulamasını arttırdığı belirtilmiştir (Petro 2001; Montazeri 2008). Kadınların az oranda meme muayenesi yapmaları; kendilerini meme kanseri açısından risk altında görmemelerine ayrıca bu konuda yeteri kadar bilgilerinin bulunmaması ve yaşadıkları yerin kırsal alan olması ile ilgili olmasından kaynaklanabilir.

Lewis ve ark. (1999) tarafından yapılan bir çalışmada. aile hikayesinin de meme kanseri olan kadınların meme kanseri gelişimi açısından, kendilerini aile hikayesi olmayan kadınlara göre daha fazla risk altında algıladıkları saptanmış olup bu çalışma bulguları ile bizim çalışmamız benzerlik göstermektedir. Absetz ve ark. (2000) ailesinde ya da arkadaşlarında meme kanseri olan ve olmayan kadınlar arasında kişilerin kendilerinin ve akrabalarının risk algılamasını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, kalıtımın risk etmeni olarak bilinmesinin etkileri de incelenmiş, kalıtım, meme kanseri risk etmenleri arasında en çok bilinen etmen olarak bulunmuştur. Ayrıca, kalıtımın risk faktörü olarak bilinme durumunun risk algılamasını etkilemediği. deneyimler ve korkuyu yaşamının ise risk algılamasını etkilediği görülmüştür. İran'da yapılan çalışmada 1. derece akrabasında meme kanseri olan kadınların duyarlılık, ciddiyet, yarar, güven algıları diğer kadınlardan

daha yüksek tespit edilmiştir (Fouladi 2013). Yapmış olduğumuz çalışmanın bulgularında da ailesinde meme kanseri hikayesi olmayanların KKMM yapmamaları bu çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların Meme Kanseri CSİMÖ alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları  $2.51 \pm 0.92$  ile  $3.39 \pm 0.76$  arasında değiştiği bulunmuştur. Katılımcıların CSİMÖ duyarlılık alt boyut puan ortalaması  $2.51 \pm 0.92$ 'dir. Araştırmaya dahil olan katılımcıların KKMM yapma durumuna göre; duyarlılık algısı KKMM yapan grupta KKMM yapmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Champion'un (1993) yaptığı çalışmada duyarlılık algısının KKMM yapma ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Han ve ark. (1997) ise KKMM yaptığını ifade eden kadınlarda sağlık motivasyonu algı puanlarının yüksek olduğunu vurgulamışlardır. Petro-Nustas (2001) ise çalışmasında sağlık motivasyonu algısının KKMM yapma ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığını; Karayurt ve Dramalı (2007) ile Nahçıvan ve Seçginli'nin (2007) çalışmasında KKMM yapan kadınların duyarlılık algılarının diğer kadınlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Sağlık motivasyonu algısı KKMM yapan grupta. KKMM yapmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). KKMM yarar algısı ise KKMM yapan kadınların, yapmayanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Araştırmaya katılan kadınların %60'ı ailelerinde meme kanseri tanısı olmadığını, %64.8'i KKMM yapmadığını, KKMM yapmayanların %36.9'ü nasıl yapıldığını bilmediğini belirtmişlerdir. Araştırmaya dahil olan katılımcıların KKMM yapma durumuna göre meme kanseri CSİMÖ alt boyutlarından aldıkları puanlara göre; duyarlılık, önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM yararları, KKMM engelleri, KKMM öz-yeterliliği, mamografi yararları ve engelleri algısı KKMM yapan grupta, KKMM yapmayan gruba oranla yüksek algılanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Sonuç olarak; meme kanserinin erken tanısına yönelik yapılacak çalışmalarda kadınların sağlık inançlarının, meme kanserinin erken tanı davranışlarının ortaya çıkmasında

dikkate alınması gerekmektedir. Özellikle koruyucu sağlık davranışlarını gerçekleştirmeyi engelleyen algıların ve tutumların belirlenerek bu tutumların azaltılması yönünde girişimler yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

**Absetz P et al.** Comparative optimism in breast cancer risk perception: Effects of experience and risk factors knowledge. *Psychology Health & Medicine*. 2000; 5(4):367-376.

**Alan A ve ark.** Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin meme kanseri hakkında bilgi, tutum ve davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007; 6(3):193-198.

**Avcı İA, Kurt H.** Health beliefs and mammography rates of turkish women living in rural areas. *Journal of Nursing Scholarship*, 2008; 40(2):170-175.

**Champion VL.** Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing Research*. 1993; 42(3):139-143.

**Dünder P et al.** The knowledge and attitudes of breast self examination and mamography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC Cancer*. 2006; 6(43):1-9. doi: 10.1186/1471-2407-6-43.

**Ersin F, Bahar Z.** Sağlığı geliştirme modelleri'nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: Bir literatür derlemesi. *Effects of Health Promotion Models on Breast Cancer Early Detection Behaviors: A Literature Review*. *DEUHYO ED*; 2012, 5 (1):28-38.

**Fouladi N et al.** Beliefs and behaviors of breast cancer screening in women referring to health care centers in northwest iran according to the champion health belief model scale. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2013; 14/11(6857-62):1513-7368.

**Globacancer: Breast Cancer.** <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>. Erişim tarihi: 11.03.2018.

**Gözüm S, Aydın I.** Validation evidence for Turkish adaptation of Champion's Health Belief Model Scales. *Cancer Nursing*. 2004; 27(6):491-498.

**Gözüm S, Çapık C.** Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: Sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2014; 7(3):230-237.

**Han Y, Baumann LC, Cimprich B.** Factors influencing registered nurses teaching breast self-

## ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

## YAZAR KATKISI

Her iki yazarda çalışmanın planlamasında, yürütülmesinde ve değerlendirmesinde katkı sağlamıştır.

examination to female clients. *Cancer Nursing*. 1997; 19(3):197-203.

**Harirchi I et al.** Literacy and breast cancer prevention: a population-based study from Iran. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2012, 13:3927-30.

**Karayurt Ö, Dramalı A.** Adaptation of champion's health belief model scale for turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast self-examination. *Cancer Nurs*, 2007; 30(1):69-77.

**Kılıç D, Sağlam R, Kara Ö.** Üniversite öğrencilerinde meme kanseri farkındalığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *The Journal of Breast Health* 2009;5 (4):195-199.

**Lewis NM, Fllips J, Waltz-Hill MM.** *Nutritional Assessment of Breast Cancer Risk in Young Women*, 25nd ed. WB Saunders, Philadelphia, 1999.

**Montazeri A et al.** Breast cancer in Iran: need for greater women awareness of warning signs and effective screening methods. *Asia Pac Fam Med*. 2008; 7:1-6.

**Nahevan NO, Secginli S.** Health beliefs related to breast self-examination in a sample of Turkish women. *Oncol Nurs Forum*. 2007; 34 (2):425-432.

**National Cancer Institute (NCI).** *Breast Cancer*. <http://seer.cancer.gov>, Erişim tarihi: 03.02.2018.

**Okobia MN et al.** Knowledge, attitude and practice of Nigerian women towards breast cancer: a cross-sectional study. *World J Surg Oncol*, 2006; 21(2), 4-11. doi:10.1186/1477-7819-4-11

**Petro Nustas WI.** Young Jordanian women's health beliefs about mammography. *Journal of Community Health Nursing*. 2001; 18(3):177-194

**Şahin ZA, Özdemir FK.** Kars'ta Yaşayan Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamasına Yönelik Bilgi, İnanç ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Tıp Araştırmaları Derg.* 2015; 13(2):54-61.

**Yıldırım M.** *Klinik Jinekoloji*, 3. baskı, Çağdaş Medikal Kitabevi, İzmir. 2002;s.611-626.

## **EXTENDED ABSTRACT**

Breast cancer is a type of cancer that starts in breast tissue. Breast cancer is both a fatal disease and its common occurrence, it causes important problems even in healthy women. Breast cancer is the most frequent cancer among women, impacting 2.1 million women each year, and also causes the greatest number of cancer-related deaths among women. In 2018, it is estimated that 627,000 women died from breast cancer – that is approximately 15% of all cancer deaths among women. While breast cancer rates are higher among women in more developed regions, rates are increasing in nearly every region globally. Health Belief Model (HBM); It is an effective guide that explains the reason of the behavior and attitudes of individuals, protects and improves their health, and explains the compliance of the patient to treatment in many health problems, how the patient is motivated and used to measure. This study is a cross-sectional research for the purpose of examining the health beliefs of women living in the Kars/Sarıkamış district about self-breast examination (BSE).

In order to conduct the study, necessary permissions were obtained from the center, where the study would take place, with the ethical approval taken from Ethics Committee of Health Research and Application Hospital of Kafkas University in Kars province. In this study, voluntary women who agreed to 01.03.2017-01.06.2017 participate in the study of the sampling method constituted a sample of the research (n=230). In the study; women 's BSE status, women's Health Belief scale dependent variables; variables such as age, education, marital status, social security, having family members with breast cancer, birth status, age of birth, and menstrual condition are independent variables. Statistical evaluations were performed by using Statistical Package for Social Science (SPSS) 20.0 program. The questionnaire created by the researcher to obtain the data to be used in the research and the Champion's health belief model scale was used. In the statistical evaluation of the data, the percentage, average, OneWay Anova, Kruskal Wallis Test and T-Tesi were used.

The average age of women included in the study is  $30.54 \pm 9.21$  years. The rate of the study was 35.2%, and the participants did not know how to make 64,8% and 24,3% of respondents. The average score of the participants received from the sub-groups of the Breast Cancer health belief model scale was determined to vary between  $2,51 \pm ,92$  and  $3,39 \pm ,76$ . As a result of the research; socio-demographic characteristics; It has been found that it affects breast cancer screening behaviors and health beliefs related to breast cancer screening behaviour. As a result, it was determined that participants ' perceptions of sensitivity were low, mammography benefits and the perception of the benefits of KKMM were high. According to the results of the research; In the studies aimed at early diagnosis of breast cancer, it is recommended to take into consideration the perceptions of health belief in the exhibition of early diagnosis behavior and to determine perceptions.

In order to improve breast cancer outcomes and survival, early detection is critical. There are two early detection strategies for breast cancer: early diagnosis and screening. Limited resource settings with weak health systems where the majority of women are diagnosed in late stages should prioritize early diagnosis programmes based on awareness of early signs and symptoms and prompt referral to diagnosis and treatment. Although it is a method that does not endanger breast self-examination, does not require any invasive intervention, is simple, does not require any tools, can be performed in a short time and does not have any cost, it was determined that women did not perform a high rate of breast examination (64.8%). Studies conducted in our country revealed that women have insufficient knowledge about breast cancer and most women do not BSE. When the reasons of women not performing breast examination were examined, it was determined that they did not know how to perform breast examination. In studies to be conducted for the early diagnosis of breast cancer, women's health beliefs should be taken into consideration in the emergence of early diagnosis behaviors. In particular, it is recommended to make attempts to reduce these attitudes by determining the perceptions and attitudes that prevent performing preventive health behaviors.

## İNFERİL ÇİFTLERİN EBEVEYN OLMAYA YÖNELİK GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ\*

EVALUATING THE OPINIONS OF INFERTILE COUPLES TOWARDS BEING PARENT  
Hava ÖZKAN\*\* Zehra Demet ÜST TAŞĞIN\*\*\* Ayşe AYDIN\*\*\*\* Ayla KANBUR\*\*\*\*\*

### ÖZ

**Amaç:** Bu araştırma, infertil çiftlerin ebeveyn olmaya yönelik görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikte olan araştırma, Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi İnfertilite Polikliniğinde Şubat 2011- Mart 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında Araştırma Hastanesi İnfertilite Polikliniğine eşi ile başvuran çiftler, örneklemini ise; araştırmaya katılmayı kabul eden 112 çift oluşturmuştur. Veriler, literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu ile çiftlerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Veriler, yüzdeler dağılım ile değerlendirilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı hastaneden izin alınmıştır. Araştırma süresince Helsinki Deklarasyonu Prensiplerine uyulmuş olup, verilerin toplanması için infertil çiftlerden sözlü onam alınmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan infertil çiftlerden kadınların %40.2'si 26-31 yaş arasında, erkeklerin %57.1'i 30-39 yaş arasında ve %49.1'inin evliliği 1-5 yıl arasındadır. Çiftlerin %33'ünün 6 ay- 2 yıl arasında çocuk istemesine rağmen çocuk sahibi olamadığı, %48.3'ünün 6 aydır infertilite tedavisi aldığı belirlenmiştir. Kadınların %66.1'i, erkeklerin ise %33'ü infertilitenin kimden ve nereden kaynaklandığını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Kadınların %57.1'i, erkeklerin ise %66.1'i infertilitenin eşiyle olan sosyal ve duygusal ilişkisini etkilemediğini belirtmişlerdir. İnfertil çiftlerin ebeveyn olmaya yönelik görüşleri incelendiğinde; kadınların %80.4'ü, erkeklerin %75.9'u "Kendi biyolojik çocuğumuza sahip olmak için tedaviye devam etmek" istediklerini belirtmişlerdir.

**Sonuç:** İnfertil çiftlerin ebeveyn olmaya yönelik görüşlerinin özellikle kendi çocuklarına sahip oluncaya kadar tedaviye devam edecekleri yönünde saptanmıştır. Çiftlerin infertilite tedavisine yönelik olumlu görüşe sahip oldukları, kadınların erkeklerden daha olumlu düşündükleri bulunmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Görüş; infertilite; infertil çift; ebeveynlik

### ABSTRACT

**Aim:** The purpose of this research is to evaluate the opinions of infertile couples towards being parents.


**Method:** This descriptive research was conducted between February 2011 and March 2012 at the Atatürk University Research Hospital Infertility Polyclinic. While the couples who applied to the Infertility Polyclinic of the Research Hospital between the specified dates create the population, the sample of the study consists of 112 couples who agreed to participate in the research. The data were collected by face-to-face interview technique with the couples through a questionnaire prepared in line with the literature. The data were evaluated through percentage distribution. Before starting the research, permission was obtained from the hospital where the research conducted. During the study, the Helsinki Declaration Principles were followed and verbal consent was obtained from infertile couples to collect the data.

**Results:** 40.2% of the women among the infertile couples participating in the study were aged between 26 and 31 years; whereas 57.1% of the men were in the age group of 30-39 years and 49.1% of the couples had a marriage duration of 1 and 5 years. It was found that 33% of the couples wanted to have a child between 6 months and 2 years but they could not and 48.3% were receiving infertility treatment for 6 months. 66.1% of women and 33% of men stated that they did not know from whom and where infertility originated. 57.1% of women and 66.1% of men stated that infertility did not affect their social and emotional relationship with their spouse. When the opinions of infertile couples toward being parent were examined, 80.4% of the women and 75.9% of the men stated that they wanted to "carry on the treatment in order to have their own biological child".


**Conclusion:** The opinions of infertile couples toward being parent revealed that they will continue treatment especially until they have their own children. It was found that the couples showed a positive opinion toward infertility treatment and the women thought more positively than men.

**Keywords:** Infertility; infertile couple; parenthood; opinions


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

 0000-0001-7314-0934


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

 0000-0003-2950-7991

\*\*\*\*Dr. Öğr. Üyesi, Atatürk  
Üniversitesi Hemşirelik  
Fakültesi, Doğum, Kadın  
Sağlığı ve Hastalıkları  
Hemşireliği Ana Bilim Dalı,  
Erzurum/ Türkiye.

 0000-0002-8084-1429

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

 0000-0003-4086-4244

### Yazışma Adresi:

Ayşe AYDIN  
e-posta: aysea@atauni.edu.tr

**Gönderim Tarihi:** 11  
Haziran 2020  
**Kabul Tarihi :** 17 Aralık  
2020

\*Bu çalışma 5-8 Mart 2014  
tarihinde Erzurum'da  
Palandöken Kadın Doğum  
Kongresi'nde poster bildiri  
olarak sunulmuştur.

Atf için (How to cite): Özkan H, Üst Taşğın ZD, Aydın A, Kanbur A. İnfertil Çiftlerin Ebeveyn Olmaya Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;3(3):158-165.

## **GİRİŞ**

İnsan neslinin devamlılığının sağlanmasında ve toplumun beklentilerine uygun bireyler yetiştirilmesinde aile büyük önem taşır (Yanikkerem ve ark. 2008). İnfertilite, aile ve toplum sağlığını ilgilendiren önemli sorunlardan birisidir. İnfertilite, çocuk isteyen çiftler için stresli bir olay ve çiftlerin ilişkilerini yıpratıcı bir durumdur (Demirci 2001). Yaşamı tehdit eden bir hastalık olmamasına rağmen, insan yaşamının gelişimsel açıdan beklendiği bir yaşantısı olan anne baba olamama durumu, hem bireysel hem de toplumsal açıdan önemli etkileri olan bir kriz olarak değerlendirilmektedir (Burns 2007).

İnfertilite en az bir yıllık korunmasız cinsel ilişki olmasına rağmen, gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanır (Monga ve ark. 2004; Kavlak 2008; Ender Yumru ve Öndeş 2011; Altuntuğ ve ark. 2012; Sezgin ve Hocoğlu 2014). Dünyada her on çiftten birinde infertilite ile ilgili sorun yaşandığı belirtilmektedir. Hemen her toplumda çocuk sahibi olmak, yetişkin kimliği ve evlilik/aile yapısı üzerindeki en temel belirleyicilerden biri olarak ele alınmaktadır (İlerisoy 2015). Evlilik ve aile kurumunun amacı olarak algılandığı için; çiftler için çocuk sahibi olmak biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel bir gereksinim olarak kabul edilmektedir. Bu durum; hem toplumun kültürel olarak çifte yaptığı psikolojik baskı, hem de yetiştirme tarzı olarak çocukluktan itibaren anne-baba olmak üzere rol üstlenen çiftin beklentisinden kaynaklanır (Sezgin ve Hocoğlu 2014). Çocuğun olmadığı durumlarda benlik eksik/kusurlu olarak görülmekte, bu durum bireylerin depresyondan kaygıya kadar çeşitli şekillerde ruhsal sorunlar yaşamalarına neden olabilmektedir (İlerisoy 2015).

Çiftler, infertiliteyi hayatlarındaki en stresli durum olarak tanımlamaktadırlar (Kırca ve Pasinlioğlu 2013). Çiftler için infertilite kronik bir stres sebebi olurken, tedavi ve bekleme süreci ise çiftlerde akut stres durumunu meydana getirmektedir (Darwiche et al. 2013). Ayrıca çiftleri bir listede bekleyen olmak, üreme ve cinsel performansının bir laboratuvarında değerlendirilmesi, tedavi yöntemlerindeki etik ve ekonomik zorlamalar ve her denemenin sonucunun belirsiz olması streslerinin devam etmesine neden olmaktadır (Sundby 1999). İnfertilite, ailenin üretkenliğini tehlikeye atması ve ailenin genişlemesini engellemesi nedeniyle kuşaklararası bir gelişimsel aile krizi olarak ele alınmaktadır (Seymenler ve Siyez 2018). İnfertilitenin stres yaratıcı etkisi; sosyal, kültürel

baskılardan kaynaklanıyor gibi görünse de, ana sebep infertil çiftlerin çocuk sahibi olmaya yüklediği anlamdır (Sezgin ve Hocoğlu 2014). Kadının ve erkeğin infertiliteye yüklediği anlam; psikolojik tatminsizlik (analık içgüdüsünün karşılanamaması-baba olamama), kendini toplumdan soyutlanmış hissetme, sosyal rol eksikliği (anne, kayınvalide, baba, kayınpeder), sosyal güvence azlığı (yaşlanınca bakacak kimse olmaması), yalnız kalma olarak sayılabilir (Sezgin ve Hocoğlu 2014).

Çiftler için çocuk sahibi olamama durumunda; engellenme duygusu, toplum içinde anne baba rollerini yani ebeveynliğini yerine getirememesi gibi ortak duygular yaşanabilmektedir (Yanikkerem ve ark. 2008). Kadın için annelik, kadın hayatında birincil rol olarak görülmektedir. Diğer yaşam rolleri ve beklentiler ne olursa olsun her kadından bu rolü yerine getirmesi beklenmektedir (Beji ve Kaya 2012). Kadının anne kimliğine kültürel açıdan sıklıkla vurgu yapıldığı için, çocuk sahibi olamayan kadınlar erkeklere göre daha zorlayıcı deneyimler yaşamaktadırlar. Bununla birlikte eğitilmiş olmak, meslek sahibi ve çalışıyor olmak, kendi ifadeleriyle infertiliteyle başa çıkmada bir “B planı” olarak işlev görmekte ve kadını güçlendirmektedir (İlerisoy 2015). Ebeveynlik, yaşamın önemli gelişimsel basamaklarından olup pek çok kültürde gebelik ve ebeveynlik, yaşamın önemli olaylarından biri olarak görülmekte ve üreme konusundaki yetersizlik sıklıkla sosyal bir damga yaratmaktadır (Taşçı ve ark. 2008). İnfertil çiftler için özlem duyulan çocuk, her eşin idealize edilmiş bölümlerini temsil eden ideal bir çocuk haline gelmekte ya da çocuğa sahip olamamanın nedeni bireyin kendi ya da eşinin olumsuz bir özelliği (ya da hatası) olarak algılanabilmektedir (Seymenler ve Siyez 2018). Ebeveynlik rolünü üstlenemeyen kişi kendini erişkin kimliği kazanamamış olarak hisseder (Sezgin ve Hocoğlu 2014). Anne-babalar toplumsal cinsiyet rollerini ve sosyal normları çocuklarına daha doğdukları andan itibaren iletirler (örneğin küçük çocuklara doğrudan annelik ve babalık rolleri ile ilgili oyuncaklar verilmesi). Bu kültürel aktarımlarla yetişen bireyler için ise infertilite, kadınlar için toplumun annelik beklentisini karşılayamamak, erkekler için de kültürün tanımladığı erkeklik yeteneğini gösterememek anlamına gelebilir (Karaca ve Ünsal 2012). Toplumsal açıdan sosyal normlarını yerine getiremeyen bireyler olarak algılanan infertil

çiftlerin, ebeveyn olma konusundaki görüşleri önemlidir.

Bu araştırma, infertil çiftlerin ebeveyn olmaya yönelik görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Tanımlayıcı nitelikte olan araştırma, Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi İnfertilite Polikliniğinde Şubat 2011- Mart 2012 tarihleri arasında yapılmıştır.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında Araştırma Hastanesi İnfertilite Polikliniğine eşile başvuran çiftler, örneklemini ise; araştırmaya katılmayı kabul eden 112 çift oluşturmuştur.

**Veri Toplama Araçları:** Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu kullanılmıştır (Kavlak 2008; Altıntuğ ve ark. 2012; Sezgin ve Hocoğlu 2014).

**Anket Formu:** Çiftlerin demografik özellikleri, infertiliteye yönelik durumları ve ebeveyn olmaya yönelik görüşlerini değerlendiren sorulardan oluşmuştur.

**Verilerin Toplanması:** Çiftlerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak veriler toplanmıştır.

**Verilerin Değerlendirilmesi:** Araştırma verilerinin analizinde SPSS paket programı kullanılmıştır. Veriler, yüzdelik dağılım ile değerlendirilmiştir.

### Araştırmanın Etik Yönü:

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı hastaneden izin alınmıştır. Araştırma süresince Helsinki Deklarasyonu Prensiplerine uyulmuş olup, verilerin toplanması için infertil çiftlerden sözlü onam alınmıştır.

Araştırma verilerinin toplanması esnasında çiftlere araştırma hakkında bilgi verilerek "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya katılan çiftlere bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirilmiştir.

## BULGULAR

Çalışmaya katılan infertil çiftlerden kadınların %40.2'si 26-31 yaş arasında, %62.5'i ilkökul mezunu ve %83.9' u ev hanımıdır.

Erkeklerin %57.1'i 30-39 yaş arasında, %33'ü ilkökul mezunu ve %95.5'i çalışmaktadır. İnfertil çiftlerin %56.2'si il merkezinde yaşamakta, %49.1'inin evliliği 1-5 yıl arasındadır.

Çiftlerin %33'ünün 6 ay-2 yıl arasında çocuk istemesine rağmen çocuk sahibi olamadığı, %48.3'ünün 6 aydır infertilite tedavisi aldığı belirlenmiştir. İnfertil çiftlerden kadınların %55.4'ünün, erkeklerin %53.6'sının aldığı tedavi yöntemlerini bildiği, kadınların %66.1'i, erkeklerin ise %33'ü infertilitenin kimden ve nereden kaynaklandığını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan kadınların %90.2'si, erkeklerin %92.0'si infertilite tedavisi alırken duygusal açıdan sıkıntılarını gidermek için profesyonel yardım almadığını ve kadınların %57.1'i, erkeklerin ise %66.1'i infertilitenin eşiyile olan sosyal ve duygusal ilişkisini etkilemediğini belirtmişlerdir.

**Tablo 1.** İnfertil Çiftlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
<b>Kadının Yaşı</b>		
20-25 yaş	24	21.4
26-31 yaş	45	40.2
32-37 yaş	25	22.3
38 yaş ve üzeri	18	16.1
<b>Erkeğin Yaşı</b>		
20-29 yaş	21	18.8
30-39 yaş	64	57.1
40-49 yaş	22	19.6
50 yaş ve üzeri	5	4.5
<b>Kadının Eğitim Düzeyi</b>		
İlkökul	70	62.5
Ortaokul	10	8.9
Lise	14	12.5
Üniversite	18	16.1
<b>Erkeğin Eğitim Düzeyi</b>		
İlkökul	37	33.0
Ortaokul	16	14.3
Lise	32	28.6
Üniversite	27	24.1
<b>Kadının Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	18	16.1
Çalışmıyor	94	83.9
<b>Erkeğin Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	107	95.5
Çalışmıyor	5	4.5
<b>Yaşanılan Yer</b>		
Köy	19	17.0
İlçe	30	26.8
İl	63	56.2
<b>Evlilik Yılı</b>		
1-5 yıl	55	49.1
6-10 yıl	33	29.5
11-15 yıl	11	9.8
16 yıl ve üzeri	13	11.6



**Tablo 2.** İnfertil Çiftlerin İnfertiliteye Yönelik Durumlarının Dağılımı

Özellikler	Sayı	%			
<b>İsteddiği halde çocuk sahibi olamama süresi</b>					
6 ay-2 yıl	37	33.0			
3-4 yıl	20	17.9			
5-6 yıl	22	19.6			
7 yıl ve üzeri	33	29.5			
<b>İnfertilite tedavisi alma süresi</b>					
6 ay	54	48.3			
1 yıl	15	13.4			
2 yıl	10	8.9			
3 yıl	7	6.2			
4 yıl ve üzeri	26	23.2			
		<b>Kadın</b>		<b>Erkek</b>	
		<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Alınan tedavi yöntemlerini bilme durumu</b>					
Biliyor	62	55.4	60	53.6	
Bilmiyor	50	44.6	52	46.4	
<b>İnfertilitenin kimden veya nereden kaynaklandığını bilme durumu</b>					
Biliyor	38	33.9	75	67.0	
Bilmiyor	74	66.1	37	33.0	
<b>İnfertilite tedavisi alırken duygusal açıdan sıkıntılarınızı gidermek için profesyonel yardım alma durumu</b>					
Aldım	11	9.8	9	8.0	
Almadım	101	90.2	103	92.0	
<b>İnfertilite eşinizle olan sosyal ve duygusal ilişkinizi etkileme durumu</b>					
Etkiledi	48	42.9	38	33.9	
Etkilemedi	64	57.1	74	66.1	

İnfertil çiftlerin ebeveyn olmaya yönelik görüşleri incelendiğinde; kadınların %80.4'ü, erkeklerin %75.9'u "Kendi biyolojik çocuğumuza sahip olmak için tedaviye devam etmek" istediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca çiftlerin "bir

bebek/çocuk evlat edinmek" seçeneği değerlendirildiğinde; kadınların %9.8'i, erkeklerin %8.0'ünün ancak evlat edinebilecekleri belirlenmiştir.

**Tablo 3.** İnfertil Çiftlerin Ebeveyn Olmaya Yönelik Görüşlerinin Dağılımı

Özellikler	Kadın		Erkek	
	Sayı	%	Sayı	%
Biyolojik çocuğumuza sahip olmak için tedaviye devam etmek	90	80.4	85	75.9
Çocuk sahibi olmadan bir hayatı sürdürmek	11	9.8	18	16.1
Bir bebek/çocuk evlat edinmek	11	9.8	9	8.0
<b>TOPLAM</b>	<b>112</b>	<b>100.0</b>	<b>112</b>	<b>100.0</b>

## TARTIŞMA

Bu çalışmada, infertil çiftlerin ebeveyn olmaya yönelik görüşleri değerlendirilmiş, elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çiftlerin %33'ü 6 ay-2 yıl arasında çocuk istemesine rağmen çocuk sahibi olmadıklarını

ifade etmişlerdir. Taşçı ve ark. (2008) çalışmasında infertil kadınların %60.4'ünün infertilite süresinin 5 yıl ve üzerinde olduğunu belirtmiştir. Altıntop ve Kesgin'in (2018) çalışmasında infertil çiftlerin %50.5'inin infertilite süresinin 1-5 yıl arasında olduğu

bulunmuştur. Bu bulgular araştırma sonuçlarıyla benzerdir.

Çiftlerin %48.3'ünün 6 aydır infertilite tedavisi aldığı belirlenmiştir. Altıntop ve Kesgin (2018) çalışmasında %37.8'inin tedaviye başvurma zamanının son iki yılda olduğunu, %39.4'ünün en az bir kere tüp bebek tedavisi aldığını ve %75'inin de şu an tüp bebek tedavisi gördüğünü belirtmiştir. Çalışma bulgularındaki farklılığın, çiftlerin yaşadığı bölge, kültür ve ekonomik özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Kadınların %66.1'i, erkeklerin ise %33'ü infertilitenin kimden ve nereden kaynaklandığını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Taşcı ve ark.'nın (2008) çalışmasında kadınlar, infertilite nedeninin %49.3 oranında eşlerinden kaynaklandığını belirtmişlerdir. Altıntop ve Kesgin (2018) çalışmasında %26.7'sinin kadın kaynaklı, %25.1'inin erkek kaynaklı, %13.7'sinin hem kadın hem erkek kaynaklı ve %34.7'sinin açıklanamayan infertilite olduğunu belirtmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların %90.2'si, erkeklerin %92.0'si infertilite tedavisi alırken duygusal açıdan sıkıntılarını gidermek için profesyonel yardım almadığını belirtmiştir. Altıntop ve Kesgin (2018) çalışmasında çiftlerin %52.1'inin psikolojik destek almadığını ifade etmiştir. Bunun sebebi, çiftlerin infertiliteyi mahrem bir konu olarak görmelerinden dolayı kendi bedenlerine, evliliklerine bir müdahale gibi algılanacağı düşüncesinden kaynaklanabilir.

Kadınların %57.1'i, erkeklerin ise %66.1'i infertilitenin eşiyile olan sosyal ve duygusal ilişkisini etkilemediğini belirtmişlerdir. Çocuk sahibi olamama her iki cinsi duygusal olarak etkilese de kadınların daha fazla stres ve baskı hissettikleri, anksiyete ve depresyon oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Karaca ve Ünsal 2012). Abbey et al. (1995) çalışmasında eşler arası ilişkiyle ilgili olarak karşılıklı sağlanan desteğin evlilik kalitesini olumlu etkilediği ve eşler arası desteğin sağlanamamasının stres ve yaşam kalitesini etkilediğini belirtmiştir. Altıntop ve Kesgin (2018) çalışmasında tedavinin evlilikte sorun

## **KAYNAKLAR**

**Abbey et al.** Provision and Receipt of Social Support and Disregard: What is Their Impact on The Marital Life Quality of Infertile and Fertile Couples? *Journal of Personality and Social Psychology* 1995;68(3):455–69.

**Altıntop İ, Kesgin B.** İnfertilite Tedavisi Gören Çiftlerin Kaygı, Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri İle

oluşturduğu düşüncesinin kadınlarda daha fazla olduğu, ancak tedavinin eşler arası ilişkiye yansımaları konusunda cinsiyet açısından bir fark bulunmadığını ifade etmiştir. Bu bulgular araştırma sonuçlarıyla uyumludur.

İnfertil çiftlerin ebeveyn olmaya yönelik görüşleri incelendiğinde; kadınların %80.4'ü, erkeklerin %75.9'u "Kendi biyolojik çocuğumuza sahip olmak için tedaviye devam etmek" istediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca çiftlerin "bir bebek/çocuk evlat edinmek" seçeneği değerlendirildiğinde; kadınların %9.8'i, erkeklerin %8.0'mın ancak evlat edinebilecekleri belirlenmiştir. Bu sonucun, çiftlerin dini inançlarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

İnfertil çiftlerin ebeveyn olmaya yönelik görüşlerinin özellikle kendi çocuklarına sahip oluncaya kadar tedaviye devam edecekleri yönünde saptanmıştır. Çiftlerin infertilite tedavisine yönelik olumlu görüşe sahip oldukları, kadınların erkeklerden daha olumlu düşündükleri bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda; infertil çiftler için gerekli danışmanlık ve desteğin sağlanmasında sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Toplumun infertiliteye yönelik farkındalıklarını arttırmak için eğitimlerin planlanması önerilebilir.

## **TEŞEKKÜR**

Çalışmamızın veri tabanını oluşturarak çalışmaya katılmayı kabul ettikleri için çiftlere teşekkür ederiz.

## **ÇIKAR ÇATIŞMASI**

Herhangi bir kişi ya da kurum arasında çıkar çatışması yoktur.

## **YAZAR KATKI**

HÖ: Araştırma konusu, makale yazımı ve kritik okuma, ZDÜT: Veri toplama, AA: Literatür tarama ve makale yazımı, AK: İstatistiksel analiz, kritik okuma

Başa Çıkma Stratejileri. *Journal of International Social Research* 2018; 11(55):756-68. <http://dx.doi.org/10.17719/jisr.20185537247>.

**Altuntuğ ve ark.** İnfertil Çiftlerde Kaygı Düzeyi ve Sosyodemografik Özellikler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2012;7:65-78.

**Beji NK, Kaya D.** İnfertilitede Birey-Çift ve Grup Danışmanlığı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2012;9(3):10-14.

**Burns LH.** Psychiatric Aspects of Infertility and Infertility Treatments. Psychiatr Clin North Am, 2007;30(4):689-716.

**Darwiche et al.** Couples Resolution of an Infertility Diagnosis Before Undergoing In Vitro Fertilization. Swiss Journal of Psychology 2013;72(2):91-102. Doi: 10.1024/1421-0185/a000102.

**Demirci H.** İnfertilitenin Çiftler Üzerinde Psikososyal ve Psikoseksüel Etkileri. In: Beji NK, editörler. İnfertilite sorunu, yardımcı üreme teknikleri ve hemşirelik yaklaşımı. İstanbul: Emek Matbaacılık; 2001:104-17.

**Ender Yumru A, Öndeş B.** İnfertil Çifte Yaklaşım ve İn Vitro Fertilizasyona Doğru Hasta Seçimi, Journal of Academic Research in Medicine 2011;1: 57-60.

**İlerisoy M.** İnfertilite Tedavisi Gören Bireylerin Duygusal Yaşantıları ve Baş Etme Yöntemleri Üzerine Bir Araştırma. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi, 2015;28:143-164.

**Karaca A, Ünsal G.** İnfertilitenin Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3(2):80-85.

**Kavlak, O.** İnfertilite. In: Şirin A, Kavlak O, editörler. Kadın sağlığı. İstanbul: Bedray basın yayıncılık; 2008:332-46.

**Kırca N, Pasinlioğlu T.** İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2013;5(2):162-78.

**Monga et al.** Impact of Infertility on Quality of Life, Marital Adjustment, and Sexual Function. Urology 2004;63(1):126-30.

**Seymenler S, Siyez DM.** İnfertilite Psikolojik Danışmanlığı. Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2018;10(2):186-197.

**Sezgin H, Hocaoğlu Ç.** İnfertilitenin Psikiyatrik Yönü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2014;6(2):165-84.

**Sundby L.** Sad not to Have Children, Happy to Be Childless: A Personal and Professional Experience of Infertility. Reproductive Health Matters 1999;7:13-9.

**Taşçı ve ark.** İnfertil Kadınlarda Evlilik Uyumu. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2008;5(2):105-10.

**Yanikkerem ve ark.** İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;11(4):112-21.

## **EXTENDED ABSTRACT**

Infertility is one of the important problems concerning family and community health. Infertility is a stressful event for couples who want a child and a condition that worsens their relationship. Infertility is defined as the absence of pregnancy even after at least one year of unprotected sexual intercourse. It is stated that one in ten couples in the world experience problems with infertility. Couples who cannot have children, find themselves insufficient to fulfill the role of society in maintaining their reproduction and lineage. Stress-generating effect of infertility may seem to be caused by social and cultural pressures, however, the main reason is the content that infertile couples relate to having children. In case of not having children for couples; common feelings such as the feeling of being disabled, the inability to fulfill the parental roles, that is parenthood, can be experienced in the society. Parenting is one of the most important developmental stages of life, pregnancy and parenting are seen as one of the most important events of life in many cultures and the inability to reproduce often creates a social branding. The person who cannot take the role of parenting feels as if he / she cannot gain an adult identity. This research was carried out to evaluate infertile couples' opinions towards being parents.

This descriptive research was conducted between February 2011 and March 2012 at the Atatürk University Research Hospital Infertility Policlinic. While the couples who applied to the Infertility Policlinic of the Research Hospital between the specified dates create the population, the sample of the study consists of 112 couples who agreed to participate in the research. The data were collected by using face to face interview technique with the questionnaire form prepared in line with the literature. The data were evaluated with a percentage distribution. Before starting the research, permission was obtained from the hospital where the research conducted. During the study, the Helsinki Declaration Principles were followed and verbal consent was obtained from infertile couples to collect the data.

Among infertile couples participated in the study; 40.2% of women are between the ages of 26-31, 62.5% are primary school graduates and 83.9% are housewives. 57.1% of men are between the ages of 30-39, 33% are primary school graduates and 95.5% are working. While 56.2% of infertile couples live in the city center, 49.1% of their marriage is between 1-5 years. 33% of couples stated that although they wanted children between 6 months and 2 years, they could not have children. In the study of Taşçı et al., 60.4% of infertile women stated that the infertility period was 5 years or more. In the study of Altıntop and Kesgin, it was found that 50.5% of infertile couples had an infertility period between 1 and 5 years. These findings are similar to the results of the study. 66.1% of women and 33% of men stated that they did not know from whom and where infertility originated. In the study of Taşçı et al., 49.3% of the women stated that the cause of infertility was caused by their spouses. In the study of Altıntop and Kesgin, there was 26.7% stated that female origin, 25.1% male origin, 13.7% both female and male origin and 34.7% unexplained infertility.

90.2% of women and 92.0% of men participating in the study stated that they did not receive professional help to relieve their emotional problems while receiving infertility treatment. In the study of Altıntop and Kesgin, 52.1% of the couples did not receive psychological support. The reason for this may be due to the idea that couples perceive infertility as an intimate subject, and that they will interpret as an intervention in their own bodies and marriages. 57.1% of women and 66.1% of men stated that infertility did not affect their social and emotional relationship with their spouse. Although not having children affects both sexes emotionally, it is seen that women feel more stress and pressure, and their anxiety and depression rates are higher. Abbey et al. stated in his study that mutual support in relation to the relationship between spouses positively affects the quality of marriage and that the failure to provide interpersonal support affects stress and quality of life. In the study of Altıntop and Kesgin, it was stated that the idea that the treatment was a problem in marriage was higher in women, but stated that there was no gender difference in the effects of treatment on the relationship between spouses. These findings are consistent with the research results. When the infertile couples' opinions towards being parents are examined, 80.4% of women and 75.9% of men stated that they want to "Continue treatment to have our own biological child". In addition, when the couples' "adopt a baby / child" option is evaluated; it was determined that 9.8% of women and 8.0% of men could only adopt. This result is thought to stem from the religious beliefs of couples.


It has been determined that infertile couples' opinions towards being parents will continue their treatment especially until they have their own children. It was found that couples showed a positive opinion towards infertility treatment and women thought more positively than men. In line with these

results; health professionals have an important role in providing the necessary counseling and support for infertile couples. It may be suggested to plan the trainings in order to increase the awareness of the society towards infertility.


**EBELİK ÖĞRENCİLERİNİN BEBEK BESLENMESİNE YÖNELİK  
TUTUMLARININ BELİRLENMESİ\***  
**DETERMINATION OF MIDWIFERY STUDENTS' ATTITUDES TOWARDS INFANT FEEDING**  
**Ayla ERGİN\*\*, Resmîye ÖZDİLEK\*\*\*, Suzi ÖZDEMİR\*\*\*\***

**ÖZ**


\*\*Doç Dr. Kocaeli Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik  
Bölümü, Kocaeli/Türkiye.

 0000-0002-2762-2403

\*\*\*Dr. Öğr. Üyesi, Kocaeli  
Üniversitesi Sağlık Bilimleri  
Fakültesi Ebelik Bölümü,  
Kocaeli/Türkiye.

 0000-0002-4025-078X

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

 0000-0003-2437-9169

**Yazışma Adresi:**

Ayla ERGİN  
e-posta: ayla.ergn@gmail.com

**Gönderim Tarihi:** 26 Haziran 2020  
**Kabul Tarihi :** 20 Aralık 2020

\*Bu çalışma 30 Eylül-3 Ekim 2019 tarihleri arasında Ankara'da gerçekleştirilen "1. Uluslararası Emzirme Gerçeği Kongresi"nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

**Amaç:** Çalışmamızda ebelik bölümü 3. ve 4. sınıf öğrencilerinin bebek beslenmesine ilişkin tutumlarının belirlenmesi amaçlandı.

**Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı bir araştırma olup, 30 Nisan / 30 Temmuz 2019 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırma evrenini yedi devlet üniversitesinin üçüncü ve dördüncü sınıfında öğrenim gören 1008 ebelik öğrencisi oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmeyip araştırmaya katılmaya gönüllü öğrenciler alındı. Çalışma 929 öğrenci ile tamamlandı. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu ve Iowa Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği ile toplandı. Araştırma verileri SPSS 21.0 programı ile analiz edildi.

**Bulgular:** Katılımcıların %52,2'si ebelik 3. sınıf, %47,8'i ise 4. sınıf ebelik öğrencileri olup %56,5'i emzirme konusunda yeterli bilgiye sahip olduklarını belirledi. Katılımcıların IOWA Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği puan ortalamasının orta düzeyde 68,16±6,42 ve Cronbach alfa katsayısının ise 0,71 olduğu belirlendi. Ölçek puan ortalaması ile katılımcıların öğrenim gördüğü sınıf, emzirme ile ilgili ders alma ve emzirmeye ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olma konusunda kendilerini değerlendirmeleri gibi değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmedi ( $p>0.05$ ).

**Sonuç:** Ülkemizde ebelik öğrencilerinin emzirme tutumlarının orta düzeyde ve Iowa Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği'nin ebe öğrenciler için de geçerli, güvenilir bir değerlendirme aracı olduğu belirlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Emzirme; tutum; ebelik; öğrenci

**ABSTRACT**

**Objective:** In our study, it was aimed to determine the attitudes of midwifery students of 3<sup>rd</sup> and 4<sup>th</sup> grade students towards infant feeding.

**Methods:** The research is a descriptive study and was conducted between April 30 /July 30, 2019. The population of the study consisted of 1008 midwifery students studying in the third and fourth grade where according to the results of the 2018 Higher Education Institutions Exam which most preferred with the university where the researchers are located and the sample consisted of 929 midwifery students voluntarily accepted to participate in the study. The data were collected using a questionnaire prepared by the researchers and the IOWA Infant Feeding Attitude Scale. The research data were analyzed with SPSS 21.0 program.

**Results:** 52.2% of the participants are midwifery 3<sup>rd</sup>, 47.8% are 4<sup>th</sup> grade midwifery students, 69.5% stated that they chose the midwifery profession voluntarily, 56.5% had sufficient knowledge about breastfeeding and 63% stated that they encountered women who were breastfeeding in public areas. It was determined that the mean score of the participants' IOWA Infant Feeding Attitude Scale was 68.16±6.42 and the Cronbach alpha coefficient was 0.71. No statistical significance was determined between the scale mean score and other variables ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** It has been determined that breastfeeding attitudes of midwifery students are moderate in our country and the Iowa Infant Feeding Attitude Scale in our country is a valid and reliable assessment tool for midwives and it can be used safely in research and clinical applications.

**Keywords:** Breastfeeding; attitude; midwifery; student

Atf için (How to cite): **Ergin A, Özdişek R, Özdemir S.** Ebelik Öğrencilerinin Bebek Beslenmesine Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi.. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;3(3):166-177.

## **GİRİŞ**

Emzirme, anne ve yenidoğan ilişkisinin en güzel ve özel bölümü olup, yenidoğanın yaşamının ilk yıllarındaki uygun beslenmesi, sağlıklı büyüme ve gelişmesi için çok önemlidir (PAHO and WHO 2013; Gangwal et al. 2019). Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF), tüm bebeklerin yaşamlarının ilk altı ayı boyunca sadece anne sütü ile beslenmelerini ve ek gıdalar ile birlikte en az iki yıl daha anne sütü almaya devam etmelerini önermektedir (WHO 2003). Anne sütüyle beslenen bebeklerde solunum yolu enfeksiyonları, orta kulak iltihabı, ani bebek ölümü sendromu, gastrointestinal sistem enfeksiyonları, nekrotizan enterokolit, alerjik hastalıklar, obezite ve diyabet gibi hastalıkların görülme sıklığı azalmaktadır (American Academy of Pediatrics 2012; Becker et al. 2016; Harding et al. 2017; Toscano et al. 2017; Victora et al. 2016).

Mayıs 2012'de 65. Dünya Sağlık Asamblesi (WHA) altı küresel hedef içeren anne, bebek ve küçük çocuk beslenmesi üzerine kapsamlı uygulama planını onaylamıştır. Bu planlar arasında ilk altı ay sadece anne sütü ile emzirme oranlarının artırılmasını hedeflenmiş olup, DSÖ ve UNICEF önderliğinde Küresel Emzirme Kolektifi kurulmuştur. Küresel olarak, 2016 yılında 0-6 aylık bebeklerin %40'ı sadece anne sütüyle beslenmiş (WHO and UNICEF 2019), 2019 yılında yayınlanan rapora göre ise bu oran %41'ye yükselmiştir (Global Breastfeeding Collective 2019). Aynı raporda bebeklerin doğumdan sonra ilk bir saat içinde emzirme oranının %43, iki yaşına kadar emziren çocukların oranının ise %45 olduğu ve bu oranların hedeflenen oranın oldukça altında kaldığı belirlenmiştir (Global Breastfeeding Collective 2019). 2016 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde doğan bebeklerin %83.8'i hiç emzirmemiş, %57.3'ü ilk altı ay emzirmiş ve %36.2'si yaşamın ilk 12 ayında emzirilmiştir (Centers for Disease Control and Prevention 2020).

Genel olarak emzirme Türkiye'de yaygın olmasına rağmen, bebeklerin ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenme oranları Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)-2018 raporunda %41 olarak görülmektedir. Doğumdan sonraki ilk saat içinde emzirme oranı %71.3, ilk gün emzirme oranı ise %85.6'dır. Bebeklerin %12'si altıncı aydan önce ek gıda almaya başlamakta olup, formül mama kullanımı ve biberonla beslenme yaygın bir biçimde tercih edilmektedir. İlk dört

ay içinde bebeğe sadece anne sütü verme eğiliminin az olduğu tespit edilen raporda iki yaşına kadar emziren çocuk oranının %34 olarak bildirilmiştir (TNSA 2018). Bu durumda sadece anne sütüyle beslenmenin önerildiği gibi yaygın olarak uygulanmadığı görülmektedir (Özilice ve Günay 2018).

Dünya Sağlık Örgütü emzirmenin korunması, yaygınlaştırılması ve desteklenmesi için "Bebek Dostu Hastane" girişimini başlatmış, bu doğrultuda 1989 yılında doğum ve yenidoğan hizmeti veren hastaneleri kapsayan "Başarılı Emzirme İçin 10 Adım İlkeleri"ni yayınlamıştır (UNICEF and WHO 2018). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından bu ilkelere bir adım daha eklenmiş ve oluşturulan "Başarılı Emzirmede 11 Adım" kriterleri tüm sağlık kurumlarında yaygınlaştırılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2017). Bu ilkeler, insan sütü ile ilgili bilgileri, yararları, engelleyici ve kolaylaştırıcı faktörleri ve emzirmenin önemini değerlendirme anlayışını içermektedir (WHO 2018). Sağlık Bakanlığı'nın 2015 yılında yayınlanan Emzirme Danışmanlığı El Kitabı'nda da tüm sağlık profesyonellerinin bu konuda hem bilgi hem de beceri dâhil olmak üzere eğitim alması gerektiği belirtilmekle birlikte kadınların ve ailenin emzirme konusunda desteklenmesi önerilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2015). Bu doğrultuda Türkiye'de ebelik lisans öğrencilerine eğitimleri sırasında Ebelikte Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (EUÇEP) kapsamında anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitim verilmektedir (EUÇEP 2016). Ancak dünyada ve ülkemizde birçok hastanenin Bebek Dostu Hastane olmasına ve ebelik öğrencilerine öğrenimleri sırasında verilen anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitime karşın, bebeklerin ilk altı ay sadece anne sütü alma ve toplam emzirme süreleri halen istendik düzeyde değildir (TNSA 2018; UNICEF and WHO 2017).

Emzirme, ana-çocuk sağlığı yararlarının ötesinde, küresel olarak sürdürülebilir kalkınma ve refah için de önemli bir bileşendir. Ayrıca emzirmenin artırılması ile ana-çocuk sağlığı açısından mortalite ve morbiditede, çevre kirliliğinde ve ekonomik yükte azalma, zekâ düzeyinde artma sağlanabilir (Özilice ve Günay 2018). Emzirme oranlarının düşmesinin pek çok bireysel ve kültürel nedenleri bulunmaktadır. Bu faktörler; kadının eğitimi, çalışma durumu, sosyo-kültürel özellikleri, beden imajına ilişkin kaygıları, psikolojik durumu, doğum şekli, doğumda uygulanan müdahaleler, annenin emzirmeye karar vermesi, ailenin istekli olması,

sosyal destek, eş desteği, annenin motivasyonu ve sağlık profesyonellerinden alınan destek gibi bireysel, sosyo-ekonomik ve kültürel faktörlerdir (Karaçam ve Sağlık 2018; Rollins et al. 2016). Özellikle gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kadınlara ebeler ve hemşireler tarafından verilen emzirme danışmanlığı, ailelerin emzirme kararlarını etkileyebileceğinden oldukça önemlidir (McFadden et al. 2017).

Tüm sağlık profesyonelleri ile birlikte özellikle ebeler ve ebelik öğrencileri emziren kadınlara yeterli desteği sağlamak için kanıt dayalı emzirme danışmanlığı için güçlü bir eğitim temeline ihtiyaç duymaktadır (McIntyre and Fraser 2018). Ayrıca literatürde öğrencilerin emzirmeye karşı tutumlarının olumlu olmasının, annelerin öz yeterliliğini ve emzirme davranışını sürdürmelerinde etkin olduğunu vurgulayan araştırmalar mevcuttur (Vandewark 2014; Yang et al. 2018).

Yapılan çalışmalar arasında en sık kullanılan ölçeklerden biri, “*Iowa Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği-IBBTÖ*” (Iowa Infant Feeding Attitude Scale-IIFAS)’dir. De La Mora ve ark. (1999) tarafından geliştirilen IBBTÖ emzirmeye karşı kadınların tutumlarını değerlendirmek ve bebek besleme yönteminin seçimi yanı sıra emzirme süresini tahmin etmek için tasarlanmıştır. De La Mora ve ark. (1999) tarafından lohusalar üzerine geliştirilen ölçek, üç çalışmada test edilmiş olup ilk iki çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0.86, üçüncü çalışmada ise 0.68 olarak bulunmuştur (De La Mora et al. 1999).

Ülkemizde IBBTÖ ile lohusalara ilişkin geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olup, ebe ve hemşire öğrencilerinin emzirme ile ilgili bilgi ve tutumlarını değerlendirmek için uygun bir değerlendirme aracı mevcut değildir. Bu nedenle adı geçen ölçek ile ebelik öğrencilerin bebek beslenmesi tutumlarının belirlenmesi son derece önemlidir. Bu çalışma ile ebelik öğrencileri ve sağlık profesyonelleri için hazırlanan eğitim içeriklerinin planlanmasına ve ülkemizdeki emzirme oranlarının artışına olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda ebelik bölümü 3. ve 4. Sınıf öğrencilerinin bebek beslenmesine ilişkin tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

**Araştırmanın Türü:** Araştırma tanımlayıcı türde bir çalışmadır.

**Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman:** Araştırma, 30 Nisan-30 Temmuz 2019 tarihleri arasında yürütüldü.

**Araştırmanın Evren ve Örneklemi:** 2018 Yükseköğretim Kurumları Sınavı (YKS) sonuçlarına göre en çok tercih edilen (başarı sıralaması taban puanlarına göre) altı devlet üniversitesi ile araştırmacıların olduğu üniversite olmak üzere toplam yedi üniversitede öğrenim gören 1008 ebelik öğrencisi evreni oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmeyip araştırmaya katılmaya gönüllü tüm öğrenciler örnekleme dâhil edildi.

Kocaeli Üniversitesinden (140 öğrenci), Marmara Üniversitesinden (142 Öğrenci), Ankara Üniversitesinden (190 öğrenci), Ege Üniversitesinden (174 öğrenci), Eskişehir Osmangazi Üniversitesinden (120 öğrenci), Selçuk Üniversitesinden (120 öğrenci) ve Çukurova Üniversitesinden (122 öğrenci) toplam 929 öğrenci çalışmaya katıldı.

**Veri Toplama Araçları:** Veri toplama aracı olarak anket formu ve Iowa Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği kullanılmıştır.

**Anket Formu:** Araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda hazırlanan formda; sosyo-demografik özellikleri sorgulayan (yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim gördüğü üniversite, sınıfı, mesleği isteyerek seçme vb) beş soru, meslek tercihi ve emzirmeye ilişkin dersleri sorgulayan altı soru (ilgili derslerde emzirme konusunda bilgi alma durumları, emzirme ile ilgili ayrı bir ders alma gibi) yer almaktadır.

**Iowa Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği:** De La Mora ve ark (1999) tarafından geliştirilen IBBTÖ emzirmeye karşı kadınların tutumlarını değerlendirmek ve bebek besleme yönteminin seçimi yanı sıra emzirme süresini tahmin için tasarlanmıştır. Ölçek, 1 (kesinlikle katılmıyorum) ile 5 (kesinlikle katılıyorum) arasında değişen 5’li Likert tipi ve 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki 9 madde anne sütüyle besleme konusunda olumlu ifadeler, 8 madde ise formül beslenme konusunda olumlu ifadeler içermektedir. Formül beslenme maddeleri ters (1=5, 2=4, 4=2 ve 5=1) olarak puanlandırılmaktadır. Toplam tutum puanı 17 ile (biberonla beslemede pozitif tutum gösteren) 85 puan (emzirmede pozitif tutumunu yansıtan) arasında değişmektedir. Ölçek ortalama 25-30 dakikalık süre içinde tamamlanmaktadır (De La Mora et al. 1999).

**Verilerin Toplanması:** Veriler ilgili üniversitelerin bölüm başkanlıkları ile yazışmalar



ve telefonla görüşmeler sonrası okullardan Ebelik 3.ve 4. Sınıf öğrencilerin mevcut sayıları alındı ve alınan sayılar kadar çalışma formları ve onam formları çoğaltıldı. Çalışma formları bölüm başkanlıklarına posta ile iletildi. Öğrenciler için en uygun zamanda (staj toplantıları ya da sınavlardan önceki ilk saate) ilgili bir öğretim elemanı rehberliğinde veriler toplandı. Dolduran tüm formlar Kocaeli Üniversitesine posta yolu ile gönderilerek veri toplama süreci tamamlandı.

**Verilerin Değerlendirilmesi:** Araştırma verilerinin SPSS 21.0 programı ile analizleri yapıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortalama, standart sapma, medyan kullanıldı. Ölçek puan ortalamaları ile kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında parametrik testlerden bağımsız gruplarda t testi, normal dağılıma uymayan verilerin analizinde Kruskal Wallis kullanıldı. Ölçeğin güvenilirlik analizinde Cronbach alfa katsayısı hesaplandı. Analizlerde %95 güven aralığı çalışılıp  $p < 0.05$  olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Araştırmanın Etik Yönü:** Veri toplamaya başlamadan önce Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (KOÜ GOKAEK 2019/06.30, Proje No: 2019/127) ve araştırmanın yapıldığı kurumlardan yazılı izinler alındı ve Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygun olarak çalışma yürütüldü.

**Araştırmanın Sınırlılıkları:** Farklı bir tutum belirleme ölçeği Türkçe versiyonu bulunmadığından farklı ölçeklerle kıyaslamaya gidilmedi.

## BULGULAR

Araştırmada değerlendirmeye alınan 929 ebelik öğrencisinin sosyo-demografik özelliklerine Tablo 1'de yer verildi. Katılımcıların yaş ortalaması  $21.76 \pm 1.41$  (min=19, max=33) olarak belirlendi. Tamamına yakınının medeni durumunun 'bekâr' olduğu (%96.6) ve çocuk sahibi olmadığı (%99.1) saptandı. Araştırma grubunun yarısını ebelik 3. sınıf, diğer yarısı ise 4. Sınıf öğrencisi oluşturdu. Katılımcıların

%69.5'i ise (n=646) ebelik mesleğini isteyerek tercih ettiklerini bildirildi.

Katılımcıların emzirmeye ilişkin bilgilere ise, Tablo 2'de yer verildi. Gebelikle ilgili derslerinde emzirmeye ilişkin bilgi edinenlerin oranı %76.6 (n=712), doğum derslerinde %90 (n=836), emzirme ile ilgili ayrı bir derste emzirmeye ilişkin bilgi edinenlerin oranı ise %32.1 (n=298) olarak saptandı. Emzirme ile ilgili bir kursa katılan öğrencilerin oranı %15.2' idi. Katılımcıların emzirmeyle ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olma durumları incelendiğinde; %56.5'i (n=525) kendilerini yeterli; %40.1'i (n=373) kısmen yeterli; %3.3'ü (n=31) ise yetersiz olduğunu bildirdi. Halka açık alanlarda emziren kadınlar ile karşılaşanların oranı %63.0 (n=585) olarak belirlendi. Katılımcıların IBBTÖ puan ortalaması ise  $68.16 \pm 6.42$  (min=19, max=80) olarak bulundu.

**Tablo 1.** Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Özellikler	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max
<b>Yaş</b>	$21.76 \pm 1.41$	19-33
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Medeni durumu</b>		
Evli	22	2.4
Bekâr	897	96.6
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>		
Evet	8	0.9
Hayır	921	99.1
<b>Öğrenim Gördüğü Üniversite</b>		
Selçuk Üniversitesi	166	17.9
Marmara Üniversitesi	91	9.8
Eskişehir Osmangazi Ü.	118	12.7
Ege Üniversitesi	146	15.7
Kocaeli Üniversitesi	120	12.9
Çukurova Üniversitesi	120	12.9
Ankara Üniversitesi	168	18.1
<b>Sınıf</b>		
3.sınıf	485	52.2
4. sınıf	444	47.8
<b>Mesleği isteyerek seçme</b>		
Evet	646	69.5
Hayır	283	30.5
<b>Toplam</b>	929	100.0

**Tablo 2.** Katılımcıların Emzirmeye İlişkin Bilgilerinin Dağılımı

	n	%
<b>Gebelik ile ilgili derslerde emzirme konusunda bilgi alma</b>		
Evet	712	76.6
Hayır	217	23.4
<b>Doğum ile ilgili derslerde emzirme konusunda bilgi alma</b>		
Evet	836	90.0
Hayır	93	10.0
<b>Emzirme ile ilgili ayrı bir ders alma</b>		
Evet	298	32.1
Hayır	631	67.9
<b>Emzirme ile ilgili kursa katılma</b>		
Evet	141	15.2
Hayır	788	84.8
<b>Emzirmeyle ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olma</b>		
Bu konuda yeterliyim	525	56.5
Bu konuda kısmen yeterliyim	373	40.1
Bu konuda yeterli değilim	31	3.3
<b>Halka açık alanlarda emziren kadınla karşılaşma</b>		
Evet	585	63.0
Hayır	344	37.0

Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach alfa katsayısı 0.71 olarak hesaplandı. 1. madde silindiğinde ölçeğin güvenilirlik düzeyinde 0.05 yüksek bir değişim olduğundan maddenin çıkartılması uygun görüldü. Araştırmada 1.

madde çıkartılmadan önce Cronbach alfa katsayısı 0.66 iken madde çıkartıldıktan sonra 0.71 bulundu (Tablo 3). Böylelikle ölçeğin güvenilirlik düzeyine sahip olduğu belirlendi.

**Tablo 3.** Bebek Beslenme Tutum Ölçeğine Ait Güvenirlik Katsayıları (n=929)

Maddeler	Ort	SS	Madde-toplam puan korelasyonu	Madde silindiğinde cronbach alpha değeri
1. Anne sütünün besleyici faydaları bebeği anne sütünden kesinceye kadar sürer.*	2.43	1.486	0.159	0.716
2. Hazır mama ile beslenme emzirmekten daha pratiktir.*	4.56	0.922	0.440	0.645
3. Emzirme, anne ile bebek arasındaki bağlanmayı artırır.	4.91	0.453	0.460	0.648
4. Anne sütünde demir yetersizdir.*	3.87	1.207	0.334	0.667
5. Hazır mamalar ile beslenen bebekler anne sütü ile beslenen bebeklere göre daha kiloludur.	3.47	1.130	0.264	0.675
6. Anne ev dışında çalışmayı planlıyorsa mama ile beslenme en iyi seçimdir.*	4.42	0.846	0.507	0.636
7. Bebeğini mama ile besleyen anneler, anneliğin en büyük zevklerinden birini kaçırlar.	4.39	0.986	0.457	0.643
8. Anneler, lokanta gibi halka açık yerlerde emzirmemelidir.*	4.10	1.150	0.437	0.649
9. Anne sütü ile beslenen bebekler, mama ile beslenen bebeklerden daha sağlıklıdır.	4.66	0.805	0.538	0.633
10. Anne sütü ile beslenen bebekler formül mama ile beslenen bebeklerden daha kiloludur*	3.35	0.984	0.338	0.653
11. Eğer bir anne bebeğini anne sütü ile besliyorsa/emziriyorsa babalar kendilerini ihmal edilmiş hissederler.*	4.15	0.993	0.434	0.646
12. Anne sütü bebekler için ideal bir besindir.	4.84	0.598	0.609	0.631
13. Anne sütü, hazır mamadan daha kolay sindirilir.	4.76	0.693	0.562	0.632
14. Mama bebek için anne sütü kadar sağlıklıdır.*	4.37	0.878	0.561	0.628
15. Emzirme ile besleme mama ile beslemekten daha rahattır.	4.56	0.879	0.535	0.632
16. Anne sütü mamadan daha ucuzdur.	4.84	0.630	0.599	0.631
17. Ara sıra alkol alan anne bebeğini anne sütü ile beslememelidir.*	2.92	1.179	0.178	0.691
<b>Toplam Puan</b>	<b>68.16</b>	<b>6.42</b>		

\*Ters puanlanmış maddeler

Katılımcıların Iowa Bebek Beslenme Tutum Ölçeği ile bazı değişkenler karşılaştırıldı (Tablo 4). Ölçek puan ortalaması ile öğrenim gördüğü sınıf, ebelik bölümünü isteyerek seçme, gebelikle ilgili derslerde emzirme konusunda

bilgi alma, doğum ile ilgili derslerde emzirme konusunda bilgi alma, emzirme ile ilgili ders alma, emzirme kursuna katılma değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.** Katılımcıların Bebek Beslenme Tutum Ölçek Puanları İle Bazı Değişkenlerin Karşılaştırılması

	n	Ortalama $\pm$ SD	Test ve Anlamlılık
<b>Öğrenim gördüğü sınıf</b>			
3.sınıf	485	68.16 $\pm$ 6.31	*t=.87
4.sınıf	443	68.55 $\pm$ 6.55	p=.024
<b>Ebelik bölümünü isteyerek seçme</b>			
Evet	646	68.34 $\pm$ 6.43	*t=.69
Hayır	283	67.76 $\pm$ 6.39	p=.150
<b>Gebelikle ilgili derslerde emzirme konusunda bilgi alma</b>			
Evet	712	68.34 $\pm$ 6.26	*t=.36
Hayır	217	67.58 $\pm$ 6.91	p=.819
<b>Doğum ile ilgili derslerde emzirme konusunda bilgi alma</b>			
Evet	836	68.27 $\pm$ 6.37	*t=.30
Hayır	193	67.17 $\pm$ 6.86	p= 1.04
<b>Emzirme ile ilgili ders alma</b>			
Evet	298	67.77 $\pm$ 7.42	*t=.14
Hayır	631	68.34 $\pm$ 5.89	p=.400
<b>Emzirme kursuna katılma</b>			
Evet	141	68.56 $\pm$ 7.49	*t=.07
Hayır	788	68.09 $\pm$ 6.21	p=.328

\*Bağımsız gruplarda t testi

Katılımcıların emzirmeyle ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olma konusunda kendile-

rini değerlendirmeleri ile ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 5) ( $p>0.05$ ).

**Tablo 5.** Emzirme ile İlgili Yeterli Bilgi ve Beceri Konusunda Kendini Değerlendirme ile Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama $\pm$ SD	Test ve Anlamlılık
<b>Emzirme ile ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olma</b>			
Yeterliyim	525	46.049 $\pm$ 5.47	p=0.21
Kısmen yeterliyim	373	45.600 $\pm$ 5.36	*KW=3.09
Yeterli değilim	30	46.290 $\pm$ 2.97	

\*Kruskal Wallis

## TARTIŞMA

Her kadının mahremiyetine saygı göstererek emzirme kararını mümkün olan en iyi koşullarda vermesini sağlamak, emzirme uygulaması ve yararları hakkında açık ve objektif bilgi vermek sağlık profesyonellerinin sorumluluğundadır. Emzirmenin desteklenmesi için, ebe öğrencilerin bebek beslenmesine yönelik tutum ve inançlarının belirlediğimiz çalışmamızda, katılımcıların IBBTÖ puan

ortalaması 68.16 $\pm$ 6.42 (min=19, max=80) bulunmuş ve genel olarak ebe öğrencilerin tutumlarının orta düzeyde, ölçeğin Cronbach alfa katsayısının ise 0.71 olduğu belirlendi. Ayrıca 3. sınıf ebelik öğrencilerin puan ortalamalarının 68.16 $\pm$ 6.31 ve 4. sınıf ebelik öğrencilerinin puanı ise, 68.55 $\pm$ 6.55 olarak hesaplandı.

Türkiye’de Sakarya ilinde lohusalar üzerinde yapılan çalışmada, IBBT ölçeği 12 madde üzerinden değerlendirilmiş, toplam ortalama ölçek puanının 48.11 $\pm$ 6.57 ve Cronbach

alfa değerinin ise 0.67 olduğu bulunmuştur (Topal et al. 2017). Ekşioğlu ve arkadaşları tarafından 2015 yılında anneler üzerinde ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği yapılan çalışmada ise, IBBT ölçeğinin maddelerinin puan ortalamasının 66.70 puan, Cronbach alfa değerinin ise 0.71 olarak hesaplanmış ve ölçeğin Türk kültürüne uygun ve güvenilir olduğu belirlenmiştir (Ekşioğlu ve ark. 2017).

Literatürde aynı ölçek anneler üzerinde olduğu gibi lisans öğrencileri, sağlık çalışanları ve babalar gibi diğer gruplar üzerinde de yapıldığı görülmektedir (Amin et al. 2014; Al Furaikh and Ganapathy 2018; Hamid and Yahya 2018). Örneğin, Jefferson (2014) tarafından yapılan araştırmada, 348 üniversite öğrencisi çalışma grubuna alınmış ve ölçekten alınan ortalama emzirme tutumu puanı  $57 \pm 6.99$  ve ölçeğin Cronbach alfa değeri ise 0.67 olarak bulunmuştur (Jefferson 2014).

Zakarija-Grković ve Burmaz'ın 2010 yılında yaptıkları çalışma Hırvatistan'daki sağlık profesyonellerine UNICEF / WHO'unun 20 saatlik emzirme eğitimi kursu eğitimi verilmiş ve eğitim öncesi ve sonrası IBBTÖ ile sağlık profesyonellerinin tutumları değerlendirilmiştir. Eğitim sonrası grupta pozitif tutum davranışları oranının %65'den %79'a yükseldiği ( $p < 0.001$ ) belirlenmiştir (Zakarija-Grković and Burmaz 2010).

Mısır'da 2011 lisans hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada, emzirme tutumu puanı ise 5 üzerinden değerlendirilmiş ve ortalama puanların ise orta düzeyde ( $3.13 \pm 0.64$ ) olduğu belirtilmiştir (Ahmed and El Guindy 2011). Vandewark'ın (2014) hemşirelik öğrencilerinin klinik eğitimin başı ve sonunda emzirme bilgi ve tutumları arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladığı çalışmasında ölçek ortalaması 5 puan üzerinden değerlendirilmiş, ikinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin IBBTÖ ortalama puanı  $2.61 \pm 0.45$ , son sınıf hemşirelik öğrencilerin IBBTÖ ortalama puanı ise  $2.72 \pm 0.41$  olarak hesaplanmıştır (Vandewark 2014).

Bu çalışmada da ebe öğrencilerin literatüre benzer şekilde orta düzeyde ve annelerden yüksek olduğu ve sınıflar arasında puan farkının ise çok az olduğu görülmektedir (Tablo 1). Bu farkın özellikle ebelik eğitimi 3.sınıfta emzirme ile ilgili teorik ve uygulamalı derslerin daha fazla olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Ebelik eğitimi 4. sınıfta görüldüğü gibi puanlar biraz düşmektedir. Bu nedenle ebelik eğitiminde son sınıflarda da

emzirmeye yönelik teorik ve pratik uygulamaların artırılması gerekmektedir.

Çalışmamızda ölçekte birinci madde çıkartılmış ve Cronbach alfa değeri 0.66'dan 0.71'e yükselmiştir. IBBT ölçeğine göre öğrenciler en fazla emzirmenin bağlanmayı arttırdığını, bebek için ideal besinin anne sütü olduğunu, anne sütünün mamadan ucuz olduğunu ve anne sütü ile beslenen bebeklerin mama ile beslenen bebeklere göre daha sağlıklı olduğunu yüksek puan alarak vurgulamaktadır. Ancak, "anne sütünün besleyici faydaları bebeği anne sütünden kesinceye kadar sürer" (Madde 1), "anne sütünde demir yetersizdir" (Madde 4), "anne sütü ile beslenen bebekler formül mama ile beslenen bebeklerden daha kiloludur" (Madde 10) ve "ara sıra alkol alan anne bebeğini beslememelidir (Madde 17) gibi maddelerde öğrencilerin puan ortalamalarının düşük olduğu ve öğrencilerin bu maddelerle ilgili kararsız ve yeterince bilgi sahibi olmadığı görülmektedir. Charafeddine ve arkadaşlarının (2016) Lübnan'da yaptıkları çalışmada, IBBT ölçeği madde 8 (anneler, lokanta gibi halka açık yerlerde emzirmemelidir) ve madde 17'nin ortalama puanları düşük bulunmuştur (Charafeddine et al. 2016). Topal ve arkadaşlarının 2017 yılında aynı ölçeği kullanarak lohusalar ile yaptıkları çalışmada ise, beş madde (Madde 1,5,8,10,17) çıkarılmış ve ölçek 12 madde üzerinden değerlendirilmiştir (Topal et al. 2017). Ekşioğlu ve arkadaşların da (2016) anneler ile yaptıkları çalışmada madde 1'in anlaşılmadığını, madde çıkarıldığında Cronbach alfa değeri üzerinde önemli bir değişiklik yaratmaması nedeniyle ölçekten çıkarılmadığı ifade edilmiştir (Ekşioğlu ve ark. 2015). Bizim çalışmamızda da öğrenciler tarafından madde 1'in anlaşılma güçlük çekildiği belirlenmiş, bu madde ölçekten çıkartılmadan önce ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.66 iken, madde çıkartıldıktan sonra ise, 0.71 olarak hesaplanmıştır. Böylelikle madde 1 çıkartılarak kullanıldığında ölçeğin ebelik öğrencileri üzerinde geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir (Ekşioğlu ve ark. 2015).

Scot ve arkadaşlarının Avrupa'da dört ülkedeki annelerin dâhil edildiği araştırmada, kadınların çoğunluğunun madde 8'e katıldığı ve emzirmeye karşı olumsuz bir tutumun emzirme süresini etkilediği belirlenmiştir. Aynı çalışmada algılanan sosyal normların emzirme sonuçları, emzirme bilgisi ve kadınların tutumlarından daha etkili olduğu vurgulanmıştır (Scott et al. 2015). Çalışmamıza katılan ebe öğrencilerin ise madde

8 ifadesine katılmayarak, açık alanlarda da kadınlarının emzirme haklarının olduğunu savundukları görülmüştür. Bu durum, sağlık profesyonellerinin sosyal normlardan daha uzak olduğunu ve anne ve bebek haklarını daha fazla savunduklarını göstermektedir.

Yakın zamana kadar steril olduğu düşünülen anne sütünün aslında içinde bakterileri de barındırdığı 17. yüzyıldan bu yana bilinen bir gerçektir. Son yıllarda anne sütünün Bifido bakteri başta olmak üzere birçok mikrobiyom içerdiği anlaşılmıştır (Güney ve Çınar 2017). Çalışmamızda ise, ebelik öğrencilerinin bebek sağlığı açısından anne sütünün besleyici yararlarını sadece anne sütünden kesinceye kadar sürdürdüğünü ifade etmiş, anne sütü mikrobiyota ilişkisi ile ilgili yorum yapamadıkları anlaşılmıştır. Bu nedenle emzirmenin bebek, anne ve toplum sağlığı açısından güncel faydaları da yapılan eğitimlerde sıkça vurgulanmalı, sağlık profesyonelleri ve öğrencilerin bilgi ve tutumları artırılmalıdır.

Yapılan çalışmalar sonucu annenin sütünde yeterince demirin olmadığı, ancak anne sütü içindeki demirin %50'sinin, inek sütündeki demirin ise %5-10'unun emildiği bilinmektedir. Anne sütündeki demir emilimi inek sütünden daha iyi olduğu için anne sütü bebeği ilk dört ayda demir eksikliğinden korumaktadır (Topal et al. 2017). IBBT ölçeğinde, çalışmamıza katılan öğrencilerin çoğunluğu "anne sütünde demir yetersizdir" ifadesiyle hemfikirdir. Buna göre ebe öğrenciler tarafından, anne sütündeki demir emilim seviyesinin ve bebek için daha faydalı olduğu bilmemektedir. Bu nedenle sağlık profesyoneline annelere verilen danışmanlık eğitiminde bu konulara ayrıca vurgu yapılması önemlidir. Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket sorularında, emzirmeyle ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olma konusunda öğrencilerin kendilerini değerlendirmesine bakıldığında, öğrencilerin %56.5'inin (n=525) emzirme bilgi ve beceri konusunda yeterli olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 2). Yapılan çalışmalar, sağlık profesyonellerinin emzirme konusunda olumlu tutumlarının annelerin emzirme başarısını arttıracaklarını, emzirmeye erken başlanacağını, emzirme süresinin artacağını ve anne memnuniyetini etkileyeceğini bildirmektedir (Barnes et al. 2010; Chen et al. 2013).

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Sonuç olarak; lisans eğitimlerinde emzirme ile ilgili içerikler DSÖ, AAP

(American Academy of Pediatrics) ve pek çok uluslararası/ ulusal kuruluşların rehber, öneri ve araştırmalara göre güncellenmeli ve özellikle ülkemize özgü sağlık profesyonelleri için de ölçekler geliştirilmelidir. Ayrıca emzirme ile ilgili geliştirilecek adımlarda, öğrencilerin lisans eğitimlerinde bilgi ve tutumları geliştirici farklı eğitim materyalleri hazırlanmalı ve öğrencilerin bilgileri sürekli güncellenmelidir.

Literatürde, sağlık çalışanlarının emzirmeye yönelik tutumu ve bilgileri araştırılmış olmasına rağmen, ülkemizde bu konuya yönelik çalışmalar çok kısıtlıdır. Tanımlanan araştırmaların çoğunun amacı, anneleri emzirmelerinde desteklemektir. Ayrıca ülkemizde ebe öğrenci ve ebelerin bilgilerini geliştirmek için eğitim sağlayacak az sayıda program veya fırsat bulunmaktadır. Etkileşimli eğitim sağlayan araştırmaların emzirme sonuçları üzerinde daha büyük bir etkisi olduğu görülmektedir. Ayrıca sağlık profesyonelleri ve özellikle ebe öğrencilerin programlar, kampanyalar, eğitimler yolu ile bebek besleme tutumlarının zayıf olduğu ilgili konuları özellikle hedefleyen politikalara ve bu müdahalelerin belirlenmesinde bu çalışmanın aracılık edeceği düşünülmektedir.

Ebe öğrencilerin bebek beslenmesine yönelik tutumlarının orta düzeyde olduğu ve IBBT ölçeğinin de öğrenciler içinde geçerli ve güvenilir olduğu söylenebilir. Ayrıca Türkiye'de de ebe öğrenciler dışında sağlık profesyonellerinin emzirme tutumlarının belirlenmesi ve konu ile ilgili ölçeklerin geliştirilmesi ve adı geçen ölçekle karşılaştırılma yapılması önerilmektedir.

## **TEŞEKKÜR**

Çalışmamıza katılan tüm ebelik öğrencilerine, çalışma iznini veren üniversitelere, ölçeği geliştiren ve kullanım iznini veren Dr. De La Mora ve ekibine ve Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini değerlendiren Ekşioğlu ve arkadaşlarına teşekkür ediyoruz.

## **ÇIKAR ÇATIŞMASI**

Yazarların herhangi bir çıkara dayalı ilişkisi yoktur.

## **YAZAR KATKILARI**

AE: Fikir, AE: Tasarım, AE: Denetleme, AE ve SÖ: Kaynakların toplanması ve/veya işlemesi, RÖ ve SÖ: Analiz ve/veya yorum, AE, RÖ ve SÖ: Literatür taraması, AE, RÖ ve SÖ: Yazıyı yazan, AE: Eleştirel inceleme.

## KAYNAKLAR

- Ahmed A, SR El Guindy.** Breastfeeding Knowledge and Attitudes among Egyptian Baccalaureate Students. *International Nursing Review* 2011;58(3):372-8. doi: 10.1111/j.1466-7657.2011.00885.x.
- Al Furaikh SS, Ganapathy T.** First Time Expectant Fathers' Perspectives on Breastfeeding. *Malaysian Journal of Medical Research* 2018;2(2):80–87. doi: 10.31674/mjmr.2018.v02i02.012.
- American Academy of Pediatrics.** Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2012;129(3):e827-41. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3552>.
- AminTTet al.** Breastfeeding Attitudes and Knowledge among Future Female Physicians and Teachers in Saudi Arabia. *Health Science Journal* 2014;8(1):102–15.
- Barnes et al.** Evaluation of a Practice-Development Initiative to Improve Breastfeeding Rates. *Journal of Perinatal Education* 2010;19(4):17–23. doi: 10.1624/105812410X530893.
- Becker et al.** Methods of Milk Expression for Lactating Women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016;9:1465-1858. doi: 10.1002/14651858.CD006170.pub3.
- Centers for Disease Control and Prevention.** Breastfeeding Among U.S. Children Born 2009–2016, 2020. CDC National Immunization Survey. [https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis\\_data/resul ts.html](https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis_data/resul ts.html). Erişim Tarihi: 10.02.2020.
- Charafeddine et al.** Validation of the Arabic Version of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale among Lebanese Women. *Journal of Human Lactation* 2016;32(2):309–14. doi: 10.1177/0890334415586192.
- Chen S et al.** Attitudes Towards Breastfeeding – the Iowa Infant Feeding Attitude Scale in Chinese Mothers Living in China and Australia. *Asia Pac J Clin Nutr* 2013;22(2):266–69. doi: 10.6133/apjcn.2013.22.2.09.
- De La Mora A, et al.** The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: Analysis of Reliability and Validity. *Journal of Applied Social Psychology* 1999;29(11):2362–80. doi: 10.1111/j.1559-1816.1999.tb00115.x.
- Ekşioğlu A ve ark.** Annelerin Süt Bankası Hakkındaki Görüşleri: İzmir Örneği. *Türk Ped Arş* 2015;50(2):83–89. doi: 10.5152/tpa.2015.2406.
- Ekşioğlu A ve ark.** Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeğinin (Iowa) Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Journal of Education and Research in Nursing* 2017;13(3):209–15. doi: 10.5222/HEAD.2016.209.
- EUÇEP.** Mezuniyet Öncesi Ebelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı. Yüksek Öğretim Kurumu 2016. [https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim\\_ogretim\\_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/ebelik.pdf](https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/ebelik.pdf) Erişim Tarihi: 18.02.2020.
- Gangwal M et al.** Knowledge, Attitude and Practices Regarding Breastfeeding and Infant Milk Substitutes among Mothers of Upper Middle-Class Society in a Baby Friendly Hospital Initiative Accredited Hospital of New Delhi, India. *International Journal of Contemporary Pediatrics* 2019;7(1):173–79. doi: 10.18203/2349-3291.ijcp20195749.
- Global Breastfeeding Collective.** Global Breastfeeding Scorecard-Increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes. 2019 <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2019/en/>. Erişim Tarihi 19.03.2020.
- Güney R, Çınar R.** Anne Sütü ve Mikrobiyota Gelişimi. *J Biotechnol and Strategic Health Res* 2017;1(Special issue):17–24.
- Hamid SBA, Nabilah Y.** Knowledge, Attitude, Prior Exposure and Intention to Breastfeed among Undergraduate University Students. *Journal of Clinical and Health Science* 2018;3(2):26–35. doi: 10.24191/jchs.v3i2.7083.
- Harding JE et al.** Advances in Nutrition of the Newborn Infant. *The Lancet* 2017;389(10079):1660–68. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30552-4.
- Jefferson UT.** Infant Feeding Attitudes and Breastfeeding Intentions of Black College Students. *Western Journal of Nursing Research* 2014;36(10):1338–56. doi: <https://doi.org/10.1177/0193945913514638>.
- Karaçam Z, Sağlık M.** Breastfeeding Problems and Interventions Performed on Problems: Systematic Review Based on Studies Made in Turkey. *Türk Pediatri Arşivi* 2018;53(3):134-48.
- McFadden A et al.** Support for Healthy Breastfeeding Mothers with Healthy Term Babies (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017;2(2):1-211. doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub5.
- McIntyre H, Fraser D.** Baby Friendly Initiative University Education Standards Create Positive Changes in Midwifery Students' Reported Knowledge, Three-Year Case Study. *MIDIRS Midwifery Digest* 2018;28(2):219–26.
- Özilice Ö, Günay T.** Emzirme ve Sürdürülebilir Kalkınma.. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2018;8(1):1–7. doi: 10.5222/buchd.2018.001.
- PAHO, WHO.** Beyond Survival: Integrated Delivery Care Practices for Long-Term Maternal and Infant Nutrition, Health and Development. 2. ed. Washington. 2013.
- Rollins NC et al.** Why Invest, and What It Will Take to Improve Breastfeeding Practices?. *The Lancet* 2016;387(10017):491–504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2.
- T.C. Sağlık Bakanlığı.** Emzirme Danışmanlığı El Kitabı. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi 2015.
- T.C.Sağlık Bakanlığı.** Hastaneler İçin Başarılı Emzirmede 11 Öneri

2017<https://acipayamdh.saglik.gov.tr/TR,51751/emzir-mede-11-adim.html> Erişim Tarihi 19.02.2020.

**Scott JA et al.** A Comparison of Maternal Attitudes to Breastfeeding in Public and the Association with Breastfeeding Duration in Four European Countries: Results of a Cohort Study. *BIRTH* 2015;42(1):78–85.doi: 10.1111/birt.12138.

**TNSA 2018-**Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TC Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, 2019 [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018\\_ana\\_Rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf). Erişim Tarihi: 18.02.2020.

**Topal Set al.** The Determination of Infant Feeding Attitudes among Turkish Mothers Using the Iowa Infant Feeding Attitude Scale. *Journal of the Pakistan Medical Association* 2017;67(10):1567–73.

**Toscano M et al.** Role of the Human Breast Milk-Associated Microbiota on the Newborns' Immune System: A Mini Review. *Frontiers in Microbiology* 2017;25(8):1–5. doi: 10.3389/fmicb.2017.02100

**UNICEF, WHO.** Global Breastfeeding Scorecard, 2017 Tracking Progress for Breastfeeding Policies and Programmes. Global Breastfeeding Scorecard. <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2017/en/>. Erişim Tarihi 21.02.2020.

**UNICEF, WHO.** Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services: The Revised Baby-Friendly Hospital Initiative 2018. <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/>. Erişim Tarihi 23.02.2020.

**Vandewark AC.** Breastfeeding Attitudes and

Knowledge in Bachelor of Science in Nursing Candidates. *The Journal of Perinatal Education* 2014;23(3):135–41.doi: 10.1891/1058-1243.23.3.135.

**Victora CG et al.** Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms, and Lifelong Effect. *The Lancet* 2016;387(10017):475–90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.

**WHO.** Global Strategy for Infant and Young Child Feeding 2003. <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/>. Erişim Tarihi 19.03.2020.

**WHO.** Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. In Geneva: World Health Organization 2018. <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/>. Erişim Tarihi: 20.02.2020.

**WHO, UNICEF.** The Extension of the 2025 Maternal, Infant and Young Child Nutrition Targets to 2030,2019 <https://www.who.int/nutrition/global-target-2025/discussion-paper-extension-targets-2030.pdf?ua=1>. Erişim Tarihi 19.04.2020.

**Yang SF et al.** Validation of the Chinese Version of the Australian Breastfeeding Attitude Questionnaire. *Journal of Human Lactation* 2018;34(4):674–81. doi: 10.1177/0890334418761567.

**Zakarija-Grković I,Burmaz T.** Effectiveness of the UNICEF/WHO 20-Hour Course in Improving Health Professionals' Knowledge, Practices, and Attitudes to Breastfeeding: Before/after Study of 5 Maternity Facilities in Croatia. *Croatian Medical Journal* 2010;51(5):396–405.doi: 10.3325/cmj.2010.51.396

## EXTENDED ABSTRACT

Breastfeeding is the most beautiful and special part of the relationship between the mother and a newborn, and proper nutrition in the initial years of the newborn's life is very important for healthy growth and development. Therefore, the World Health Organization (WHO 2003) and the United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) recommend initiation of breastfeeding within the immediately after the birth; exclusive breastfeeding for the first six months without any additional foods; and continued breastfeeding for two years or more for all babies .

Although breastfeeding is common in Turkey in general, feeding babies with only breast milk for the first six months rates is seen as 41% in the report issued by Turkish Demographic and Health Survey (TNSA)-2018. The rate of breastfeeding in the first hour after birth is 71.3%, and the rate of breastfeeding on the first day is 85.6%.

Together with all health care professionals, especially midwives and midwifery students need a strong educational foundation for evidence-based breastfeeding counseling to provide adequate support to women who are breastfeeding. In addition, there are studies in the literature emphasizing positive effects of students towards maintaining an effective breastfeeding behavior and self-efficacy of mothers.

In our country, the validity and reliability of the "*Iowa Infant Feeding Attitude Scale-IIFAS*" has been confirmed with puerperant women, but there isn't any appropriate assessment tool to evaluate the knowledge and attitudes of midwifery and nursing students regarding breastfeeding. For this reason, it is extremely important to determine the infant nutrition attitudes of midwifery students with the mentioned scale. It is thought that this study will contribute positively to the planning of the educational curriculum prepared for midwifery students and health care professionals and the increase of breastfeeding rates in our country.

In our study, it was aimed to determine the attitudes of midwifery students at 3rd and 4th grade towards infant nutrition. The descriptive study was conducted between April 30 and July 30, 2019. The research population consisted of a total of 1008 midwifery students in the third and fourth grade studying at 7 different state universities. All students who volunteered to participate in the study without performing any selection, were included in the sampling.

A questionnaire is prepared by the researchers, and the Iowa Infant Feeding Attitude Scale was used as data collection tools. IIFASscale, which is developed by De La Mora and Russell (1999) to evaluate women's attitudes towards breastfeeding and to predict breastfeeding time as well as the choice of infant feeding method. The scale is a 5-point Likert type and consists of 17 items. The total attitude score ranges from 17 (showing a positive attitude in bottle feeding) to 85 points (reflecting its positive attitude in breastfeeding). Research data were analyzed with SPSS 21.0 program. Percentage, mean, standard deviation, median, t test in independent groups and Kruskal Wallis were used in the analysis of the data. In the analyzes, confidence interval is accepted as 95%, and significance value is accepted as  $p<0.05$ . Before starting data collection, ethical approval (KOÜ GOKAEK 2019/06.30, Project No: 2019/127) and written permissions from the institutions where the research was conducted were obtained and the study was carried out in accordance with the Helsinki Declaration Principles.

929 midwifery students participated in the research. The average age of the participants is determined as  $21.76\pm 1.41$  (min=19, max=33). It was seen that half of the research group consisted of students who were in 3rd grade and the other half in 4th grade. 56.5% (n=525) of the participants evaluated that they have sufficient knowledge and skills related to breastfeeding; 40.1% (n=373) evaluated partially sufficient; 3.3% (n=31) evaluated as insufficient. The proportion of those who faced breastfeeding in public areas was determined as 63.0% (n=585). The average IIFASscore of the participants was determined as  $68.16\pm 6.42$  (min=19, max=80).

In our study, the Cronbach alpha coefficient of the Turkish form of the scale was calculated as 0.71. When item 1 was deleted, it was seen the reliability level of the scale was 0.05 higher, thus it was deemed appropriate to remove the item. In the study, before the first item was removed, the Cronbach alpha coefficient was 0.66, while after the item was removed it was found as 0.71. Thus, the scale's reliability level was determined sufficient. No statistical significance was determined between the variables of the class, where the student was educated, choosing the midwifery department voluntarily, obtaining information about breastfeeding in related courses, and participating in the course with the scale average of the point ( $p<0.05$ ). As a result; Breastfeeding curriculum in undergraduate education should be updated according to WHO, AAP (*American Academy of*




*Pediatrics*) and guides, recommendations and researches of many international/national institutions, and scales should be developed specific to our country especially for health care professionals. In addition, in the stages to be developed regarding breastfeeding, different educational materials that develop knowledge and attitudes of undergraduate students should be prepared, and students' information should be continuously updated.

In our study, it can be said that the attitudes of midwives towards infant nutrition are in intermediate level, and the IIFAS scale is valid and reliable among these students. In addition, it is also recommended to determine breastfeeding attitudes of health care professionals except midwifery students in Turkey, and to develop related scales, and to perform comparison with the mentioned scale.


**TÜRKİYE'DE KADINLARIN RUHSAL DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ:  
ÇOK MERKEZLİ KESİTSEL ÇALIŞMA\***  
**EVALUATION OF MENTAL STATE THAT WOMEN IN TURKEY:  
MULTICENTER SECTIONAL**

**Özlem ŞAHİN ALTUN\*\***, Serap EJDER APAY\*\*\*, S. Pınar MEHEL TUTUK\*\*\*\*, Tuğçe SÖNMEZ\*\*\*\*\*, Ümran POLAT\*\*\*\*\*, Zeliha DÜZENLİ\*\*\*\*\* Aynur NAZLI\*\*\*\*\*  
Rahime ASLAN\*\*\*\*\*


\*\*Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri  
Hemşireliği AD Erzurum/Türkiye.

 0000-0001-6727-6480


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

 0000-0003-0978-1993


\*\*\*\*Öğr.Gör. İstanbul Şişli Meslek  
Yüksekokulu, İstanbul/Türkiye..

 0000-0003-3681-4148


\*\*\*\*\*Dr. Öğr. Üyesi, Gaziantep  
İşlem Bilim ve Teknoloji Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Gaziantep/Türkiye.

 0000-0001-9495-526X


\*\*\*\*\*Uzm.Hem., Marmara  
Üniversitesi Hastanesi,  
İstanbul/Türkiye.

 0000-0003-2245-0988


\*\*\*\*\*Uzm.Hem., Trabzon Devlet  
Hastanesi, Trabzon/Türkiye.

 0000-0001-6705-4543

\*\*\*\*\*Uzm.Hem., Mehmet Kemal  
Tuncel Mesleki ve Teknik Anadolu  
Lisesi, Adana/Türkiye.

 0000-0002-3602-1554

\*\*\*\*\*Uzm.Hem., Doktor Ersin  
Arslan Devlet Hastanesi,  
Gaziantep/Türkiye.

 0000-0002-8301-4656

**Yazışma Adresi:**  
Özlem ŞAHİN ALTUN  
e-posta: ozlemsahinaltun@gmail.com

**Gönderim Tarihi:** 28 Mayıs 2020  
**Kabul Tarihi :** 22 Aralık 2020

\*Bu çalışma 2015'te  
Antwerp/Belçika'da Care4  
Uluslararası Bilimsel Hemşirelik ve  
Ebelik Kongresi'nde sunulmuştur.

**ÖZ**

**Amaç:** Bu araştırma, Türkiye'de farklı bölgelerde yaşayan kadınların ruhsal belirtilerini saptamak amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Kesitsel, tanımlayıcı ve karşılaştırılmalı türde yapılan araştırmanın verileri Eylül 2013-Eylül 2014 tarihleri arasında Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesinde bulunan 7 büyük şehirde yapılmıştır. Araştırmaya İstanbul, Ankara, İzmir, Adana, Gaziantep, Erzurum, Trabzon illeri alınmıştır. Araştırmanın evreni, çalışmaya dahil edilen illerdeki tüm kadınlardır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır. Verilerin toplanmasında soru formu ve Kısa Semptom Envanteri kullanılarak araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik dağılım, ortalama ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya alınan kadınların yaş ortalamasının 29.49±8.60 ve %26.2'sinin 18-22 yaş aralığında, %35.8'sinin lise mezunu; %50.1'inin bekâr ve büyük çoğunluğunun sosyal güvencesinin olduğu bulunmuştur. Kadınların %92.6'sının herhangi bir psikiyatrik bozukluk nedeni ile tanı almadığı ve %92.4'ünün ailesinde de psikiyatrik bozukluk nedeniyle tanı alan kimsenin olmadığı bulunmuştur.

**Sonuç:** Araştırma sonucunda Kısa Semptom Envanteri en yüksek puan ortalaması olan il Erzurum, en düşük puan ortalaması olan il Adana olarak bulunmuştur. Çalışmamızda kadınların ruhsal belirtilerinin fazla olduğu standart soru formu ile tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda; kadınların ruhsal durumlarını değerlendirirken kadınları biyopsikososyal boyutları ile bütüncül olarak değerlendirilmesi, ruhsal bozukluğu olan kadınların özel olarak ele alınması, bu kadınlara yönelik psikolojik danışmanlık verilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Türkiye; kadın; kadın ruh sağlığı

**ABSTRACT**

**Objective:** This research was conducted to determine mental health symptoms of women living in different parts of Turkey based.

**Method:** Data of the cross-sectional, descriptive and comparative research, which was conducted in September 2013-September 2014, were gathered from seven major cities in seven geographical regions in Turkey. Istanbul, Ankara, Izmir, Adana, Gaziantep, Erzurum and Trabzon were included in the research. The universe of the research includes all women living in the cities that were included in the research. All women who volunteered to participate in the research, which was conducted without the sample selection, were included in the research. The researchers applied a questionnaire, Short Symptom Inventory and face-to-face interview technique to gather data. Percentage distribution, mean value and one-way variance analysis were used to evaluate the data.

**Results:** The mean age of women who participated in the research was 29.49 ± 8.60 and 26.2% of these women were 18-22 years old. 35.8% were high school graduates and 50.1% were single and a vast majority of these women had social security. 92.6% of women were not diagnosed with any psychiatric disorder, and 92.4% did not have anyone in their family who was previously diagnosed with any psychiatric disorder.

**Conclusion:** As a result of the research, the city with the highest score of Short Symptom Inventory was found to be Erzurum whereas the city with the lowest score was found to be Adana. This research was conducted to determine mental health conditions of women living in different parts of Turkey based on a standard questionnaire. Based on these results, when evaluating the mental state conditions of women, it is recommended to evaluate women as a whole package with their biopsychosocial dimensions, to approach women with mental disorders sensitively, and to provide psychological counseling for these women.

**Keywords:** Turkey; women; women's mental health

Atf için (How to cite): Şahin Altun Ö ve ark. Türkiye'de Kadınların Ruhsal Durumunun Değerlendirilmesi: Çok Merkezli Kesitsel Çalışma. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;3(3):178-188.

## **GİRİŞ**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal olarak da tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Bu tanımlamaya göre de modern sağlık anlayışı, ruh sağlığının ne kadar önemli olduğunu vurgulamıştır (Akin ve ark. 2003). Dünya Ruh Sağlığı Araştırmasına göre yaşam boyu ruh sağlığı bozukluk sıklığı %18.1-36.1 aralığındadır (Kessler et al 2009). Ülkemizde de temel sağlık hizmetlerinde ruhsal bozuklukların görülme oranının %20-30 aralığında olduğu ve yapılan çalışmaların bu sorunların kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Ocaktan ve ark. 2004). Dünya nüfusu incelendiğinde kadınlar toplam nüfusun yarısını oluşturduğundan, sağlık durumları söz konusu olduğunda sadece hastalık ve sakatlık olmayışı değil, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali durumunu etkileyen faktörlerinde göz önünde bulundurulması değerlendirilmesi gerekmektedir (Özvarış 2008).

Yaşamları boyunca kadınlar şiddete, yoksulluğa, aşırı iş yükü gibi olumsuz yaşam koşullarına maruz kalmakta, kadına daha az değer veren toplum anlayışı gibi zorlayıcı nedenlerle stres, anksiyete gibi psikolojik sorunlar erkeklere oranla daha yaygın görülmektedir. Kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı, erkeklere oranla iki kat daha fazladır. Kadınlar ruhsal sorunları olduğunda, fiziksel yakınmalarla sağlık kurumlarına başvurmakta ancak duygusal gereksinimlerini ifade edememektedirler (Koyun ve ark. 2011). DSÖ'nün 2018-2023 Avrupa Kadın Sağlığı Stratejik Eylem Planında belirtilen 21 hedeften birisi kadın ruh sağlığının iyileştirilmesinde öncelikle yapılması gerekenin toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin tanınması ve önlenmesine yönelik önlemlerin uygulanması olduğu belirtilmektedir (WHO 2016).

Kelleci ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, bedensel yakınmalar nedeniyle sağlık ocağına başvuran kadınların %58.3'ünde ruhsal yakınmaların başvuru şikayetleri içerisinde olmadığı belirlenmiştir. Buzlu ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, kadınların %45'inde psikiyatrik rahatsızlık yönünden değerlendirilmesi gereken belirtiler saptanmıştır. Bu sonuçlar, kadınların sağlık kurumuna bedensel yakınmalarla başvurduklarını ancak ayrıntılı görüşmeler sırasında ruhsal yönden şikâyetlerini ifade ettiklerini göstermektedir (Kelleci ve ark. 2003; Buzlu ve ark. 2006).

Ruhsal durumlarına yönelik çok fazla tehditle karşı karşıya kalan kadınların, ruh sağlığını oluşturan durumlarına yönelik ise çok az sayıda çalışma vardır (Türmen 2003).

Türkiye'de nüfusun %23'ünü 15-49 yaş grubu kadınlar oluşturmaktadır. Bu yaş grubundaki kadınlar doğurganlık döneminde olmaları nedeniyle, sağlıklarının bedensel, ruhsal ve sosyal yönden en çok risk altında olduğu dönemdir (TUIK 2018; KSSGM 2014). Literatüre göre kadınlarda depresyon ve diğer ruhsal durumların yükü %5 ile %25 arasında değişmektedir (Yıldırım ve ark. 2019). Kadınlar toplumların ayrılmaz bir parçası olsalar da, farklı rolleri onları psikolojik sorunlar açısından daha yüksek risk altında bırakmaktadır. (Maharlouei et al. 2020). Kadınlar sağlıklarını ve refahlarını olumsuz yönde etkileyen çok sayıda olumsuz deneyime ve ortama maruz kaldıklarında yaşama bakış açıları olumsuz yönde etkilenmekte, bunun sonucu olarak da biyolojik, ruhsal, sosyal ve ekonomik yönden toplumdaki yaşam biçimi etkilenmektedir (Hosang and Bhui 2018).

Türkiye'de kadınların ruh sağlığının değerlendirilmesinde temel oluşturması ve kadınların toplumsal, kültürel, sosyo-ekonomik durumu, sosyal yaşam ve sosyal destek ihtiyacı, çalışma hayatı gibi durumları göz önünde bulundurulması farklı bölgelerde yaşayan kadınların ruhsal belirtilerinin saptanması, yaşadıkları ruhsal sorunların erken dönemde belirlenerek erken dönemde müdahale edilmesine katkı sağlayacaktır. Bu araştırma, Türkiye'de farklı bölgelerde yaşayan kadınların ruhsal belirtilerini saptamak amacıyla yapılmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

**Araştırmanın Türü:** Araştırma kesitsel, tanımlayıcı ve karşılaştırmalı bir araştırmadır.

**Araştırmanın Yeri ve Zamanı:** Araştırmanın verileri Eylül 2013-Eylül 2014 tarihleri arasında Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesinde bulunan 7 büyük şehirde yapılmıştır. Araştırmaya İstanbul, Ankara, İzmir, Adana, Gaziantep, Erzurum, Trabzon illeri alınmıştır. Verilerin toplandığı merkezler Tablo 1'de belirtilmiştir. Araştırmada örneklem büyüklüğünü belirlemek için evrenin bilindiği durumlarda kullanılan formül kullanılarak örneklem büyüklüğü tespit edilmiştir (Tablo 1). Örneklem büyüklüğü için %5 hata payı %99 güven aralığı dikkate alınmıştır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde ilin nüfus temsil yeteneğini kaybetmemesine dikkat edilmiştir. Yani ildeki kadın nüfusu evren kabul edilerek örneklem

büyüklüğü hesaplanmıştır. İl temelinde seçim yapılmasının ve genel Türkiye örnekleminin seçilmemesinin en önemli nedeni araştırmaya

katılan illerin de kendi içinde değerlendirme yapabildiğini sağlamaktır.

**Tablo 1.** Örnekleme Alınan Kadınların İllere Göre Dağılımı ve Veri Toplama Merkezleri

İller*	İl Merkezindeki Kadın Sayısı	Örnekleme Alınan Kadın Sayısı	Merkez
İstanbul	7 525 493	611	75.Yıl Mecidiyeköy ASM, Esentepe ASM, Fulya ASM
Ankara	2 775 085	555	Çankaya 2 Nolu ASM,Sincan 1 Nolu ASM,Yenimahalle Batı Sitesi ASM
İzmir	2 167 934	497	Çimentepe Aile Sağlığı Merkezi, Ödemiş 7 Nolu Atatürk ASM, 2 Nolu Selçuk ASM
Adana	1 113 314	449	Solaklı ASM, Gülpınar 2 ASM, Güzelyalı ASM
Gaziantep	1 004 847	447	Şahinbey 14 Nolu ASM,Şahinbey 21 Nolu ASM,Şahinbey Burç ASM
Erzurum	384 413	437	Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Trabzon	408 526	356	Arsin ASM,Trabzon Merkez 5 Nolu ASM, Yomra ASM

\*Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Türkiye.

**Evren-örneklem:** Araştırmanın evreni çalışmaya dahil edilen illerdeki tüm kadınlardır. Araştırma, örneklem seçimine gidilmeden araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır.

*Araştırmaya alınma kriterleri;*

- 15-49 yaş aralığında olma
- İl merkezinde ikamet etme
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma

**Veri Toplama Formları:** Araştırma verilerinin toplanmasında soru formu ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılmıştır.

**Soru Formu:** Soru formu kadınların yaşı, eğitim durumu, evlilik süresi ve sosyal güvence durumu gibi sosyo-demografik özelliklerini içeren soruları içermektedir.

**Kısa Semptom Envanteri:** Kısa Semptom Envanteri, çeşitli tıbbi durumlarda psikiyatrik sorunları yakalamak amacıyla hazırlanmış, 90 maddelik bir ölçek olan Belirti Tarama Listesi (Symptom Check List 90-R, SCL-90-R) maddeleri arasından seçilmiş 53 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin ülkemiz için uyarlanması Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır (Şahin ve Durak 1994). KSE, 9 alt ölçek, 3 global indeks ve ek maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin belirlenen 9 alt ölçeği sırasıyla, somatizasyon (2,7,23,29,30,33,37. maddeler), obsesif kompulsif semptom (5,15,26,27,32,36. maddeler), kişiler arası duyarlılık (20,21,22,42. maddeler),depresyon (9,16,17,18,35,50. maddeler),anksiyete (1,12,19,38,45,49.

maddeler), hostile (6,13,40,41,46. maddeler), fobik anksiyete (8,28,31,43,47. maddeler), paranoid düşünce (4,10,24,48,51. maddeler) ve psikotizm (3,14,34,44,53. maddeler) alt ölçekleri olarak oluşturulmuştur. Ek maddeler ise (11,25,39,52. maddeler) yeme içme bozuklukları, uyku bozuklukları, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duyguları ile ilgili maddeler vardır. KSE, likert tipi bir ölçektir. Her alt ölçek için belirlenen toplam, o alt ölçek için belirtilen madde sayısına bölüldüğünde o boyut için puan elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0,en yüksek puan 212'dir. Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .96'dır. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin ruhsal belirtilerinin arttığını gösterir.

**Verilerin Toplanması:** Verilerin toplanmasında soru formu ve KSE kullanılmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması ortalama 10 dk. sürmüştür.

**Verilerin Değerlendirilmesi:** Veriler SPSS 24.0 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik dağılım, ortalama ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

**Araştırmanın Etik Yönü:** Araştırmaya başlanmadan önce, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul'undan onay ve araştırmanın yapıldığı illerde ilgili kurumlardan

yazılı izin ve katılımcılardan sözel onam alınmıştır. Araştırmanın tüm basamaklarında Helsinki Deklarasyonu Prensipleri' ne uygun davranılmıştır.

Araştırma kapsamındaki kadınların haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce kadınlara, araştırmanın yapılma amacı açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile de "Özerkliğe Saygı" ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmiştir. Ayrıca anket uygulamasının bitiminden sonra kadınların soruları cevaplandırılarak konu ile ilgili bilgiler de verilmiştir.

#### **Araştırmanın Sınırlılıkları:**

Araştırmanın, sadece kadınlarla yapılmış olması bu araştırmanın sınırlılığdır.

#### **BULGULAR**

Araştırmaya alınan kadınların yaş ortalamasının  $29.49 \pm 8.60$  ve %26.2'sinin 18-22 yaş aralığında, %35.8'sinin lise mezunu; %50.1'inin bekâr ve büyük çoğunluğunun sosyal güvencesinin olduğu bulunmuştur. Kadınların %92.6'sının herhangi bir psikiyatrik bozukluk nedeni ile tanı almadığı ve %92.4'ünün ailesinde de psikiyatrik bozukluk nedeniyle tanı alan kimsenin olmadığı bulunmuştur.

İstanbul ilinden örnekleme alınan kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; kadınların %28.3'ünün 38 yaş ve üzerinde olduğu, %48.6'sının üniversite mezunu, %73.2'sinin çalışmıyor olduğu ve %59.4'ünün evli olduğu bulunmuştur. Kadınların, %72.5'inin tanışarak evlendiği, %92.6'sının sağlık güvencesi olduğu ve %77.1'ininde çekirdek aileye sahip olduğu bulunmuştur. Kadınların eşlerinin %62.1'inin 30-39 yaş aralığında olduğu, %44.4'ünün üniversite mezunu, %93.1'ininde çalışıyor olduğu bulunmuştur.

Ankara ilinden örnekleme alınan kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; kadınların %31.8'inin 18-22 yaş aralığında olduğu, %42.9'unun lise mezunu, %58.6'sinin çalışmıyor olduğu ve %54.3'ünün bekâr olduğu bulunmuştur. Kadınların, %63.4'ünün tanışarak evlendiği, %87.7'sinin sağlık güvencesi olduğu ve %72.8'inin de çekirdek aileye sahip olduğu bulunmuştur. Kadınların eşlerinin %39.9'unun 30-39 yaş aralığında olduğu, %37.7'sinin üniversite

mezunu, %87.2'sinin de çalışıyor olduğu bulunmuştur.

İzmir ilinden örnekleme alınan kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; kadınların %26.4'ünün 23-27 yaş aralığında olduğu, %37.6'sının üniversite mezunu, %85.3'ünün çalışmıyor olduğu ve %45.7'sinin evli olduğu bulunmuştur. Kadınların, %74.4'ünün tanışarak evlendiği, %96.6'sının sağlık güvencesi olduğu ve %60.0'inde çekirdek aileye sahip olduğu bulunmuştur. Kadınların eşlerinin ise %48.9'unun 30-39 yaş aralığında olduğu, %40.1'inin lise mezunu ve %87.7'sinin de çalışıyor olduğu bulunmuştur.

Adana ilinden örnekleme alınan kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; kadınların %34.7'sinin 18-22 yaş aralığında olduğu, %49.9'unun üniversite mezunu, %69.9'unun çalışmıyor olduğu ve %54.6'sının bekâr olduğu bulunmuştur. Kadınların, %52.0'mın tanışarak evlendiği, %86.0'mın sağlık güvencesi olduğu ve %90.0'inde çekirdek aileye sahip olduğu bulunmuştur. Kadınların eşlerinin %48.5'inin 30-39 yaş aralığında olduğu, %37.7'sinin üniversite mezunu, %92.6'sınında çalışıyor olduğu bulunmuştur.

Gaziantep ilinden örnekleme alınan kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; kadınların %44.1'inin 18-22 yaş aralığında olduğu, %36.5'inin ortaokul mezunu, %85'inin çalışmıyor olduğu ve %56.8'inin bekâr olduğu bulunmuştur. Kadınların, %72.5'inin görücü usulü ile evlendiği, %79.4'ünün sağlık güvencesi olduğu ve %70.9'ununda çekirdek aileye sahip olduğu bulunmuştur. Kadınların eşlerinin %50.3'ünün 30-39 yaş aralığında olduğu, %44.0'mın ilkokul mezunu, %86.5'inin de çalışıyor olduğu bulunmuştur.

Erzurum ilinden örnekleme alınan kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; kadınların %26.8'inin 38 yaş ve üzerinde olduğu, %30.9'unun lise mezunu, %59.0'mın çalışmıyor olduğu ve %57.4'ünün evli olduğu bulunmuştur. Kadınların, %57.4'ünün tanışarak evlendiği, %84.7'sinin sağlık güvencesi olduğu ve %63.0'mın çekirdek aileye sahip olduğu bulunmuştur. Kadınların eşlerinin %39.0'mın 40-49 yaş aralığında olduğu, %38.6'sının ilkokul mezunu, %82.5'inin de çalışıyor olduğu bulunmuştur.

Trabzon ilinden örnekleme alınan kadınların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; kadınların %34.6'sının 28-32 yaş aralığında olduğu, %46.9'unun üniversite

mezunu, %57.0'ının çalışmıyor olduğu ve %54.8'inin bekâr olduğu bulunmuştur. Kadınların, %60.9'unun tanışarak evlendiği, %82.0'min sağlık güvencesi olduğu ve %85.1'inin de çekirdek aileye sahip olduğu

bulunmuştur. Kadınların eşlerinin %62.2'sinin 30-39 yaş aralığında olduğu, %42.2'sinin lise mezunu, %96.3'ünün de çalışıyor olduğu bulunmuştur.

**Tablo 2.** İllere Göre Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	İstanbul (n=611)		Ankara (n=555)		İzmir (n=497)		Adana (n=449)		Gaziantep (n=447)		Erzurum (n=437)		Trabzon (n=356)		Toplam (n=3352)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Yaş</b>																
18-22 yaş	101	16.5	176	31.8	89	17.9	156	34.7	197	44.1	112	25.6	47	13.2	878	26.2
23-27 yaş	97	15.9	85	15.3	131	26.4	127	28.3	67	15.0	78	17.8	80	22.5	665	19.8
28-32 yaş	105	17.2	95	17.1	98	19.7	69	15.4	74	16.6	86	19.7	123	34.6	650	19.4
33-37 yaş	135	22.1	69	12.4	86	17.3	40	8.9	43	9.6	44	10.1	55	15.4	472	14.1
38 yaş ve ↑	173	28.3	130	23.4	93	18.7	57	12.7	66	14.7	117	26.8	51	14.3	687	20.5
<b>Eğitim</b>																
İlkokul	50	8.2	55	9.9	70	14.1	70	15.6	127	28.4	128	29.3	9	2.5	509	15.2
Ortaokul	72	11.8	71	12.8	85	17.1	57	12.7	163	36.5	60	13.7	50	14.0	558	16.6
Lise	192	31.4	238	42.9	155	31.2	224	49.9	127	28.4	134	30.9	130	36.5	1201	35.8
Üniversite	297	48.6	191	34.4	187	37.6	98	21.8	30	6.7	114	26.1	167	46.9	1084	32.4
<b>Çalışma durumu</b>																
Çalışan	153	26.8	230	41.4	73	14.7	135	30.1	67	15.0	179	41.0	153	43.0	1572	46.9
Çalışmayan	447	73.2	325	58.6	424	85.3	314	69.9	380	85.0	258	59.0	203	57.0	1780	53.1
<b>Medeni durum</b>																
bekâr	248	40.6	282	54.3	270	54.3	245	54.6	254	56.8	186	42.6	195	54.8	1680	50.1
Evli	363	59.4	273	45.7	227	45.7	204	45.4	193	43.2	251	57.4	161	45.2	1672	49.9
<b>Evlilik Şekli</b>																
Tanışarak	263	72.5	173	63.4	169	74.4	106	52.0	53	27.5	107	42.6	98	60.9	969	58.0
Görücü usulü	100	27.5	100	36.6	58	25.6	98	48.0	140	72.5	144	57.4	63	39.1	703	42.0
<b>Eş Yaş</b>																
20-29 yaş	39	6.2	48	17.6	33	14.5	53	26.0	38	19.7	39	15.5	10	6.2	260	15.6
30-39 yaş	154	62.1	109	39.9	111	48.9	99	48.5	97	50.3	87	34.7	100	62.2	757	45.3
40-49 yaş	132	30.5	82	30.0	69	30.4	42	20.6	46	23.8	98	39.0	49	30.4	518	31.0
50 yaş ve ↑	38	1.2	34	12.5	14	6.2	10	4.9	12	6.2	27	10.8	2	1.2	137	8.2
<b>Eş Eğitimi</b>																
İlkokul	33	9.1	35	12.8	33	14.5	22	10.8	85	44.0	97	38.6	10	6.2	315	18.8
Ortaokul	28	7.7	39	14.3	46	20.3	41	20.1	39	20.2	30	12.0	28	17.4	251	15.0
Lise	141	38.8	96	35.2	91	40.1	64	31.4	47	24.4	64	25.5	68	42.2	571	34.2
Üniversite	161	44.4	103	37.7	57	25.1	77	37.7	22	11.4	60	23.9	55	34.2	535	32.0
<b>Eş Çalışma Durumu</b>																
Çalışan	338	93.1	238	87.2	199	87.7	189	92.6	167	86.5	207	82.5	155	96.3	1493	89.3
Çalışmayan	25	6.9	35	12.8	28	12.3	15	7.4	26	13.5	44	17.5	6	3.7	179	10.7
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>																
Var	292	80.4	230	84.2	184	81.1	174	85.3	186	96.4	240	95.6	138	85.7	1444	86.4
Yok	71	19.6	43	15.8	43	18.9	30	14.7	7	3.6	11	4.4	23	14.3	228	13.6
<b>Sosyal Güvence</b>																
Var	566	92.6	487	87.7	480	96.6	386	86.0	355	79.4	370	84.7	292	82.0	2936	87.6
Yok	45	7.4	68	12.3	17	3.4	63	14.0	92	20.6	67	15.3	64	18.0	416	12.4
<b>Aile tipi</b>																
Geniş	127	20.8	114	20.5	119	23.9	35	7.8	108	24.2	150	34.3	48	13.5	701	20.9
Çekirdek	471	77.1	404	72.8	343	69.0	404	90.0	317	70.9	275	63.0	303	85.1	2517	75.1
Parçalanmış	13	2.1	37	6.7	35	7.0	10	2.2	22	4.9	12	2.7	5	1.4	134	4.0
<b>Gelir Durumu Algısı</b>																
Gelir giderden az	116	19.0	125	22.5	192	38.6	128	28.5	116	26.0	136	31.1	160	45.0	973	29.0
Gelir gidere denk	393	64.3	338	60.9	253	50.9	296	65.9	283	63.3	258	59.0	165	46.3	1986	59.2
Gelir giderden fazla	102	16.7	92	16.6	52	10.5	25	5.6	48	10.7	43	9.9	31	8.7	393	11.8
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>																
Kullanan	174	28.5	141	25.4	125	25.2	68	15.1	33	7.4	89	20.4	103	28.9	733	21.9
Kullanmayan	437	71.5	414	74.6	372	74.8	381	84.9	414	92.6	348	79.6	253	71.1	2619	78.1
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>																
Kullanan	82	13.4	23	4.1	41	8.2	29	6.5	5	1.1	8	1.8	30	8.4	218	6.5
Kullanmayan	529	86.6	532	95.9	456	91.8	420	93.5	442	98.9	429	98.2	326	91.6	3134	93.5
<b>Psikiyatrik Hastalık Öyküsü</b>																
Var	83	13.6	37	6.7	1	0.2	88	19.6	5	1.1	10	2.3	24	6.7	248	7.4
Yok	528	86.4	518	93.3	496	99.8	361	80.4	442	98.9	427	97.7	332	93.3	3104	92.6

Alınan Tam																	
Duygu durum bozuklukları	51	61.4	28	75.7	1	100.0	29	33.0	3	60.0	8	80.0	19	79.2	139	56.0	
Anksiyete bozuklukları	26	31.3	9	24.3	-	-	59	67.0	2	40.0	2	20.0	3	12.5	101	40.7	
Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu	6	7.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	8.3	8	3.3	
Aile Psikiyatrik Hastalık Öyküsü																	
Var	73	11.9	44	7.9	34	6.8	72	16.0	10	2.2	9	2.1	14	3.9	256	7.6	
Yok	538	88.1	511	92.1	463	93.2	377	84.0	437	97.8	428	97.9	342	96.1	3096	92.4	

İllere göre kadınların KSE puan ortalamaları incelendiğinde; kadınların KSE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). KSE en yüksek puan ortalaması olan il Erzurum ( $92.88\pm30.57$ ), en düşük puan ortalaması olan il

Adana ( $76.63\pm12.81$ ) olarak bulunmuştur. Çalışmadaki kadınların KSE toplam puan ortalaması  $86.10\pm28.81$  olarak bulunmuştur. İllere göre ölçeğin toplam ve tüm alt boyut puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 3.** İllere Göre Kadınların Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı

KSE	İLLER							Genel Toplam	Test ve p değeri
	İstanbul	Ankara	İzmir	Adana	Gaziantep	Erzurum	Trabzon		
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$	
Somatizasyon	11.02±4.32	11.03±4.91	10.83±4.57	9.63±2.13	11.15±4.10	11.55±3.59	9.96±3.05	10.78±4.04	F=12.74 p=0.0001
Obsesif Kompulsif Semptom	11.18±4.20	10.50±4.60	10.36±4.02	8.38±2.22	10.88±4.61	11.04±4.04	9.78±3.47	10.36±4.09	F=27.27 p=0.0001
Kişiler Arası Duyarlılık	6.73±2.69	6.68±3.23	6.50±2.73	6.46±1.71	7.03±3.12	7.14±3.45	6.52±2.41	6.72±2.84	F=3.94 p=0.001
Depresyon	10.12±4.14	10.13±4.75	9.91±4.22	9.39±2.74	10.08±4.15	10.42±4.59	8.83±2.81	9.89±4.07	F=7.25 p=0.0001
Anksiyete	9.93±3.76	9.91±4.37	9.77±3.88	9.14±1.88	10.44±4.15	10.99±4.20	8.98±2.82	9.90±3.77	F=14.58 p=0.0001
Hostilite	8.66±3.48	8.54±3.89	8.19±3.23	7.24±2.15	8.96±4.15	9.47±3.70	8.10±3.30	8.47±3.53	F=18.37 p=0.0001
Fobik Anksiyete	7.22±2.65	7.59±3.54	7.37±3.10	6.98±1.92	7.80±3.48	7.67±2.44	7.26±2.27	7.41±2.87	F=4.62 p=0.0001
Paranoid Düşünce	9.12±3.31	8.63±3.98	8.52±3.46	7.10±1.98	8.72±3.18	8.81±3.73	7.19±2.61	8.38±3.36	F=26.96 p=0.0001
Psikotizm	7.53±2.91	7.70±3.57	7.48±3.07	6.60±1.63	7.74±3.26	7.99±3.46	7.18±2.18	7.48±3.01	F=10.25 p=0.0001
Ek Maddeler	6.76±2.70	6.68±3.07	6.49±2.78	5.66±1.66	7.07±2.94	7.75±3.48	6.12±2.25	6.66±2.83	F=25.24 p=0.0001
<b>Ölçek Toplam</b>	<b>88.32±27.90</b>	<b>87.43±35.71</b>	<b>85.47±30.33</b>	<b>76.63±12.81</b>	<b>89.91±31.15</b>	<b>92.88±30.57</b>	<b>79.96±20.29</b>	<b>86.10±28.82</b>	<b>F=17.45 p=0.0001</b>

## TARTIŞMA

Türkiye'de farklı bölgelerde yaşayan kadınların ruhsal belirtilerini saptamak amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular literatürle tartışılmıştır. Yapılan bu çalışmada illere göre kadınların KSE puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Kadınlar yaşadıkları çevrede farklı sosyoekonomik ve kültürel düzeye, farklı sosyal imkânlar ve farklı çalışma hayatına sahiptir. Bu farklılıklar onların ruhsal durumuna da yansımaktadır. DSÖ'nün 2016 yılındaki raporunda depresyon, anksiyete ve yeme bozukluklarına ilişkin durumların görülme sıklığı ve intihar girişiminde bulunmanın kadınlarda

daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (WHO 2016). Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında 12 aylık ruhsal bozuklukların görülme sıklığını %17.2 saptamış ve ruhsal hastalıkların kadınlarda, batı bölgelerinde, şehir merkezlerinde ve düşük eğitimli olanlarda daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Kılıç 2020). TÜİK 2018 verilerine göre evlenme yaşı en düşük ilin Gaziantep ve Erzurum, boşanmanın en yüksek olduğu ilin İzmir, hane halkı harcamalarının en fazla olduğu ilin İstanbul olduğu, kadınların eğitim düzeyinin ve kitle iletişim araçlarına ulaşımın en düşük olduğu bölgenin de doğu bölgesi olduğu tespit edilmiştir (TÜİK 2018). Bu çalışmada ise Erzurum ilinde ruhsal bozuklukların yüksek

olması, evlenme yaşının düşük olması, görücü usulüyle evlenmenin fazla olması TÜİK (2018) verilerinde elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Binbay ve ark.'nın (2014) yaptığı epidemiyolojik çalışmada kadınlarda depresyonun en fazla görüldüğü illerin Elazığ, Ankara ve İzmir olduğu tespit edilmiş, çalışmalarda gebe olan kadınlarda da depresyon yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada kadınların travmaya bağlı bozuklukların en fazla görüldüğü illerin Bolu, İstanbul, Kocaeli ve Eskişehir olduğu, risk etkenlerinin de deprem anındaki korku, düşük eğitim seviyesi, sosyoekonomik durumların olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada ise depresyon görülme oranı İstanbul, Ankara ve Erzurum illerinde yüksek, anksiyete görülme oranı ise en yüksek Erzurum ilinde olduğu tespit edilmiştir. Bu ilde çalışmaya katılan kadınların evli olması, çoğunluğunun görücü usulüyle evlenmesi ve eş eğitim düzeylerinin ilkökul olması ruhsal durum görülme olasılığını eğitim ve sosyal nedenlerin etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Ruhsal hastalık belirtisi, Eylül ve ark. (2016)'nın yaptıkları çalışmada ev kadınlarında %50.0, Kelleci ve ark. (2003)'nın İstanbul'da 18-49 yaş kadınlarında yaptıkları çalışmada %58.3, Çilli ve ark. (2004)'nin ev kadınlarında yaptıkları çalışmada ruhsal belirti daha fazla olduğu görülmektedir. Bu çalışmada ise ruhsal hastalık belirtisi literatürle benzerlik göstermektedir.

Keskin ve ark. (2013)'nin ruhsal bozuklukların yaygınlığını değerlendiren çalışmasında kadınlarda duygudurum bozuklukları, somatoform bozukluklar ve anksiyete bozuklukları görülme oranı yüksek bulunmuştur. Aynı popülasyonda yapılan Türkleş ve ark.'nın (2013) çalışmasında en çok paranoid düşünce, kişiler arası duyarlılık ve obsesif kompulsif bozukluk belirtileri saptanmıştır. Ruhsal durum değerlendirilmesinin yapıldığı bir diğer araştırmada benzer şekilde kadınların en çok obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık ve hostilite olarak belirlenmiştir (Dığrak ve ark. 2014). Cloninger'in (1986) yaptığı çalışmada somatizasyonun kadınlarda daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Bu çalışmada ise somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon ve anksiyete görülme oranı daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Altınay ve Arat (2007)'in çalışmasında fiziksel şiddetin sıklıkla yaşandığı, sosyoekonomik durumun düşük olduğu bölgelerde yaşayanlarda daha çok ruhsal

sıkıntılarının ortaya çıktığı belirlenmiştir (Altınay ve Arat 2007). Yerleşim yerinin ruhsal duruma olan etkisinin incelendiği başka bir çalışmada, anksiyete alt boyutu harici tüm boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık saptanmış olup anksiyete alt boyutunda da ortalamasının en kırsal yaşamında olduğu görülmüştür (Nolen-Hoeksema et al. 1999). Bu çalışmada ise tüm alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık saptanmış olup evlenme yaşı, sosyoekonomik durum, görücü usulüyle evlenme ,eş eğitim düzeyi ile ruhsal belirtiler arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

İzmir'de yapılan bir çalışmaya göre; yaş arttıkça kadınlarda ruhsal sorun ve bozuklukların yaygınlığının arttığı, tüm ruhsal bozuklukların evli kadınlarda daha yaygın olduğu, genel olarak ruhsal bozukluk yaygınlığının kırsal kesimden kente doğru gidildikçe artış gösterdiği, düşük sosyo-ekonomik kesimlerde daha yaygın olduğu, öğrenim görmemiş kişilerde daha yüksek olduğu görülmüştür (Özgür ve ark. 1995). Diğer yapılan çalışmalarda da kadınların her toplumda ruhsal hastalık riski taşıdığı belirtilmiştir (Özkan ve ark. 2013; Okyay ve ark. 2012; Tosun ve Akça 2014). Hacettepe Üniversitesi Nüfus ve Sağlık Araştırması (2018)'na göre doğu bölgesinde yaşayan, eğitim durumu düşük olan kadınların daha fazla şiddete maruz kaldığı ve daha fazla ruhsal sorunlar gördüğü tespit edilmiştir. Bu çalışmada ise farklı bölgelerde yaşayan kadınlarda görülen ruh sağlığı bozukluklarının olduğu tespit edilmiş, Erzurum ilinde yaşayan kadınlarda ruhsal belirti oranı daha fazla bulunmuştur. Çalışma sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

Yapılan çalışmalarda da anlaşıldığı gibi, ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında belli başlı risk etkenlerinin cinsiyet, yaş, medeni durum, yerleşim bölgesi, sosyo-ekonomik düzey ve eğitim düzeyi olduğu görülmektedir (Güleç 1995). Kadınlar farklı sosyoekonomik ve kültürel düzeye, farklı yerleşim yerlerine, sosyal imkanlara ve sosyal desteğe sahiptir. Bu farklılıklar da kadınların ruhsal durumuna yansımaktadır.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Çalışma sonucunda KSE en yüksek puan ortalaması olan il Erzurum, en düşük puan ortalaması olan il Adana olarak bulunmuştur. Çalışmadaki kadınların KSE toplam puan ortalaması 86.10±28.81 olarak bulunmuştur.



Çalışmada kadınların ruhsal belirtilerinin fazla olduğu standart soru formu ile tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda;

Ailenin temel yapı taşı olan kadınların ruhsal belirtilerini değerlendirirken kadınları biyopsikososyal boyutları ile bütüncül olarak değerlendirilmesi, ruhsal belirtileri olan kadınların özel olarak ele alınması, bu kadınlara yönelik psikolojik danışmanlık verilmesi önerilmektedir. Kadınların ruhsal belirtilerinin araştırıldığı çalışmaların artırılmasının da literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## TEŞEKKÜR

Araştırmanın uygulanmasına izin veren kurumlara ve değerli katılımları ile çalışmaya

## KAYNAKLAR

**Akın A. ve ark.** Kadın Sağlığı Hakkı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa'da Kadın Sağlığının İyileştirilmesine Yönelik Stratejik Eylem Planı. Akın A (Editör). Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın'da. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2003. s.17-32.

**Altınay AG, Arat Y.** "Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet".2.Baskı, İstanbul, Punto baskı, 2008.s:50-87.

**Binbay T. ve ark.,** Türkiye'de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular ve Gelecek İçin Öneriler. Türk Psikiyatri Dergisi 2014;25(4 ):264-81.

**Buzlu S. ve ark.** İstanbul'da Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED) 2006;15(8):134-8.

**Cloninger CR.** A Unified Biosocial Theory of Personality and Its Role İn The Development of Anxiety States. Psychiatric Developments. 1986;3(2):167-226.

**Çilli A. ve ark.** Ev Kadınlarında ve Çalışan Evli Kadınlarda Psikolojik Belirtilerin Karşılaştırılması. Genel Tıp Dergisi, 2004;14(1):1-5

**Dığrak E. ve ark,** Kırsal Bir Bölgedeki Yetişkinlerde Ruhsal Sorunların Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing 2014;5(3):122-128

**Elkin N, Barut A.** Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Bireylerin Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. IGUSABDER, 2017;3:221-238

**Erol N. ve ark.** Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara: Eksen Tanıtım Ltd; 2001.s.34-42

**Eylül Ş. ve ark.** Denizli ili Honaz ilçesinde yaşayan mavi yakalı kadınlar ile ev kadınlarının ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. Pamukkale Tıp Dergisi 2016;9(1):29-37

katkıda bulunan kadınlara teşekkürlerimi sunarım.

## ÇIKAR ÇATIŞMASI

Makalenin yazarları arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

## YAZARLARIN KATKI DÜZEYLERİ

ÖŞA: literatür tarama, makale yazma, kritik okuma. SEA: istatistiksel analiz, makale yazma. PMT: veri toplama, literatür tarama, kritik okuma. TS: veri toplama. ÜP: veri toplama. ZŞ: veri toplama. AN: veri toplama. RA: veri toplama.

**Gomel MK.** Nations for Mental Health: A Fokus on Women. Geneva: World Health Organization, 1997:6-7.

**Güleç C.** Toplum Ruh Sağlığı Açısından Psikiyatrik Epidemiyoloji. M Bertan, Ç Güler (editör). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Güneş Kitabevi; 1995, s.442-453.

**Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.** 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara,Türkiye.2019.

**Hosang G, Bhui K.** Gender discrimination, victimisation and women's mental health. The British Journal of Psychiatry (2018) 213, 682–684.

**Kelleci M. ve ark.** Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumları. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003; 7:11- 14.

**Kılıç C.,** Türkiye'de Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı Ve Ruhsal Tedavi İhtiyacı Konusunda Neredeyiz? Toplum ve Hekim Dergisi. 2020;35(3): 179-187.

**Koyun A. ve ark.** Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2011;3(1):67-99.

**Keskin A. ve ark.** Eskişehir İlinde Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi. Nöropsikiyatri Alma ile İlişkisi 2013; 50: 344-351.

**Maharlouei N et al.** The 8th International Conference on Women's Health; Women's Mental Health. Women. Health. Bull. 2020;7(1):58-61.

**Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C.** Explaining the Gender Difference in Depressive Symptoms. Journal of Personality and Social Psychology 1999;77(5):1061-72.

**Ocaktan M. ve ark.** Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. Kriz Dergisi 2004;12(2):63-73.

**Okyay P. ve ark.** Kadınlarda Yaşam Kalitesi Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Varlığında Nasıl Etkileniyor? Kesitsel Bir Alan Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi.2012;23(3):178-188.

**Özgür G. ve ark.** Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na Bağlı Toplumda Ruhsal Belirtilerin Değerlendirilmesi. E.Ü. Rektörlüğü Araştırma Fonu, Proje No: 1995 HYO-06, İzmir, 1998.

**Özkan B. ve ark.** 14 Yaş ve Üzeri Bireylerin Anksiyete ve Genel Sağlık Düzeylerinin Belirlenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013;1(1):1-9.

**Özvarış ŞB.** Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık. Hacettepe Tıp Dergisi 2008;39:168-174.

**Kessler RC et al.** "The Global Burden Of Mental Disorders: An Update From The WHO World Mental Health (WMH) Surveys," Epidemiol. Psichiatr. Soc., 2009; 18(1):23-33.

**Şahin N, Durak A.** Kısa Semptom Envanteri Türk Gençleri için Uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi 1994;9(31):44-56

**Tinker A.** Women's Health: The Unfinished Agenda. Int J of Gynaecol & Obstet 2000;70(1):149-58.

**T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.** Türkiye'de Kadın İşgücü

Profili İstatistiklerinin Analizi; Birinci Basım. Ankara: 2014.

**Tosun AS, Akça G.** Konya Kent Merkezinde Sosyoekonomik Özellikleri Farklı Olan Bölgelerde Yaşayan Bireylerin Sosyal Destek ve Ruhsal Sağlık Durumlarını Etkileyen Faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;17(4):207-215.

**TÜİK.**

<https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=nufus-ve-demografi-109&dil=1> Erişim Tarihi: 18.12.2020

**Türkleş S. ve ark.** Kadınlarda Ruh Sağlığını ve Aile İşlevlerini Etkileyen Etmenler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;16(3):154-162.

**Türmen T.** Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı. Akın A (Editör). Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın'da. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2003. s.3-16.

**WHO.** Strategy on Women's Health and Well-Being in the WHO European Region, Regional Committee for Europe 66th Session Copenhagen, Denmark, 12-15 September 2016.

**Yıldırım F ve ark..** Yaşlı Kadınlarda Ruh Sağlığı Sorunlarına Güncel Bakış. Büyükkayacı Duman N, editör. Yaşlılık ve Kadın Sağlığı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. s.58-61.

## **EXTENDED ABSTRACT**

In the Strategic Action Plan for the Health of Women in Europe prepared by WHO in 2001, it is stated that one of the 21 goals is the implementation of measures for the recognition and prevention of gender inequality in the improvement of women's mental health.

This research was conducted to determine mental health symptoms of women living in different parts of Turkey. This is a cross-sectional, descriptive and comparative research. Data of the research, which was conducted in September 2013-September 2014, were gathered from seven major cities in seven geographical regions in Turkey. Istanbul, Ankara, Izmir, Adana, Diyarbakir, Samsun and Erzurum were included in the research. The universe of the research include all women living in the cities that were included in the research. All women who volunteered to participate in the research, was conducted without the sample selection, were included in the research. The researchers applied a questionnaire, SSI (Short Symptom Inventory) and face-to-face interview technique to gather data. Percentage distribution, mean value and one-way variance analysis were used to evaluate the data.

The mean age of women who participated in the research was  $29.49 \pm 8.60$  and 26.2% of these women were 18-22 years old. 35.8% were high school graduates and 50.1% were single and a vast majority of these women had social security. 92.6% of women were not diagnosed with any psychiatric disorder, and 92.4% did not have anyone in their family who was previously diagnosed with any psychiatric disorder.

When the socio-demographic characteristics of women sampled from Istanbul were examined, 28.3% of the women were 38 years old and above, 48.6% were university graduates, 73.2% were not working and 59.4% were married. 72.5% of the women married after friendship and 96.2% had social security and 77.1% had nuclear family. Husbands of 62.1% of the women were aged at 30-39, 44.4% were university graduates and 93.1% were working. When the socio-demographic characteristics of women sampled from Ankara were examined, 31.8% of the women were 18-22 years old, 42.9% were high school graduates, 58.6% were not working and 54.3% were single. 63.4% of the women married after friendship and 87.7% had social security and 72.8% had nuclear family. Husbands of 39.9% of the women were aged at 30-39, 37.7% were university graduates and 87.2% were working.

When the socio-demographic characteristics of women sampled from Izmir were examined, 26.4% of the women were 23-27 years old, 37.6% were university graduates, 85.3% were not working and 45.7% were married. 74.4% of the women married after friendship and 96.6% had social security and 60.0% had nuclear family. Husbands of 48.9% of the women were aged at 30-39, 40.1% were high school graduates and 87.7% were working. When the socio-demographic characteristics of women sampled from Adana were examined, 34.7% of the women were 18-22 years old, 49.9% were university graduates, 69.9% were not working and 54.6% were single. 52.0% of the women married after friendship and 86.0% had social security and 90.0% had nuclear family. Husbands of 48.5% of the women were aged at 30-39, 37.7% were university graduates and 92.6% were working.

When the socio-demographic characteristics of women sampled from Gaziantep were examined, 44.1% of the women were 18-22 years old, 36.5% were secondary school graduates, 85% were not working and 56.8% were single. 72.5% of the women had prearranged marriages and 79.4% had social security and 70.9% had nuclear family. Husbands of 50.3% of the women were aged at 30-39, 44.0% were primary school graduates and 86.5% were working. When the socio-demographic characteristics of women sampled from Erzurum were examined, 26.8% of the women were 38 years old and above, 30.9% were high school graduates, 59.0% were not working and 57.4% were married. 57.4% of the women married after friendship and 84.7% had social security and 63.0% had nuclear family. Husbands of 39.0% of the women were aged at 40-49, 38.6% were primary school graduates and 82.5% were working.

When the socio-demographic characteristics of women sampled from Trabzon were examined, 34.6% of the women were 28-32 years old, 46.9% were university graduates, 57.0% were not working and 54.8% were single. 60.9% of the women married after friendship and 82.0% had social security and 85.1% had nuclear family. Husbands of 62.2% of the women were aged at 30-39, 42.2% were high school graduates and 96.3% were working. When the mean SSI scores of women by cities were examined, the difference between the mean SSI scores of women was found to be statistically significant ( $p < 0.05$ ). The city with the highest SSI score was found to be Erzurum ( $92.88 \pm 30.57$ ) whereas the city with the lowest score was found to be Adana ( $76.63 \pm 12.81$ ). The mean total SSI score of women in

the research was  $86.10 \pm 28.81$ . The difference between the total score and all sub-dimension scores of the scale by cities was found to be statistically significant ( $p < 0.05$ ).

As a result of the research, the city with the highest SSI score was found to be Erzurum whereas the city with the lowest score was found to be Adana. The mean total SSI score of women in the research was  $1.62 \pm 0.54$ . This research was conducted to determine mental health conditions of women living in different parts of Turkey based on a standard questionnaire.

Based on these results, when evaluating the mental state symptoms of women, it is recommended to evaluate women as a whole package with their biopsychosocial dimensions, to approach women with mental disorders sensitively, and to provide psychological counseling for these women.

**PRİMİPAR VE MULTİPAR GEBELERDE ALGILANAN STRES VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ\*****INVESTIGATION OF PERCEIVED STRESS AND AFFECTING FACTORS IN MULTIPAR AND PRIMIPAROUS PREGNANCIES****Dilek KALOĞLU BİNİCİ\*\*, Sevinç KÖSE TUNCER\*\*\*****ÖZ**

\*\*Arş. Gör. Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Artvin/Türkiye.



0000-0002-1142-1148

\*\*\*Dr. Öğr. Üyesi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Erzincan/Türkiye.



0000-0002-2598-6182

**Yazışma Adresi:**

Dilek KALOĞLU BİNİCİ  
e-posta: dkaloglu@artvin.edu.tr

**Gönderim Tarihi:** 8 Ekim 2020**Kabul Tarihi :** 22 Aralık 2020

**Amaç:** Bu çalışma multipar ve primipar gebelerde algılanan stres ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı tipte olup, araştırmanın örneklemini Kasım 2016 – Nisan 2017 tarihleri arasında, Sağlık Bakanlığı Artvin Devlet Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniğine başvuran olasılıksız rastlantısal yöntem ile araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 150 gebe oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında "Gebe Bilgi Formu" ve "Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği" kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayılar, yüzdellikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra istatistiksel Shapiro Wilk Testi, Cronbach  $\alpha$  katsayısı, Mann Whitney-U testi, Kruskall Wallis Analizi ve Spearman korelasyon analizi testleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Multipar gebelerin Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamalarının  $1.72 \pm 0.48$ , primipar gebelerin  $2.28 \pm 0.90$  olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Primipar gebelerde aile tipi ve gebeliğin planlı olması, multipar gebelerde ise eşle uyum, yaş ve tercih edilen doğum şekli ile Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Primipar gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres düzeyinin multipar gebelerden daha fazla olduğu saptanmıştır. Gebelikte pek çok faktör algılanan stresi etkilemektedir. Bu nedenle prenatal dönemde sağlık profesyonelleri tarafından gebeler obstetrik değerlendirmenin yanında demografik, kültürel ve psikososyal yönden de değerlendirilmesi, multidisipliner yaklaşım ve bakım için desteklenmesi önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Algılanan stres; gebelik, multipar; primipar.

**ABSTRACT**

**Aim:** The study was carried out to determine the perceived stress and the factors affecting the multiparous and primiparous pregnant women.

**Material and Method:** The study was descriptive and its universe consisted of 150 pregnant women who met criterion of unqualified random sampling, accepted to participate in the research and applied to the Polyclinic of Obstetrics and Gynecology at Artvin State Hospital of Ministry of Health between November 2016 and April 2017. The "Pregnancy Information Form" and "Antenatal Perceived Stress Inventory" were used to collect the data. A priori power analysis was performed to determine the sample size. In the analysis of the data, the numbers, percentages, mean and mean values with minimum and maximum values, statistical Shapiro Wilk test, Cronbach  $\alpha$  coefficient, Mann Whitney-U test, Kruskall Wallis analysis and Spearman correlation analysis tests were used in addition to standard deviations.

**Results:** It was determined that the mean score of the total scores of the primiparous pregnant women gained from "Antenatal Perceived Stress Inventory" was  $2.28 \pm 0.90$  and score of multiparous pregnant women was  $1.72 \pm 0.48$  and the difference was statistically significant. There was a significant relationship between the planning of pregnancy and family type in primiparous pregnant women and the scale total score average. On the other hand, in multiparous pregnant women a statistically significant relation was found between the spouse harmony, age, planned delivery method and total score average of the scale ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** It was determined that the perceived stress is higher in primiparous pregnant women than in multiparous pregnant women. Many factors affect perceived stress during pregnancy. For this reason, it is recommended that pregnant women should be evaluated in terms of demographic, cultural and psychosocial aspects as well as obstetric evaluation and supported for multidisciplinary approach and care by healthcare professionals during prenatal period.

**Key words:** Perceived stress ;pregnant, multipar; primipar.

\*Multipar ve Primipar Gebelerde Algılanan Stres ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi adlı tez çalışmasından türetilmiş ve 14-17 Şubat 2019 tarihinde 3. Uluslararası Gebelik, Doğum ve Lohusalık Kongresi'nde Poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Atf için (How to cite): **Kaloğlu Binici D, Köse Tuncer S.** Primipar ve Multipar Gebelerde Algılanan Stres ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;3(3):189-202.

## GİRİŞ

Kadın yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle birlikte hayatın en önemli gelişimsel dönemlerden biri olan gebelik (Arslan ve ark. 2018), olgunluk, mutluluk, kendini gerçekleştirme gibi olumlu duygularla birlikte (Özorhan ve ark. 2014), gebeliğin önemli komplikasyonları olduğu bilinen depresyon, anksiyete (Lewis et al. 2016), stres, endişe, kaygılı bekleyiş, üzerinde aşırı bir yüklenme gibi olumsuz psikolojik değişikliklerin yaşanabileceği bir dönem olarak görülebilmektedir (Çalık ve Aktaş 2011). Gebelik sırasında meydana gelen bu değişimler, gebenin yanında gebenin eşi/partneri ve diğer aile üyeleri için biyo-psiko-sosyal uyum gerektirmektedir (Toker 2018). Kadının kişisel deneyimleri, inanç ve tutumları, çocukluk anıları, annesiyle olan ilişkileri, benlik kavramı, eğitim düzeyi, yaşam felsefesi, aile ilişkileri, aile ve iş yaşamındaki rollerin değişmesi, annelik rolüne uyum sağlamaya çalışması, ailenin sosyo-ekonomik durumu, ailedeki çocuk sayısı, gebeliğin istenen veya istenmeyen bir gebelik olması gibi nedenler uyum sürecini etkilemekte (Ölçer ve Oskay 2015, Taşkın 2016), kaygı ve stres oluşumuna neden olmaktadır (Atasever ve Çelik 2018). Kadınların yaşadığı stres verici yaşam olayları araştırıldığında; ilk beş sıranın ilk sırasında gebeliğin (%53.5) yer aldığı bildirilmiştir (Bayık ve ark. 2006). Yapılan başka bir çalışmada gebelerin gebelik boyunca stres yaşadığını belirtmektedir (Yali and Lobel 2002). Yıldız Çiltaş ve Köse Tuncer (2019) çalışmasında gebelerde distressin önemli düzeyde olduğu ve gebelerin yaş grubu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eş eğitim düzeyi, gebelik sayısı, düşük/küretaj sayısı, canlı doğum sayısı, aile için planlanan çocuk sayısı, önceki doğumlarında ve doğum sonu dönemde yaşanan sağlık problemi gibi çeşitli faktörlerden de etkilendiği bildirilmiştir (Yıldız Çiltaş ve Köse Tuncer 2019).

Geçiş ve uyum dönemi olarak görülen gebeliğin (Yali and Lobel 1999) kadınlarda ne derecede stresli olarak algılandığı kişiden kişiye büyük farklılıklar gösterebilmekte (Elkin 2015), gelişen stresin sebepleri ve algılanması primipar ve multipar gebelerde de farklı olabilmektedir (Genç Koyuncu ve ark. 2020). Primipar gebeler, tanımlayamadığı birçok yeni duyguyu bir arada yaşayarak doğum anında karşılaşabileceği olayları tahmin edememektedir (Üst Demet ve Pasinlioğlu 2015). Prenatal dönemde yaşanan stresle etkin bir şekilde başa çıkılamamasının doğum sonrası depresyon nedeniyle (Kabukcu ve

ark. 2019) etkin emzirmenin sağlanamaması, bebek davranışlarının olumsuz algılanması ve bazı sağlık sorunlarına neden olabileceği belirtilmiştir (Dennis and McQueen 2007). Ayrıca stresli bir gebelik dönemi geçiren kadınların bulantı-kusma, doğum korkusu, sezaryen doğum oranı, bakteriyel vajinozis görülme oranı ve doğum esnasında epidural anestezi gereksiniminin daha fazla olduğu belirtilmektedir (Atasever ve Çelik 2018). Bütün bu bilgiler, olumlu gebelik sürecinin yaşanması için erken dönemde stres etmeninin belirlenmesi ve yönetilmesi konusunda gebelerin desteklenmesini gerekli kılmaktadır. Belirlenen faktörlerin prenatal bakım kapsamındaki doğum öncesi izlemlerde rol alan sağlık profesyonelleri tarafından bilinmesi ile sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmet kapsamında doğrudan kadın, bebek ve çocuk sağlığı dolaylı olarak toplum sağlığının desteklenmiş olacağı düşünülmektedir. Bu araştırma primipar ve multipar gebelerde algılanan stres düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

**Araştırmanın Türü:** Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

**Araştırmanın Yer ve Zamanı:** Araştırma Sağlık Bakanlığı-Artvin Devlet Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniğinde Kasım 2016–Nisan 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

**Evren ve Örneklem:** Araştırmanın evrenini belirtilen tarihler arasında hastanenin polikliniklerine başvuran ve araştırma kriterlerini taşıyan gebeler oluşturmaktadır. Bu çalışmada örneklem büyüklüğünü belirlemek için priori güç analizi yapılmış, yapılan güç analizinde Cohen'in standart etki büyüklükleri referans alınmıştır (Çapık 2014). Bu durumda çalışmada algılanan stres puanlarının karşılaştırılacağı bağımsız gruplarda t testi için, her grupta 64 katılımcı olmak üzere 128 katılımcı ile çalışmanın yürütülmesi durumunda 0.05 anlamlılık düzeyinde % 95 güven aralığında % 80'inin güce ulaşabileceği belirlendi. Veri kayıpları olabilme ihtimaline karşı bu sayıya ayrıca % 17 yedek örneklem dâhil edilerek toplam 150 gebeden veri toplanmıştır.

## Veri Toplama Araçları

**Gebe Bilgi Formu;** Literatür doğrultusunda (Taşkın 2016, Furber et al. 2009) hazırlanan bu form gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini (yaş, eğitim, meslek, eş eğitimi, gelir, aile tipi, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik haftası vb.) belirleyebilecek türde toplam 36 sorudan oluşmaktadır.

**Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği - Antenatal Perceived Stress Inventory-DÖASÖ:** Razurel ve ark. (2014) tarafından ilk çocuklarını bekleyen kadınlarda stres kaynağı olabilecek faktörleri belirleyerek, prenatal dönemde algılanan stresi değerlendirmek için İsveç’de geliştirilmiştir (Razurel et al. 2014). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2018 yılında Atasever ve Sis Çelik tarafından yapılmıştır (Atasever ve Sis Çelik 2018).

Ölçek 36-39. gebelik haftasındaki gebelere uygulanmaktadır. 5’li likert tipinde (çok fazla=5 puan, çok=4 puan, oldukça=3 puan, biraz=2 puan, hiç=1 puan) olan ölçek toplam 12 maddeden ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Gebelik döneminde algılanan stres puanı ölçek madde puanlarının toplanması ve madde sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 1, en yüksek puan ise 5 ‘tir. Ölçekten alınan toplam puanın artışı gebeler tarafından algılanan stres düzeyinin arttığını göstermektedir.

“Medikal ve obstetrik riskler / fetal sağlık (medical and obstetric risks/fetal health)” alt boyutu 3 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 8, 9 ve 10. maddelerdir.

“Gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler (psychosocial changes during pregnancy)” alt boyutu 5 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 1, 2, 3, 5 ve 7. maddelerdir.

“Doğum beklentisi (prospect of childbirth)” alt boyutu 4 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 4, 6, 11 ve 12. maddelerdir.

Alt boyutların puanı hesaplanırken her bir alt boyutta yer alan madde puanları toplanır ve madde sayısına bölünür. 1-5 puan arasında her bir alt boyutun ortalama puanı elde edilir.

Razurel ve ark. (2014) tarafından yapılan geçerlilik güvenilirlik analizi sonucuna göre ölçeğin toplam Cronbach’s alfa katsayısının 0.75 olduğu belirlenmiştir (Razurel et al. 2014). Atasever ve Sis Çelik (2018) tarafından yapılan geçerlilik güvenilirlik analizi sonucuna göre ise; ölçeğin toplam Cronbach’s alfa katsayısının 0.70 olduğu tespit edilmiştir (Atasever ve Sis Çelik 2018). Bu çalışma da Cronbach’s alfa katsayısının 0.84 olduğu belirlenmiştir.

**Verilerin Değerlendirilmesi:** Araştırmada elde edilen veriler, araştırmacılar tarafından bilgisayar ortamına aktarılarak lisanslı SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)

17.0 programı kullanılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde testlerin normal dağılım göstermesi durumunda parametrik testlerden t testi ve One Way ANOVA testi; normal dağılıma uymayan veriler için ise Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

**Etik Boyut:** Bu çalışmada Helsinki Deklarasyonu Prensipleri’ne uyulmuş ve çalışma bu ilkelere uygun olarak yapılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Atasever ve Sis Çelik’ten “Doğum öncesi Algılanan Stres Ölçeği” için kullanma izni, Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu’ndan (06.10.2016 tarih ve 6 sayılı) ve Artvin Devlet Hastanesinde yapılabilmesi için (28.11.2016 tarih, 10833878/3445 sayılı) onay alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce, araştırmacılar tarafından gebelere araştırma hakkında bilgi verilerek, bireysel bilgilerinin korunacağı belirtildi ve gönüllülük ilkesi doğrultusunda sözel onamları alındı.

**Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği:** Araştırma sonuçları araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerin verileri ile sınırlıdır ve araştırma kapsamına alınan gebelere genellenebilir.

## BULGULAR

Araştırmanın bulguları primipar ve multipar gebelerin sosyodemografik/obstetrik özelliklerine ve Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeğine göre ilişkin bulgular olarak ele alınmıştır. Tablo 1’de primipar gebelerin; yaş ortalaması 28.47±3.70’dir. Bunların %29.7’si üniversite eğitimi almış, %79.7’si çalışmamakta, %94.6’sı eşleriyle uyumlu, %83.8’i sosyal güvenceye sahip, %79.7’si çekirdek ailede yaşamakta ve %2.7’si kötü gelir düzeyindedir Eşlerinin yaş ortalaması 29.41±4.92’dir. Bunların %52.7’si üniversite eğitimi almış ve %91.9’u çalışmaktadır. Multipar gebelerin; yaş ortalaması 29.76±4.9’dir. Gebelerin %17.1’i üniversite eğitimi almış, %82.9’u çalışmamakta, %88.2’si eşleriyle uyumlu, %88.2’si sosyal güvenceye sahip, %75.0’ı çekirdek ailede yaşamakta ve kötü gelir düzeyinde kimse bulunmamaktadır. Eşlerinin yaş ortalaması 34.13±5.70’dir. Bunların %27.6’sı üniversite eğitimi almış ve %84.2’si çalışmaktadır.

**Tablo 1.** Primipar ve Multipar Gebelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Demografik Özellikler	Primipar		Multipar			
	S	%	S	%		
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	-	-	2	2.6	
	Okur- yazar	2	2.7	4	5.3	
	İlköğretim	31	41.9	30	39.5	
	Lise	19	25.7	27	35.5	
	Üniversite	22	29.7	13	17.1	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	15	20.3	13	17.1	
	Çalışmıyor	59	79.7	63	82.9	
Eşin Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	1	1.4	3	3.9	
	İlköğretim	10	13.5	28	36.8	
	Lise	24	32.4	24	31.6	
	Üniversite	39	52.7	21	27.6	
Eşin Çalışma Durumu	Çalışıyor	68	91.9	64	84.2	
	Çalışmıyor	6	8.1	12	15.8	
Eşle Uyumlu Olma	Uyumlu	70	94.6	67	88.2	
	Bazen uyumlu	4	5.4	9	11.8	
	Uyumsuz	-	-	-	-	
Sosyal Güvence	Var	62	83.8	67	88.2	
	Yok	12	16.2	9	11.8	
Aile Tipi	Çekirdek aile	59	79.7	57	75.0	
	Geniş aile	15	20.3	19	25.0	
Algılanan Gelir Durumu	Kötü	2	2.7	-	-	
	Orta	50	67.6	62	81.6	
	İyi	22	29.7	14	18.4	
	Min-Max	Ort.	SS.	Min-Max	Ort.	SS.
Yaş	18-39	28.47	3.70	15-39	29.76	4.97
Eş Yaşı	19-42	29.41	4.92	25-54	34.13	5.70

**Tablo 2.** Primipar ve Multipar Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Obstetrik Özellikler	Primipar		Multipar		
	S	%	S	%	
Önceki Doğum Şekli	Normal	-	-	37	49.3
	Sezaryen	-	-	38	50.7
Önceki Gebelikte Sağlık Problemi Yaşama	Evet	5	6.8	16	21.1
	Hayır	69	93.2	60	78.9
Önceki Doğumlarda Doğum Problemleri Yaşama	Evet	-	-	8	10.5
	Hayır	-	-	68	89.5
Gebeliğin Planlanması	Evet	60	81.1	57	75.0
	Hayır	14	18.9	19	25.0
Tercih Edilen Doğum Şekli	Normal doğum	56	75.7	41	53.9
	Sezaryen	18	24.3	35	46.1
Destek Olacak Kişiler	Eş	68	91.9	61	82.4
	Akrabalar	6	8.1	13	17.6
Gebelik Boyunca Düzenli Sağlık Kontrollerine Gitme Durumu	Evet	70	94.6	75	98.7
	Hayır	4	5.4	1	1.3
Bebekğin Beklenen Cinsiyette Olması	Evet	64	86.5	58	76.3
	Hayır	10	13.5	18	23.7
Gebeliğin Gelecek Planlarını Etkileyeceğini Düşünme	Etkileyeceğini düşünen	13	17.6	12	15.8
	Etkilemeyeceğini düşünen	57	77.0	58	76.3
	Kararsız	4	5.4	6	7.9
Planlanan Çocuk Sayısı	İki	56	75.7	46	60.5
	Üç	18	24.3	30	39.5

Tablo 2’te, Primipar gebelerin %81.1’i etmekte, %91.9’una destek olacak kişi eşi, planlı gebelik ve %75.7’si normal doğumu tercih %94.6’sı gebelik boyunca düzenli sağlık



kontrollerine gitmiş, %86.5'inin bebek cinsiyeti beklendiği gibi, %77'si hamileliğin gelecek planlarını etkilemeyeceğini düşünmekte ve %24.3'ü üç çocuk planlamaktadır. Multipar gebelerin %49.3'ü normal doğum yapmış, %21.1'i önceki gebelikte sağlık problemi ve %10.5'i de önceki doğumlarda doğum problemi yaşamıştır. Gebelerin % 75'inin gebeliği planlı, %53.9'u normal doğumu tercih etmekte, %82.4'üne destek olacak kişi eşi, %98.7'si gebelik boyunca düzenli sağlık kontrollerine gitmiş, %76.3'ünün bebek cinsiyeti beklendiği gibi, %76.3'ü hamileliğin gelecek planlarını etkilemeyeceğini düşünmekte ve %39.5'i üç çocuk planlamaktadır.

Katılımcıların Meme Kanseri CSİMÖ alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları  $2.51 \pm 0.92$  ile  $3.39 \pm 0.76$  arasında değiştiği bulunmuştur Araştırmaya dahil olan katılımcıların meme kanseri sağlık inanç modeli ölçeği alt gruplarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3'de primipar gebelerde, aile tipi haricindeki tüm demografik değişkenler açısından DÖASÖ toplam puan farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0.05$ ). Aile tipine göre ise DÖASÖ toplam puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Geniş ailede yaşayanların stres ölçeği puan ortalaması daha yüksektir.

Multipar gebelerde, eşle uyum ve yaş haricindeki tüm demografik değişkenler açısından DÖASÖ toplam puan farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p > 0.05$ ). Eşle uyuma göre DÖASÖ toplam puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Eşle bazen uyumlu olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Multipar gebelerde DÖASÖ toplam puanı ile yaş arasında ise istatistiksel olarak pozitif yönlü, düşük düzeyli ilişki vardır ( $p < 0.05$ ). Yaş arttıkça DÖASÖ toplam puanı da artmaktadır.

Tablo 4'te obstetrik özellikleri açısından primipar gebelerde, gebeliğin planlanmasına göre DÖASÖ toplam puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Gebeliği planlı olanlarda puan ortalaması daha yüksektir. Diğer değişkenler açısından primipar gebelerde anlamlı fark olan bir değişken bulunmamaktadır ( $p > 0.05$ ). Multipar gebelerde ise, obstetrik özelliklerine göre tercih edilen doğum şekline göre DÖASÖ toplam puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Normal doğumu tercih edenlerin puan ortalaması da yüksektir. Multipar gebelerde, diğer değişkenler açısından anlamlı fark olan bir değişken bulunmamaktadır ( $p > 0.05$ ).

Tablo 5'te "Medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık" alt boyutu puan ortalamasının primipar gebelerde  $2.29 \pm 1.26$  multipar gebelerde  $1.74 \pm 0.48$  olduğu, "gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler" alt boyutu puan ortalaması primipar gebelerde  $2.13 \pm 1.27$ , multipar gebelerde  $1.64 \pm 0.48$ , "doğum beklentisi" alt boyutu puan ortalamasının primiparlarda  $2.49 \pm 1.31$ , multipar gebelerde  $1.88 \pm 0.98$  olduğu saptanmıştır. Primipar gebelerin DÖASÖ' den aldıkları toplam puan ortalamasının  $2.28 \pm 0.90$ , multipar gebelerin  $1.72 \pm 0.48$  olduğu saptanmıştır. Primipar ve multipar gebelerin doğum öncesi algılanan stres ölçeği toplam ve alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli/anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 3.** Primipar ve Multipar Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre DÖASÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler		Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık				Gebelikte Psikososyal Değişiklikler				Doğum Beklentisi				Toplam DÖASÖ			
		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)	
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	-	-	1.63	0.18	-	-	1.38	0.18	-	-	1.75	1.06	-	-	1.46	0.29
	Okur- yazar	1.38	0.18	1.38	0.14	2.38	0.53	1.56	0.24	2.00	0.00	1.25	0.50	1.83	0.24	1.42	0.14
	İlköğretim	1.68	0.75	1.74	0.55	1.76	0.70	1.75	0.47	1.94	1.06	2.03	0.85	1.76	0.62	1.80	0.43
	Lise	1.76	0.91	1.72	0.41	1.79	0.98	1.58	0.56	2.13	1.14	1.76	0.99	1.86	0.88	1.65	0.40
	Üniversite	1.64	0.58	1.92	0.54	1.58	0.79	1.62	0.45	1.81	0.73	2.08	1.30	1.68	0.56	1.80	0.56
	<b>Test ve p değeri</b>	x <sup>2</sup> KW =0.946 p=0.814		x <sup>2</sup> KW =4.836 p=0.305		x <sup>2</sup> KW =4.970 p=0.174		x <sup>2</sup> KW =3.985 p=0.408		x <sup>2</sup> KW =0.884 p=0.829		x <sup>2</sup> KW =4.823 p=0.306		x <sup>2</sup> KW =1.298 p=0.730		x <sup>2</sup> KW =5.209 p=0.266	
Gebenin Çalışma Durumu	Evet	1.75	0.71	1.87	0.43	1.54	0.70	1.62	0.45	1.88	0.79	2.12	1.10	1.70	0.60	1.78	0.49
	Hayır	1.64	0.71	1.72	0.49	1.78	0.87	1.65	0.50	1.96	0.98	1.85	0.96	1.78	0.69	1.71	0.43
	<b>Test ve p değeri</b>	U=511.000 p=0.235		U=307.500 p=0.152		U=522.000 p=0.293		U=409.000 p=0.994		U=609.000 p=0.967		U=352.000 p=0.410		U=573.500 p=0.655		U=368.500 p=0.570	
Eşin Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	1.25	.	1.42	0.14	2.00	.	1.83	0.14	2.00	.	1.67	1.15	1.67	.	1.61	0.29
	İlköğretim	2.20	1.36	1.76	0.58	2.38	1.12	1.71	0.58	2.55	1.54	2.07	0.96	2.33	1.14	1.79	0.53
	Lise	1.56	0.45	1.64	0.35	1.64	0.79	1.50	0.36	1.85	0.45	1.67	0.94	1.65	0.45	1.56	0.25
	Üniversite	1.62	0.56	1.89	0.48	1.56	0.68	1.71	0.50	1.82	0.91	1.95	1.05	1.66	0.55	1.81	0.46
	<b>Test ve p değeri</b>	x <sup>2</sup> KW =1.962 p=0.580		x <sup>2</sup> KW =5.134 p=0.162		x <sup>2</sup> KW =7.062 p=0.070		x <sup>2</sup> KW =4.245 p=0.236		x <sup>2</sup> KW =2.388 p=0.496		x <sup>2</sup> KW =3.498 p=0.321		x <sup>2</sup> KW =4.237 p=0.237		x <sup>2</sup> KW =3.782 p=0.286	
Eşin Çalışma Durumu	Çalışıyor	1.68	0.73	1.79	0.50	1.68	0.81	1.68	0.49	1.92	0.95	1.92	1.03	1.74	0.67	1.75	0.46
	Çalışmıyor	1.63	0.44	1.50	0.26	1.88	0.98	1.50	0.46	2.08	0.38	1.75	0.66	1.85	0.55	1.53	0.26
	<b>Test ve p değeri</b>	U=185.000 p=0.700		U=254.000 p=0.059		U=171.500 p=0.513		U=298.500 p=0.216		U=148.500 p=0.253		U=379.000 p=0.941		U=153.500 p=0.316		U=273.000 p=0.112	

\*p&lt;0.05

**Tablo 3. (Devam)** Primipar ve Multipar Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre DÖASÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler		Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık				Gebelikte Psikososyal Değişiklikler				Doğum Beklentisi				Toplam DÖASÖ			
		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)	
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Eşle Uyum	Uyumlu	1.64	0.60	1.71	0.47	1.66	0.75	1.59	0.41	1.89	0.86	1.78	0.92	1.71	0.56	1.66	0.37
	Bazen uyumlu	2.25	1.85	1.97	0.59	2.44	1.60	2.06	0.78	2.75	1.55	2.78	1.00	2.42	1.67	2.15	0.67
	<b>Test ve p değeri</b>	U=139.000 p=0.980		U=220.000 p=0.182		U=88.000 p=0.206		U=169.000 <b>p=0.031*</b>		U=85.000 p=0.171		U=131.500 <b>p=0.005*</b>		U=101.000 p=0.350		U=157.500 <b>p=0.020*</b>	
Sosyal Güvence	Var	1.72	0.74	1.72	0.46	1.74	0.86	1.65	0.49	1.95	0.97	1.90	0.98	1.78	0.71	1.72	0.43
	Yok	1.44	0.43	1.92	0.66	1.48	0.48	1.61	0.47	1.83	0.58	1.89	1.08	1.57	0.26	1.72	0.52
	<b>Test ve p değeri</b>	U=266.000 p=0.112		U=255.500 p=0.451		U=323.000 p=0.465		U=296.000 p=0.928		U=358.000 p=0.831		U=292.500 p=0.881		U=355.000 p=0.802		U=279.000 p=0.716	
Aile Tipi	Çekirdek aile	1.61	0.53	1.82	0.50	1.59	0.74	1.65	0.48	1.80	0.75	1.96	0.99	1.66	0.53	1.76	0.47
	Geniş aile	1.95	1.16	1.51	0.34	2.13	0.99	1.63	0.52	2.47	1.30	1.68	0.95	2.11	0.98	1.60	0.33
	<b>Test ve p değeri</b>	U=414.000 p=0.695		U=334.000 <b>p=0.011*</b>		U=256.500 <b>p=0.011*</b>		U=512.000 p=0.719		U=311.000 p=0.066		U=449.500 p=0.252		U=284.500 <b>p=0.033*</b>		U=419.500 p=0.142	
Gelir Durumu	Kötü	1.50	0.71	-	-	1.50	0.35	-	-	1.50	0.71	-	-	1.54	0.53	-	-
	Orta	1.78	0.82	1.75	0.51	1.74	0.89	1.68	0.51	1.94	0.90	1.91	0.99	1.79	0.73	1.73	0.45
	İyi	1.47	0.29	1.73	0.40	1.64	0.68	1.52	0.39	1.95	1.00	1.82	0.99	1.67	0.50	1.65	0.37
	<b>Test ve p değeri</b>	x <sup>2</sup> KW =2.016 p=0.365		U =413.500 p=0.779		x <sup>2</sup> KW =0.022 p=0.989		U =360.500 p=0.317		x <sup>2</sup> KW =0.528 p=0.768		U=407.000 p=0.707		x <sup>2</sup> kw =0.236 p=0.888		U=394.500 p=0.595	
Yaş Ortalaması	<b>r ve p değeri</b>	r=0.074 p=0.531		r=0.300 <b>p=0.009*</b>		r= -0.109 p=0.354		r=0.162 p=0.163		r=0.095 p=0.420		r=0.159 p=0.169		r=0.028 p=0.814		r=0.245 <b>p=0.033*</b>	
Eş Yaş Ortalaması	<b>r ve p değeri</b>	r=0.030 p=0.803		r=0.231 <b>p=0.045*</b>		r= - 0.239 <b>p=0.040*</b>		r=0.046 p=0.694		r= - 0.019 p=0.873		r=0.219 p=0.058		r= - 0.141 p=0.230		r=0.215 p=0.063	

\*p&lt;0.05

**Tablo 4.** Primipar ve Multipar Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre DÖASÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık		Gebelikte Psikososyal Değişiklikler				Doğum Beklentisi				Toplam DÖASÖ						
	Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
Önceki Doğum Şekli	Normal	-	-	1.78	0.52	-	-	1.75	0.49	-	-	1.88	-	-	-	1.80	0.48
	Sezaryen	-	-	1.70	0.45	-	-	1.51	0.41	-	-	1.93	1.00	-	-	1.63	0.37
	<b>Test ve p değeri</b>	-	-	U=626.500 p=0.408		-	-	U=498.000 p=0.027		-	-	U=673.000 p=0.742		-	-	U=543.000 p=0.088	
Önceki Gebelikte Sağlık Problemi Yaşama	Evet	1.50	0.35	1.83	0.56	1.70	0.62	1.59	0.70	1.80	1.04	1.97	0.92	1.72	0.53	1.73	0.54
	Hayır	1.69	0.73	1.72	0.47	1.70	0.83	1.66	0.42	1.94	0.92	1.88	1.00	1.75	0.67	1.72	0.41
	<b>Test ve p değeri</b>	U=157.500 p=0.741		U=441.000 p=0.613		U=158.000 p=0.751		U=382.000 p=0.205		U=148.000 p=0.583		U=427.500 p=0.487		U=172.000 p=0.991		U=443.500 p=0.640	
Önceki Doğumlarda Doğum Problemleri Yaşama	Evet	-	-	1.66	0.42	-	-	1.47	0.47	-	-	1.75	0.65	-	-	1.57	0.27
	Hayır	-	-	1.75	0.49	-	-	1.67	0.49	-	-	1.91	1.01	-	-	1.74	0.45
	<b>Test ve p değeri</b>	-	-	U=243.500 p=0.623		-	-	U=206.000 p=0.257		-	-	U=268.500 p=0.951		-	-	U=219.500 p=0.372	
Gebeliğin Planlanması	Evet	1.69	0.71	1.74	0.48	1.72	0.83	1.72	0.49	1.96	0.92	1.89	0.96	1.77	0.66	1.75	0.44
	Hayır	1.25	0.25	1.75	0.52	1.17	0.14	1.42	0.43	1.33	0.58	1.89	1.07	1.25	0.14	1.63	0.44
	<b>Test ve p değeri</b>	U= 50.500 p=0.116		U= 532.500 p=0.912		U= 55.000 p=0.151		U= 338.000 p=0.013*		U= 61.000 p=0.194		U= 531.000 p=0.896		U= 27.500 p=0.030*		U= 442.500 p=0.233	
Tercih Edilen Doğum Şekli	Normal doğum	1.63	0.70	1.76	0.50	1.67	0.86	1.76	0.53	1.92	0.88	1.99	1.10	1.72	0.68	1.81	0.48
	Sezaryen	1.83	0.74	1.73	0.47	1.81	0.68	1.51	0.40	1.97	1.05	1.79	0.82	1.85	0.60	1.61	0.36
	<b>Test ve p değeri</b>	U= 387.000 p=0.132		U= 687.000 p=0.746		U= 409.000 p=0.224		U= 516.000 p=0.033*		U= 502.500 p=0.984		U= 679.500 p=0.681		U= 92.000 p=0.157		U= 526.500 p=0.046*	

\*p&lt;0.05

**Tablo 4. (Devam)** Primipar ve Multipar Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre DÖASÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler		Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık				Gebelikte Psikososyal Değişiklikler				Doğum Beklentisi				Toplam DÖASÖ			
		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)	
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Gebelik Boyunca Düzenli Sağlık Kontrollerine Gitme	Evet	2.27	1.25	1.72	0.45	2.10	1.25	1.64	0.48	2.39	1.23	1.85	0.96	2.23	0.85	1.71	0.47
	Hayır	2.56	1.66	3.25	0.00	2.75	1.67	2.25	0.00	4.25	1.50	4.00	0.00	3.07	1.44	2.87	0.00
	<b>Test ve p değeri</b>	U=115.000 p=0.572		U=0.000 <b>p=0.026</b>		U=108.50 p=0.466		U=6.000 p=0.184		U=51.000 <b>p=0.031</b>		U=3.500 p=0.105		U=84.000 p=0.192		U=4.000 p=0.133	
Bebeğin Beklenen Cinsiyette Olması	Evet	1.71	0.85	1.70	0.48	1.94	0.97	2.00	1.02	1.76	0.69	1.78	0.45	1.68	0.74	1.78	0.51
	Hayır	1.65	0.63	1.47	0.48	1.90	0.57	1.56	0.78	1.67	0.48	1.53	0.34	1.65	0.52	1.63	0.39
	<b>Test ve p değeri</b>	U= 05.000 p=0.810		U= 340.500 <b>p=0.024*</b>		U= 298.000 p=0.717		U= 383.500 p=0.079		U=313.000 p=0.912		U=329.500 <b>p=0.018*</b>		U= 12.000 p=0.897		U= 436.000 p=0.284	
Gebeliğin Gelecek Planlarını Etkileyeceğini Düşünme	Etkileyeceğini düşünen	2.21	1.22	1.54	0.30	2.15	1.31	1.67	0.98	2.19	1.10	1.60	0.44	2.13	1.20	1.71	0.49
	Etkilemeyeceğini düşünen	1.55	0.60	1.66	0.53	1.83	0.72	1.91	0.98	1.62	0.42	1.73	0.45	1.54	0.41	1.75	0.50
	Kararsız	2.13	1.36	1.75	0.39	2.63	1.70	2.25	0.99	2.21	1.02	1.81	0.39	2.13	1.30	1.79	0.37
<b>Test ve p değeri</b>	$\chi^2_{KW} = 3.836$ p=0.147		$\chi^2_{KW} = 1.380$ p=0.502		$\chi^2_{KW} = 1.062$ p=0.588		$\chi^2_{KW} = 2.297$ p=0.317		$\chi^2_{KW} = 4.020$ p=0.134		$\chi^2_{KW} = 2.466$ p=0.291		$\chi^2_{KW} = .416$ p=0.110		$\chi^2_{KW} = 0.529$ p=0.768		
Planlanan Çocuk Sayısı	İki	2.26	1.22	1.71	0.43	2.25	1.34	1.63	0.42	2.57	1.31	1.85	1.06	2.34	0.90	1.70	0.45
	Üç	2.36	1.42	1.79	0.56	1.75	0.97	1.67	0.58	2.25	1.32	1.91	0.87	2.10	0.89	1.75	0.53
	<b>Test ve p değeri</b>	U=475.500 p=0.714		U=669.500 p=0.824		U=409.000 p=0.226		U=678.500 p=0.901		U=415.000 p=0.247		U=626.500 p=0.483		U=402.500 p=0.201		U=655.000 p=0.896	

\*p&lt;0.05

**Tablo 5.** Primipar ve Multipar Gebelerin Stres Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Test ve P Değeri
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
Medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık	2.29	1.26	1.74	0.48	t=3.514 p=0.001
Gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler	2.13	1.27	1.64	0.48	t=3.98 p=0.002
Doğum beklentisi	2.49	1.31	1.88	0.98	t=3.252 p=0.001
Toplam puan	2.28	0.90	1.72	0.48	t=4.688 p=0.000

## TARTIŞMA

Yapmış olduğumuz çalışmada primipar ve multipar gebelerin ve eşlerinin eğitim düzeyinin yüksek olması gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres düzeyini etkilemediği bulunmuştur. Doğum öncesi bakım alma oranlarının artması, gebelerin bilinçli hale gelmesi, ihtiyaç duyduğu bilgi ve sağlık hizmetine daha kolay ulaşması, stresin azalmasında önemli rol oynamaktadır. Benzer çalışmalarda eğitim düzeyinin gebelerde kaygı düzeyini (Kaplan ve ark. 2007, Akbaş ve ark. 2008) psikososyal sağlığı (Körükçü ve ark. 2017) ve stresle başa çıkmayı etkilemediği bulunmuştur (Elkin 2015). Çapık ve ark. (2015) çalışmasında gebe eşlerinin eğitim durumlarının gebelerdeki stresi etkilemediğini belirtmiştir (Çapık ve ark. 2015). Yapılan çalışmalar araştırma bulgularımız ile paralellik göstermektedir.

Gebelerin (primipar ve multipar) çalışma durumu doğum öncesi algıladıkları stres düzeyini etkilemediği belirlenmiştir. Bu durumun bölgedeki ailelerin köy gelirlerinin yüksek olması ve ekonomik sıkıntı yaşamamalarının etkili olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızla benzerlik gösteren araştırmalar çalışma durumu ile kaygı, anksiyete, psikososyal sağlık ve gebelik sorunları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmektedir (Kaplan ve ark. 2007, Körükçü ve ark. 2017). Ayrıca çalışma durumu gebelerin distress düzeyini de etkilemediği belirtilmiştir (Yıldız Çiltaş ve Köse Tuncer 2019).

Primipar gebelerin eşle uyumuna göre DÖASÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $p>0.05$ ) saptanırken eşiyse bazen uyumlu olan multipar gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda primipar gebelerin eş ile uyumları multipar gebelere göre yüksek olduğu görülmektedir. Dolayısıyla gebenin eşi ile olan uyumu ilişkilerini, gebeliğin kabulünü ve

algılanan desteği etkilediği düşünülmektedir. Gebe kadınların eşlerinden etkili destek algılaması kaliteli bir ilişkiye sahip olmalarının sonucu olarak görülmektedir (Rini et al. 2006). Bu desteğin yetersizliğinde ise gebelikteki emosyonel değişiklikler, anksiyete ve depresyon yaşama durumunu artırmaktadır (Şahin ve Kılıçarslan 2010).

Gebeler aile tipine göre karşılaştırıldığında primipar gebelerin psikososyal değişiklikler alt boyutu ve DÖASÖ toplam puanı, multipar gebelerin ise medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ , Tablo 6). Primipar gebelerin geniş ailede, multipar gebelerin ise çekirdek ailede yaşaması stres düzeyini etkilediği bulunmuştur. İnsani yaşam standartlarını artıran eğitim seviyesi ve çalışma oranı primipar gebelerde ve eşlerinde yüksektir. Değişen ve gelişen yaşam standartları kişileri ve toplumu etkileyerek çekirdek aile yapısını tercih etmeye yöneltmiştir. Türkiye’de çekirdek aile yapısının arttığı Türkiye Aile Yapısı Araştırması 2013 çalışmasında da saptanmıştır (Coşkun ve ark. 2020). Ayrıca geniş ailede yaşayan primipar gebelerin gebeliği süresince kendisini ifade etme ve bağımsız karar vermede yaşadığı sorun onlarda stres seviyesini artırmaktadır. Tortumluoğlu ve ark.’nın (2003) çalışmasında ailedeki birey sayısının artması gebenin eşi ile arasındaki duygusal ve fiziksel bağların olumsuz şekilde etkilendiği belirtilmiştir (Tortumluoğlu ve ark. 2003). Alanyazında aile tipinin gebelikte psikososyal sağlık durumu ve gebeliğe uyum üzerine etkisi olduğu ifade edilmiştir (Demirbaş ve Kadioğlu 2014, Körükçü ve ark. 2017). Yukarıdaki çalışmalar primipar gebelerin sonuçları ile aynı doğrultuda olurken multipar gebelerde algılanan stresin çekirdek ailede yaşayanlardan daha yüksek olması bu gruptaki kadınlarda geleneksel geniş aile yapısı anlayışının

benimsenmesi ile bulunduğu ortama rahatlıkla uyum sağlaması şeklinde açıklanabilir.

Primipar ve multipar gebeler yaş durumuna göre karşılaştırıldığında multipar gebelerde yaş arttıkça doğum öncesi algıladıkları stres düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda multipar gebelerin yaş ortalaması primipar gebelerin yaş ortalamasından daha fazladır. Yaş ile birlikte gebelik ve fetüs ile ilgili komplikasyonların, aynı zamanda gebelerde tükenmişlik düzeyinin artması nedeni ile algılanan stresin artması beklenen bir sonuç olarak düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada anksiyete ile anne yaşı ve parite arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Perkin et al. 1993). Prost ve ark (2012) gebelikte distres düzeyinin artmasına risk faktörü olarak ileri yaşı belirtmişlerdir (Prost ve ark. 2012). Çalışmamızın sonucundan farklı olarak 24 yaş ve altında olan gebelerin doğum öncesi algılanan stres düzeyinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Sis Çelik ve Atasever 2020).

Gebeliği planlı olan primipar gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum primipar gebelerin ilki deneyimlemesi, bebeğe bir şey olacağı kaygısının daha fazla olması, gebeliğe ve fetüse daha çok önem verilmesi gibi düşüncelerin daha fazla strese neden olabileceği düşünülmektedir. Yanikkerem ve ark (2013) ise plansız gebeliklerde depresyon düzeyinin yüksek olduğunu saptamıştır. Bu durum ise gebelik, doğum ve çocuk sayısının fazla olmasına bağlanmıştır (Yanikkerem ve ark. 2013).

Normal doğumu tercih eden multipar gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Multipar gebelerin daha önceden doğumu deneyimledikleri için düzenli kontrollere gitmeler de önceki deneyimlerinden dolayı streslerinin azalmadığı söylenebilir. Doğum korkusunun temel nedeni ikincil doğum korkusu diye tanımlanan önceki doğum deneyimi olduğu belirtilmiştir (Aksoy 2015, Çiçek ve Mete 2015). Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada bir defa doğum yapanlar ve birden fazla doğum yapanlar arasında korku puanları açısından istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır (Şahin ve ark. 2009).

Primipar ve multipar gebelerde bebeğin beklenen cinsiyette olması gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres düzeyini etkilemediği belirlenmiştir. Primiparların hiç çocuk sahibi olmamalarından dolayı bebeğin cinsiyeti fark etmezken, multiparların ise yaşayan çocuğunun

cinsiyetinden farklı cinsiyette bir çocuk isteyebilecekleri düşüncesi ile stres düzeylerini etkilemiştir diyebiliriz. Dağlar ve Naim (2014) bebeğin ailenin beklediği cinsiyette olması ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlılık saptanmamıştır (Dağlar ve Naim 2014).

Primipar ve multipar gebelerde gebeliğin gelecek planlarını etkileyeceğini düşüncesi gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres düzeyini etkilemediği belirlenmiştir. Çalışmamızda bu durumun gebelerimizin istemli ve planlı bir gebelik yaşadıklarından dolayı olduğu düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada gebeliğin şuan veya gelecekteki hedefleri etkileme durumu ile distres ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiştir (Yıldız Çiltaş ve Tuncer Köse 2019).

Primipar gebelerin DÖASÖ'den aldıkları toplam puan ortalamasının  $2.28 \pm 0.90$ , multipar gebelerin  $1.72 \pm 0.48$  olduğu saptanmıştır. Primipar ve multipar gebelerin DÖASÖ toplam puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanırken ( $p < 0.05$ , Tablo 5), primipar gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda geniş aile tipi ve gebeliğin planlı olması primipar gebelerde doğum öncesi algıladıkları stres düzeyini artıran faktörlerdir. Literatürde ilk gebeliği olan gebelerde kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu (Akbaş ve ark. 2008), anksiyete ve depresyon açısından riskli grup olarak değerlendirilmiştir (Lee ve ark. 2007)

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Primipar gebelerin doğum öncesi algılanan stres düzeyi multipar gebelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Primipar gebelerin geniş aile ve planlı gebelik durumu, multipar gebelerde ise yaş, eşle bazen uyumlu olma ve normal doğumu tercih etmek stres düzeyini etkileyen faktörler olarak belirlenmiştir. Bu faktörlere dayanarak prenatal izlemlerde sağlık profesyonelleri tarafından gebeleri obstetrik değerlendirmenin yanında kültürel ve demografik özelliklerinin de değerlendirilmesi, gebeleri daha yakından takip için ev izlemlerinin artırılması, primipar gebelerin annelik rolü için bilgi ve deneyiminin yeterlilik açısından sorgulanması ve duruma göre eğitim verilmesi ile desteklenmesi önerilir. Ayrıca gebelerin algıladıkları stres düzeyini düşürmek için eşleri ile beraber eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi, ikincil doğum korkusu diye tanımlanan önceki doğum

deneyimlerinin pozitif doğum deneyimine dönüştürülmesi için gebelere doğum süresince yeterli ve kaliteli bakım sağlanması önerilmektedir.

### ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

### KAYNAKLAR

**Akbaş E ve ark.** Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi 2008; 45(3):85-91.

**Aksoy AN.** Doğum Korkusu: Literatür Taraması. Ordu Tıp Dergisi 2015; 2:161-5.

**Arslan S ve ark.** Kadınların Gebeliği Algılama Durumu ve Bunu Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2018; 6(1):179-92.

**Atasever İ, Sis Çelik A.** Prenatal Stresin Ana-Çocuk Sağlığı Üzerine Etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2018; 21(1):60-8.

**Atasever İ, Sis Çelik A.** The Validity and Reliability of The Antenatal Perceived Stress Inventory Turkish Version: A Methodological Study. Health Care for Women International 2018;39(10):1140-57.

**Bayık A ve ark.** Kadınların Stres Verici Yaşam Olaylarıyla Karşılaşma Durumları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2006; 9(2):1-12.

**Coşkun AM, Arslan S, Okcu G.** Gebe Kadınlarda Gebelik Algısının Stres, Demografik ve Obstetrik Özellikler Açısından İncelenmesi. HEAD 2020;17(1):1-8.

**Çapık A ve ark.** Gebelerde Distres Düzeyinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 18(3):196-203.

**Çapık C.** İstatistiksel Güç Analizi ve Hemşirelik Araştırmalarında Kullanımı: Temel Bilgiler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 17(4):268-74.

**Çiçek Ö, Mete S.** Sık Karşılaşılan Bir Sorun: Doğum Korkusu. DEUHF ED 2015; 8(4): 263-8.

**Dağlar G, Naim N.** Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete ve Depresyon Düzeyi ile İlişkisi. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2014; 36(4):429-41.

**Demirbaş H, Kadioğlu H.** Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve İlişkili Faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014; 4(4):200-6.

**Dennis CL, McQueen K.** Does Maternal Postpartum Depressive Symptomatology Influence Infant Feeding Outcomes? Acta Paediatrica 2007; 96(4):590-4.

**Elkin N.** Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Bunları Etkileyen Faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 8(1):22-31.

**Furber CM et al.** A Qualitative Study of Mild to Moderate Psychological Distress during Pregnancy.

### YAZARLARIN KATKI DÜZEYİ

Bu çalışma Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur. DKB; literatür tarama, veri toplama, makale yazma. SKT; makale yazma, kritik okuma.

International Journal of Nursing Studies 2009; 46(5):669-77.

**Genç Koyucu R, Ülkar D, Erdem B.** Primipar ve Multipar Gebelerin Gebelik Streslerinin Karşılaştırılması. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi 2020, 8(3): 652-663.

**Kabukcu C ve ark.** Predictors of Prenatal Distress and Fear of Childbirth among Nulliparous and Parous Women. Nigerian Journal of Clinical Practice 2019; 22(12):1635-43.

**Kaplan S ve ark.** Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2007; 10(1):113-21.

**Körükcü Ö ve ark.** Gebelikte Psikososyal Sağlık Durumu ile Doğum Korkusu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Clin Exp Health Sci 2017; 7:1-6.

**Lee AM et al.** Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. Obstet Gynecol. 2007; 110: 1102-12.

**Lewis A et al.** Prenatal Maternal Mental Health and Fetal Growth Restriction: A Systematic Review. Journal of Developmental Origins of Health and Disease 2016; 7(4):416-28.

**Ölçer Z, Yeşiltepe Oskay U.** Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Stresörler ve Stresle Baş Etme Yöntemleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2015; 12(2):85-92.

**Özorhan EY ve ark.** Gebelikte Ruh Sağlığı. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi 2014; 2(3):34-42.

**Perkin M et al.** The Effect of Anxiety and Depression during Pregnancy on Obstetric Complications. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 1993; 100(7):629-34.

**Prost A ve ark.** Predictors of Maternal Psychological Distress in Rural India: A Cross-Sectional Community-Based Study. Journal of Affective Disorders 2012; 138(3): 277-286.

**Razurel C et al.** Validation of The Antenatal Perceived Stress Inventory. Journal of Health Psychology 2014; 19(4):471-81.

**Rini C et al.** Effective Social Support: Antecedents and Consequences of Partner Support during Pregnancy. Personal Relationships 2006; 13(2):207-29.

**Sis Çelik A, İ Atasever.** Gebelerde Algılanan Stres Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi.



Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020; 23(2):267-76.

**Şahin EM, Kılıçarslan S.** Son Trimester Gebelerin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ile Bunları Etkileyen Etmenler. Medical Journal of Trakya University/Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010; 27(1):51-8.

**Şahin N ve ark.** Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2009; 40(2):57-62.

**Taşkın L.** Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 15. Baskı, Ankara, Reaksiyon Matbaacılık 2016. p.113-31

**Toker E.** Doğum Öncesi Dönem 1. Coşar Çetin F, Yeşilçiçek Çalık K, editör. Gebelikte Sosyo-Psikolojik Değişiklikler ve Adaptasyon. 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi. 2018. p.149-67.

**Tortumluoğlu G ve ark.** Gebelerin Aile Ortamını Algılamaları ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişki. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2003; 6(1):24-36.

**Üst ZD, Pasinlioğlu T.** Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin

Endişelerin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2015; 2(3):306-17.

**Yali AM, Lobel M.** Coping and Distress in Pregnancy: An Investigation of Medically High Risk Women. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 1999; 20(1):39-52.

**Yali AM, Lobel M.** Stress-Resistance Resources and Coping in Pregnancy. Anxiety, Stress & Coping 2002; 15(3):289-309.

**Yanikkerem E, Ay S, Piro N.** Planned and Unplanned Pregnancy: Effects On Health Practice And Depression During Pregnancy. Journal Of Obstetrics and Gynaecology Research 2013, 39(1):180-187.

**Yeşilçiçek Çalık K, Aktaş S.** Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi Depression in Pregnancy: Prevalence, Risk Factors and Treatment. Psikiyatrik Güncel Yaklaşımlar [Current Approaches in Psychiatry] 2011;3(1):142-62.

**Yıldız Çiltaş N, Köse Tuncer S.** Gebelikte Distresin Tanımlanması: Erzincan Örneği. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2019; 7(1):15-24.

## **EXTENDED ABSTRACT**

Pregnancy is one of the most important developmental stages in women's life, together with physiological, psychological and social changes. Pregnancy can be seen as a period in which negative psychological changes such as depression, anxiety, stress, anxiety, anxious anticipation, and overload, which are known to be important complications of pregnancy, can be experienced along with positive emotions such as maturity, happiness and self-realization. These changes during pregnancy require biopsychosocial adaptation for the pregnant wife / partner and other family members. Factors such as women's personal experiences, beliefs and attitudes, childhood memories, relations with their mother, education level, changing roles in family and work life, trying to adapt to the motherhood role, and the socio-economic status of the family affect the adjustment process and cause anxiety and stress. A study indicates that pregnant women experience stress during pregnancy. How stressful pregnancy is perceived as a transition and adaptation period in women may vary greatly from person to person, and the reasons and perception of the developing stress may also be different in primipara and multiparous pregnant women. Primiparous pregnant women cannot predict the events they may encounter at the time of delivery by experiencing many new emotions that they cannot define.

It has been stated that the inability to effectively cope with the stress experienced in the prenatal period may cause inability to provide effective breastfeeding due to postpartum depression, negative perception of infant behavior and some health problems. In addition, it is stated that women who have had a stressful pregnancy period are nausea-vomiting, fear of birth, cesarean delivery rate, bacterial vaginosis rate and need for epidural anesthesia during delivery.

All this information necessitates the support of pregnant women in identifying and managing the stress factor in the early period in order to experience a positive pregnancy process. With the knowledge of the determined factors by health professionals involved in prenatal follow-ups within the scope of prenatal care, it is thought that the health of women, babies and children will be supported directly within the scope of preventing and improving health services. With this in mind, this study was planned to determine the perceived stress level and the factors affecting it in primipara and multiparous pregnant women in the third trimester.

The study was descriptive and its universe consisted of 150 pregnant women who met criterion of unqualified random sampling, accepted to participate in the research and applied to the Polyclinic of Obstetrics and Gynecology at Artvin State Hospital of Ministry of Health between November 2016 and April 2017. The "Pregnancy Information Form" and " Antenatal Percieved Stress Inventory " were used to collect the data. A priori power analysis was performed to determine the sample size. In the analysis of the data, the numbers, percentages, mean and mean values with minimum and maximum values, statistical Shapiro Wilk test, Cronbach  $\alpha$  coefficient, Mann Whitney-U test, Kruskal Wallis analysis and Spearman correlation analysis tests were used in addition to standard deviations. It was determined that the mean score of the total scores of the primiparous pregnant women gained from "Antenatal Percieved Stress Inventory" was  $2.28 \pm 0.90$  and score of multiparous pregnant women was  $1.72 \pm 0.48$  and the difference was statistically significant. There was a significant relationship between the planning of pregnancy and family type in primiparous pregnant women and the scale total score average. On the other hand, in multiparous pregnant women a statistically significant relation was found between the spouse harmony, age, planned delivery method and total score average of the scale ( $p < 0.05$ ).

In primipara and multiparous pregnant women a statistically significant relation wasn't found between education level of the pregnant woman and spouse, employment status of the pregnant and spouse, social security, income status, spouse age, previous mode of delivery, health problems in previous pregnancy, birth problems in previous births, going to regular health checks during pregnancy, the baby is of the expected gender, thinking that pregnancy will affect your future plans and total score average of the scale ( $p > 0.05$ ).


As a result; It was found that the stress level perceived by primipara pregnant women before delivery was higher than multiparous pregnant women. Many factors (planning of pregnancy, family type, spouse harmony, age, planned) affect perceived stress during pregnancy. For this reason, it is recommended that pregnant women should be evaluated in terms of demographic, cultural and psychosocial aspects as well as obstetric evaluation and supported for multidisciplinary approach and care by healthcare professionals during prenatal period.

## HEMŞİRELERİN HEMŞİRELİK SÜRECİ KULLANIMI İLE İLGİLİ SORUNLARININ BELİRLENMESİ DETERMINING THE PROBLEMS OF CLINICAL NURSES ABOUT THE USE OF NURSING PROCESS


Sema ÇAKAR\*, Gülçin AVŞAR\*\*

### ÖZ

\*Hemşire, Üzümlü İlçe Entegre Hastanesi, Erzincan /Türkiye.

 0000-0003-4580-6131

\*\*Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Erzurum/Türkiye.

 0000-0002-7155-4276

### Yazışma Adresi:

Gülçin AVŞAR  
e-posta: gülçin-avsar@hotmail.com

Gönderim Tarihi: 31 Ekim 2020

Kabul Tarihi : 22 Aralık 2020

**Amaç:** Bu araştırma hemşirelerin hemşirelik süreci uygulamalarında yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın verileri Aralık 2017 – Nisan 2018 tarihleri arasında bir ilin eğitim ve araştırma hastanesi ve o ile bağlı ilçelerdeki devlet hastanelerinde görev alan hemşirelerden elde edilmiştir. Araştırmanın evrenini araştırmaya dahil edilen hastanelerde çalışan 261 hemşire, örneklemini ise araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli olmayan 191 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan "Kişisel Bilgi Formu" ve "Hemşirelik Süreci Kullanımı ile İlgili Sorunları Belirleme Formu" kullanılarak, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik testler kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan hemşirelerin %30,4'ünün 36-40 yaş arasında olduğu, %60,2'sinin lisans mezunu olduğu, bir vardiyadaki hemşire sayısının %72,8 oranla 1-5 arasında olduğu ve hemşirelerin %79,1'inin hemşirelik süreci ile ilgili hizmet içi eğitim aldıkları belirlendi. Hemşirelerin en çok hemşirelik sürecinin veri toplama aşamasında (%26,2) en az ise planlama aşamasında (%5,8) sorun yaşadıkları bulundu. Hemşirelerin tanılama aşamasında en fazla enfeksiyon riski (%38,8), ağrı (%25,2) ve North American Diagnosis Association-International (NANDA-I) taksonomisi dışında tanılar (%36,0) koydukları belirlendi. Ayrıca hemşirelerin tamamına yakınının (%91,6) hemşirelik sürecini bilgisayara kaydettikleri saptandı.

**Sonuç:** Hemşirelerin, hemşirelik sürecinin veri toplama aşaması başta olmak üzere sürecin tüm aşamalarında sorun yaşadıkları belirlendi.

**Anahtar kelimeler:** Hemşirelik süreci; hemşirelik tanısı; hemşire.

### ABSTRACT

**Aim:** This descriptive study was conducted to determine the problems experienced by nurses during the nursing process practice.

**Method:** The data of this descriptive study were collected from the nurses who were working in a training and research hospital in a province and the state hospitals located in its districts between December 2017 and April 2018. While the population of the study consisted of 261 nurses working at the aforementioned hospitals, the sample of the study was comprised of 191 nurses who were voluntary to participate in the study and were not on sick leave or on leave between the study dates. The data of the study were collected via face-to-face interview method using "Personal Information Form" and "Form for Determining the Problems Regarding the Use of Nursing Process". Percentage tests were used to assess the data.

**Findings:** It was determined that 30.4% of the nurses participating in the study were aged between 36-40 years, 30.4% were working for 1-5 years, majority of them (60.2%) had a bachelor's degree, number of nurses in a shift was mostly 1-5 (72.8%), number of beds in the services where they were working was 11-20 (63.9%) and most (79.1%) of the nurses received the in-service training related to nursing process. The nurses experienced problems mostly in data collection stage of nursing process (26.2%) and least in planning stage (5.8%). It was determined that the nurses established mostly the diagnosis of infection risk (38.8%) and pain (25.2%) and diagnosis other than North American Diagnosis Association (NANDA) (36.0%). Almost all of the nurses (91.6%) recorded the nursing process in the computer, as well.

**Results:** It was determined that the nurses faced problems in all stages of the process, particularly data collection stage of the nursing process.

**Keywords:** Nursing process; diagnosis of nursing; nurse.

Atıf için (How to cite): Çakar S, Avşar G. Hemşirelerin Hemşirelik Süreci Kullanımı İle İlgili Sorunlarının Belirlenmesi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;3(3):203-213.

## GİRİŞ

Hemşirelik süreci, hemşirelik bakımının uygulanmasında bireyin sağlığını tehdit eden soruna/sorunlara yönelik bilimsel yaklaşımlara dayalı çözüm bulan, kritik düşünmeyi sağlayan ve bakım vermenin temelini oluşturan bir yöntemdir (Herdman and Kamitsuru 2017; Craven and Hirnle 2010; Kacaroglu ve ark. 2015).

Bilimsel düşünmeye temellenen ve hemşireyi araştırmaya da yönlendiren hemşirelik süreci, bireye/aileye ve topluma kapsamlı bakım sağlanmasında ve hemşirelik mesleğine bilimsel bir kimlik kazandırılmasında son derece önemli bir konuma sahiptir. Hemşirelik süreci aracılığıyla bireye özgü bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi sağlanır (Ackley and Ladwig 2020). Hemşirelik bakımının hemşirelik sürecine temellendirilmesi, verilen bakımın kalitesini artırarak hemşirelerin iş doyumunu sağlama, bakımı güven altına alma, bilimsel bilgiyi uygulamaya aktarma, bilgisayar uygulamaları için bir yapı oluşturma (Sparks and Taylor 2013), bilimsel bilgiyi uygulamaya aktarma, hemşirelerin görev alanlarının toplumca tanınmasını sağlama, uygulama sonuçlarını değerlendirerek mesleğin gelişmesine katkıda bulunma, hemşirelik bakımının fark edilebilmesini sağlama ve bilgisayar uygulamaları için bir yapı oluşturulmasını desteklemede önemli katkılar sağlar (Ackley and Ladwig 2020).

Hemşirelik bakımında geleneksel bakım modeli yerine, bireye özgü hemşirelik sürecinin uygulanması, kaliteli bakımın göstergesidir. Hemşirelik bakımında kaliteye ulaşabilmek için teknolojik gelişmeler ve kanıta dayalı uygulamalar hakkında hemşirelerin donanımlı olması ve eleştirel bilimsel düşünme becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Birçok meslek ve sanat gibi hemşirelik de hem mesleki gelişimleri hem de artan toplumsal beklentileri yanıtlamak için vazgeçilmez ölçüt olan bilimselliği temel almalıdır. Ayrıca Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın 8 Mart 2010 tarihli resmi gazetede yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği’ne göre; “Hemşireler, uygulamalarını hemşirelik sürecine temellendirmelidir. Hemşire bireyin, ailesi ve toplumun sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve bakımı hemşirelik tanılama süreci kapsamında kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler” hükmü yer almaktadır. (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10070/hemşirelik-kanununun-4-uncu>) Bu

nedenle, ülkemizdeki tüm hemşireler hemşirelik sürecini ve aşamalarını tam olarak bilmek ve uygulamak zorundadır. Hemşirelik mesleğine ve bakım kalitesine olan olumlu katkıların ve yasal düzenlemelerin de etkisiyle hemşirelik sürecinin kullanımında artış olmakla birlikte, hemşirelik sürecinin resmi olarak hasta bakımında kullanılıyor olması, bu uygulamaların ne durumda olduğu ile ilgili merak duygusu uyandırmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında, hemşirelik süreci ile ilgili olarak hemşirelik öğrencileriyle yapılan çalışmaların çoğunlukta olduğu, hemşirelerle yapılan çalışmaların da sınırlı olduğu görülmektedir (Andsoy ve ark. 2013; Avşar ve ark. 2014; Zaybak ve ark. 2016; Olmaz ve Karakurt 2019). Verilen hemşirelik bakımının istendik düzeyde olabilmesi için yaşanan/karşılaşılan sorunların belirlenmesi en önemli adımı oluşturmaktadır. Yaşanan sorunların belirlenmesi ve çözüme kavuşturulması hemşirelik sürecinin daha etkin uygulanmasına ve dolayısıyla bakım kalitesinin artmasına katkı sağlayacaktır. Bu bilgiler ışığında, bu araştırma hemşirelerin hemşirelik süreci uygulamasında yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### Araştırma Sorusu

Hemşirelerin hemşirelik süreci kullanımı ile ilgili sorunları nelerdir?

## GEREÇ VE YÖNTEM

**Araştırmanın Türü:** Bu araştırma, klinik hemşirelerinin hemşirelik sürecinin uygulanması ile ilgili sorunlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Araştırmanın Evren ve Örnekleme:** Bu araştırmanın evrenini 2017 Aralık – 2018 Nisan tarihleri arasında bir ilde yer alan bir eğitim araştırma hastanesi ve üç devlet hastanesinde görev yapmakta olan 261 klinik hemşiresi oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmedi ve belirtilen tarihte araştırmaya gönüllü olarak katılan, raporlu/izinli olmayan ve kliniklerde görev yapan 191 klinik hemşiresi ile araştırma tamamlandı.

**Veri Toplama Aracı:** Araştırma verilerinin toplanmasında ilgili literatür (Herdman and Kamitsuru 2017; Zaybak ve ark. 2016; Andsoy ve ark 2009; Avşar ve ark. 2014) ışığında, araştırmacılar tarafından geliştirilen, “Kişisel Bilgi Formu” ve “Hemşirelik Süreci Kullanımı ile İlgili Sorunları Belirleme Formu” kullanılmıştır.

**Kişisel Bilgi Formu:** Bu form, hemşirelerin bireysel ve bazı mesleki özelliklerini içeren sorulardan oluşmaktadır.

**Hemşirelik Süreci Kullanımı ile İlgili Sorunları Belirleme Formu:** Bu form, hemşirelik süreci kullanımı ile ilgili sorunlarını belirlemeyi yönelik, çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşmaktadır.

**Verilerin Toplanması:** Araştırmacı, tüm hemşirelerin çalıştıkları birimlere bizzat kendisi giderek yüz yüze görüşme yöntemi ile verileri toplamıştır. Araştırma hakkında açıklama yapıldıktan sonra araştırmaya gönüllü olan hemşirelere formlar verilmiştir. Formların doldurulması işlemi 10-15 dakika sürmüştür.

Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak yüzdelik testler kullanılmıştır.

**Araştırmanın Etik İlkeleri:** Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan etik onay ve Erzincan İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca araştırmanın evrenini oluşturan hemşirelere araştırmanın amacı ve yararları açıklanarak, hemşirelerin bu araştırmaya katılmalarında istekli olup olmadıkları sorulup, gönüllü olan hemşireler araştırmaya dahil edilmiştir.

## BULGULAR

Klinik hemşirelerinin hemşirelik süreci kullanımı ile ilgili sorunların belirlenmesi amacı ile yapılan bu araştırmanın bulguları tablolar eşliğinde sunulmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %75.4'ünü kadınların oluşturduğu görülmektedir. Ayrıca kliniklerde toplam hemşire sayısının en fazla (%66) 1-10 arasında olduğu, bir vardiyadaki hemşire sayısının ise 1-5 arasında olduğu (%72.8), buna karşılık servislerde yatak sayısının 11-20 (%63.9) arasında olduğu belirlendi (Tablo 1).

Tablo 2'de hemşirelerin hemşirelik sürecinin veri toplama basamağı ile ilişkili bilgileri ve yaşadıkları sorunların dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %63.4'ü veri toplama aşamasında ara sıra sorunlar yaşadığı ve %51.3'ü veri toplarken en çok hasta ile görüşme yaparken sorun yaşadığı saptandı. Hemşirelerin veri toplama aşamasında zorluk yaşanmasının nedenleri incelendiğinde ise "iletişim

problemlerinin" ilk sırada olduğu belirlendi (Tablo 2).

**Tablo 1.** Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Özellik	Sayı	%
<b>Yaş</b>		
20-25 yaş	45	23.6
26-30 yaş	36	18.8
31-35 yaş	31	16.2
36-40 yaş	58	30.4
41 yaş ve ↑	21	11.0
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	144	75.4
Erkek	47	24.6
<b>Eğitim durumu</b>		
Lise	20	10.5
Ön lisans	56	29.3
Lisans ve ↑	115	60.2
<b>Çalışma yılı</b>		
1-5 yıl	58	30.4
6-10 yıl	47	24.6
11-15 yıl	53	27.7
16 yıl ve üzeri	33	17.3
<b>Çalışılan birim</b>		
Dahili Birim	64	33.5
Cerrahi Birim	41	21.5
Yoğun Bakım/ Acil	86	45.0
<b>Servisteki yatak sayısı</b>		
1-10	49	25.7
11-20	122	63.9
21 ve ↑	20	10.4
<b>Çalışılan birimdeki görev</b>		
Klinik hemşiresi	173	90.6
Klinik sorumlu hemşiresi	18	9.4
<b>Haftalık çalışma saati</b>		
40 saat	62	32.5
41 saat ve üzeri	129	67.5
<b>Servisteki toplam hemşire sayısı</b>		
1-10	126	66.0
11 ve ↑	65	34.0
<b>Bir vardiyadaki hemşire sayısı</b>		
1-5	139	72.8
6 ve ↑	52	27.2
<b>Hemşirelik süreci ile ilgili hizmet içi eğitim alma durumu</b>		
Evet	151	79.1
Hayır	40	20.9
<b>Hemşirelik sürecini klinikte uygulanma süresi</b>		
1-12 ay	53	27.7
13-24 ay	36	18.8
25-36 ay	13	6.8
37 ay ve ↑	89	46.7

**Tablo 2.** Hemşirelerin Hemşirelik Sürecinin Veri Toplama Basamağı İle İlişkili Bilgileri ve Yaşadıkları Sorunların Dağılımı

Veri Toplama Basamağı	Sayı	%
<b>Veri toplama aşamasında sorun yaşama durumu</b>		
Sıklıkla	50	26.2
Ara Sıra	121	63.4
Hiçbir zaman	20	10.4
<b>Veri toplarken en çok sorun yaşanan aşama</b>		
Veri toplama yöntemini seçerken	17	8.9
Hasta ile görüşme yaparken	98	51.3
Hemşirelik öyküsü alırken	29	15.2
Hastayı gözlemlerken	7	3.6
Verilerin doğrulanmasında	20	10.5
Verilerin gruplandırılmasında	11	5.8
Verilerin analizinde	9	4.7
<b>Veri toplama aşamasında zorluk yaşanmasının nedeni</b>		
Bilinçsizlik	29	15.2
İletişimsizlik	111	58.1
Zaman yetersizliği	31	16.2
<b>Veri toplarken kullanılan yöntem</b>		
Görüşme	134	70.2
Kayıt	45	23.6
Gözlem	7	3.6
Dinleme	5	2.6
<b>Veri toplama aşamasından başlayarak tüm aşamalarda bir modeli takip etme durumu</b>		
Evet	76	39.8
Hayır	115	60.2

Hemşirelerin veri toplama aşamasından başlayarak tüm aşamalarda bir modeli takip etme durumu incelendiğinde; hemşirelerin %60.2'sinin bir model kullanmadıkları belirlendi (Tablo 2). Tablo 3'te hemşirelerin hemşirelik sürecinin tanılama basamağı ile ilişkili bilgileri ve yaşadıkları sorunların dağılımı verilmiştir.

Hemşirelerin tanılama aşamasında en çok yaşadığı sorun (%37.7) "hemşirelik tanımının isimlendirilmesi" olduğu belirlendi. Klinikte en çok kullanılan hemşirelik tanıları ise "enfeksiyon riski", "ağrı" olduğu ve NANDA taksonomisi dışında tanımlar koydukları saptandı.

**Tablo 3.** Hemşirelerin Hemşirelik Sürecinin Tanılama Basamağı ile İlişkili Bilgileri ve Yaşadıkları Sorunların Dağılımı

Tanılama Basamağı	Sayı	%
<b>Hemşirelik tanısı ile tıbbi tanıyı karıştırma durumu</b>		
Sıklıkla	29	15.2
Ara Sıra	106	55.5
Hiçbir Zaman	56	29.3
<b>Tanı ile ilgili tanımlayıcı özellikleri belirlemede sorun yaşama durumu</b>		
Sıklıkla	16	8.4
Ara Sıra	132	69.1
Hiçbir Zaman	43	22.5
<b>Tanı ile ilgili ilişkili faktörleri belirlemede sorun yaşama durumu</b>		
Sıklıkla	14	7.3
Ara Sıra	136	71.2
Hiçbir Zaman	41	21.5
<b>Tanılama aşamasında sorun yaşama durumu</b>		
Sıklıkla	27	14.1
Ara Sıra	118	61.8
Hiçbir zaman	46	24.1

<b>Tanılama aşamasında en çok sorun yaşanan aşama</b>		
Toplanan verilerin analiz edilmesi	40	20.9
Verilerin yorumlanmasında	39	20.4
Verilerin gruplandırılmasında	29	15.2
Hemşirelik tanısının isimlendirilmesi	72	37.7
Tanıyı seçmede	7	3.7
Benzer tanıları ayırt etmede	4	2.1
<b>Klinikte en çok kullanılan tanımlar</b>		
Ağrı	48	25.2
Enfeksiyon riski	74	38.8
NANDA dışında konulan tanımlar	69	36.0
<b>Güncel hemşirelik tanımlarının takip edildiği kaynaklar</b>		
Kitaptan	8	4.2
Kullanılmıyor	44	23.0
İnternet sitelerinden	139	72.8

Araştırmada yer alan hemşirelerin %61.8'inin tanılama aşamasında 'ara sıra' sorun yaşadıkları ve hemşirelerin %55.5'inin hemşirelik tanısı ile tıbbi tanıyı karıştırdıkları belirlendi.

Tablo 4'de hemşirelerin hemşirelik sürecinin planlama ve uygulama basamağı ile ilişkili bilgileri ve yaşadıkları sorunların dağılımı

verilmiştir. Araştırmada hemşirelerin %49.7'sinin sürecin planlama aşamasında "arasıra" sorun yaşadıkları ve % 34.6'sının hemşirelik girişimlerinin planlanmasında sorun yaşadıkları belirlendi. Ayrıca bu sorunun en fazla zaman yetersizliği (%37.7) ve personel yetersizliği (23.6) olduğu saptandı.

**Tablo 4.** Hemşirelerin Hemşirelik Sürecinin Planlama ve Uygulama Basamağı ile İlişkili Bilgileri ve Yaşadıkları Sorunların Dağılımı

<b>Planlama ve Uygulama Basamağı</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Planlama aşamasında sorun yaşama durumu</b>		
Sıklıkla	11	5.8
Ara Sıra	95	49.7
Hiçbir zaman	85	44.5
<b>Planlama aşamasında en çok sorun yaşanan aşama</b>		
Tanımlanan problemlerin önceliklerinin sıralanmasında	50	26.2
Bakım amaçlarının/hedeflerin belirlenmesinde	54	28.3
Hemşirelik girişimlerinin planlanmasında	66	34.6
Amaçlar doğrultusunda girişimlerin seçimi	21	11.0
<b>Uygulama aşamasında sorun yaşama durumu</b>		
Sıklıkla	29	15.2
Ara Sıra	120	62.8
Hiçbir zaman	42	22.0
<b>Planladığınız uygulamaları yerine getirebilme durumu</b>		
Her Zaman	39	20.4
Sıklıkla	68	35.6
Ara Sıra	71	37.2
Hiçbir Zaman	13	6.8
<b>Planlanan uygulamaları yerine getirilmemesinin nedenleri</b>		
Zaman yetersizliği	72	37.7
İletişimsizlik	32	16.8
Ekipman yetersizliği	17	8.8
Bir nedeni yok	25	13.1
Personel yetersizliği	45	23.6
<b>Uygulamalar için yeterli zaman/enerji/malzeme vb. ile ilgili sorun yaşama durumu</b>		
Her Zaman	29	15.2
Sıklıkla	53	27.7
Ara Sıra	91	47.6
Hiçbir Zaman	18	9.4

Tablo 5’de hemşirelerin hemşirelik sürecinin değerlendirme basamağı ile ilişkili bilgileri ve yaşadıkları sorunların dağılımı verilmiştir. Değerlendirme aşamasında

hemşirelerin %63.9’unun “ara sıra” sorun yaşadığı saptanmıştır. Bu sorunların en fazla %36.6 ile “zaman yetersizliği” olduğu belirlendi.

**Tablo 5.** Hemşirelerin Hemşirelik Sürecinin Değerlendirme Basamağı ile İlişkili Bilgileri ve Yaşadıkları Sorunların Dağılımı

<b>Değerlendirme Basamağı</b>		
<b>Değerlendirme aşamasında sorun yaşama durumu</b>		
Sıklıkla	22	11.5
Ara Sıra	122	63.9
Hiçbir zaman	47	24.6
<b>Değerlendirme aşamasında belirlenen hedeflere ulaşma durumu</b>		
Her Zaman	22	11.5
Sıklıkla	87	45.5
Ara Sıra	68	35.6
Hiçbir Zaman	14	7.3
<b>Değerlendirmede istenilen hedeflere ulaşılamamanın nedenleri</b>		
Memnuniyetsizlik	11	5.8
İletişimsizlik	43	22.5
Zaman yetersizliği	70	36.6
Eksiklikler (personel, malzeme)	25	13.1
Taburculuk	42	22.0
<b>Sürecin bilgisayar ile kayıt yapma durumu</b>		
Yapan	175	91.6
Yapmayan	16	8.4
<b>Hemşirelik sürecinin tüm basamaklarına yönelik kullanılan bir form varlığı</b>		
Evet	136	71.2
Hayır	55	28.8

## TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çoğunluğunu (%75.4) kadınların oluşturduğu görülmektedir (Tablo 1). Ülkemizde yakın bir tarihe kadar hemşirelik hizmetleri kadınlar tarafından gerçekleştirildi, fakat 2007 yılında hemşirelik yasasının güncellenmesi ile erkeklerin de, hemşire olabileme yolu açıldı (<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm>). Düşük oranda da olsa hemşirelik mesleğinde erkeklerin var olması; genellikle kadın mesleği olarak algılanan hemşireliğin ülkemizdeki değişimini yansıtmaları açısından önemlidir (Kaya ve ark. 2011). Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim durumları incelendiğinde ise yarıdan fazlasının lisans ve lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Hemşireler, son yıllarda uluslararası ve ulusal alanda, sağlık sistemindeki sorunların çözümünde kilit sağlık elemanı olarak görülmektedir. Bu yaklaşımın temel nedeni, tıbbi tedavinin tek başına yeterli olmaması ve her geçen gün artan sağlık maliyetlerinin azaltılması için hemşirelerin birey, aile ve toplumun sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinde etkin rol oynaması olarak

belirtilmektedir. Hemşirelerin sağlık sisteminde giderek artan rolü, günümüzde hemşirelik eğitiminin önemini arttırmaktadır. Bu durum uzmanlaşmış, eleştirel düşünebilen hemşireleri gerekli kılarken, bu yetkinlik düzeyi ancak lisans düzeyinde eğitim almış, alanında uzman hemşirelerle gerçekleştirilebilir (Tuna 2015).

Araştırmada bir klinikte toplam hemşire sayısının en fazla oranda 1-10 arasında olduğu, bir vardiyadaki hemşire sayısının 1-5 arasında olduğu, buna karşılık servislerde yatak sayısının 11-20 arasında olduğu belirlendi (Tablo 1). Hemşirelik bakımında hasta başına düşen hemşire sayısının önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin sayıca yetersiz olması, bilgi ve becerileri ne kadar üst düzeyde olursa olsun planladıkları hemşirelik girişimlerini yerine getirmeyi olumsuz yönde etkileyebilir. Avşar ve ark.’nın çalışmasında kliniklerde yeterli hemşirenin olmadığı ve yatak sayısının fazla olduğunu belirtilmiştir (Avşar ve ark. 2014). Az insan gücü ile kaliteli hizmet sunumu zor olmakla birlikte, çalışanların iş motivasyonu üzerine olumsuz etkilerinin olması da kaçınılmazdır.



Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %63.4'ü veri toplama aşamasında "ara sıra" sorun yaşadığı ve %51.3'ü veri toplarken en çok hasta ile görüşme yaparken sorun yaşadığı saptandı (Tablo 2). Bu aşama hemşirelik sürecinin tüm aşamalarına temel oluşturduğundan, verilerin eksiksiz ve doğru toplanması gereklidir. Veri toplama, hemşirelik sürecinin başlangıç aşamasıdır ve hemşirenin hastayı bütüncül olarak değerlendirmesini gerektirir (Berman et al 2016). Olmaz ve Karakurt'un (2016) yaptığı çalışmada da hemşirelerin, en çok veri toplama aşamasında sorun yaşadıkları saptanmıştır. Zaybak ve ark'nın (2016) çalışmasında ise hemşirelerin hemşirelik süreci adımlarında en yüksek düzeyde, veri toplama basamağında "her zaman" sorun yaşadıkları saptanmıştır. Veri toplama basamağı hemşirelik sürecinin tüm aşamalarına temel oluşturduğu için sonraki basamakların da hatalı ilerlemesine neden olabilir, yanlış tanımlar konulmasına ve yanlış bir uygulamaya yol açabilir. Bu nedenle veri toplama basamağında yaşanan sorunların belirlenmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir. Veri toplama aşamasında zorluk yaşanmasının nedenleri incelendiğinde ise "iletişim problemlerinin" ilk sırada olduğu saptandı (Tablo 2). Veri toplama aşamasında etkili iletişim önemlidir. İnsan ilişkileri üzerine temellendirilmiş bir meslek olan hemşirelikte hasta bakımının etkinliği etkili iletişim kurma becerisine bağlıdır. Hemşire bireyin yaşadıklarını anlamaya çalışırken, bakım verdiği bireylerle etkili iletişim kurabilmelidir (Kumcağız ve ark. 2011). Karadağ ve Taşcı'nın (2005), Karabulut ve Çetinkaya'nın (2011) yaptığı çalışmalarda da hemşirelerin hasta bakımı ve hasta bakım planı yapmada iletişim problemi yaşadıklarını belirlenmiştir. Araştırmada hemşirelerin veri toplama aşamasından başlayarak tüm aşamalarda bir modeli takip etme durumu incelendiğinde; hemşirelerin yarısından fazlasının bir model kullanmadıkları belirlendi (Tablo 2). Hemşirelik uygulamalarının sistemli ve bilimsel bir özellikte gerçekleştirilebilmesi için hemşirelik sürecinin bir hemşirelik modeli ile birlikte kullanılması önemlidir ve bu şekilde verilen bakım, bireyin gereksinimlerini karşılamaya uygun olacaktır (Kaya ve ark. 2010). Araştırmada hemşirelerin model kullanmama nedeni olarak; temel hemşirelik eğitiminde model kullanımına yeterince yer verilmemesi, modellerin bazılarının karmaşık yapılara sahip olması ve soyut

kavramlardan oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada hemşirelerin yarısından fazlasının tanılama aşamasında 'ara sıra' sorun yaşadıkları ve hemşirelik tanısı ile tıbbi tanıyı karıştırdıkları belirlendi (Tablo 3). Bireyin sorununun başarı ile çözümlenmesi için hemşirelik tanısının doğru belirlenmesi gerekir. Hemşirelik tanıları tıbbi tanılardan ayırt edilmelidir. Tıbbi tanı hastalık veya patolojiyi tanımlarken, hemşirelik tanısı bireyin hastalığa veya patolojiye verdiği yanıtı tanımlar. Tıbbi tanıda amaç hastalığı tedavi etmek iken, hemşirelik tanısında amaç hastanın gereksinimlerini karşılamak için hemşirelik planını yönetmektir (Berman et al 2016). Diğer çalışmalar incelendiğinde Zaybak ve ark'nın (2016) çalışmasında hemşirelerin en fazla tanılama aşamasında zorlandığı ve en yüksek oranda hemşirelik tanısı ile tıbbi tanıyı ayırt etme konusunda her zaman/sıklıkla sorun yaşadıkları saptanmıştır. Andsoy ve ark'nın (2013) çalışmalarında ise, hemşirelerin hemşirelik tanısı belirleme aşamasında "sıklıkla" sorun yaşadıkları saptanmıştır.

Araştırmada hemşirelerin tanılama aşamasında en fazla yaşadığı sorun "hemşirelik tanısının isimlendirilmesi" olduğu saptandı (Tablo 3). Klinikte en çok kullanılan hemşirelik tanıları sorulduğunda ise "enfeksiyon riski", "ağrı" olduğu ve NANDA taksonomisi dışında tanımlar koydukları belirlendi. Hemşirelik tanılarının doğru saptanması, sağlıklı veri toplamaya bağlı olup, sürecin planlama, uygulama ve değerlendirme aşamaları için doğru adımların atılmasında önemlidir. Doğru ve geçerli bir hemşirelik tanısı, uygun hemşirelik bakımının sonuçlarının ve bireye özgü hemşirelik girişimlerinin seçilmesine rehberlik eder. NANDA da yer almayan tanımlar koymak hatalı olduğu gibi, hastalara hep aynı tanımları koymak da hasta bakımında bireyselliği ortadan kaldırdığı için hatalı olabilir (Herdman and Kamitsuru 2017). Avşar ve ark'nın (2014) yaptığı çalışmada da hemşirelerin "ağrı" ve "enfeksiyon riski" "anksiyete" ve "bilgi eksikliği" tanımlarını koydukları bulunurken; hemşirelerin bir kısmının ise NANDA taksonomisi dışında yanlış tanımlar koydukları belirlenmiştir. Hastalara konulan tanımların benzer olması hemşirelerin genellikle belli başlı tanımları bildiklerini düşündürmektedir.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin sürecin planlama aşamasında "arasıra" sorun yaşadıkları ve özellikle de hemşirelik girişimlerinin planlanmasında sorun yaşadıkları

belirlendi (Tablo 4). Hemşirelik girişimi aşamasında, hemşire çözüm seçeneklerinin arasından hastaya uygun girişimleri seçmede bilgisini, becerisini, deneyimini kullanmalıdır. Ayrıca bakımı planlamada hemşirelik sürecinin kullanılması, bakımın bilimsel bir temele dayandırıldığına göstergesidir (Basit 2020). Zaybak ve ark'nın (2016) ve Andsoy ve ark'nın (2013) yaptığı çalışmalarda hemşirelerin çoğunluğunun planlama aşamasında, hemşirelik girişimlerinin planlanmasında sorun yaşadıklarını saptanmıştır.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin, uygulama aşamasında da sorun yaşadığı ve bu sorununda en fazla zaman yetersizliği ve personel yetersizliği gibi nedenlerle olduğu saptandı (Tablo 4). Hemşirelik sürecinde uygulama aşaması hemşirelik bakımının uygulamaya aktarıldığı aşamadır (Carpenito-Moyet 2007). Hemşirelerin uygulama aşamasında sorun yaşaması planlanan hemşirelik girişimlerinin bakıma yansımamasına bağlanabilir. Andsoy ve ark'nın yaptığı çalışmada ise hemşirelik sürecini kullanmayan hemşireler, bunun nedenlerini yüksek oranda, iş yükü ve hasta sayısının fazla olması ile zaman yetersizliği şeklinde belirtmiştir (Andsoy et al 2013). Hemşirelik sürecinin kullanımı ile ilgili sorunları belirlemek amacıyla yapılan başka bir çalışmada da; hemşirelik öğrencilerinin yaşadığı sorunlar belirlenmeye çalışılmış ve öğrencilerin çevre, insan, metot ve malzeme ile ilgili sorunlar yaşadığı saptanmıştır (Akansel ve Palloş 2020). Bu bulguların, çalışmamızın bulguları ile paralellik gösterdiği görülmüştür. Hemşirelik sürecinin uygulama aşamasında sorun yaşanması, sürecin hayata geçirilmediğini düşündürmektedir.

Araştırmada hemşirelerin değerlendirme aşamasında çoğunlukla “ara sıra” sorun yaşadığı saptanmıştır. Bu sorunların en fazla “zaman yetersizliği” olduğu belirlendi (Tablo 5). Değerlendirme aşamasında, hastanın sorunları ile ilgili her bir amaca yönelik planlanan girişimlerin uygulanması sonucunda belirlenen hasta sonuçlarına ulaşıp ulaşılmadığına bakılır. Değerlendirme basamağı olmadan hedefe ulaşma konusunda bir karara varılamaz. Bu aşamadaki herhangi bir yetersizlik hemşirelik sürecinin dolayısıyla da bakımın tamamlanmadığı anlamına gelmektedir (Carpenito-Moyet 2007). Andsoy ve ark'nın çalışmasında da hemşirelerin %35'inin

değerlendirme aşamasında “sıklıkla” zorlandıklarını bildirmişlerdir (Andsoy et al 2013). Değerlendirmede sonuç olumsuz ise, çözümlenmeyen sorun-gereksinim için yeniden plan yapılması gerekir. Böylece sistem başa döner. Ayrıca değerlendirme aşaması hemşirenin hasta bakımını ve kendi uygulamalarını gözden geçirmesi için bir fırsat niteliğindedir.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Araştırmada hemşirelerin, hemşirelik sürecinin veri toplama aşaması başta olmak üzere sürecin tüm aşamalarında sorun yaşadıkları belirlendi. Bu sorunlar, en çok hemşirelik sürecinin veri toplama aşamasında en az ise planlama aşamasında olduğu saptandı. Ayrıca araştırmada taksonomi dışında da hemşirelik tanıları belirlendiği saptandı. Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelere hemşirelik süreç ile ilgili verilen hizmet içi eğitimlerin düzenli aralıklarla ile tekrar edilmesi ve bu eğitimlerde hemşirelik süreci ve NANDA taksonomisi ile ilgili bilgilerin uygulamalı olarak verilmesi,

- Hemşirelere verilecek olan hemşirelik süreci ile ilgili eğitimlerin sürekli olması, uygulamalar sırasında devam etmesi ve uygulamalarda karşılaşılan sorunların bu eğitimler sırasında çözümünün sağlanması,

- Hemşirelerin iletişim becerilerini düzeylerini geliştirmeye yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi, yürütülmesi ve sürekliliğin sağlanması,

- Tanılama süreci doğrultusunda bakım uygulamalarının hem etik hem de yasal boyutu olduğu için yönetimlerce hemşirelik sürecinin etkin bir şekilde uygulaması ile ilgili sorunları ele almaları,

- Hemşirelik sürecinde doğru hemşirelik tanıları saptayabilmek için güncel NANDA-I taksonomisini klinik hemşirelerinin ve yönetimlerin takip etmeleri önerilebilir.

## **ÇIKAR ÇATIŞMASI**

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

## **YAZAR KATKISI**

SÇ: Literatür tarama, veri toplama, makale yazma, istatistiksel analiz. GA: kritik okuma, makale yazma.

## KAYNAKLAR

- Ackley BJ, Ladwig GB.** (Eds) Nursing Diagnosis Handbook-E-Book: An Evidence-Based Guide to Planning Care. 12 ed.st. Elsevier Health Sciences; 2020. P.2-15
- Akansel N, Palloş A.** Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Planı Hazırlamada Yaşadıkları Güçlüklerin Kök Nedenlerinin İncelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020;11(2):269-75.
- Andsoy I ve ark.** Hemşirelerin Bakım Planını Kullanırken Yaşadıkları Güçlükler. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2013;3(2): 88-94.
- Avşar G ve ark.** Hemşirelerin Hasta Bakımında Kullandıkları Hemşirelik Süreci Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;17(4):1-6
- Basit G.** Bakımın Rehberi: Hemşirelik Süreci. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;2(2):77-90.
- Berman A et al.** Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing, Concepts, Process, and Practice. 3 ed. st. New Jersey: Julie Levin Alexander. 2015. p.211-46
- Carpenito-Moyet LJ.** Understanding The Nursing Process: Concept Mapping and Care Planning For Students. Lippincott Williams & Wilkins, 2007. p.73-83
- Craven RF, Hirnle CJ.** Fundamentals of Nursing: Human Health and Function, 4th Ed. Philadelphia, Lippincott Williams and Willkins, 2010. p.126-137.
- Herdman HT, Kamitsuru S.** NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2018-2020. Thieme, 2017. p.34-42
- Kacaroglu Vicdan A ve ark.** 2012-2014 NANDA- I Hemşirelik Tanılarının Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline Göre Sınıflandırılması. *International Journal of Human Sciences* 2015; 12:1626-36.
- Karabulut N, Çetinkaya F.** Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Bakımında Karşılaştıkları Güçlükler ve Motivasyon Düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011;14(1):14-23.
- Karadağ S, Taşçı S.** Kayseri Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Verdiği Hemşirelik Bakımı Ve Bakımı Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005;14(ek Sayı):13-21.
- Kaya N ve ark.** Hemşirelerin Hemşirelik Model /Kuramlarını, Hemşirelik Sürecini ve Sınıflama Sistemlerini Bilme ve Uygulama Durumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010;3(3):24- 33.
- Kaya N ve ark.** Türkiye’de Erkek Hemşire İmgesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2011;8(1):16-30.
- Kumcağız H ve ark.** Hemşirelerin iletişim becerileri. *Dicle Tıp Dergisi* 2011;38(1): 49-56.
- Olmaz D, Karakurt P.** Hemşirelerin Bakım Verirken Hemşirelik Sürecini Bilme ve Uygulama Durumları. *DEUHFED* 2019;12(1): 3-14.
- Resmi Gazete.** Sayı: 26510. 02.05.2007 tarih ve 5634 nolu Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. [https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/2007\\_0502-3.htm](https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/2007_0502-3.htm)
- Sabancıoğulları S ve ark.** Bir Psikiyatri Kliniğinde Hemşireler Tarafından Yapılan Hasta Bakım Planlarının Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA Tanılarına Göre Değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011;2:117-22.
- Sparks S, Taylor CM.** Overview of the Nursing Process. Sparks and Taylor’s Nursing Diagnosis Reference Manual. Ninth edition. 2013. p.10-19.
- T.C Sağlık Bakanlığı, Hemşirelik Yönetmeliği,** 8 Mart 2010. [http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10070/hemsirelik-kanununun-4-uncu maddesine dayanilarak-hazir-.html](http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10070/hemsirelik-kanununun-4-uncu-maddesine-dayanilarak-hazir-.html) 5 Nisan 2018.
- Tuna R.** Türkiye’de Hemşire Yetiştiren Yükseköğretim Kurumlarındaki Öğrenci ve Öğretim Elemanı Dağılımı. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2015;2(2):94-99.
- Zaybak A ve ark.** Hemşirelerin Hemşirelik Süreci Uygulamasında Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016;19(4):269-77.

## **EXTENDED ABSTRACT**

The nursing process has an extremely important position in providing comprehensive care to the individual and individualization of care. It is very important to determine the problems experienced in the nursing process in order to be at the desired level in care. Identifying the problems will contribute to the more effective implementation of the nursing process and thus to increase the quality of care. This descriptive study was conducted to determine the problems experienced by nurses during the nursing process practice.

The data of this descriptive study were collected from the nurses who were working in a training and research hospital in a province and the state hospitals located in its districts between December 2017 and April 2018. While the population of the study consisted of 261 nurses working at the aforementioned hospitals, the sample of the study was comprised of 191 nurses who were voluntary to participate in the study and were not on sick leave or on leave between the study dates. Ethical approval was obtained from the "Atatürk University Health Sciences Ethics Committee" and written permission from the "Erzincan Provincial Health Directorate" to conduct the study. In addition, the nurses who constitute the universe of the study were explained the purpose and benefits of the study, and asked whether the nurses were willing to participate in this study, and volunteering nurses were included in the study. The data of the study were collected with "Personal Information Form" and "Form for Determining the Problems Regarding the Use of Nursing Process". These forms have been developed by the researchers in the light of the literature. The researcher went to the units where all the nurses work and collected the data using face-to-face interviews. After making an explanation about the research, forms were given to the nurses who volunteered for the study. Percentage tests were used to assess the data.

It was determined that 30.4% of the nurses participating in the study were aged between 36-40 years, 30.4% were working for 1-5 years, majority of them (60.2%) had a bachelor's degree, number of nurses in a shift was mostly 1-5 (72.8%), number of beds in the services where they were working was 11-20 (63.9%) and most (79.1%) of the nurses received the in-service training related to nursing process. The nurses experienced problems mostly in data collection stage of nursing process (26.2%) and least in planning stage (5.8%). It was determined that 63.4% of the nurses included in the study had "sometimes" problems during the data collection process, and 51.3% of them had problems mostly while interviewing the patients. When the reasons for the nurses' difficulties in collecting data were examined, it was determined that "communication problems" were in the first place. It was determined that the stage in which nurses had the most problems during the diagnosis stage was "naming the nursing diagnosis" at the highest rate (37.7%). It was determined that the nurses established mostly the diagnosis of "infection risk" (38.8%) and "pain" (25.2%) and diagnosis other than North American Diagnosis Association (NANDA) (36.0%). In addition, 55.5% of the nurses were found to confuse the medical diagnosis with the nursing diagnosis. When examining the situation of nurses following a model at all stages starting from the data collection stage; It was determined that 60.2% of the nurses did not use a model. Almost all of the nurses (91.6%) recorded the nursing process in the computer, as well. In the study, it was determined that the reasons for nurses' having problems in the planning stage were lack of time (37.7%) and lack of personnel (23.6%). During the evaluation phase, it was determined that 63.9% of the nurses had "sometimes" problems. It was determined that these problems were "lack of time" with a maximum of 36.6%.

It was determined that the nurses faced problems in all stages of the process. These problems were found to be mostly at the data collection stage of the nursing process and least at the planning stage. In addition, it was found that nursing diagnoses were determined outside of taxonomy. It may be suggested to repeat the in-service trainings given to the nurses regarding the nursing process at regular intervals and to give practical information about the nursing process and NANDA taxonomy in

these trainings. In addition, since care practices have both ethical and legal dimensions in line with the diagnosis process, it may be suggested by the administrations to address the problems related to the effective implementation of the nursing process.

## EBE TARAFINDAN VERİLEN SÜREKLİ DOĞUM DESTEĞİNİN MESLEKİ VE OBSTETRİK SONUÇLARA ETKİSİ THE EFFECT ON THE PROFESSIONAL AND OBSTETRICS OUTCOMES OF THE CONTINUOUS LABOR SUPPORT THAT IS GIVEN BY THE MIDWIFE

Nükhet KAÇAR\*, Saadet YAZICI\*\*

### ÖZ

*Ebelik, tarihin en eski mesleklerinden biridir. Ebelik mesleğini icra eden sağlık profesyonelleri kadının olduğu her yerde vardır. Kadın için özel bir an olan doğum sürecinde kadının en yakınındaki sağlık personeli ebedir. Doğum sürecinde kadın yanında her zaman başka bir kişinin desteğini istemektedir. Doğum sürecinde gebeye fiziksel, psikolojik, sosyal açıdan destek ebeler tarafından verilmelidir. Bu desteğin süreklilik göstermesi; ebelik bakımının ve obstetrik hizmetlerin kalitesini ve toplumda pozitif ebe algısını artırmaktadır. Kadın yanında sürekli bulunan ebe varlığında doğum sürecini daha olumlu geçirmektedir. Doğum süreci anne ve yenidoğan sağlığını birbir etkilemektedir. Doğum sürecinin optimal düzeyde geçmesi anne ve yenidoğan sağlığını da olumlu etkilemektedir. Doğum sürecinde yaşanan korku, algılanan ağrı düzeyi, ağrıya tahammülsüzlük, kontrol kaybı, konfor yetersizliği ve destek sisteminin yeterli olmaması bu süreci etkileyen parametrelerdendir. Bu parametrelerin iyileştirilmesi paralel olarak doğum sürecinin de iyileştirilmesini beraberinde getirmektedir. Kadının doğum sürecinde ebe desteği alması doğum ağrısını daha az algılamasını sağlamaktadır. Aynı zamanda ebe desteği doğum korkusuyla baş etmeyi kolaylaştırmaktadır. Ebe desteğinin etkili ve sürekli olarak sağlanması da doğumdan memnuniyeti ve konforu artırmaktadır. Doğumda sürekli ebe desteği doğum ağrısının yönetilmesinde etkili bir yöntemdir. Bu yüzden ebeler doğum sürecinde sürekli ya da kesintisiz doğum desteği sağlamalıdır. Her gebe için bu destek bir hak ve gebeler bu hizmete erişebilmelidir. Ebeler kendi otonomisi ile her gebe için bireyselleştirilmiş bakım planlamalı ve sürekli doğum desteği sağlamalıdır.*


**Anahtar Kelimeler:** Ebelik; doğum; memnuniyet; kadın sağlığı; doğum desteği; doğum ağrısı; intrapartum bakım

### ABSTRACT


*Midwifery is one of the oldest profession in the history. Health professionals who profess the midwifery, are everywhere where woman is. The nearest medical personnel to woman in the process of labor which is special moment for woman, is midwife. Woman always requests the support of somebody else in the labor process. In the labor process physical, psychological and social support to pregnant are given by the midwives. The continuity of this support increases the quality of midwife care and labor process. Woman undergoes labor process more positive with the presence of midwife who is always nearby to woman. Labor process directly effects health of the mother and the newborn both. That the labor process happens at the optimal level also effects the health of the mother and the newborn positively. The fear, perceived pain level, intolerance to pain, lose of control, insufficient comfort and the insufficiency of support system during the labor process are the parameters which effect this process. Making these parameters better also lead to make the labor process better in parallel. Providing midwife support during labor process helps woman to feel less pain in the labor process. Also midwife support makes it easier to deal with labor fear. Providing continuous and effective midwife support also increases the pleasure of labor and comfort. Midwife support during the labor process is an effective method to manage the labor pain. That's why midwives should provide continuous labor support in the labor process. This support is a right for each pregnant and pregnant should be able to reach this service. With their own autonomy midwives should schedule individualized care and provide continuous labor support for each pregnant.*

**Keywords:** Midwifery; parturition; satisfaction; woman health; labor support; labor pain; intrapartum care

\*Uzm. Ebe, Ankara Şehir Hastanesi - Kadın Doğum Hastanesi, Ankara/Türkiye.

 0000-0001-5143-4376

\*\*Prof. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, İstanbul/Türkiye.

 0000-0001-6348-0695

### Yazisma Adresi:

Nükhet KAÇAR

e-posta:

nk.nukhetkacar@gmail.com

Gönderim Tarihi: 9 Mart 2020

Kabul Tarihi : 29 Mayıs 2020

Atıf için (How to cite): Kaçar N, Yazıcı S. Ebe Tarafından Verilen Sürekli Doğum Desteğinin Mesleki ve Obstetrik Sonuçlara Etkisi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;3(3):214-224.

## **GİRİŞ**

Doğum eylemi anneliğe uyum sağlamada önemli değişimlerin yaşandığı bir olgudur. Doğum sürecinde, kadın bir başka kişinin desteğine ihtiyaç duymaktadır (Karaçam ve Akyüz, 2011; Aktaş ve Pasinlioğlu, 2017). Bu destek gebenin hastaneye gelmesi ile bebeğin doğumuna kadar olan süreçte verilen sürekli doğum desteğidir (Simkin and Bolding, 2004; Lagrew et al. 2018). Tarihin her döneminde, çoğu kültürde gebelik ve doğumda; doğuran kadın; arkadaşları, ailesi ve akrabaları tarafından desteklenmiştir. Doğum desteğinin sağlayıcısı ebeler, kadın merkezli çalışma prensibi ile kadını doğum sürecinde destekleyerek, holistik yaklaşım göstermelidir. Doğum eylemi süresince kadın ile uyumu yakalayabilmek için ebelerin destekleyici yaklaşım ve empatik iletişim dilini kullanması önemlidir. Doğumda gebelere iyi iletişim becerilerine sahip ebeler tarafından verilen sürekli destek; ebelik bakımının ve obstetrik hizmetlerin kalitesini ve doğum eylemini olumlu yönde etkilemektedir (Doherty, 2010; Yanti et al. 2015; Aktaş ve Pasinlioğlu, 2017; İldan Çalım ve Saruhan, 2019). Doğum eyleminde desteğin, eylem fizyolojisini olumlu yönde desteklediği bildirilmektedir (Hodnett et al. 2011; Hodnett et al. 2012; Bohren et al. 2017).

Kadın Sağlığı, Doğum ve Yenidoğan Hemşireleri Derneği (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses AWHONN) yayımladığı kılavuzda doğumda her kadın için bireyselleştirilmiş, kadını odak merkezine alan klinik uzmanlık ve bilgiyi birleştiren güvenli bir doğumu sağlamak için destekleyici ekibin oluşturulmasını önermiştir. Kesintisiz doğum desteğinin daha iyi doğum sonuçları için önemli olduğunu vurgulamıştır. Kadın ile ortaklık sağlayarak, kadının ihtiyaçlarını değerlendirip kişiselleştirilmiş bakım planı sağlanmalıdır (AWHONN 2018).

Kadınlar doğum sürecini daha iyi yönetebilmek ve daha iyi bir doğum deneyimine sahip olabilmek için desteklenmeye gereksinim duymaktadır. Ebenin sağlayacağı destekleyici bakım, annenin rahatlamasını sağlama, ağrısı ve korkusu olduğunda anneye eşlik etme, doğumun seyri ile ilgili anneyi bilgilendirme, anneye güven sağlama, annenin mahremiyetini sağlama, anneye gevşeme tekniklerini öğretme ve anneyi cesaretlendirme gibi bileşenlerden oluşmaktadır. Ebelerin sağlayacağı destekleyici bakım kadının kontrol ve baş etme mekanizmasını geliştirebilir (Miltner, 2000; Adams and Bianchi, 2008).

Cochrane sistematik derlemesinde 27 çalışmada 15.858 kadın incelenmiş ve sürekli doğum desteği alan kadınların vajinal doğum yapma oranları daha yüksek ve intrapartum analjezi kullanımı daha düşük bulunmuştur. Doğum eyleminin süresi daha kısa ve sezaryen doğum oranı daha düşük bulunmuştur. Aynı zamanda doğum sonu depresif semptomlar daha az görülmüştür (Bohren et al. 2017). Bir başka Cochrane sistematik derlemesinde 15.288 kadın incelenmiş; sürekli doğum desteği alan kadınların spontan vajinal doğum oranı daha yüksek, sezaryen doğum ve operatif vajinal doğum oranı daha düşük bulunmuştur. Doğum desteği alan kadınlara daha az farmakolojik müdahale uygulanmış ve doğum memnuniyetleri daha yüksek, yenidoğan sonuçları daha iyi olarak değerlendirilmiştir. Doğum desteğinin intrapartum bakımın bir parçası olması gerektiği önerilmiştir (Hodnett et al. 2012).

Doğum süreci için bu derecede önemlilik taşıyan doğum desteğinin niteliğinin yetersiz oluşu; olumsuz doğum deneyimi, negatif ebelik algısı ve ebe ile doğumun tercih edilmemesine sebep olabilir. Bu yüzden ebeler tarafından doğum desteğinin sağlanmasının intrapartum bakım için önemli olduğu ve postpartum dönemde de hem anne hem de yenidoğan sağlığı için olumlu sonuçları olduğu bildirilmektedir.

Ebelerin doğum eylemi süresince kadınlara birebir kalarak, kadına özgü bireyselleştirilmiş destekleyici bakım planı sağlaması gerekmektedir. Ebe temelinde saygı, güven ve anlayışın var olduğu destekleyici bakımın bütün parametrelerini kadın ile ortak karar vererek sağlamalıdır. Ebenin kendi otonomisi ile uygulayabileceği destekleyici bakım, daha konforlu bir doğum süreci ve daha iyi bir ebelik algısı oluşturabilir, ebe eşliğinde doğum yapma isteğini de artırabilir.

Bu derlemenin amacı; ebelik bakımının bağımsız rolü olan, doğum sürecinde sürekli ya da kesintisiz doğum desteğinin amacını, uygulanış biçimlerini, doğum sürecine etkilerini, mesleki ve obstetrik sonuçlarını inceleyip ebelik mesleği başta olmak üzere tüm sağlık profesyonellerine katkı sağlamaktır.

## **DOĞUM DESTEĞİ**

Doğum desteği doğum sürecinde ebe tarafından verilen destekleyici bakımı ifade etmektedir. Bazı araştırmacılar ise doğum desteğini sosyal desteğin bir şekli olarak

belirtmişlerdir (Karaçam ve Akyüz, 2011). Doğum desteği doğum eylemi süresince aralıklı ya da sürekli olarak verilebilir. Sürekli doğum desteği, gebenin yalnız kalmak istediği zaman yalnız bırakılması ve tuvalet ihtiyacını gidermesi haricinde ebenin gebenin yanında olmasını ifade ederken bunun dışında kalan destek ise aralıklı doğum desteğidir (Çiçek ve Mete, 2015).

Ebelerin bağımsız rolleri ve önemli görevlerinden biri olan doğum desteğinin medikal müdahaleleri azalttığı, vajinal doğum oranları ve memnuniyeti artırdığı ve ebe ile gebe arasındaki uyumu güçlendirdiği bildirilmektedir. Ebeler her kadın için bireyselleştirilmiş destek sağlamalıdır (Miltner, 2000; Sleutel, 2003; Şimşek ve ark. 2018).

Doğum desteği duygusal destek, bilgilendirme ve önerilerde bulunma, fiziksel destek, grup desteği ve savunuculuk olarak komponentlere ayrılmaktadır. Kadına doğum sürecinde verilen desteğin başka bir boyutu da eş desteğidir. (Sauls, 2002; Bogossian, 2007; Adams and Bianchi, 2008; Medforth et al. 2011; Bohren et al. 2017). Bir çalışmada sürekli doğum desteği veren kişi, tıbbi bakımı veren kişi haricinde ise sonuçların daha olumlu olduğu gözlemlenmiştir. Bu, kadının tercihinin göre eş, aileden ya da hastaneden biri olabileceği bildirilmiştir (Simkin and Bolding, 2004; Kömürcü, 2012).

**Duygusal destek** özen gösterilme, sevilme, güven duyma, bir kişiden destek alabilme ve doğum yapacak kadının duygularına öznel olarak katılma olarak tanımlanmaktadır. Gebenin olumlu düşünmesini sağlar ve anksiyetesini azaltır. Yumuşak ses tonu, cesaretlendirme, göz teması, yumuşak beden dili, onaylayıcı kelimeler, ebenin varlığı ve terapötik yaklaşımını kapsamaktadır. Eşin vereceği duygusal destek, desteğin etkililiğini artırabilir. (Sauls, 2002; Bogossian, 2007; Adams and Bianchi, 2008; Medforth et al. 2011; Uludağ ve Mete, 2014; Bohren et al. 2017). Doğum desteği ile ilgili anne görüşlerinin incelendiği kapsamlı bir çalışmada, annelerin duygusal desteği en önemli destek olarak kabul ettikleri, bireysel bakımı ve desteklenmeyi önemsedikleri bildirilmiştir (Nikula et al. 2015). Kadınların sürekli doğum desteğini değerli gördükleri ve bu desteği tanıdıkları bir kişiden almayı tercih ettikleri de başka bir meta sentez sonucunda bildirilmiştir (Lunda et al. 2018). Doğum sırasında ebe desteği gören kadınlar ile yapılan başka bir çalışmada ise kadınlar aynı zamanda eş, aile veya akrabaları tarafından da desteklen-

meyi ve doğum sıralarında yanlarında olmalarını istemiştir (Dim et al. 2011). Aktaş ve Pasinlioğlu'nun (2017) yapmış olduğu çalışmada; doğum salonunda çalışan ebelere empatik iletişim eğitimi verilip, empati eğitimi öncesi ve sonrası ebe yardımıyla doğuran primipar annelerin; ebe tarafından beklentilerinin karşılanma (şefkat gösterme, gülyüzlülük, bilgilendirme, mahremiyete saygı vb.), doğumu ve ebeyi algılama düzeyi incelenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda ebelerin empati eğitimi sonrası doğuran annelerin; beklentilerinin karşılanma, doğumu normal ve kolay algılama, ebeden memnuniyet ve olası sonraki doğumunda tekrar aynı ebe ile doğurma isteği oranı, ebelerin eğitiminden önce doğuran annelerden yüksek oranda saptanmıştır (Aktaş ve Pasinlioğlu, 2017). Bu ve benzer çalışmaların sonuçlarından anlaşılacağı gibi; empatik iletişime ve yaklaşıma dayalı ebe tarafından verilen duygusal doğum desteği hem kadın ve ailenin doğumu pozitif deneyimlemesine hem de ebeyi pozitif algılamasına katkı sağlamaktadır (Aktaş ve Pasinlioğlu, 2017; İldan Çalım ve Saruhan, 2019).

**İnformasyonel destek** ise kadının sorularının cevaplanması, bilgi vermesi ve yardım edilmesidir. Etkili iletişim, nefes egzersizleri, ıkınma teknikleri ve prosedürleri kapsamaktadır. Kadının her aşamada bilgilendirilmesi doğumun olumlu geçmesini sağlamaktadır. Doğum eyleminin ilerleyişi hakkında bilgi verilmelidir. Bilginin kavranması için zaman tanınmalıdır. Ebe doğumhaneye gelen kadını doğum eylemi boyunca desteklemeli ve doğum eyleminin ilerleyişi, ne yapması gerektiği konusunda bilgilendirmelidir. Ebe kadının bilgiyi anladığından emin olmak için takip etmelidir (Simkin, 2002; Rosen, 2004; Adams and Bianchi, 2008; Uludağ ve Mete, 2014). Yapılan bir çalışmada gebelerin, ebelerden profesyonel anlamda destek ihtiyaçlarının olduğu belirtilmiştir (Seefat-Van Teeffelen et al. 2011). Çapık ve arkadaşlarının vajinal doğum yapan kadınların, verilen destekleyici bakıma ilişkin algılarını inceledikleri bir çalışmada, kadınların doğumda destekleyici bakıma ilişkin algılarının iyi düzeyde oldukları bulunmuştur (Çapık ve ark. 2019). Gebelerin ebelerden empatik beklentilerinin incelendiği bir çalışmada, ebelerin gebelerle olan iletişiminin “güler yüzlülük, güzel, açıklayıcı ve karşısındakinin yüzüne bakarak konuşma, yol gösterici olma, karşısındakinin iyi dinleme” alt boyutlarındaki beklenti düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuş



ve ebelere iletişim becerilerini geliştirmeleri önerilmiştir (Çankaya ve ark. 2014). Bu çalışmanın sonucuyla gebelerin doğum süresince destekleyici bakımın bir parçası olan informasyonel destek için beklentilerinin yüksek olduğu görülmektedir.

**Fiziksel destek** gebeye fiziksel olarak konfor sağlama desteğidir. Doğum ağrısının yönetimi ve doğum sırasında sunulan fiziksel destek, doğum eyleminin ilerleyişini ve doğum memnuniyetini artırmaktadır. Uygun pozisyon verilmesi, farmakolojik olmayan yöntemlerin uygulanması, müzik dinletilmesi, dokunma, sıcak ve soğuk uygulama, beslenme ve masaj gibi yöntemler fiziksel desteği sağlamaktadır. Ebe fiziksel destek sağlarken gebenin kişisel isteklerini ve kültürünü dikkate alarak birlikte karar vermelidir (Simkin, 2002; Adams and Bianchi, 2008; Uludağ ve Mete, 2014). Bir çalışmada doğumda destek alan kadınların %78'i vakum kullanılan doğumlarda, %74'ü vajinal muayene esnasında, %76'sı ise perineal onarım sırasında destekçisinin yanında bulunmasını istediklerini bildirmişlerdir. Ebelerin ise %82'si vajinal muayene esnasında kadının yanında destekçisi olmasını istemiştir (Wolf et al. 2019). Travayda doğumun ikinci evresine kadar gebenin mobilizasyonunu sağlayan destekleyici bakımın verildiği bir çalışmanın sonucunda; vajinal doğum oranlarının daha fazla ve yenidoğanın iyilik düzeyinin daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir (Akın ve ark. 2017). Doğumda fiziksel destek sağlamanın doğum sonuçlarına olumlu etkileri olduğu birçok çalışma ile desteklenmektedir.

**Benzer grup desteği** ise benzer durumu yaşamış bir kişiden destek görmek anlamına gelmektedir. Ebe gebeleri grup halinde toplayarak mukayese desteği sağlayabilir. Yapılan bir çalışmada ebenin grup halindeki gebelere kendi gebelik ve doğumu hakkında bilgi vermesinden gebelerin memnun oldukları belirtilmiştir (Höglund and Larsson, 2014). Benzer grup desteği; doğuma hazırlık sınıfları/gebe okulu, telekonferans görüşmeleri ve sosyal platformlarda oluşturulan gruplar aracılığı ile sağlanabilmektedir.

**Savunuculuk desteği** ebenin gebe kadını koruması ve onun kararlarına saygı duymasını kapsamaktadır. Bu destek iyi bir ilişki kurmayı gerektirir. Ebe kadının savunucusu olmakla beraber doğumunda kaliteli geçmesini sağlar (Rosen, 2004; Adams and Bianchi, 2008). Örneğin; COVID-19 salgını hakkında bilgisi olmayan ve bu salgının kendisi ve bebeği üzerine

etkisi konusunda endişeli olan gebeler, ebeler tarafından bilgilendirilmelidir. Ebeler doğum sürecinde, bu salgından gebe/lohusa ve fetüs/yenidoğanı koruma konusunda savunuculuk desteği sağlamalıdır.

Ebe doğum sürecinde, bu destek yöntemlerinin hepsini birlikte destekleyici ebelik bakımı olarak verebilir (Şimşek ve ark. 2018).

## **DOĞUM DESTEĞİNİN EBELİK MESLEĞİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Doğum sürecinde ebe tarafından sürekli ya da kesintisiz doğum desteği sağlanması, ebelik mesleğini etkilemektedir. Destekleyici ebelik davranışları ile ilgili bir çalışmada kadınların faydalı bulduğu ebelik davranışları sorgulanmıştır. Katılımcılar ebelerin bakım verirken kendinden emin olmaları, sakin ve saygılı davranmaları, güven oluşturmaları ve bireye yardımcı olmalarını en fazla faydalı buldukları davranış şekilleri olarak değerlendirmişlerdir (Kızılkaya, 1997). Bir başka çalışma için doğum sırasında kesintisiz doğum desteğinin sağlanması amacıyla ebelik öğrencilerine profesyonel simülasyon eğitimi verilmiş ve ebelik öğrencilerinin doğum desteği sağlama konusunda becerisi geliştirilmiştir (Pilkenton et al. 2015). Doğumda sürekli ebe desteği sağlanmasında öğrenci ebelerin deneyimlerinin incelendiği bir çalışmada ise öğrenci ebelerin sadece odada olmalarının dahi güven duygusu oluşturduğu, kadın ile ebe arasında etkili iletişim ve ilişki kurulduğu gözlemlenmiştir (Thorstensson et al. 2008). Ebelerin sürekli doğum desteği sağlanması ile ilgili yapılan bir çalışmada; doğum sırasında sürekli varlıklarının olması sonucunda ebeler kendilerini iyi bir ebe olarak nitelemişlerdir. İş yükünün fazla olmasından kaynaklı olarak doğum yapan kadına az zaman ayırdıklarını ve bu durumun kendilerinde yetersizlik hissi oluşturduğunu belirtmişlerdir (Aune et al. 2014). Payant ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık profesyonellerinin sürekli doğum desteği sağlama yeteneklerini kurumsal bariyerlerin etkilediği ortaya konmuştur (Payant et al. 2008). Kesitsel ve korelasyonel bir çalışmada annelerin doğum desteğinden memnun kaldıkları ve bu bakım modelinin ebelik eğitimi ile klinik uygulamalara entegre edilmesi gerektiği bildirilmiştir (Nikula, 2015). Olgaç ve Karaçam'ın; hemşire, ebe ve hekimlerin anne dostu uygulamalara ilişkin görüşlerini inceledikleri bir çalışmada, istatistiksel anlamda

sağlık personellerinin çoğunluğunun “doğumda gebelere ebeler tarafından sürekli bilgilendirme desteği sağlanmalı ve kadınların ihtiyaç duyduğunda destek ebeler bakım hizmetine ulaşabilmeleri” görüşlerini destekledikleri bildirilmiştir (Olgaç ve Karaçam, 2017). Aslan ve Okumuş’un retrospektif olarak yaptıkları çalışmada vajinal ve sezaryen doğum yapan kadınların ebe desteği algıları incelenmiş ve ebe desteği algıları ile doğum şeklinin arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Vajinal doğum yapan kadınlarda ebe desteği beklenen düzeyin üzerinde iken, sezaryen doğum yapan kadınlarda ebe desteği beklendiği düzeyde bulunmuştur. Doğumda ebe desteğinin vajinal doğum oranını artırdığı ve ebelerin gebelik ve doğum esnasında kadınlara daha çok destek olması gerektiği bildirilmiştir (Aslan ve Okumuş, 2017). Bu çalışmanın sonuçlarından yola çıkarak, ebeğin verdiği doğum desteğinin, kadının vajinal doğumu ebe ile tercih etmesine de imkan sağlayabileceği görülmektedir.

Doğum desteğinin sonuçlarını inceleyen çalışmalarda; sürekli ya da kesintisiz doğum desteği sağlayabilmenin, ebelerin mesleki aidiyeti ve otonomisini artırdığı, kadın ile ebeğin arasında uyumu güçlendirdiği ve ebeler algısını iyileştirdiği görülmektedir.

## DOĞUM DESTEĞİNİN OBSTETRİK SONUÇLARI

Doğum desteğinin doğum sürecinde kadına sürekli ya da kesintisiz olarak sağlanmasının, obstetrik sonuçları etkilediği belirtilmektedir (Scott et al. 1999; Simkin and Bolding, 2004; Hodnett et al. 2012; Bohren et al. 2017; Lagrew et al. 2018). Nitel bir çalışmada kadınların vajinal doğum tercihinde; geçmiş doğumundaki ebe ile doğum deneyiminin olumlu olması, ebesinin desteğinden ve hastanesinden memnun kalışının olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmanın sonucunda; ebelerin ideal doğum ortamı oluşturarak doğum desteğinin sürekliliğini sağlamaları önerilmiştir (Aktaş ve Yılar Erkek, 2018).

Sürekli doğum desteği ile ilgili çalışmalar oldukça eskiye dayanmaktadır. Obstetrik sonuçlara etkileri ise geniş yelpazede incelenmektedir.

**Doğum desteğinin anksiyete, doğum ağrısı ve korkusuna etkisi:** Gebelerin doğum sürecinde destek görmesinin birçok obstetrik sonucu etkilediği görülmektedir. Doğum sürecinin bir parçası olan doğum ağrısı ve

korkusu ile doğumdan kaynaklı anksiyetenin, ebe tarafından verilen doğum desteği ile azaltılabildiği yönünde çalışmalar mevcuttur. Ağrı yönetiminde önemli bir yere sahip olan doğum desteği, gebe kadın için intrapartum dönemde ebeler bakımının vazgeçilmez ögesidir (Simkin and Bolding, 2004; Lagrew et al. 2018). Doğumda destek verilmesiyle birlikte terapötik ilişkinin kurulması anksiyete, ağrı ve korkuyu azaltmaktadır (Günaydın ve Yazıcı, 2018). Doğumda desteklenen anneler ile yapılan bir çalışmada, annelerin doğum korkusu ve ağrısının azaldığı bildirilmektedir (Uludağ ve Mete, 2014). Bir başka çalışmada doğumda ebe tarafından verilen sürekli desteğin doğum ağrısını azalttığı ve doğum ağrısının yönetiminde kullanılan bir yöntem olarak tercih edilebileceği belirtilmiştir (Ahmadi, 2010; Fathi Najafi et al. 2017). Doğumda sürekli destek gören kadınların doğum sürecini ise daha iyi yönettikleri saptanmıştır (Fathi Najafi et al. 2017).

**Doğum desteğinin obstetrik müdahale oranlarına etkisi:** Doğumda verilen destek obstetrik müdahale oranlarını azaltmaktadır. Kennel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sürekli doğum desteği alan kadınların sezaryen doğum oranları, forseps ve epidural analjezi kullanım oranları daha az olarak bulunmuştur (Kennel et al. 1991). Başka bir çalışmada doğumda bire bir destek alan kadınların oksitosin ihtiyacının azaldığı bildirilmiştir (Gagnon et al. 1997). McGrath ve arkadaşının yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada ise sürekli doğum desteği alan kadınların sezaryen doğum oranı ve epidural analjezi ihtiyacının azaldığını bildirmiştir (McGrath and Kennell, 2008). Benzer sonuçlara sahip olarak bir çalışmada da doğumda desteklenen kadınların analjezi ve anestezi kullanımı, müdahaleli vajinal doğum ve sezaryen doğum oranı, oksitosin ihtiyacı ve kullanımının azaldığı belirtilmiştir (Uludağ ve Mete, 2014).

**Doğum desteğinin eylemin süresine etkisi:** Doğum desteğinin sadece obstetrik müdahale oranlarını azaltmayıp aynı zamanda eylemin süresini de azalttığı yönünde çalışma sonuçları bulunmaktadır. Obstetrik müdahaleler ile birlikte doğum eyleminin süresini değerlendiren çalışmaları incelediğimizde; Zhang ve arkadaşlarının yaptığı bir meta analizde sürekli doğum desteğinin doğum eyleminin süresini 2,8 saat kısalttığı, oksitosin kullanım sıklığı, sezaryen oranı ve forseps kullanımını azalttığı, aynı zamanda doğumdan memnuniyeti artırdığı bildirilmiştir (Zhang et al. 1996). Scott

ve arkadaşlarının yaptığı bir meta analizde de sürekli ve aralıklı doğum desteği karşılaştırılmış ve sürekli destek gören kadınların aralıklı destek gören kadınlara göre doğum süreleri daha kısa, analjezi kullanma ihtiyacı, oksitosin kullanımı, forseps kullanımı ve sezaryen oranı daha az olarak bildirilmiştir (Scott et al. 1999). Kesitsel bir çalışmayı incelediğimizde sürekli destek alan kadınların doğum sürelerinin almayanlara göre 2,03 kat daha kısa sürdüğü ve sezaryen oranının daha az olduğu görülmektedir (Wang et al. 2018). Başka bir çalışmada ise doğum korkusu olan kadınların ebe tarafından sürekli doğum desteği almasının, aktif fazın süresinin kısalmasını sağladığı bildirilmiştir (Sydsjö et al. 2015). Doğumda desteklenen kadınların, doğum eyleminin süresinin kıaldığı ve doğum memnuniyetinin arttığı başka bir çalışmanın sonucudur (Uludağ ve Mete, 2014). Doğum sırasında ebe tarafından sağlanan sürekli desteğin, doğum süresini ve sezaryen doğum oranını azalttığı benzer bir çalışmanın sonucunda bildirilmektedir. Bu sonuçla beraber bütün kadınların ebe tarafından verilen doğumda sürekli destek bakımına erişebilmeleri gerektiği belirtilmiştir (Kashanian et al. 2010).

**Doğum desteğinin doğum memnuniyetine etkisi:** Doğum desteği obstetrik müdahale ve eylemin süresini azaltmakla birlikte doğum memnuniyetini de etkilemektedir. Doğum desteğinin sağlanmasının obstetrik müdahale ve eylemin süresini azaltırken doğum memnuniyetini artırdığı yönünde çalışmalar mevcuttur. Sürekli doğum desteği alan kadınların aktif fazının süresi, oksitosin artırma ihtiyacı, ağrı yoğunluğu ve sezaryen doğum oranı azalırken, doğum deneyim memnuniyetlerinin arttığı bulunmuştur (Javad Nouri et al. 2008). Doğumda destek gören kadınlarla yapılan bir çalışmada, kadınların doğum eyleminin aktif fazının süresinin daha kısa ve doğumdan memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Yuenyong et al. 2012). Başka bir çalışmada doğumda verilen destekten kadınların memnun olduğu bildirilmiştir (Bahri et al. 2014). Ebenin doğum desteği sağlarken kullandığı iletişim dili, desteğin pozitif algılanmasını etkilemektedir. İletişim becerisinin önemine dikkat çekerek bir çalışma kapsamında, kişilerarası iletişim becerilerini geliştirmek amaçlı Travelbee Kuramı'na göre ebeler eğitim verilmiş ve annenin doğum sonu memnuniyet düzeyi ölçülmüştür. Eğitim alan ebelerin doğum sürecinde destekledikleri kadınların doğum sonu dönemdeki memnuniyet düzeyleri, eğitim

almayan ebeler tarafından bakım alan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (İldan Çalım ve Saruhan, 2019). Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses yayınladığı kılavuzunda bakım sağlayıcıların, sürekli doğum desteği sağlamaları durumunda, farmakolojik ajan kullanımının ve sezaryen oranının düştüğünü ve doğum memnuniyetinin arttığını belirtmiştir (AWHONN 2018).

**Doğum desteğinin yenidoğan sağlığı üzerine etkisi:** Doğum sürecinde sürekli doğum desteği alan gebelerin yenidoğanları, ebelerin sağladığı destekleyici bakımdan etkilenmektedir. Doğum desteği alan kadınlarla yapılan bir çalışmada; kadınların doğum süresi kısa ve sezaryen oranları daha az iken, yenidoğanların 1. ve 5. dakika APGAR skorları daha yüksek, emzirmenin daha erken başladığı bulunmuştur (Sauls, 2002; Campbell et al. 2006; Khavandizadeh, 2007). Başka bir çalışmada da doğum desteği alan annelerin emzirme oranının arttığı bulunmuştur (Uludağ ve Mete, 2014). Doğum desteği alan kadınlarda sezaryen ve operatif vajinal doğum oranı, intrapartum analjezi veya anestezi kullanım oranı ile yenidoğanda 5.dakikada 7'den az APGAR skorunun azaldığı ve sürekli desteğin aralıklı desteğe göre anne ve bebek açısından daha faydalı olduğu belirtilmiştir (Iliadou, 2012).

**Doğum desteğinin sağlık bakım hizmeti veren kurumların ekonomisine etkisi:** Doğum desteği alan kadınlar ile yapılan çalışmaların sonuçlarından faydalanarak; sürekli doğum desteği sağlanan kadınların doğum eylemi süresinin azalmasıyla paralel olarak hastanede kalış süresinin azaldığı görülmektedir. Doğum sürecinde doğum desteği sağlanan kadınların analjezi ihtiyacının azalması ile farmakolojik ajan kullanımının da azaldığı çalışmalar ile desteklenmektedir. Doğum sürecinde vakum ve forseps kullanımının azalması da maliyeti düşürmektedir (Kennel et al. 1991; Zhang et al. 1996; Gagnon et al. 1997; Scott et al. 1999; McGrath and Kennell, 2008; Uludağ ve Mete, 2014; Wang et al. 2018; Aktaş ve Öztürk Can, 2019; Freitas et al, 2019). Doğum desteğini ekonomik açıdan değerlendiren bir çalışmada; sürekli doğum desteğinin sezaryen oranlarını azaltmasının maliyeti olumlu etkilediği bildirilmiştir (Chapple et al. 2013). Dolayısıyla sürekli doğum desteğinin sağlanmasının sağlık hizmeti veren kurumların ekonomisini olumlu etkileyeceği öngörülmektedir.

Doğum sürecinde ebe tarafından sağlanan kesintisiz ya da sürekli doğum desteği,

mesleki ve obstetrik sonuçları etkilemektedir. Ebelerin intrapartum bakıma destekleyici bakımı entegre etmesi, ebelik mesleğine olan aidiyetini artırmaktadır. Kendi bağımsız kararı ile gebesine bireyselleştirilmiş destekleyici bakım vermek, ebeğin otonomisi de güçlendirmektedir (Thorstensson et al. 2008; Aune et al. 2014; Olgaç ve Karaçam, 2017). Ebelerin yönetiminde olan ve sürekli doğum desteğinin sadece ebeler tarafından sağlandığı Kanada'daki Toronto Doğum Merkezinde, doğumda tıbbi müdahale uygulanma oranı çok düşük, bu doğum merkezinde yatış süresi kısa ve düşük riskli gebelerin vajinal doğum için bu birimi tercih ediş oranı yüksektir (Aktaş ve Öztürk Can, 2019). Nitelikli ebelik bakımı, tıbbi müdahale oranlarını düşürerek anne-yenidoğan sağlığı için ideal ve maliyeti düşük vajinal doğumu teşvik etmede, sezaryen ile doğumu önlemede olumlu katkı sağlamaktadır (Freitas et al. 2019).

Doğum sürecinde ebeler intrapartum bakımda gebeye duygusal, bilgilendirici, sosyal ve fiziksel yönden sürekli destek sağlamalıdır (Simkin and Bolding, 2004; Aktaş ve Yılar Erkek, 2018; Lagrew et al. 2018). Ebe tarafından verilen sürekli doğum desteği, kadının daha olumlu bir doğum deneyimine sahip olmasını (Javad Nouri et al. 2008; Yuenyong et al. 2012; Bahri et al. 2014; Aktaş ve Pasinlioğlu, 2017; Fathi Najafi et al. 2017; İldan Çalım ve Saruhan, 2019); doğum ağrısı ve korkusunu daha az algılamasını ve doğum ile ilgili anksiyetesinin daha az olmasını (Simkin and Bolding, 2004; Uludağ ve Mete, 2014; Günaydın ve Yazıcı, 2018; Lagrew et al. 2018) sağlamaktadır. Bununla birlikte doğumda desteklenen kadınlarda farmakolojik ajan kullanımı ve doğuma yapılan müdahale oranı daha düşük (Kennel et al. 1991; Gagnon et al. 1997; McGrath and Kennell, 2008; Uludağ ve Mete, 2014), doğum eyleminin süresi daha kısa ve sezaryen oranı daha düşük olmaktadır (Zhang et al. 1996; Scott et al. 1999; Wang et al. 2018; Sydsjö et al. 2015) ve bu kadınların doğum sürecini daha iyi yönettikleri ve doğumdan memnuniyetlerinin daha fazla olduğu görülmektedir (Javad Nouri et al. 2008; Yuenyong et al. 2012; Bahri et al. 2014; Fathi

Najafi et al. 2017; İldan Çalım ve Saruhan, 2019).

## **SONUÇ**

Ebelik uygulamalarında bağımsız olarak gerçekleştirilen sürekli doğum desteğinin, yapılan kanıt temelli çalışmaların sonucuna göre, intrapartum bakımın önemli bir uygulaması olduğu görülmektedir. Kadının, birinin varlığına en çok ihtiyaç duyduğu an olan doğum sürecinde ebelerin, kadına sürekli destek sağlamaları; pozitif ebelik ve doğum algısını oluşturarak, doğumda gebe ve ebeğin birbirinden bağımsız algılanmasını engelleyecektir. Ebeler, gebenin doğum sürecinde en yakınında olan sağlık personeli olması nedeniyle gebeye bireyselleştirilmiş sürekli destekleyici bakım sağlamalıdır. Bu bakım ebe ve gebe arasındaki ilişki ile gebenin prepartum, intrapartum ve postpartum süreci lehine sonuçları doğurmaktadır. Sürekli doğum desteği intrapartum bakımın kalitesini artırarak, maliyeti düşürmektedir. Aynı zamanda uzun vadede sağlıklı toplumun gelişmesine ve toplum sağlığı hizmetlerinin göstergelerinin iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır. Ebelik hizmetlerinde sürekli doğum desteğinin sağlanması, ebelik mesleğinin otonomisini de güçlendirecektir.

**Öneriler olarak;** Ebelik lisans ve lisansüstü eğitim programlarında ve mezuniyet sonrası eğitimlerde; sürekli doğum desteğinin öneminin klinikte hizmet içi eğitim konularına eklenmesi, ebelik ile ilgili kongre ve sempozyumlarda sürekli doğum desteğinde ebeğin rolüne yer verilmesi, ebeğin kişilerarası iletişim becerisini geliştirmesine yönelik eğitimlerin planlanması, klinikte çalışan ebelerin bu konuda desteklenmesi yönünde protokollerin geliştirilmesi önerilmektedir.

## **ÇIKAR ÇATIŞMASI**

Yazarlar bu derleme için çıkar çatışması bildirmemiştir.

## **YAZAR KATKILARI**

NK: Fikir, Tasarım, Analiz, Kaynak Taraması, Makalenin Yazımı, Eleştirel İnceleme  
SY: Fikir, Tasarım, Danışmanlık, Analiz, Makalenin Yazımı, Eleştirel İnceleme

## **KAYNAKLAR**

Adams ED, Bianchi AL. A Practical Approach to Labor Support. JOGNN 2008; 37(1): 106-15.

Ahmadi Z. Evaluation of the Effect of Continuous Midwifery Support on Pain Intensity in Labor and

- Delivery. JRUMS 2010; 9(4): 293-304. <http://journal.rums.ac.ir/article-1-894-en.html>
- Akın B ve ark.** Doğum Eyleminin Birinci Evresindeki Maternal Mobilizasyonun Doğum Şekli ve Yenidoğan Sağlığı Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 6(2): 33-41.
- Aktaş S, Öztürk Can H.** Doğum Merkezleri: Kanada İzlenimleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2019; 8(4): 474-480.
- Aktaş S, Pasinlioğlu T.** Ebelere Verilen Empati Eğitiminin Postpartum Dönemdeki Annelerin Beklentilerini Karşılama, Doğumu ve Ebeyi Algılama Düzeyine Etkisi. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2017; 14(2): 60-65.
- Aktaş S, Yılar Erkek Z.** Annelerin Vajinal Doğumu Tercih Etme Nedenlerinin İncelenmesi: Bir Nitel Araştırma Örneği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2018; 7(1): 111-24.
- Aslan Ş, Okumuş F.** Primipar Kadınların Doğum Deneyim Algıları Üzerine Doğum Beklentilerinin Etkisi. HSP 2017; 4(1): 32-40. DOI: 10.17681/hsp.287497
- Aune I, Amundsen HH, Skaget LC.** Is a Midwife's Continuous Presence During Childbirth a Matter of Course? Midwives' Experiences and Thoughts About Factors That May Influence Their Continuous Support Of Women During Labour. Midwifery 2014; 30(1): 89-95. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.02.001>
- AWHONN.** Continuous Labor Support for Every Woman. JOGNN 2018; 47(1): 73-4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.11.010>
- Bahri N et al.** Quality of Labor Support During Labor. Patient Safety & Quality Improvement Journal 2014; 2(1): 58-64. DOI: 10.22038/PSJ.2014.2096
- Bogossian FE.** Social Support: Proposing A Conceptual Model For Application to Midwifery Practice. Women Birth 2007; 20(4): 169-73. DOI: 10.1016/j.wombi.2007.08.003
- Bohren MA et al.** Continuous Support For Women During Childbirth. Cochrane Systematic Review 2017; 7: 1-169. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Campbell DA et al.** A Randomized Control Trial of Continuous Support in Labor By A Lay Doula. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 2006; 35(4): 456-64. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00067.x>
- Chapple W et al.** An Economic Model of The Benefits of Professional Doula Labor Support in Wisconsin Births WMJ 2013; 112(2): 58-64.
- Çankaya S ve ark.** Doğum İçin Başvuran Gebelerin Empatik İletişim Beklentilerinin Ebeler Tarafından Karşılama Durumu. Genel Tıp Dergisi 2014; 24 (1): 7-14.
- Çapık A ve ark.** Vajinal Doğum Yapan Kadınların Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Algılarının Belirlenmesi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2019; 2(3): 76-80.
- Çiçek Ö, Mete S.** Sık Karşılaşılan Bir Sorun: Doğum Korkusu. DEUHFED 2015; 8(4): 263-8.
- Dim CC et al.** Labor Support: An Overlooked Maternal Health Need in Enugu, South-Eastern Nigeria. J Matern Fetal Neonatal Med 2011; 24(3): 471-4. doi: 10.3109/14767058.2010.501121.
- Doherty ME.** Midwifery Care: Reflections Of Midwifery Clients. Journal Perinat Educ 2010; 19(4): 41-51. DOI: 10.1624/105812410X530929
- Fathi Najafi T, Latifnejad Roudsari R, Ebrahimipour H.** The Best Encouraging Person in Labor: A Content Analysis of Iranian Mothers' Experiences of Labor Support. PLOS ONE 2017; 12(7): 1-14. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179702>
- Freitas JMDS, Narchi NZ, Fernandes RAQ.** Obstetric Practices Performed By Nurse-Midwives Of A Hospital Natural Birth Center. Escola Anna Nery 2019; 23(4): 1-7. DOI: 10.1590/2177-9465-2019-0112
- Gagnon AJ, Waghorn K, Covell C.** A Randomized Trial of One-to-One Nurse Support of Women in Labor. Birth 1997; 24(2): 71-7. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1997.00071.pp.x>
- Günaydın S, Yazıcı S.** Obstetrik Triyaj ve Ebenin Rolü. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2018; 9(2), 84-9. <https://doi.org/10.31067/0.2018.11>
- Hodnett ED et al.** Continuous Support For Women During Childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2012; (7): 1-57. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub4.
- Hodnett ED et al.** Continuous Support For Women During Childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2011; (2): 1-106. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub3
- Höglund B, Larsson M.** Professional and Social Support Enhances Maternal Well-being in Women With Intellectual Disability – A Swedish Interview Study. Midwifery 2014; 30(11): 1183-93. DOI: 10.1016/j.midw.2014.03.018
- Iliadou M.** Supporting Women In Labour. Health Science Journal 2012; 6 (3): 385-91. <https://www.hsj.gr/medicine/supporting-women-in-labour.pdf>
- İldan Çalın S, Saruhan A.** Travelbee Kuramı'na Göre Verilen Kişilerarası İletişim Eğitiminin Ebelerin İletişim Becerilerine Ve Annelerin Doğum Memnuniyetine Etkisi. Life Sciences (NWSALS) 2019; 14(4): 104-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.12739/NWSA.2019.14.4.4B0030>
- Javad Nouri M et al.** The Effect of Continuous Labor Support By Accompanying Person During Labor Process. Jundishapur Scientific Medical Journal 2008; 7, 1(56): 32-8. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=123579>
- Karaçam Z, Akyüz EÖ.** Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakım ve Ebe/ Hemşirenin Rolü. İ.Ü.F.N.Hemşirelik Dergisi 2011; 9(1): 45-53. <https://docplayer.biz.tr/14479560-Dogum-eyleminde-verilen-destekleyici-bakim-ve-ebe-hemşirenin-rolu.html>

- Kashanian M, Javadi F, Haghghi MM.** Effect of Continuous Support During Labor on Duration of Labor and Rate of Cesarean Delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2010; 109(3):198-200. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.11.028>
- Kennel J et al.** Continuous Emotional Support During Labor In A US Hospital A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 1991; 265(17): 2197-201. doi:10.1001/jama.1991.03460170051032
- Khavandizadeh AS.** The Effect of The Continuous Labor Support From A Supportive Companion on The Process Outcomes of Labor in Primigravida. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2007; 6, 4(22): 368-73. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=93167>
- Kızılkaya N.** Kadınların Doğum Eylemindeki Destekleyici Hemşirelik Davranışlarına İlişkin Görüşleri. *Perinatoloji Dergisi* 1997; 5(3-4): 113-6. <http://www.perinatolodergi.com/Files/Archive/tr-TR/Articles/PD-1997005366.pdf>
- Kömürcü N.** Doğum Döneminde Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Akış Şemaları. Akış Şemaları İle Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012. s.41-6.
- Lagrew DC et al.** National Partnership for Maternal Safety:Consensus Bundle on Safe Reduction of Primary Cesarean Births-Supporting Intended Vaginal Births. *Obstetrics & Gynecology* 2018; 131 (3), 503-13. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002471
- Lunda P, Minnie CS, Benade P.** Women's Experiences Of Continuous Support During Childbirth : A Meta- Synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018; 18 (167): 1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1755-8>
- McGrath SK, Kennell JH.** A Randomized Controlled Trial of Continuous Labor Support for Middle-Class Couples: Effect on Cesarean Delivery Rates. *Birth* 2008; 35(2): 92-7. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00221.x>
- Medforth J et al.** The Need For Social Support. *Oxford Handbook of Midwifery*. 2nd Edition. New York: Oxford University Press 2011. 141-3. DOI: 10.1093/med/9780199584673.001.0001
- Miltner RS.** Identifying Labor Support Actions Of Intrapartum Nurses. *JOGNN* 2000; 29(5): 491-9. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2000.tb02770.x
- Nikula P, Laukkala H, Pölkki T.** Mother's Perceptions of Labor Support. *MCN, The American Journal of Maternal/ Child Nursing* 2015; 40 (6), 373-80. DOI: 10.1097/NMC.0000000000000190
- Olgaç Z, Karaçam Z.** Doğum ve Kadın Hastalıkları Alanında Çalışan Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Anne-Dostu Uygulamalarına İlişkin Görüşleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2017; 25 (3): 153-65. DOI: 10.17672/fnjn.343250
- Payant L et al.** Nurses' Intenrions to Provide Continuous Labor Support to Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2008; 37(4): 405-14. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00257.x>
- Pilkenton D, Collins MR, Holley S.** Teaching Labor Support: An Interprofessional Simulation. *J Midwifery Womens Health* 2015; 60(6): 699-705. doi: 10.1111/jmwh.12373.
- Rosen P.** Supporting Women In Labor: Analysis of Different Types of Caregivers. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49(1): 24-31. DOI: 10.1016/j.jmwh.2003.10.013
- Sauls DJ.** Effects of Labor Support On Mothers, Babies and Birth Outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2002; 31(6): 733-41. <https://doi.org/10.1177/0884217502239209>
- Scott KD, Berkowitz G, Klaus M.** A Comparison of Intermittent and Continuous Support During Labor: A Meta-Analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1999; 180(5): 1054-9. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(99\)70594-6](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(99)70594-6)
- Seefat-Van Teeffelen A, Nieuwenhuijze M, Korstjens I.** Women Want Proactive Psychosocial Support From Midwives during Transition to Motherhood: A Qualitative Study. *Midwifery* 2011; 27(1): 122-7. DOI: 10.1016/j.midw.2009.09.006
- Simkin P, Bolding A.** Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2004; 49(6). 489-504. DOI: 10.1016/j.jmwh.2004.07.007
- Simkin P.** Supportive Care during Labor: A Guide For Busy Nurses. *JOGNN* 2002; 31(6): 721-32. DOI: 10.1177/088421702129005371
- Sleutel RM.** Intrapartum Nursing: Integrating Rubin's Framework With Social Support Theory. *JOGNN* 2003; 32(1): 76-82. DOI: 10.1177/0884217502239803
- Sydsjö G et al.** Effects of Continuous Midwifery Labour Support For Women With Severe Fear of Childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015; 15 (115): 1-5. DOI 10.1186/s12884-015-0548-6.
- Şimşek HN, Demirci H, Bolsoy N.** Sosyal Destek Sistemleri ve Ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2018; 8(2): 97-103. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/504945>
- Thorstensson S, Nissen E, Ekström A.** An Exploration and Description of Student Midwives' Experiences in Offering Continuous Labor Support to Women/Couples. *Midwifery* 2008; 24 (4): 451-9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.05.003>
- Uludağ E, Mete S.** Doğum Eyleminde Destekleyici Bakım. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2014; 3(2), 22-9.
- Wang M et al.** Continuous Support During Labour In Childbirth: A Cross – Sectional Study In A University Teaching Hospital In Shanghai, China. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018; 18 (480):1-7. Doi: 10.1186/s12884-018-2119-0

**Wolf MF et al.** Optimal Continuous Support Accompanying Labor – The Midwives’ and Laboring Women’s Point of View. *Israel Journal of Health Policy Research* 2019; 8 (27): 1-6. <https://doi.org/10.1186/s13584-019-0299-3>

**Yanti Y et al.** Students’ Understanding Of “Women-Centred Care Philosophy” In Midwifery Care Through Continuity Of Care (Coc) Learning Model: Aquasi-Experimental Study. *BMC Nursing* 2015; 14(22): 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0072-z>

**Yuenyong S, O’Brien B, Jirapeet V.** Effects of Labor Support from Close Female Relative on Labor and Maternal Satisfaction in Thai Setting. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2012; 41(1): 45-56. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01311.x>

**Zhang J et al.** Continuous Labor Support From Labor Attendant For Primiparous Women: A Meta-Analysis. *Obstetrics & Gynecology* 1996; 88(4): 739-44. [https://doi.org/10.1016/0029-7844\(96\)00232-3](https://doi.org/10.1016/0029-7844(96)00232-3)

## **EXTENDED ABSTRACT**

Midwifery is the one of the oldest professions. The midwifery profession is the occupational group which is going to answer anything that woman needs at any moment of life. The midwives are the professional persons that takes a part in any situation which can occur at any point and is related to women's health. The midwives are also the ones who touch the women during the labor which directly effects the women's life and health. The women experience different emotions and experiences. Fear, obscurity, pain and stress can be given as example. The midwives help them to live through these emotions and experiences better. For this many methods are used. These methods are awareness education, massage application, listening to music, walking, pilates, dance, yoga, hypnotherapy, acupuncture, acupressure, shower etc. The main purpose of these methods and the method which is applied covering all of them is that midwife backs women up. The support that the midwives are going to give during the labor is seen in two different forms. To go into the room when the interferences such as intravenous infusion, amniotomy, fetal monitoring etc. are needed and checking if something is also needed, or in the moments only when the women need something and call midwife, are called as distant or discontinuous support. Contrary to this, the presence of the midwives nearby to women in any situation or at any moment is called as continuous, continuous support or uninterrupted midwife support. The pregnancy is the process in which important chances happen to get used to the maternity. The labor is an important case that enhance the adaptation. The support holds an important place during the labor. Throughout the history, it is seen that there has always been a supporter nearby to woman during labor. At the present time, it is supported by studies, guides and laws that there is midwife and should be nearby to women during labor.

That midwives support woman during labor enhance the labor process and the labor outcomes. Communication of pregnant with midwives get stronger, who takes continuous labor support. Continuous labor support is given by the midwives with the parameters such as emotional support, informing, suggesting, physical support and advocacy to woman. With the emotional support, pregnant thinks positive and anxiety of pregnant reduces. With the informational support, it is made possible for pregnant to get information and help. The comfort of pregnant is provided with the physical support. Labor pain management becomes successful and the control emotion increases. Pregnant is supported with non-pharmacological methods. With advocacy support, pregnant is protected at any moment and in any situation and is respected. Midwife is able to use these support methods together.

It is stated that continuous labor support reduces the medical interventions during the labor and increases the ratios of vaginal birth and the pleasure of labor. With the continuous labor support, cesarean and intervention ratios such as forceps, vacuum, epidural anesthesia reduce. Continuous labor support reduces the time of labor action. In the pregnant with continuous labor support, requirements of artificial oxytocin and analgesia decrease. It is stated that taking continuous labor support enhance the management of labor process. APGAR scores of newborns at the first and fifth minute are evaluated higher. Also it is seen that breastfeeding starts earlier. It is stated that continuous labor support reduces the cost in terms of economy. Systematic reviews report that continuous labor support enhances the results of newborn and mother, reduces the depressive symptoms at postpartum. It is suggested that continuous labor support needs to be a part of intrapartum care. Pregnants accept emotional support as the most important support amongst the other supports. At the same time, they care about individualized care and getting support.

Continuous labor support which is made real independently at midwifery applications, is an important application of intrapartum care. Evidence based studies support this result.


Thus it is important to inform the midwives about this topic. It is suggested to teach the non pharmacologic methods to labor pain at midwifery graduate and post graduate education programmes and to apply it, to add continuous labor support to in service training at clinic subjects, to give place to midwife's role in continuous labor support in the congress' and the symposiums about midwifery and to improve the protocols towards supporting midwives working in clinic about this topic.

Consequently, enabling continuous labor support during the intrapartum process within midwifery care, enhances the mother and the newborn's health. With this support, the midwives play the key role to increase the quality of the community health services and the women health consequences.




## ADLI PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ FORENSIC PSYCHIATRIC NURSING Hatice POLAT\*, Sibel ASİ KARAKAŞ\*\*

\*Dr. Hemşire, Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Malatya/Türkiye.

 0000-0003-0444-3717

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

 0000-0002-5499-2143

### Yazışma Adresi:

Hatice POLAT

e-posta:

[hatice\\_ce.polat@hotmail.com](mailto:hatice_ce.polat@hotmail.com)

Gönderim Tarihi: 19 Mart 2020

Kabul Tarihi : 16 Mayıs 2020

### ÖZ

*Adli Psikiyatri, yargılama sürecinde üstlenilen psikiyatrik bilirkişilik yanında suç işlemiş akıl hastalarının tedavisi, rehabilitasyonu, topluma yeniden kazandırılması ve medeni haklarının korunmasını sağlayacak tıbbi düzenleme ve işlemlerle uğraşan bir tıp disiplini olarak psikiyatrinin çalışma alanlarından biridir. Adli psikiyatri hemşireliği suça karışan psikiyatri hastalarının tedavi, bakım, rehabilitasyonunun sağlanması ve haklarının korunması ile ilgilenen psikiyatri hemşireliği alt uzmanlık alanıdır. Tedavi ve güvenlik kavramları arasında, ruh sağlığı bozulmuş ve istem dışı yatırılmış hastalarla çalışan adli psikiyatri hemşirelerinin özellikle ülkeler arası hukuksal sistemlerin farklılığından kaynaklanan nedenlerden dolayı, dünyada da adli psikiyatri hemşiresinin rol ve sorumluluklarına ilişkin belirsizlik devam etmektedir. Bu derleme adli psikiyatri servislerinin işleyişinin ve bu servislerde çalışan adli psikiyatri hemşireliğinin rol ve sorumluluklarının önemini belirlemek amacıyla yapılmıştır.*

**Anahtar Kelimeler:** Adli psikiyatri; adli psikiyatri hemşireliği; psikiyatri hemşireliği

### ABSTRACT

*As a medical discipline, Forensic Psychiatry is one of the fields of psychiatry dealing with the treatment, rehabilitation, deinstitutionalization and medical procedures for the protection of civil rights of patients with psychiatric disorders who have committed crimes, in addition to the psychiatric expertise undertaken during the trials. Forensic psychiatric nursing is a sub-specialty of psychiatric nursing that deals with the treatment, care, rehabilitation and protection of the rights of patients with psychiatric disorders who have been involved in crime. The uncertainty continues in the roles and responsibilities of forensic psychiatric nurses working with patients with psychiatric disorders and who have been hospitalized involuntarily in the world and in Turkey due to the differences in legal systems between countries. This review study was carried out to identify the importance of the functioning of the forensic psychiatric services and the roles and responsibilities of forensic psychiatric nurses working in these services.*

**Keywords:** Forensic psychiatry; forensic psychiatric nursing; psychiatric nursing

Atıf için (How to cite): **Polat H, Asi Karakaş S. Adli Psikiyatri Hemşireliği. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;3(3):225-232.**

## **GİRİŞ**

Adli psikiyatri hukuk ve psikiyatrinin kesiştiği bir alandır. Adli psikiyatri, yargı organlarının incelemekte olduğu olaylarda, kendisinden talep edildiğinde, yani incelenen hukuki olguya açıklık getirmek üzere yargı organı tarafından görevlendirildiğinde, kişinin iradesinin, bağımsız ve sorumlu olup olmadığının belirlenmesi aşamasında hukuka yardımcı olmaktadır (Akgöz Çevik ve Başer 2012). Adli Psikiyatri, yargılama sürecinde üstlenilen psikiyatrik bilirkişilik yanında suç işlemiş akıl hastalarının tedavisi, rehabilitasyonu, topluma yeniden kazandırılması ve medeni haklarının korunmasını sağlayacak tıbbi düzenleme ve işlemlerle uğraşan bir tıp disiplini olarak psikiyatrinin çalışma alanlarından biridir (Yanık 2007). Suç işleyen davalı bireyler;

- Ruhsal açıdan yeterliğinin olup olmadığı bilinmeyen ve bu nedenle herhangi bir ruhsal hastalığının olup olmadığını değerlendirilebilmesi için ya da,
- Ruh sağlığı bozuk olduğu için fiziksel ve ruhsal tedavi ve sağlık bakımlarının yapılması için yüksek/orta veya düşük güvenli bir sağlık kuruluşuna yatışlarının yapılması ile karşımıza ‘adli psikiyatri hastası’ olarak çıkmaktadırlar (Coram 2004; Martin and Street 2003).

Ceza sorumluluğu akıl hastalığı nedeniyle kaldırılmış olan kişiler, tedavi ve toplum güvenliği bakımından yargı kararıyla zorunlu klinik tedavi için hastaneye gönderilirler (Öncü ve Ger 2007). Koruma ve tedavi süreci, suç işlediği anda bir akıl hastalığı olan kişilere verilmiş bir “ceza” değil, kişinin akıl hastalığından kaynaklanan ya da kaynaklanabilecek “tehlikeliliğinden” toplumu koruma ve kişinin akıl hastalığını tedavi ederek “tehlikeliliğini” ortadan kaldırmayı amaçlayan, temel olarak tıbbi süreçlerden oluşan hukuki bir yaptırımdır (Yanık 2007). Akıl hastası olup suç işleyen kişilerin, tedavi ve bakım sürecinde hem kendileri hem de toplum açısından güvenli bir ortamda tutulmaları gereklidir. Akıl hastası olduğu ve bu sebeple ceza sorumluluklarının olmadığı ileri sürülen kişilerin gözlenip değerlendirilebilmeleri için gerekli ortam sağlanmalıdır.

### **ADLİ PSİKİYATRİ SERVİSLERİ**

Koruma ve tedavi altına alınmış hastaların kısıtlanarak, suç işlemelerini önleme ve ceza evi koşullarında değil de sağlık ekibinin

kontrolü altında olmalarını sağlama adli psikiyatri servislerinin en önemli işlevlerinden biridir ( Rutherford and Duggan 2018). Adli psikiyatri servisleri bir ceza kurumu değildir. Adli servislerin mimari yapısı, gereç ve donanımı hastaların kendilerine veya başkalarına zarar verme riskini önleyecek şekilde hazırlanmalı ve saldırganlığı önleme konusunda eğitilmiş güvenlik görevlileri bulundurulmalıdır (Yanık 2007).

Dünyaya baktığımızda, adli psikiyatri hastalarının tedavi ve bakımlarının hem hasta açısından hem de toplum açısından güvenli olan özelleşmiş tedavi merkezlerinde (yüksek-orta düşük güvenli hastaneler) yürütüldüğü görülmektedir (Martin 2001). Dünyada ilk kez İngiltere’de başlayan Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri (YGAP) Hastaneleri zaman içerisinde bütün dünyada özellikle gelişmiş ülkelerde yaygınlaşmıştır. Ülkemizde daha önce adli psikiyatri hastalarına yönelik tedavi ve bakım hizmetleri, Sağlık Bakanlığı’na bağlı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri’nde bulunan birimlerde yapılmaktaydı. Fakat, Avrupa Birliği (AB) uyum yasaları çerçevesinde, 2005 yılında Türk Ceza Kanunu’nda yapılan değişiklikle, adli psikiyatri hastalarının tedavi ve bakımlarının yüksek güvenli hastanelerde yapılması zorunluluğu (57. madde/1. fıkra) ortaya çıkmıştır. TCK gereğince, cezai ehliyeti bulunmayan akıl hastası hükümlülerin barındırılması amacı ile oluşturulması planlanan YGAP Hastanesi’nin ilki, 2018 yılında Adana Şehir Hastanesi bünyesinde kurulmuştur. 2020 yılı itibariyle Türkiye’de Şehir Hastaneleri bünyesinde kurulmuş beş tane YGAP hastanesi bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan YGAP Hastanesi’ndeki servislerde hasta odaları, terapi odası, rehabilitasyon odası, televizyon izleme salonu, sigara içme odası, ziyaretçi odası, yemek odası, ve hasta havalandırma bahçesi bulunmaktadır. Ayrıca YGAP hastanesinde hastalar için sinema salonu, kütüphane, spor salonları, uğraşı bahçesi, futbol, voleybol ve basketbol sahaları bulunmaktadır.

Psikiyatrik bozukluklara sahip failer açısından cezai sorumluluğun ortadan kalktığı veya azaldığı durumlarda, toplumsal tehlikelilik halinin bertaraf edilebilmesi için, psikiyatrik bozukluklara sahip failerin düşük/orta ve yüksek güvenli hastanelerde tedavi edilmeleri gerekmektedir. Tedavi ekibi psikiyatrist, klinik psikolog, sosyal hizmet uzmanı, adli psikiyatri hemşiresi, iş/uğraş terapisti, meslek kursu öğretmenleri ve psikoeğitim uzmanlarından

oluşmaktadır. Tedavi sürecinde medikal tedavilerinin yanı sıra güncel terapi ve rehabilitasyon programları ile çalışmalar yürütülmesi, hem faillerin tedavi hakkını elde etmesi hem de yeni suçların meydana gelmesine yönelik “önleyici” olması itibarıyla son derece elzemdir (Deniz 2017). Hemşireler, sağlık personelinin büyük çoğunluğunu oluşturduğundan ve hastaların kazasız bir ortamda güvenli bakım almasını sağlamaktan sorumlu oldukları için hasta güvenliğini sağlamada adli psikiyatri servislerinde önemli roller oynamaktadırlar. (Bartley 2011; Kuosmanen et al. 2017)

### **ADLİ PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ'NİN KISA TARİHÇESİ VE TANIMI**

On sekizinci yüzyıl cezaevi reformları, insani felsefeler ve halk sağlığı konuları, hapisanelerde sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulmasını sağladı. İlk vurgu, mahkumların fiziksel sağlığının korunması, özellikle de temel bir hijyen ve temizlik standardının korunmasıydı (Kent-Wilkinson 2010).

Adli hemşirelik kavramı 1980'li yılların başında literatürde ve konferanslarda kullanılmaya başlamıştır. 1980'li yılların ortasında, güvenli psikiyatri servislerinde suçlu akıl hastalarıyla çalışanlara açıklayıcı bir kavram olarak yaygın şekilde kullanıma geçirilmesiyle hemşirelik literatüründe kabul görmüştür (Yelken ve ark. 2004). Adli psikiyatri hemşireliği iki farklı disiplin alanı arasındaki karmaşık bir ilişkiden ortaya çıkmıştır: hemşirelik bakımı ve kriminoloji (Jacob 2014). Adli Psikiyatri Hemşireliği (APH), ilk olarak 1863 yılında İngiltere'de Broadmoor Hospital'da deneyimlenmiştir (Bowring-Lossock 2006). APH suça karışan psikiyatri hastalarının tedavi, bakım, rehabilitasyonunun sağlanması ve haklarının korunması ile ilgilenen psikiyatri hemşireliğinin alt uzmanlık alanıdır (Dikeç ve ark. 2017). Adli Psikiyatri Hemşireleri, adli psikiyatri hastalarıyla çalışan, genel psikiyatri hemşireliğinin sahip olduğu bilgi ve becerilere ek olarak risk belirleme, suç davranışlarını ele alma, güvenli-terapötik ortam sağlama ve öfke ve kızgınlık yönetimi becerilerine sahip olmaları gerektiği için psikiyatri hemşireliğinin bir alt uzmanlık dalı olarak gelişen, fakat adli psikiyatri birimlerinde yatan hem suçlu hem de mağdur bireylere bakım veriyor olmanın doğası gereği daha zorlu bir hasta grubuna hizmet veren farklı

bir uzmanlık alanıdır (Akgöz Çevik ve Başer 2012; Dikeç ve ark. 2017).

### **DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE ADLİ PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ**

Adli psikiyatri hemşiresinin rolü, gelişmiş ülkelerin çoğunda, ıslah çalışmalarının ruh sağlığı hizmetlerini gözaltı hizmetlerinden ayırmaya başladığı 1970-1980'li yıllarda başlamıştır. İngiltere'de adli psikiyatri hemşireliğinin güçlü kökleri dünyanın diğer bölgelerinden önce kurulmuştur (Kent-Wilkinson 2010). Hukuk derecesine sahip bir hemşire olan Laben, 1970'lerin başında Tennessee'deki adli ruh sağlığı sistemine öncülük etmiştir (Kent-Wilkinson 2010). Laben, akıl sağlığı merkezleri ile topluluk tarama programları geliştirmiş ve (personeli ile birlikte) duruşma yürütme yeterliliğinin değerlendirilmesine ilişkin artık kullanılmayan yasayı yeniden yazmış; revizyonu yasama organı tarafından kabul edilmiştir (Laben et al. 1977). Ayrıca, daha sonra eyaletteki ilk akıl sağlığı mahkemesinin kurulmasına yardımcı olan iki rapor yazmıştır. Tarihsel olarak, Birleşik Krallık'taki büyük sığınma ve “özel” hastanelerde, Kanada'daki “il” hastanelerinde ve Birleşik Devletler'deki “devlet” hastanelerinde psikiyatrik bakım sağlanmıştır. Suçlular için özel adli akıl sağlığı hizmetleri kurulduğunda, kurumlara Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'nde “orta güvenli birimler” (Birleşik Krallık, Avustralya ve Yeni Zelanda) ve “bölgesel psikiyatrik tedavi merkezleri” veya “adli tıp birimleri” ismi veriliyordu. (Kent-Wilkinson 2010).

Türkiye'de adli psikiyatri alanında çalışan hemşireler de formel bir eğitim süreciyle ‘adli psikiyatri’de uzmanlaşma olmadığı için, bu birimlerde bilgi ve becerilerini sıklıkla deneyimleriyle elde etmiş olan hemşireler çalışmaktadır (Baysan Arabacı ve ark. 2015). Dünyaya baktığımızda Adli psikiyatri hemşireliği ilgili yüksek lisans programlarının olduğu görülmektedir. Adli psikiyatri hemşireliğinin istisnai zorluklarına rağmen, şu anda Türkiye'deki adli psikiyatri hemşirelerinin yeterlilikleri için ulusal bir uzmanlaşma veya eğitim standardı bulunmamakla birlikte ülkemizde adli psikiyatri hemşireliği alanında Yüksek Lisans programı da bulunmamaktadır.

### **ADLİ PSİKİYATRİ HEMŞİRESİNİN ÖZELLİKLERİ**

APH yüksek, orta ve düşük güvenli hastanelerde, toplum ruh sağlığı merkezlerinde,

polis merkezlerinde, hapisanelerde, mahkemelerde ve acil servislerde çalışabilen (Bowring-Lossock 2006; Lyons 2009), tıbbi anlamda bakım veren bir hemşire, hukuki anlamda bir “bilirkişi” olarak çalışan uzman kişidir (Dikeç ve ark. 2017). Adli psikiyatri hemşireleri, çalışmalarının profesyonel, yasal ve etik alanlarını destekleyen teorik faktörler hakkında bilgi sahibi olmalıdır (Bowring-Lossock 2006). APH’ nin, bütün bunları yaparken, esnek olma ve liderlik gibi birtakım özelliklere de sahip olması gerekir. Bu birimlerde çalışan hemşireler, tıbbi olarak ruhsal hastalıklar ve bakımı ve hukuki olarak da ruhsal hastalığı olan bireyleri ilgilendiren yasalar hakkında bilgi sahibi olmalı ve medikal süreçler ile hukuki süreçler arasında dengeyi kurabilme becerisine sahip olmalıdır (Kent-Wilkinson 2010).

APH'nin, sahip olması gerektiği vurgulanan özellikleri şöyle özetlemek mümkündür;

- Adli psikiyatri hastasının tanısı ve işlemiş olduğu suç ne olursa olsun bireye karşı saygılı olmalı ve yargılayıcı olmamalı,
- Sosyal değerleri öğretmek rol model olmalı,
- Sorun belirleme ve dinleme ve becerisi mükemmel olmalı,
- Bireye uygun tedaviyi uyarılama konusunda esnek olmalı,
- Bireyin değişme potansiyeli olduğuna inanmalı, umutlu olmalı,
- Kendi sahip olduğu değer ve inanç sisteminin farkında olmalı,
- Yetenek ve becerilerine güvenmeli ve güvenilir-dürüst olmalı,
- Girişken ve olgun olmalı,
- Kararlı ve sabırlı olmalı,
- Empatik ve iyi niyetli olmalı,
- Sakin ve rahat görünmeli,
- Tarafsız olmalı,
- Profesyonel olmalı,
- Alt kültürleri tanıyıp anlayabilmeli,
- Rapor yazabilme becerisine sahip olmalı,
- Terapötik ilişkideki sınırlılıkları tanımalı,
- Değişime motive olmalıdır (Bowring-Lossock 2006; Ançel 2005; Mason et al. 2008).

## **ADLİ PSİKİYATRİ HEMŞİRESİNİN ROL VE SORUMLULUKLARI**

Rol, sosyal pozisyonu olan bir bireyden yapması beklenenlerin tümü olarak tanımlanır. Bu bağlamda, adli psikiyatri birimlerinde çalışan psikiyatri hemşirelerinden hem suçlu hem de ruh sağlığı bozukluğu olan bireylerle çalışıyor olmalarından dolayı farklı roller beklenmektedir. Bu roller, gözetim, zorunlu yatış ve zorla tedaviyi içermektedir (Mason et al. 2009) APH rollerinin belirlenmesi adli psikiyatri hasta grubu için kaliteyi sağlamanın bir yolu olacaktır. Adli psikiyatri hemşirelerinin özellikle ülkeler arası hukuksal sistemlerin farklılığından kaynaklanan nedenlerden dolayı, dünyada da ülkemizde de adli psikiyatri hemşiresinin rol ve sorumluluklarındaki ilişkin belirsizlik devam etmektedir. Literatürde adli psikiyatri hemşirelerinin rollerinde önemli farklılıklar olduğu anlaşılmaktadır. Örneğin Dikeç ve arkadaşları (2017) adli psikiyatri hemşirelerinin rol ve sorumlulukları ile ilgili çalışmalarını gözden geçirmek amacıyla yapmış oldukları sistematik derlemenin sonucunda adli psikiyatri hemşirelerinin çalıştıkları birimlerde rolleri konusunda ikilemler yaşadıklarını ve rollerinin net olmadığını bildirmişlerdir.

Adli psikiyatri, ciddi akıl hastalıkları olan suçlulara hizmet vermektedir (Nedopil et al. 2015). Adli psikiyatride çalışan hemşireler, genellikle etik zorluklara neden olabilecek ve hemşirelerin günlük işlerini etkileyebilecek ciddi bir zihinsel hastalığı olan suçlularla karşılaşır (Hammarström et al. 2019). Bu durum adli psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına karşı olumsuz tutumlarına neden olabilmektedir. Örneğin Baysan Arabacı ve Çam’ın (2013) ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinde çalışan hemşirelerin, adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarını ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada ülkemizde bölge ruh sağlığı hastanelerinde çalışan hemşirelerin, adli psikiyatri hastalarını tehlikeli olarak gördüklerini, onlara güvenmediklerini ve sosyal olarak mesafeli davranma eğilimi gösterdiklerini saptamışlardır. Ayrıca bu hastaların bakımını yürütme konusunda orta düzeyde istekli olduklarını bildirmişlerdir. Adli psikiyatrik bakımın genel hedeflerinden biri, yeni suçları önlemek ve hastalar tarafından uygulanan şiddet eylemlerini en aza indirmektir (Horberg et al. 2012; Askola et al. 2016). APH, şiddet riski veya şiddet davranışı ile karşılaştığı durumlarda, bireyi destekleyerek, yargılamadan, hastaya

duygularını ifade etmesi için fırsat vererek, cesaretlendirmelidir (Dikeç ve ark. 2017).

Bu bağlamda, bir standart olmamakla birlikte araştırmalar doğrultusunda, hastaların ruhsal ve fiziksel durumlarını değerlendirme, şiddet ve agresyonu önleme, rehabilitasyon, terapötik ilişki kurma, çalışanların, hastaların ve yakınlarının güvenliğini sağlama, risk değerlendirmesi yapma ve yönetme, alkol ve madde kullanımını değerlendirme, hastaların geçmiş öykülerini alarak multidisipliner ekip ile işbirliği içinde uygun bakım planını hazırlama ve uygulama, önerilen tedaviyi yapma, acil durumları yönetme ve hastaların yasal süreçlerini takip etme, yeni mezun ve öğrenci hemşirelere rehberlik etme ve destekleme APH' nin diğer sorumluluklarıdır. (Timmons 2010; Masaon et al. 2008; Kutlu ve Bilgin 2011; Dikeç ve ark. 2017).

Adli psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin, en geleneksel ve en sık gerçekleştirilmesi beklenen rol alanları, '*terapiye karşı güven*', '*şiddet yönetimi*' ve '*tehlikelilik*' olarak ifade edilmiş; ancak bu rollerin sadece adli psikiyatri birimleri için değil, psikiyatri klinikleri için de geçerli alanlar olduğu vurgulanmıştır (Mason et al. 2009).

*Terapiye karşılık güvenlik*, adli psikiyatri servislerinde çalışan hemşireler için, merkezi ikilemdir. Güvenlik, genel olarak, hastanın fiziksel güvenliğini (duvarlar, parmaklıklar ve kapılar vb.) ve şiddetin kontrol edilmesini ifade eder. Bununla birlikte, güvenliği sağlamak için yapılması gereken birçok işlem vardır. Bunlar, arama, hastaları sayma, eşlik etme, personeli arama, çakmak kullanma gibi konularla ilgilidir. Bir tarafta tedavi edici hizmeti sağlama girişimi, diğer tarafta güvenlik işlemlerinin uygulanması ise ikilem oluşturmaktadır (Kutlu ve Bilgin 2011).

*Tehlikelilik*, bu servislerde yatan hastalarda en sık görülen davranış şeklidir. İstem dışı tutulan ve zorla tedavi edilen adli hastalarda tehlikelilik ve şiddet daha fazla bulunmaktadır. Bu sebeple tehlikeliliği tanılamamanın APH' nin temel rolü ve işlevi olduğu söylenebilir (Kutlu ve Bilgin 2011).

*Şiddet yönetimi*, tehlikeliliğin yönetimi veya risk yönetimi olarak da ele alınır. Adli ortamlarda şiddetin yönetilmesi oldukça önemlidir ve üzerinde önemle durulan bir konudur. Tehlikeli olan ve şiddet potansiyeli bulunan hastaların şiddet yönetimi genellikle hemşirelere düşmektedir. Bu nedenle, burada

tedavi edici rolü olumsuz olarak etkileyen durumlar söz konusu olmaktadır (Mason et al. 2009).

Bu kavramlar adli psikiyatri hemşirelerinin rollerini açıklama da yol gösterici olmasına rağmen adli psikiyatri hemşirelerinin rolleri ile ilgili ortak bir görüş yoktur ve bu gerilimler içinde hasta bakımı sağlanmaktadır. Adli psikiyatri hemşirelerinin bakımdaki rollerinin tanımlanması, belirginleşmesi, geliştirilmesi, savunulması ve sağlık hizmetlerinin bu alandaki politika ve ilkelere katılımının sağlanması için da ha fazla söylem, araştırma, eğitim ve uygulama gereklidir (Kutlu ve Bilgin 2011).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Tedavi ve güvenlik kavramları arasında, ruh sağlığı bozulmuş ve istem dışı yatırılmış hastalarla çalışan adli psikiyatri hemşirelerinin özellikle ülkeler arası hukuksal sistemlerin farklılığından kaynaklanan nedenlerden dolayı, dünyada da ülkemizde de APH' nin rol ve sorumluluklarındaki ilişkin belirsizlik devam etmektedir ve bu da APH' nin çalıştıkları birimlerde ikilemler yaşamasına sebep olmaktadır. Bu yüzden görev ve sorumluluklarının, rollerini belirlenmesine yönelik çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Yapılan literatür taraması sonucunda APH' ne ilişkin çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Yeni yapılacak çalışmaların bu hastalara yönelik sunulacak bakımın kalitesinin artırılması açısından önem taşıdığı düşünülmektedir. Bu sebeple APH ile ilgili kanıta dayalı çalışmaların yapılması önerilebilir.

Adli psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin bilgi ve uygulamalarının geliştirilebilmesi için hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi ve belirli aralıklarla tekrarlanması önerilebilir.

## ÇIKAR ÇATIŞMASI BİLDİRİMİ

Makalenin yazarları arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

## YAZAR KATKISI

HP: Fikir/Kavram, Literatür tarama, Makalenin yazımı, Eleştirel inceleme. SAK: Fikir/Kavram, Literatür tarama, Makalenin yazımı, Eleştirel inceleme

## KAYNAKLAR

- Akgöz Çevik S, Başer M.** Adli Hemşirelik ve Çalışma Alanları. Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;21(2):143-52.
- Ançel G.** Adli Psikiyatri Hemşireliği. Adli Psikiyatri Dergisi 2005;2(4):29-34.
- Askola R et al.** Forensic Psychiatric Patients' Perspectives on Their Care: A Narrative View. Perspectives in Psychiatric Care 2016;54(1): 64-73.
- Bartley AJ.** Review: Building Capacity and Capability in Patient Safety, Innovation and Service Improvement: an English Case Study. J Res Nurs 2011;16(3):252-53.
- Baysan Arabacı L ve ark.** Adli Psikiyatri Hastalarının İçselleştirilmiş Damgalanma ve Sosyal İşlevsellik Düzeyleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2015;16(2):113-21.
- Baysan Arabacı L, Çam MO.** Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği Geliştirme. Nöropsikiyatri Arşivi 2011;48(3):175-83.
- Baysan Arabacı L, Çam MO.** Türkiye'de Psikiyatri Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutumlarını Etkileyen Faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi 2013;24(4):253-59.
- Bilgin H ve ark.** Adli Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Rollerini Algılamaları: Niteliksel Bir Çalışma. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2011;4(1):73-80.
- Bowring-Lossock, E.** The Forensic Mental Health Nurse-A Literature Review. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2006;13(6):780-5.
- Coram J.** Forensic Psychiatric Nursing. In: Kneisl CR, Wilson HS, Trigoboff E, eds. Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing. 1<sup>st</sup> ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2004. p.819-34.
- Deniz D.** Kişilik Bozukluklarında Tanı Güvenirliği ve Cezai Sorumluluk. Adli Tıp Bülteni, 2017;22(2):124-9.
- Dikeç G ve ark.** Adli Psikiyatri Hemşirelerinin Rol ve Sorumlulukları: Sistemik Derleme. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2017;8(3):157-64.
- Hammarström L et al.** Controlling Emotions-Nurses' Lived Experiences Caring for Patients in Forensic Psychiatry. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being 2019;14(1):1682-911.
- Horberg U et al.** To be Strategically Struggling Against Resignation: The Lived Experience of Being Cared for in Forensic Psychiatric Care. Issues in Mental Health Nursing 2012;33(11):743-51.
- Kent-Wilkinson AE.** Forensic Psychiatric/Mental Health Nursing: Responsive to Social Need. Issues Ment Health Nurs 2010;31(6):425-31.
- Kutlu Y, Bilgin H.** Adli Psikiyatri Servislerinde Hemşirelik: Roller ve Yaşanan Güçlükler. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2011;4(1):67-72.
- Kuosmanen A et al.** Nurses' Views Highlight a Need for the Systematic Development of Patient Safety Culture in Forensic Psychiatry Nursing. Journal of Patient Safety 2017;1:1-6.
- Laben JK et al.** Reform from Inside: Mental Health Centre Evaluations of Competency to Stand Trial. Journal of Community Psychology 1977;5(1):52-62.
- Lyons T.** Role of Forensic Psychiatric Nurse. Journal of Forensic Nursing 2009;5(1):53-7.
- Martin T.** Something Special: Forensic Psychiatric Nursing. Journal of Psychiatric of Mental Health Nursing 2001;8(1):25-32.
- Martin T, Street AF.** Exploring Evidence of the Therapeutic Relationship in Forensic Psychiatric Nursing. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2003;10(5):543-51.
- Mason T et al.** Forensic Psychiatric Nursing: Skills and Competencies: I Role Dimension. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2008;15(2):118-30.
- Mason T et al.** Binary Construct Analysis of Forensic Psychiatric Nursing in the UK: High, Medium, and Low Security Services. Int J Ment Health Nurs 2009;18:216-24.
- Nedopil N et al.** Forensic Psychiatry in Europe: The Perspective of the Ghent Group. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 2015;19(2):80-3.
- Öncü F, Ger C.** Zorunlu Tedavi. İçinde: Sercan M, editör. Adli Psikiyatri Uygulama Klavuzu, 1. Baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2007. p.51-69.
- Rutherford M, Duggan S.** Forensic Mental Health Services Facts and Figures on Current Provision. [http://www.Centre for mental health.org.uk/pdfs/scmh\\_forensic\\_factfile](http://www.Centre for mental health.org.uk/pdfs/scmh_forensic_factfile). Erişim tarihi: 27 Mayıs 2018.
- Timmons D.** Forensic psychiatric nursing: A Description of the Role of the Psychiatric Nurse in a High Secure Psychiatric Facility in Ireland. J Psychiatr Ment Health Nurs 2010;17(7):636-46.
- Yanık M.** Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler, Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. Reviews, Cases and Hypotheses in Psychiatry 2007;Özel sayı:24-6.
- Yelken N ve ark.** Adli Hemşireliğin Türkiye'deki Durumu. Sted Dergisi 2004;13(5):171-2.
- Jacob JD.** Understanding the Domestic Rupture in Forensic Psychiatric Nursing Practice. Journal of Correctional Health Care 2014;20(1):45-58.

## EXTENDED ABSTRACT

As a medical discipline, Forensic Psychiatry is one of the fields of psychiatry dealing with the treatment, rehabilitation, deinstitutionalization and medical procedures for the protection of civil rights of patients with psychiatric disorders who have committed crimes, in addition to the psychiatric expertise undertaken during the trials. Individuals who have no criminal liability due to mental illnesses are referred to hospital for mandatory clinical treatment by judicial order, for treatment and community safety purposes. In the cases of removed or diminished criminal liability of offenders with psychiatric disorders, the offenders with psychiatric disorders must be treated in low/medium and high security hospitals, in order to eliminate the state of social dangerousness. The high-security forensic psychiatric hospitals, established in the UK for the first time, have become widespread all over the world, especially in developed countries. The first of the High-Security Forensic Psychiatric Hospital (HSFP), which is planned to be established in order to house mentally ill convicts who do not have criminal responsibility in accordance with the Penal Code in Turkey, was established within Adana City Hospital in 2018. As of 2020, there are five HSFP hospitals established within City Hospitals in Turkey. One of the most important functions of forensic psychiatric services is to prevent crime by restricting the patients under protection, and to ensure that they are under the control of the health care team, rather than in prison conditions.

As they comprise the vast majority of health care professionals and as they are responsible for ensuring patients receive a safe care in an accident-free environment, nurses play important roles in forensic psychiatric services in ensuring patient safety. Forensic psychiatric nursing is a sub-specialty of psychiatric nursing that deals with the treatment, care, rehabilitation and protection of the rights of patients with psychiatric disorders who have been involved in crime. Forensic psychiatric nursing has emerged from the complex relationship between two different disciplines: nursing care and criminology. Forensic psychiatric nursing, which was first experienced at Broadmoor Hospital in the UK in 1863, gained acceptance in the nursing literature in the mid 1980s, when it was widely adopted as an explanatory definition for those working with criminal patients with mental illnesses in secure psychiatric services. Forensic psychiatric nurses are specialist individuals, working as a caregiving nurse in the medical sense and as an "expert" in the legal sense, in high, medium and low-security hospitals, community mental health centers, police stations, prisons, courts, and emergency services.

Although Forensic Psychiatric Nursing (FPN) is a sub-specialty of psychiatric nursing, as it requires the skills of risk assessments, addressing criminal behavior, provision of safe therapeutic environment and anger management skills, in addition to the knowledge and skills of general psychiatric nursing, the FPN is a different field of specialty, giving care to a more challenging group of patients due to the nature of providing care to both offenders and victims, hospitalized in forensic psychiatric units. The nurses working in these units should have knowledge about medical mental illnesses and respective care practices as well as the laws concerning individuals with mental illnesses and should have the skills to establish a balance between medical processes and legal processes. The most traditional and often expected roles of nurses working in forensic psychiatric services have been expressed as "*trust in therapy*", "*violence management*" and "*dangerousness*"; however, it has been stressed that these roles not only apply to forensic psychiatry units, but also to psychiatric clinics as well. Although these concepts are helpful in explaining the roles of forensic psychiatric nurses, there is no common ground regarding the roles of forensic psychiatric nurses and patient care is provided within these tense settings. Since there is no specialization in forensic psychiatry through a formal education in Turkey for the nurses working in the field of forensic psychiatry, these units often accommodate the nurses who have often acquired their knowledge and skills through experience. Despite the exceptional challenges of forensic psychiatric nursing, there is no national specialization or training standard for the qualifications of forensic psychiatric nurses in Turkey at the moment, in addition to lack of a master's degree program in forensic psychiatric nursing in Turkey. Psychiatric nurses working in forensic psychiatric units are expected to assume different roles since they work with criminal individuals with mental health disorders. These roles include supervision, compulsory hospitalization, and compulsory treatment. In addition to the treatment and safety concepts, however,


uncertainty in relation to the roles and responsibilities of forensic psychiatric nurses in the world and in Turkey continues, due to the differences in legal systems between the countries, and this leads to dilemmas, experienced by the forensic psychiatric nurses, who work with patients with deteriorated mental health and hospitalized involuntarily. Identifying the roles of forensic psychiatric nurses will ensure quality for the forensic psychiatric patient group. Further discourse, research, training and practice are required in order to determine, clarify, improve, advocate the roles of forensic psychiatric nurses in health care and to ensure participation of health care services in the decisions about policies and principles in this area. Therefore, it is recommended to carry out studies to determine their duties, responsibilities and roles in this regard.




**PEDİATRİK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARDA  
DELİRYUMUN TANILANMASI VE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ  
NURSING MANAGEMENT AND DIAGNOSIS OF DELIRIUM ON PATIENTS IN PEDIATRIC  
INTENSIVE CARE UNIT**

**Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU\*, Hüsniye ÇALIŞIR\*\***

\*Arş. Gör. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Aydın /Türkiye.

 0000-0003-2920-4819

\*\*Prof. Dr. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Aydın /Türkiye.

 0000-0001-5440-5431

**Yazışma Adresi:**

Bircan KAHRAMAN  
BERBEROĞLU  
e-posta:biircan5@gmail.com

**Gönderim Tarihi:** 13 Mart 2020

**Kabul Tarihi :** 15 Haziran 2020

**ÖZ**

*Deliryum, hızlı başlayan, dalgalı seyir gösteren, etiolojisinde birçok nedenin eşlik ettiği, bilinç, algılama, düşünce, uyku-uyanıklık döngüsünde değişimlerin görüldüğü klinik bir sendromdur. Bu derlemenin amacı, yoğun bakım ünitesinde yatan kritik hasta çocuklarda deliryumun tanılanması, önlenmesi ve pediatri hemşirelerinin rollerine ilişkin güncel bilgileri paylaşmaktır. Bu derlemede Pubmed, Web of Science, Cochrane, Türkiye Atıf Dizini, Google Akademik, EbscoHOST veri tabanları taranarak bu çalışmanın amacına uyan konuyla ilgili araştırmalara ulaşılmıştır. Anahtar kelime olarak “deliryum (delirium), çocuk (child), yoğun bakım (intensive care), hemşirelik bakımı (nursing care) kullanılmıştır. Konuyla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde kritik hasta çocuklarda deliryum için en temel risk faktörleri, yaş, gelişimsel gecikme, hastalık şiddeti ve mekanik ventilasyon olarak gösterilmiştir. Pediatrik hastalarda deliryumun olumsuz sonuçları arasında mortalite artışı, hastanede kalış süresinde uzama ve maliyet artışı olduğu bildirilmiştir. Ayrıca yapılan araştırmalar incelendiğinde; pediatri hemşirelerinin deliryumun tanılanması, önlenmesi ve bakımı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları, doğru yaklaşımları uygulayamadıkları ve hemşirelerin çok azının deliryumu değerlendirmede tanılama araçlarından yararlandıkları bulunmuştur. Deliryum, kritik cercede hasta olan çocuklarda sık görülen bir sorundur. Pediatri hemşireleri hasta sonuçlarını iyileştirmek için kanıta dayalı bilgilerin uygulanmasına öncülük etmelidir. Pediatri hemşireleri, deliryumun oluşmasında rol oynayan çevresel etmenleri kontrol etmeli, uyku bozukluklarını önlemeli, terapötik yaklaşım ile etkin iletişim sağlamalı ve aile merkezli bakım uygulamalıdır.*

**Anahtar kelimeler:** Çocuk; deliryum; hemşirelik bakımı; yoğun bakım

**ABSTRACT**

*Delirium is a clinical syndrome with rapid onset, fluctuating course, accompanied by many causes in the etiology, and changes in consciousness, perception, thought, sleep-wake cycle. The aim of this review is to share current information on the diagnosis, prevention and delirium of pediatric nurses in critically ill children hospitalized in the intensive care unit. In this review, PubMed, Web of Science, Cochrane, Turkey Citation Index, Google Scholar, EBSCOhost databases were scanned matches the achievement of the objectives of this study research on the subject. “Delirium”, “child”, “intensive care”, “nursing care” have been used as keywords. The most important risk factors for delirium in critically ill children are age, developmental delay, disease severity and mechanical ventilation. The adverse outcomes of delirium in pediatric patients have been reported to be increased mortality, prolonged hospital stay, and increased cost. In addition, when the researches are examined; pediatric nurses did not have sufficient information about diagnosis, prevention and care of delirium, could not apply the right approaches and very few of the nurses used diagnostic tools to evaluate delirium. Delirium is a common problem in critically ill children. Pediatric nurses should pioneer the application of evidence-based information to improve patient outcomes. Pediatric nurses should control the environmental factors that play a role in the formation of delirium, prevent sleep disturbances, provide effective communication with therapeutic approach and apply family-centered care.*

**Keywords:** Child; delirium; nursing care; intensive care

Atıf için (How to cite): **Kahraman Berberoğlu B, Çalışır H. Pediatrik Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda Deliryumun Tanılanması ve Hemşirelik Yönetimi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;3(3):233-243.**

## GİRİŞ

Deliryum, pediatrik yoğun bakım ünitesinde yatan kritik hasta çocukların yaklaşık %33'ünde (%13-%53) görülen akut beyin işlev bozukluğudur (Silver ve ark 2012; Traube ve ark 2017b). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5)'nin tanımına göre "Deliryum, önceden var olan nörobilişsel bir bozuklukla açıklanamayan, tıbbi bir nedenle oluşan, bellek, yönelim, dil, görsel-uzamsal yeterlilik ya da algı gibi bilişsel bozukluklara ek bir rahatsızlık ile birlikte akut ve şiddetli dalgalanmalar gösteren dikkat ya da bilinçte oluşan rahatsızlıktır" (APA 2013; European Delirium Association 2014).

Bir çocukta deliryum gelişmesi, bakım maliyetinin artmasının yanında morbidite ve mortalite de dahil olmak üzere birçok olumsuz sonuca sebep olur. Deliryumu olan çocuklar uzun süre mekanik ventilasyona bağlı yaşayabilir, daha uzun süre hastanede kalabilir, kalıcı davranışsal ve motor problemler yaşayabilir. Ayrıca çocukta hastaneye yatmaya bağlı travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişebilir (Colville et al. 2008; Smeets et al. 2010; Silver et al. 2012; Traube et al. 2017a).

Deliryumun oluşmasında birden fazla risk faktörünün birlikteliği rol oynar (Pereira et al. 2016). Bu faktörlerden yaş, cinsiyet gibi bazı faktörler değiştirilemezken, bazıları ise akut durumlardan ve / veya iyatrojenik ya da çevresel nedenlerden kaynaklandığı için değiştirilebilir (Inouye 2006). Deliryumun başlamasında rol oynayan risk faktörleri arasında enfeksiyonlar, metabolik bozukluklar, hastalığın şiddeti, mekanik ventilasyon, ilaçlar, yaş, gelişimsel gecikme, uyku bozukluğu, fiziksel aktiviteyi kısıtlayan uygulamalar, dehidratasyon, malnütrisyon, çevresel etkenler ve psikososyal problemler, kateterler ve intravenöz yollar yer alır (Smith et al. 2013b; Schievelde et al. 2015; Silver et al. 2015; Kirpınar 2016; Traube et al. 2017a). Deliryumun uygun şekilde ele alınması ve yönetilmesi için hemşirelerin deliryum, risk faktörleri, değerlendirme ve bakım uygulamaları ile ilgili derinlemesine bilgi ve beceri sahibi olması gerekmektedir (Wells 2012).

Bu derlemenin amacı, yoğun bakım ünitesinde yatan kritik hasta çocuklarda deliryumun tanılanması, önlenmesi ve pediatri hemşirelerinin rollerine ilişkin güncel bilgileri paylaşmaktır.

## DELİRYUMUN TANILANMASI

Rutin deliryum taramalarının yapılması, deliryumun erken tanılanmasına, bakım vericilerin dikkatinin artmasına ve olumsuz sağlık sonuçlarının azalmasına yardımcı olur (Smith et al. 2013a; Schievelde et al. 2015; Silver et al. 2015; Kirpınar 2016; Traube et al. 2017a). Pediatrik hastaları deliryum varlığı yönünden taramak için objektif ve kullanımı kolay tarama aracı ya da yönteminin bulunmaması nedeniyle konuyla ilişkili araştırma sonuçları sınırlı ve alınabilecek önlemler konusunda kanıtlar yetersizdir. Sağlık çalışanlarının çok azının tarama araçlarının gerekliliği ve kullanımı konusunda yeterli bilgiye sahip olması da mevcut bilgi ve kanıtların uygulamada kullanılmasını güçleştirmektedir (Kudchadkar et al.2014). Spronk ve ark (2009) (%65.2) ve Van Eijk ve ark (2009) (%71) tarafından yapılan farklı çalışmalarda yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda deliryumu taramak için geçerlik ve güvenilirliği yapılmış bir aracın yokluğu nedeniyle hemşirelerin ve hekimlerin yarısından fazlasının deliryumu tespit edemediğini saptamışlardır. Deliryum, pediatrik hastalıkların önemli bir sekeli olarak görülmesine de ölüme kadar gidebilecek olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabilir. Deliryum, sağlık çalışanları tarafından yeterince bilinmediğinden önlenmesi için gerekli müdahaleler atlanmakta, tanılanması gecikmekte ve zamanında uygun müdahaleler yapılamadığı için tablo daha da ilerlemekte ve hatta hasta kaybedilmektedir (Peacock et al.2012; Topuz ve Doğan 2012). Çocukların gelişmekte olan beyinleri kırılabilir ve esnek bir yapıda olduğu için herhangi bir hastalık durumunda çok çabuk zarar görebilir. Bu yüzden deliryumun pediatrik hastalarda tanılanması daha önemlidir. Bu açıdan deliryumun tanılanmasını kolaylaştırmak, geçerli ve güvenilir değerlendirme aracı geliştirmek, uzun vadeli sonuçları önlemek ve tedavi etmek için stratejilerin oluşturulması önemlidir (Schievelde et al. 2007; Silver et al. 2010).

### **Deliryumun Tanı Kriterleri**

Deliryum, başka bir nörobilişsel bozuklukla açıklanamayan akut beyin işlev bozukluğudur. DSM-5 (2013)'e göre, deliryum tanısı için aşağıdaki ölçütlerin bulunması gerekir;

A. Dikkat (dikkati yöneltme, odaklama, sürdürme ve bölme yetisinde azalma) ve farkındalık (çevreye oryantasyon) bozulur.

B. Kısa sürede gelişir (saatler veya günler) ve gün boyu değişimler gösterir.

C. Bilişsel işlevlerde başka değişiklikler (bellek bozukluğu, yönelim bozukluğu, lisan bozuklukları) görülür.

D. Bozukluk başka bir nörobilişsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve uyanıklığın koma gibi daha ciddi seviyelerde azaldığı bir durumda ortaya çıkmaz.

E. Öykü ve fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen kanıtlar bozukluğun başka bir sağlık sorunu, madde entoksikasyonu veya yoksunluğu, bir toksine maruziyet veya birden fazla nedenin doğrudan fizyolojik bir sonucu olarak geliştiğini gösterir (APA 2013).

Deliryum, psikomotor aktiviteye bağlı olarak hiperaktif, hipoaktif ve mikst olmak üzere üç alt tipe ayrılır. Hiperaktif deliryumlu çocuklarda ajitasyon ve sinirlilik görülürken, hipoaktif deliryumlu çocuklar çevreye ilgisizdirler ve psikomotor becerilerinde gecikme vardır (Schieveld et al. 2015; Smith et al. 2016). Hiperaktif ve hipoaktif deliryum belirtilerinin birlikte görüldüğü deliryum ise mikst tip olarak kabul edilir. Deliryumun patofizyolojisi henüz aydınlatılmamıştır ve oluşmasında etkileşim mekanizmalarının rolünden bahsedilmektedir. Deliryumla ilişkili nörodavranışsal rahatsızlıklara yol açan sorunlar arasında sistemik inflamasyona yanıt olarak gelişen nöroinflamasyon, nörotransmitterlerdeki dengesizlikler, anormal stres yanıtı, uyku-uyanıklık döngüsünde bozulma ve oksijen yoksunluğu yer alır (Ouimet et al. 2007; Hughes et al. 2012; Smith et al. 2013a). Deliryuma neden olan patofizyolojik mekanizma tam olarak ortaya çıkarılamasa da; bu tabloya bilişsel fonksiyonu, davranışları ve ruhsal durumu düzenleyen asetilkolin, dopamin, norepinefrin, serotonin, glutamat ve gamma-aminobütirik asit gibi nörotransmitterlerin sentezi ve yıkılmasında ortaya çıkan dengesizliklerin yol açtığı bilinmektedir. Ortaya çıkan tabloda yapısal ve damarsal bozukluklar sonucu beyinde yaygın fonksiyon kaybı görülmektedir (Ouimet et al. 2007; Morandi ve Jackson 2011).

### **DELİRYUM RİSK FAKTÖRLERİ**

Kritik hasta çocuklarda deliryum için risk faktörlerini belirleyen çalışmalar sınırlıdır. Deliryum için risk faktörleri, predispozan (yatkinlik oluşturan) ve hızlandırıcı faktörler olarak iki bölümde incelenir. Predispozan faktörler hastanın hastaneye ya da yoğun bakıma kabulünden önce mevcut olup değiştirilmesi

güçtür. Hızlandırıcı faktörler ise kritik hastalık esnasında meydana gelir, koruyucu ve tedavi edici yöntemlerle değiştirilebilir (Bilge et al. 2015; Vasilevskis et al. 2011). Predispozan faktörler arasında korku, stres, ağrı, nörolojik sorunlar, yanık, alkol/madde etkileşimi ya da yoksunluğu, beslenme bozuklukları (tüple veya total parenteral beslenmeyi gerektiren), duyuusal uyarıların fazlalığı ya da azlığı, gürültü (telefon sesi, aletlerin alarm sesi gibi), analjezik, nöroleptik veya narkotik ilaç kullanılması, pencerelerin olmamasından dolayı gece gündüz ayırımının yapılamaması, idrar sondası, endokrin hastalıklar, hipotermi, merkezi sinir sistemi (MSS) patolojileri, metabolik nedenler sayılabilir (Silver et al. 2010; Özdemir 2014; Schieveld et al. 2015; Brahmabhatt et al. 2016).

Erkek cinsiyet, hastaların uzun süre sedatize edilmesi, kötü fiziksel durum, aortik cerrahi, immobilizasyon, uyku bozukluğu, yoğun bakımda kalma süresinin uzunluğu ve çoklu ilaç kullanımı, deliryum için bilinen genel risk faktörleridir (Vasilevskis et al. 2011; Bilge ve ark 2015). Kritik olarak hasta olan çocukta deliryum ile ilişkili ilaçlar arasında benzodiazepinler, opioidler, steroidler, ketamin ve propofol gibi ankorozdatifler yer alır (Schieveld et al. 2007; Silver et al. 2010; Traube et al. 2017a; Traube et al. 2017b). İlaçlara bağlı deliryum gelişme riski, ilaçların sayısına ve ajanın antikolinerjik potansiyeline bağlıdır. Psikoaktif aktiviteye sahip ilaçların kullanımının deliryum gelişmesinde daha yüksek risk oluşturduğu tespit edilmiştir (Smith et al. 2011; Smith et al. 2013a; Schieveld et al. 2015; Traube et al. 2017a). Bunlar arasında barbitüratlar, opioidler, antikolinerjikler, benzodiazepinler ve kortikosteroidler yer almaktadır (Smith et al. 2011; Traube et al. 2017a). Ayrıca, enfeksiyonlar, ilaç entoksikasyonu, metabolik rahatsızlıklar, travma, merkezi sinir sistemi sorunları ve hipoksi deliryuma yol açabilir (Maclulich et al. 2008; Smith et al. 2013a; Traube et al. 2017a). Deliryum için risk oluşturan enfeksiyonlar arasında menenjit, ensefalit, idrar yolu enfeksiyonu veya pnömoni sayılabilir. Travmatik beyin hasarı, yaygın aksonal yaralanma, cerrahi operasyon, inme, kanama, nöbet ve MSS tümörü gibi merkezi sinir sistemi patolojileri veya travmaları deliryum için risk oluşturan etmenler arasındadır (Maclulich et al. 2008; Schieveld et al. 2015). Deliryumu başlatan bu özelliklerin tamamına yakını yoğun bakım ünitelerinde bulunduğu, bu ünitelerde yatan hastalarda deliryum gelişme riski oldukça

yüksektir (Topuz ve Doğan 2012). Ely ve ark (2001), yoğun bakım ünitesindeki bir hastada bu faktörlerden 10 veya daha fazlasının bulunabileceğini belirtmiştir. Yoğun bakım ünitesinde deliryum için risk faktörleri üzerinde yapılan araştırmalarda, farklı yaş grupları ile ve farklı yöntemler kullanarak yapıldığı için bazen çelişkili sonuçlar ortaya çıkmıştır. Yoğun bakım ünitesindeki tüm hastalarda deliryum gelişmeyebileceği gibi her yaş grubu için de risk faktörü aynı değildir. Özellikle bebeklik, ilk çocukluk ve geç yetişkinlik döneminde deliryumla ilişkili risk faktörüne maruz kalanların deliryum gelişimine karşı en savunmasız oldukları düşünüldüğünde her bir faktörün, yoğun bakım ünitesinde yatan her yaş grubuna özel incelenmesi gerekir (Pisani et al. 2007; Traube et al. 2017b).

### **DELİRYUM PREVALANSI VE İNSİDANSI**

Yapılan çalışmalarda, deliryum prevalansının %13 ile %53 arasında değiştiği görülmüştür (Schieveld et al. 2007; Smith et al. 2011; Traube et al. 2014; Smith et al. 2016). Deliryum prevalansındaki farklılıkların nedenleri çocukların yaşı ve tanılama yöntemlerindeki farklılıklarla ilişkili olabilir. Smith ve ark (2016) yaptıkları bir çalışmada, deliryum prevalansını 6 ay-5 yaş grubu çocuklarda %44 ve 6 ay-2 yaş arasındaki grupta ise %53 oranında bulmuşlardır. Araştırmaya dahil edilen çocukların %43'ünün deliryum için önemli bir risk faktörü olan mekanik ventilasyona bağlı olduğunu belirtmişlerdir (Smith et al. 2016). Yoğun bakımda yatan hasta çocukların tümüne bir tarama aracı kullanılarak deliryum varlığı değerlendirildiğinde ise, hipoaktif deliryum prevalansı %43 ila %81 arasında bulunmuştur (Silver et al. 2012; Smith et al. 2016; Traube et al. 2017b). Ayrıca çalışmalarda mekanik ventilasyon uygulananların oranı Hollanda'da %85 iken, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) %54.5 olarak saptanmıştır (Schieveld et al. 2008; Silver et al. 2015). Schievelde ve ark (2007) tarafından yapılan başka bir çalışmada 15 - 18 yaş arasındaki kritik hasta adölesanlarda deliryum insidansı %19 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada hastaların %62.5'inin erkek ve %85'inin mekanik ventilasyona bağlı olduğu görülmüştür (Schieveld et al. 2007).

Çocuklarda deliryumun tanınması ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde deliryum tanılama araçları ve tanılama

araçlarının kullanıldığı hasta özellikleri açısından da farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin Hollanda'da yapılan bir çalışmaya sadece pediatrik psikiyatriste danışılan çocuklar alınırken, ABD'de yapılan çalışmalarda örneklemi pediatrik yoğun bakıma kabul edilen tüm hastalar oluşturmuştur. Hollanda'da yapılan çalışmada, bir pediatrik psikiyatrist, deliryumu teşhis etmek için DSM-4 kriterlerini kullanmıştır. ABD'de yapılan çalışmalarda, tüm hastalar bir psikiyatri uzmanı tarafından DSM-4 ölçütleri kullanılarak, bir yoğun bakım uzmanı veya hemşire tarafından bir tarama aracı kullanılarak deliryum değerlendirilmiştir. Pediatrik yoğun bakıma kabul edilen tüm hastalarda deliryum prevalansı, sadece pediatrik psikiyatriste danışanlardan farklı olarak daha yüksek bulunmuştur (Schieveld et al. 2008).

### **DELİRYUM TARAMA ARAÇLARI**

Deliryumu tanımak, deliryumla ilişkili mortalite ve morbiditeyi azaltmak için uygulanacak müdahalelerin temelidir. Tarama araçları kullanıldığında deliryumun tanınma olasılığı artar (Traube et al. 2014). Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği (2016), kritik hasta çocuklara yönelik deliryum tarama araçlarının düzenli kullanımının önerilmesine karşın pediatrik yoğun bakım ünitelerinin %71'inde hastalarda rutin olarak deliryum taraması yapılmadığını belirtmiştir. Aynı araştırmada, pediatrik yoğun bakım uzmanlarının sadece %2'si her gün en az bir kez hastalarında deliryum taraması yaptıklarını belirtmiştir (Pun ve Boehm 2011; Kudchadkar et al. 2014). Hamdan-Mansour ve ark (2010) yaptığı çalışmada yoğun bakımda çalışan hemşirelerin deliryum konusundaki bilgi düzeylerinin düşük olduğunu tespit etmişlerdir.

Yapılan literatür incelemesinde, son yıllarda yapılmış uluslararası çalışmalarda kritik hasta çocuklar için geliştirilmiş üç deliryum tarama aracına ulaşılmıştır. Bunlar; Pediatrik Yoğun Bakım Ünitesinden Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği (pCAM-ICU), Okul Öncesi için Yoğun Bakım Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği (psCAM-ICU) ve Cornell Pediatrik Deliryum (CAPD) Değerlendirmesi'dir (Smith et al. 2011, 2016; Traube et al. 2017b). Deliryum tarama araçlarına ilişkin bilgiler Tablo 1'de verilmiştir. Araçların değerlendirme yöntemleri ve uygulanabilir yaş aralıkları birbirinden farklıdır. Örneğin, PCAM-ICU, 5

yaşından büyük hastaları taramak için kullanılırken ve psCAM-ICU, 6 ay ile 5 yaş arasındaki çocukları, CAPD ise gelişimsel ve takvim yaşından bağımsız olarak, doğuştan itibaren 21 yaşına kadar olan kritik çocuklarda deliryumu taramak için kullanılır. Kullanımı kolay olan bu tarama araçları hemşireler tarafından 2 dakikadan daha kısa sürede tamamlanabilir (Smith et al. 2011; Smith et al. 2016). Hemşireler bu tarama araçlarını kullanarak kritik hasta çocukların yoğun bakım ünitesine yatışından itibaren deliryum taramasını başlatmalı ve her 8-12 saatte bir tekrarlamalıdır (Wells 2012; AACN 2016).

PCAM-ICU ve psCAM-ICU'da zihinsel durum, dikkatsizlik, bilinç düzeyi ve düzensiz düşünce olmak üzere dört deliryum davranışı değerlendirilir. Tarama zihinsel durumu değerlendirme ile başlar. Zihinsel durumda

farklılık gözlenmiyorsa, değerlendirmeye son verilerek deliryumun negatif olduğu kabul edilir. Zihinsel durumda farklılık gözlenmesi durumunda ise ikinci özellik olan dikkatsizlik değerlendirilir. Dikkatsizlik belirtileri de pozitif olarak değerlendirildiğinde, bilinç düzeyinde değişme ve ya düzensiz düşünce özelliklerinden herhangi birinin de pozitif olması hastada deliryum olduğunu gösterir. Dikkatsizlik belirtilerinin gözlenmemesi durumunda ise değerlendirmeye son verilerek hastada deliryumun negatif olduğuna karar verilir. CAPD'da yer alan 8 maddelik ölçekte ise her maddeye sıfır ila dört arasında puan verilir. Ölçek, çocuğun bilinç, yönelim, psikomotor aktivite ve hipoaktif/ hiperaktif deliryum belirtilerini ve semptomlarını değerlendirmeye yönelik sorular içerir. Ölçek puanının dokuzdan fazla olması çocukta deliryum olduğunu gösterir.

**Tablo 1.** Çocuklarda Kullanılan Deliryum Tarama Araçları (Norman ve ark 2017)

	pCAM-ICU2	psCAM-ICU	CAPD
<b>Yaş</b>	>5 y	6 ay- 5 yaş	0-21 yaş
<b>Değerlendirilen deliryum davranışları</b>	Zihinsel durum Dikkatsizlik Bilinç Düzensiz düşünce	Zihinsel durum Dikkatsizlik Bilinç Düzensiz düşünce	8 maddelik ölçek (her madde 0-4 puan arasında): -Çocuk ebeveynleriyle göz teması kurar mı? -Çocuğun eylemleri amaçlı mı? -Çocuk çevresinden haberdar mı? -Çocuk ihtiyaç ve istekleri iletiyor mu? -Çocuk huzursuz mu? -Çocuk yatıştırılmıyor mu? -Çocuk uyanıkken az mı hareket eder? -Çocuğun etkileşimlere cevap vermesi çok mu uzun sürüyor?
<b>Referanslar</b>	Uyarılma değerlendirme aracı Gelişimsel olarak uygun resim kartları	Uyarılma değerlendirme aracı Gelişimsel olarak uygun resim kartları	Gelişim dönüm noktaları
<b>Gözlem süresi</b>	En kısa sürede	En kısa sürede	Vardiya boyunca gözlemlenip, vardiya sonunda puanlama
<b>Tarama süresi</b>	<2 dakika	<2 dakika	<2 dakika
<b>Puanlama (kesme noktası)</b>	Deliryum özelliklerinden 1, 2 ve 3 veya 4'den herhangi biri varsa deliryum pozitifdir.	Deliryum özelliklerinden 1, 2 ve 3 veya 4'den herhangi biri varsa deliryum pozitifdir.	0-32 >9

Yabancı literatür incelendiğinde yurt dışında geçerlilik- güvenilirliği yapılmış olan tarama araçlarından pCAM-ICU ve psCAM-ICU'nun İngilizce, Portekizce, Almanca dillerinde, CAPD'ında bu dillerin yanı sıra Çince, Danca, Fince, Fransızca, İbranice, İtalyanca, Japonca gibi dillere çevrilerek kullanılmaya başlandığı görülmüştür. Araçların değerlendirme yöntemleri ve uygulanabilir yaş

aralıkları birbirinden farklı olsa tüm yaş gruplarını kapsayan CAPD'ın daha yaygın kullanıldığı görülmüştür (Smith et al. 2011, Traube et al. 2014; Smith et al. 2016; Holly et al. 2018).

Hemşireler değerlendirme süresi oldukça kısa olan bu tarama araçlarını kullanarak kritik hasta çocukların yoğun bakım ünitesine yatışından itibaren deliryum taramasını

başlatmalı ve her 8-12 saatte bir tekrarlamalıdır (Wells 2012; AACN 2016).

## **DELİRYUMUN OLUMSUZ SAĞLIK SONUÇLARI**

Deliryum ile ilişkili olumsuz sonuçlar arasında sıklıkla travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), hastanede kalış süresinin uzaması ve mortalite yer alır. Kritik hasta çocuklarda deliryum ile mortalite ilişkisini gösteren kanıtlar sınırlıdır. Literatür incelendiğinde %2.4 ile %20 arasında mortalite insidansı bulunmuştur (Schieveld et al. 2008; Smeets et al. 2010). Deliryumun kritik hastalığı olan çocuklar için yoğun bakım ve hastanede kalış sürelerini uzattığı gösterilmiştir. Silver ve ark (2015) deliryumu olmayan çocukların üç, deliryumlu çocukların ise 18 gün gibi uzun sürelerde hastanede kalış süresinin olduğunu bulmuştur. Smeets ve ark (2010) da benzer şekilde deliryumlu çocukların, pediatrik yoğun bakım ünitesinde kalış süresinin deliryumlu olmayanlara göre daha uzun olduğunu saptamıştır. Colville ve ark (2008) yoğun bakımdan taburcu olan her üç çocukta birinin taburculuktan 3 ay sonra kritik hastalık deneyimi ile ilgili sanrısız anılarının olduğunu belirtmiştir. Taburculuk sonrası anlatılan sanrılı anıların yüksek düzeyde TSSB skoru ile ilişkisi gösterilmiştir. Ayrıca yoğun bakıma her yatış, maliyet artışına da neden olur. Smeets ve ark (2010) deliryumlu ve kritik hastalığı olan çocukların yoğun bakımda kalma süresinin artmasıyla tıbbi maliyetlerde doğrudan %1.5'lik bir artış saptamışlardır. Traube ve ark (2016), hastalığın şiddeti, yatış süresi ve mekanik ventilasyonun etkisini kontrol altına aldıktan sonra, bir hastanın deliryum tanısı alması ile yoğun bakım maliyeti arasında %85 oranında ilişki olduğunu bulmuşlardır.

## **DELİRYUM GELİŞEN HASTALARDA PEDİATRİ HEMŞİRESİNİN ROLÜ**

Pediatrik yoğun bakıma yatan hastaların üniteye kabulü, izlenmesi, tedavi ve bakımında hekim, hemşire, fizyoterapist ve psikologdan oluşan bir ekibin varlığı oldukça önemlidir (Al-Qadheeb et al. 2013; Hosie ve Phillips 2014). Özellikle yoğun bakımda hastayla uzun süre birebir temasta olan hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşirelerin deliryum konusunda en önemli sorumlulukları tarama yapmalarıdır (Schreier 2010; Hosie ve

Phillips 2014). Özellikle 'Deliryum Tarama Araçları' başlığında belirtmiş olduğumuz tarama araçlarının Türkçe geçerlilik- güvenilirliğinin yapılarak ülkemizde kullanılmaya başlaması deliryumun farkedilmesi konusunda hemşirelere yarar sağlayacaktır. Ayrıca deliryum gelişmesi önlenerek hastada olumsuz sağlık sonuçları en aza indirilecektir. Bu nedenle farklı yaş grubundaki kritik hasta çocuklar için geliştirilmiş uygun tarama aracının hemşireler tarafından kullanımı gereklidir (Schreier 2010). Ancak ülkemizde hasta bakım protokolleri içerisinde böyle bir uygulamaya rastlanmamıştır (Durukan ve ark 2008). Inouye ve arkadaşları (2003) deliryum bulgularının yoğunluk ve sıklığını azaltan bir girişim stratejisi geliştirmiştir. Buradaki öneriler oryantasyon, terapötik faaliyetler, hareketlilik, iştihaya veya görme, uyku hijyeni, yeterli sıvı alımı ve duygusal anlamda destek sağlamaya yöneliktir. Tedavi ekibi bu protokolü izlediğinde deliryum oranının azaldığı görülmüştür. Benzer uygulamalar yatan pediatrik hastalar için de düzenlenebilir. Buna ek olarak hemşire ve doktorların uygun bakım vermesi ile anne, baba veya aile bireylerinin tedavi sürecine aktif katılımı pediatrik hastanın ajitasyon ve konfüzyonunun azaltılmasına katkıda bulunabilir (Durukan ve ark 2008). Yoğun bakım ünitelerinde hastane yönetimi tarafından aile merkezli bakım protokollerinin oluşturulması, ailenin çocuğu daha sık ziyaret etme olanağının sağlanması önemlidir. Ailelere çocuklarının sağlık durumu hakkında düzenli bilgilerin verilmesi, çocuklarının bakımına katılmaları konusunda desteklenmeleri, ilaç uygulamaları ve özel beceri gerektiren uygulamalara ilişkin eğitimlerin yapılması da aile ve çocuk açısından yarar sağlayacaktır (Öztürk ve Ayar 2014).

Hemşirelerin deliryum ve risk faktörleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları da bu bozukluğun gözden kaçırılmasında etkilidir. Bu nedenle hemşire hastanın sahip olduğu risk faktörleri ile birlikte deliryum gelişimine katkı sağlayan çevresel faktörleri de ele almalıdır. Risk altında olan hastalarda, davranış değişiklikleri, duygulanımdaki hızlı değişiklikler, kataterini çıkarmaya çalışma, uygunsuz cinsel davranışlar, bakımı reddetme, sağlık ekibiyle iletişim sorunları, eşyalara zarar verme gibi değişiklikler izlenmelidir (Topuz ve Doğan 2012; Özdemir 2014). Hastanın hangi ilaçları aldığı ve yan etkileri konusunda bilgi sahibi olmalıdır. Hemşirelik eğitimi sürecinde deliryum konusuna yeterli zaman ayrılarak yer verilmesi, mesleğe başladıktan sonra da hizmet içi eğitim

programları, kurs, kongre gibi etkinliklerde bu konuya değinilmesi hemşirelerde deliryum farkındalığının oluşmasına katkı sağlayacaktır. Deliryum tanısı alan hastalarda uygun hemşirelik girişimlerinin deliryum tedavisinde farmakolojik yöntemlerden daha etkili olduğu belirlenmiştir. Bu alanda hemşirelerin en önemli sorumlulukları sıvı durumunun gözlenmesi, ağrı kontrollerinin yapılması ve hastaların zihinsel işlevlerini sürdürmesi için elverişli bir ortamın sağlanmasıdır (Schreier 2010). Bu nedenle özellikle yoğun bakım ünitelerinde hastaların aldığı çıkardığı takibi düzenli olarak yapılmalıdır. Çocukların dehidratasyon durumu belirli aralıklarla değerlendirilmelidir. Çocuğun yaşına uygun ağrı skalaları ile ağrı durumunu değerlendirilmeli, ağrının azaltılması/giderilmesi konusunda uygulanabilecek nonfarmakolojik tedavi yaklaşımlarını uygulamalıdır. Hastaların sirkadyen ritimlerini sürdürmeleri için uygun ortam hazırlanmalıdır. Hastaların gece-gündüz farkındalığının oluşmasını sağlamak için gece ışıklar kapatılmalı ve oda içerisinde gürültü azaltılmalıdır. Hastanın gün ışığından olabildiğince yararlanmasına dikkat edilmelidir. Hastanın kişi-yer ve zaman oryantasyonu sağlanmak için hastanın görebileceği yerlerde takvim ve saat bulundurulmalı, belirli aralıklarla sorular sorularak hastada oryantasyon durumu değerlendirilmelidir. Hastanın sosyal izolasyonu önlenmelidir. Bu nedenle hastanın sevdiği yakınlarıyla görüşmesi sağlanmalı ve aile merkezli bakım ilkeleri uygulanmalıdır. Yapılacak uygulamalarda mümkünse ailenin katılım sağlamasına dikkat edilmeli, çocuğun istediği, sevdiği bir oyuncak ya da nesnenin yanında bulunmasına dikkat edilmelidir. Hastayla profesyonel bir iletişim kurulması da hastanın iyileşme sürecinde önemli rol oynar. Bu alanda uzman konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireleri bu konuda uygun bir hizmet ve danışmanlık verebilirler (Küçük ve Kaya 2011; Topuz ve Doğan 2012). İletişim kurarken, çocuğun ismiyle hitap edilmeli, kısa net ve anlaşılır kelimeler tercih edilmeli, konuşurken jest mimikler de konuşmaya eşlik etmeli, çocuğa ne yapmaması değil ne yapması gerektiği söylenmelidir. Çocuk konfüze değilken konfüzyon ve sonuçları hakkında anlayabileceği şekilde bilgi verilmeli ve tedavi planı hem çocuk hem de ailesiyle birlikte görüşülmelidir. Deliryum sırasında ve iyileşme sürecinde çocuğa güven vermek oldukça önemlidir. Ülkemizde deliryumda uygun hemşirelik yaklaşımları ile ilgili hemşirelerin bilgi düzeyini ölçen bir

çalışmada hemşirelerin birçok soruyu doğru yanıtladığı bulunmuştur. Bilgi düzeyi yeterli seviyede olsa da bu bilginin uygulamaya yansıtılması oldukça önemlidir (Topuz ve Doğan 2012). Yurt dışında deliryum konusunda hemşirelere eğitim vermenin hemşirelik bakımında etkili olduğunu gösteren çalışma bulguları da mevcuttur (Speed 2015; Van de Steeg et al. 2015).

#### **Sınırlılıklar**

Bu derlemede ülkemizde pediatrik yoğun bakım ünitesinde yatan pediatrik hastalarda deliryumun tanınması ve hemşirelik yönetimine ilişkin yeterli kaynak bulunmadığı için ağırlıklı olarak yabancı kaynaklardan yararlanılmıştır.

#### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Pediatri yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler belirli aralıklarla hastanın zihinsel durumunu, dikkat düzeyini, bilinç düzeyindeki değişimleri, düşünce şeklinde oluşan dalgalanmaları değerlendirmelidir. Bunun için ülkemizde geçerlilik- güvenilirliği yapılmış deliryum tarama aracına ihtiyaç vardır. Deliryum gelişiminin azaltılmasında deliryuma neden olabilecek etkenin saptanması ve ortadan kaldırılmasına odaklanmalıdır. Hemşireler küçük çocuklarda ortaya çıkan akut psikiyatrik bulgular ve davranış sorunları aksi kanıtlanana kadar deliryum olarak değerlendirmeli ve ona yönelik girişimlerde bulunmalıdır. Deliryum tablosunu karıştırabileceği ve kötüleştirebileceği için ilaçlardan sakınmak, kullanımı zorunlu olan ilaçları mümkün olan en düşük dozda kullanmak gerekmektedir. Ayrıca aile merkezli bakım ilkeleri doğrultusunda hastaya bakım sağlanmalı, hastanede var olan aile merkezli bakım protokolleri klinik alana uyarlanmalı ve aile ile işbirliği içerisinde olunmalıdır (Durukan ve ark 2008; Topuz ve Doğan 2012; Öztürk ve Ayar 2014).

Deliryum ve ağır düzeydeki ajitasyonun, hasta bakımını zorlaştırması, mortalite üzerinde başka faktörlerden bağımsız etkisi ve morbidite oranını artırması nedeniyle çocuk psikiyatristleri, pediatrik ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin akut mental durum değişikliklerine karşı dikkatli olmaları gerekmektedir (Durukan ve ark 2008; Topuz ve Doğan 2012).Tarama araçları bu konuda hemşirelere oldukça yarar sağlayabilecek olsa da ülkemizde pediatri yoğun bakım hemşirelerinin kullanabileceği, geçerlilik- güvenilirliği yapılmış

deliryum tarama aracının bulunmaması ve bu konuda hemşirelerin farkındalığının olmaması riskli grupların belirlenmesini güçleştirmektedir. Pediatrik deliryum tarama araçlarının geçerlik ve güvenilirliklerinin yapılması ve ayrıca kliniklerde kullanımının yaygınlaştırılması gerekmektedir. Yoğun bakımlarda hastaların bakım gereksinimlerini birebir karşılayan hemşireler, bireyi bütüncül olarak değerlendirmeleri ve deliryumun olası risklerini belirlemeleri

durumunda, deliryumun oluşmasına zemin hazırlayan olası risk faktörleri de önenebilir.

## ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

## YAZAR KATKILARI

BKB: literatür tarama, BKB, HÇ: derlemenin planlanması ve yazımı HÇ: kritik okuma

## KAYNAKLAR

**Al-Qadheeb NS et al.** Perceptions of nurses and physicians of their communication at night about intensive care patients' pain, agitation, and delirium. *American Journal of Critical Care*; 2013;22(5):49-61.

**American Association of Critical-Care Nurses.** AACN practice alert: assessment and management of delirium across the life span. *Crit Care Nurse*; 2016;36(5):14-9.

**American Psychiatric Association (APA).** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Publishing; 2013;5(1):128-9.

**Bilge EU ve ark.** Erişkin hastalarda postoperatif yoğun bakım ünitesinde deliryum insidansı. *Turkish Journal of Anaesthesiology & Reanimation*; 2015;43(4):232-9.

**Brahmbhatt K, Whitgob E.** Diagnosis and management of delirium in critically ill infants: case report and review. *Pediatrics*; 2016;137(3):1-5.

**Colville G, Kerry S, Pierce C.** Children's factual and delusional memories of intensive care. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*; 2008;177(9):976-82.

**Dubois MJ et al.** Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors. *Intensive Care Medicine*; 2001;27(8):1297-304.

**Durukan İ ve ark.** Çocuk ve ergenlerde deliryum ve tedavisi: gözden geçirme. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*; 2008;15(3):177-86.

**Ely EW, Siegel MD, Inouye SK.** Delirium in the intensive care unit: an under-recognized syndrome of organe dysfunction. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*; 2001;22(2):115-26.

**European Delirium Association, American Delirium Society.** The DSM-5 criteria, level of arousal and delirium diagnosis: inclusiveness is safer. *BMC Medicine*. 2014;12(8):141.

**Hamdan-Mansour AM et al.** Knowledge and nursing practice of critical care nurses caring for patients with delirium in intensive care units in Jordan, *The Journal of Continuing Education in Nursing*; 2010;41(12): 571-76.

**Holly C et al.** Original Research Recognizing Delirium in Hospitalized Children A Systematic Review of the Evidence on Risk Factors and

Characteristics. *AJN The American Journal of Nursing*. 2018;118(4):24-36.

**Hosie A, Phillips J.** Editorial: Nurses' role in improving interdisciplinary delirium care in inpatient settings: steps for action. *Journal of Clinical Nursing*; 2014;23(21-22):2995-7.

**Hughes CG, Patel MB, Pandharipande PP.** Pathophysiology of acute brain dysfunction: what's the cause of all this confusion? *Current Opinion in Critical Care*; 2012;18(5):518-26.

**Inouye SK et al.** The role of adherence on the effectiveness of nonpharmacologic interventions. *Archives of Internal Medicine*; 2003;163(8):958-64.

**Inouye SK.** Delirium in older persons. *The New England Journal of Medicine*; 2006;354(11):1157-65.

**Kırpınar İ.** Dahili ve cerrahi tıpta deliryumun değerlendirilmesi ve yönetimi: Bir gözden geçirme; 2016; 4(3): 113-22.

**Kudchadkar SR, Yaster M, Punjabi NM.** Sedation, sleep promotion, and delirium screening practices in the care of mechanically ventilated children: a wake-up call for the pediatric critical care community. *Critical Care Medicine*; 2014;42(7):1592-600.

**Küçük L, Kaya H.** Koroner yoğun bakım sürecinde yaşanan psikiyatrik bir durum: deliryum ne kadar tanıyoruz? *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*; 2011;4(1):162-6.

**MacLulich AM et al.** Unravelling the pathophysiology of delirium: a focus on the role of aberrant stress responses. *Journal of Psychosomatic Research*; 2008;65(3):229-38.

**Morandi A, Jackson JC.** Delirium in the intensive care unit: A review. *Neurologic Clinics*; 2011;29(4):749-63.

**Norman S, Taha AA, Turner HN.** Delirium in the critically ill child. *Clinical Nurse Specialist*; 2017;31(5):276-84.

**Ouimet S et al.** Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. *Intensive Care Medicine*; 2007;33(1):66-73.

**Özdemir L.** Yoğun bakım hastasında deliryumun yönetimi ve hemşirenin sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*; 2014;1(1):90-8.



- Öztürk C, Ayar D.** Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2014;7(4):315-20
- Peacock R et al.** Care home staff can detect the difference between delirium, dementia and depression. Nursing Older People; 2012;24(1):26-30. Pediatric illness severity measures predict delirium in a pediatric intensive care unit. Crit Care Med. 2008;36(6):1933-36.
- Pereira JM et al.** Delirium in critically ill patients: risk factors modifiable by nurses/Delirium no doente crítico: fatores de risco modificáveis pelos enfermeiros/El delirio en pacientes críticos: factores de riesgo modificables por los enfermeros. Revista de Enfermagem Referência; 2016;4(9):29.
- Pisani MA et al.** Characteristics associated with delirium in older patients in a medical intensive care unit. Archives of Internal Medicine; 2007;167(15):1629-34.
- Pun BT, Boehm L.** Delirium in the intensive care unit assessment and management. AACN Advanced Critical Care; 2011;22(3): 225-37.
- Schieveld JN et al.** Pediatric delirium in critical illness: phenomenology, clinical correlates and treatment response in 40 cases in the pediatric intensive care unit. Intensive Care Med; 2007;33:1033-40.
- Schieveld JNM, Ista E, Knoester H, Molag ML.** Pediatric delirium: a practical approach. In: Rey JM, ed. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva, Switzerland: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. <http://iacapap.org/wp-content/uploads/I.5-Delirium-2015.pdf>, 2015. Erişim Tarihi:24.01.2019.
- Schreier AM.** Nursing care, delirium, and pain management for the hospitalized older adult. pain management nursing; 2010;11(3):177-85.
- Silver G et al.** Pediatric delirium and associated risk factors: a single-center prospective observational study. Pediatric Critical Care Medicine; 2015;16(4):303-9.
- Silver G et al.** Detecting pediatric delirium: development of a rapid observational assessment tool. Intensive Care Medicine; 2012;38(6):1025-31.
- Silver GH et al.** Infant delirium in pediatric critical care settings. American Journal of Psychiatry; 2010;167(10): 1172-77.
- Smeets IA et al.** Prolonged stay at the paediatric intensive care unit associated with paediatric delirium. European Child & Adolescent Psychiatry; 2010;19(4):389-93.
- Smith HA et al.** Pediatric critical care perceptions on analgesia, sedation, and delirium. Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine; 2013b;34(2):244-61.
- Smith HA et al.** Diagnosing delirium in critically ill children: Validity and reliability of the Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. Critical care medicine, 2011;39(1), 150.
- Smith HA et al.** Pediatric delirium: monitoring and management in the pediatric intensive care unit. Pediatric Clinics of North America; 2013a;60(3):741-60.
- Smith HA et al.** The Preschool Confusion Assessment Method for the ICU: Valid and Reliable Delirium Monitoring for Critically Ill Infants and Children. Critical care medicine, 2016;44(3), 592-600.
- Speed G.** The Impact of a Delirium educational intervention with intensive care unit nurses. Clinical Nurse Specialist; 2015;29(2):89-94.
- Spronk PE et al.** Occurrence of delirium is severely underestimated in the ICU during daily care. Intensive Care Medicine; 2009;35(7):1276-80.
- Topuz Ş, Doğan N.** Bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin deliryum konusuna ilişkin bilgi düzeyleri. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fak Dergisi; 2012;14(3):21.
- Traube C et al.** Cost associated with pediatric delirium in the ICU. Critical Care Medicine; 2016;44(12):1175-79.
- Traube C et al.** Delirium and mortality in critically ill children: epidemiology and outcomes of pediatric delirium. Critical Care Medicine; 2017a;45(5):891-8.
- Traube C et al.** Cornell assessment of pediatric delirium: a valid, rapid, observational tool for screening delirium in the PICU. Critical Care Medicine; 2014;42(3):656-63.
- Traube C et al.** Delirium in critically ill children: an international point prevalence study. Critical Care Medicine; 2017b;45(4):584-90.
- Van de Steeg L et al.** The effect of an e-learning course on nursing staff's knowledge of delirium: a before- and-after study. BMC Medical Education; 2015;15(1):1-12.
- Van Eijk MM et al.** Comparison of delirium assessment tools in a mixed intensive care unit. Critical Care Medicine; 2009;37(6):1881-5.
- Vasilevskis E et al.** Delirium and sedation recognition using validated instruments: reliability of bedside intensive care unit nursing assessments from 2007 to 2010. Journal of the American Geriatrics Society; 2011;59(2):249-55.
- Wells LG.** Why don't intensive care nurses perform routine delirium assessment? A discussion of the literature. Australian Critical Care; 2012;25(3):157-61.

## **EXTENDED ABSTRACT**

Delirium is a clinical syndrome with a rapid onset, fluctuating course, accompanied by many reasons in its etiology, and changes in consciousness, perception, thought, sleep-wake cycle. Delirium is a disturbance in attention or consciousness that cannot be explained by a pre-existing neurocognitive disorder, that is caused by a medical reason, with acute and severe fluctuations in attention or consciousness with an additional disturbance to cognitive disorders such as memory, orientation, language, visual-spatial competence or perception. It is seen in approximately 33% (13% -53%) of critically ill children hospitalized in the pediatric intensive care unit. The development of delirium in a child causes many negative consequences, including increased cost of care, as well as morbidity and mortality. Children with delirium may live on mechanical ventilation for a long time, stay in the hospital for a longer time, and experience permanent behavioral and motor problems. In addition, the child may develop post-traumatic stress disorder due to hospitalization.

The combination of more than one risk factor plays a role in the development of delirium. Among these factors, some factors such as age and gender cannot be changed, while others can be changed because they are caused by acute conditions and / or iatrogenic or environmental reasons. Risk factors that play a role in the onset of delirium include infections, metabolic disorders, disease severity, mechanical ventilation, medications, age, developmental delay, sleep disturbance, practices that restrict physical activity, dehydration, malnutrition, environmental factors and psychosocial problems, catheters and intravenous routes. Nurses should have in-depth knowledge and skills regarding delirium, risk factors, assessment and care practices in order to properly handle and manage delirium. The purpose of this review is to share up-to-date information on the diagnosis and prevention of delirium in critically ill children hospitalized in the intensive care unit, and the roles of pediatric nurses.

In this review, PubMed, Web of Science, Cochrane, Turkey Citation Index, Google Scholar, EBSCOhost databases were scanned matches the achievement of the objectives of this study research on the subject. The key words are “delirium, child, intensive care, nursing care”.

When the studies on the subject are examined, the most basic risk factors for delirium in critically ill children are age, developmental delay, disease severity and mechanical ventilation. Among the negative consequences of delirium in pediatric patients, increased mortality, prolonged hospital stay and increased costs have been reported. Also; It has been found that pediatric nurses do not have sufficient knowledge about the diagnosis, prevention and care of delirium, they cannot apply the correct approaches and very few of the nurses use diagnostic tools in delirium evaluation. The presence of a team of physicians, nurses, physiotherapists and psychologists is very important in the admission, monitoring, treatment and care of patients hospitalized in pediatric intensive care. Nurses, who have been in direct contact with patients for a long time, have important responsibilities, especially in intensive care. Nurses' most important responsibilities about delirium are screening. Therefore, nurses should use an appropriate screening tool developed for critically ill children of different age groups. However, such an application has not been encountered in patient care protocols in our country. It is important to include orientation, therapeutic activities, mobility, hearing or vision, sleep hygiene, adequate fluid intake and emotional support in patient care protocols. In addition, proper care by nurses and doctors and active participation of parents or family members in the treatment process may contribute to the reduction of pediatric patient's agitation and confusion.


Nurses' not having enough information about delirium and risk factors is also effective in skipping this disorder. Therefore, the nurse should consider the risk factors that the patient has, as well as the environmental factors that contribute to the development of delirium. In patients at risk, changes such as behavioral changes, rapid changes in affect, attempting to remove the catheter, inappropriate sexual behavior, refusal to care, communication problems with the healthcare team, and damage to belongings should be monitored. It has been determined that appropriate nursing interventions are more effective than pharmacological methods in the treatment of delirium in patients diagnosed with delirium. The most important responsibilities of nurses in this area are observing fluid status, controlling pain, and providing a suitable environment for patients to maintain their mental functions. Therefore, especially in intensive care units, a suitable environment should be prepared for patients to maintain their circadian rhythms, orientation to person-place and time should be provided, and benefit from daylight should be ensured. Social isolation of the patient should be prevented. Therefore, the

patient should be allowed to meet with his loved ones and family-centered care principles should be applied. Professional communication with the patient plays an important role in the patient's healing process. Expert consultation-liaison psychiatric nurses in this field can provide appropriate service and counseling in this regard. While communicating, the name of the child should be addressed, short clear and understandable words should be preferred, gestures should accompany the speech while speaking, and the child should be told what to do, not what not to do. When the child is not confused, information about confusion and its consequences should be provided in a way that he can understand, and the treatment plan should be discussed with both the child and his family. It is very important to give confidence to the child during delirium and the recovery process. In a study measuring the knowledge level of nurses about appropriate nursing approaches in delirium in our country, it was found that nurses answered many questions correctly. There are also study findings showing that training nurses on delirium abroad is effective in nursing care.


Delirium is a common problem in critically ill children. Pediatric nurses should lead the way in the application of evidence-based information to improve patient outcomes. Pediatric nurses should control environmental factors that play a role in the development of delirium, prevent sleep disorders, establish effective communication with therapeutic approach and apply family-centered care.

**COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE TOPLUM TABANLI EBELİK HİZMETLERİ  
COMMUNITY-BASED MIDWIFERY SERVICES IN COVID-19 PANDEMIC PROCESS****Ayça DEMİR YILDIRIM\*, Tuğba YILMAZ ESENCAN\*\***

\*Öğr. Gör., Üsküdar Üniversitesi,  
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik  
Anabilim Dalı, İstanbul/Türkiye.

 0000-0001-8385-3954

\*\*Dr. Öğr. Üyesi, Üsküdar  
Üniversitesi, Sağlık Bilimleri  
Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı,  
İstanbul/Türkiye.

 0000-0002-8748-0793

**ÖZ**

Ülkemizde toplum tabanlı sağlık hizmetleri, sağlık bakanlığının bünyesinde halk sağlığı hizmetleri genel müdürlüğü, il düzeyinde halk sağlığı hizmetleri başkanlığı ve ilçe düzeyinde ilçe sağlık müdürlükleri, en küçük birim olarak ise Aile Hekimliği sistemi ve Sağlık evleri üzerinden hizmet vermektedir. Ebeler bakanlık ve il düzeyinde daha çok idari işlerin içinde yer alırken, ilçe düzeyinde topluma yönelik hizmetlerde, aile hekimliğinde bireye yönelik, sağlık evinde ise bölgede yaşayan halka verilecek sağlık hizmetlerinin içinde yer almaktadır. COVID-19 pandemi süreci ile birlikte ebelerin toplum tabanlı sağlık hizmetleri sunumunda değişiklikler olmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezinde çalışan ebeler Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu COVID-19 Rehberi doğrultusunda pandemi süresince hizmet vermeye başlamıştır. Ebeler toplum sağlığı merkezlerinde filyasyon ekiplerinde yerlerini alırken aile sağlığı merkezlerinde özellikli hasta takiplerine başlamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Ebe; COVID-19; pandemi, halk sağlığı; aile hekimliği; toplum tabanlı

**Yazışma Adresi:**

Ayça DEMİR YILDIRIM

e-posta:

aycademiryildirim@gmail.com

**Gönderim Tarihi:** 28 Mayıs 2020

**Kabul Tarihi :** 24 Aralık 2020

**ABSTRACT**

Society based health services in which midwifery services are broadly involved serve via General Directorate of Public Health under the Ministry of Health, via the Chairmanship of Public Health Services in province level and via the Directorate of health in district level, over the Family Medicine System and Health Houses as the smallest unit. Midwives generally take administrative tasks within the ministry settlement and in the province level whereas they are taking part in individual oriented health services under family medicine and health houses which aim to aid the population living in the region. With the COVID-19 pandemi process, there have been changes in midwives' community-based healthcare delivery. Midwives working in family health centers and community health centers in the provision of primary health care services started to serve during the pandemic in line with the COVID-19 Guide published by the Ministry of Health. While taking their place in the radiation teams in community health centers, they have started to follow-up patients in family health centers.

**Keywords:** Midwife; COVID-19; pandemi; community health family practitioner; community base

Atıf için (How to cite): **Demir Yıldırım A, Yılmaz Esencan T. Covid-19 Pandemi Sürecinde Toplum Tabanlı Ebelik Hizmetleri. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;3(3):244-252.**

## **GİRİŞ**

İnsanlık tarihi, varlığının sona ereceğine inandığı ve çok sayıda ölümlerin görüldüğü; savaş, kıtlık ve salgın hastalık gibi durumlarla karşı karşıya kalmış ve bunlarla mücadele etmiştir. On dokuzuncu Yüzyıldan itibaren teknoloji ve tıbbın gelişmesi ile gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkelerde bu sorunun önüne büyük oranda geçilmiş ve bulaşıcı hastalık ölüm insidansları ciddi şekilde düşmüştür (WHO 2020). Fakat günümüzde insanlık ürpertici bir yol ayrımına girmiş yeni tip bir virüs ile (COVID-19) salgınla mücadelenin yeni yollarını aramaya başlamıştır.

Aralık 2019'da Çin'in Wuhan şehrinin merkezinde gerçekleşen pnömoni salgınında, yeni tanımlanan SARS-CoV-2 etkenine bağlı gelişen pnömoni, Coronavirus hastalığı 2019 (COVID-19) olarak tanımlanmıştır. 31 Aralık 2019 tarihinde tespit edilen pnömoni kümelenmesinin etkeni, 7 Ocak 2020'de daha önce insanlarda tespit edilmemiş yeni bir Coronavirüs olarak tanımlanmıştır. Bu tarihten sonra hasta sayısı hızla artmış, sağlık çalışanlarında da hastalık görülmüştür. Hastalık, insandan insana bulaşma özelliği nedeniyle hızla yayılmıştır. Ülkemizde ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020 de saptanmış ve aynı gün Sağlık Bakanlığı COVID-19 ile mücadele kapsamında rehber, algoritmalar ve akış şemaları yayınlamıştır. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının pandemi süresince vaka tespiti, epidemiyolojik kaynakların incelenip takip altına alınması, temaslı takibi gibi hızlı adımları atması ile hastalığın toplumda yayılma hızını düşürmek için çalışmalar başlatılmıştır (SB 2020).

Tüm dünyanın etkilendiği bu süreçte her ülkenin sağlık çalışanları COVID-19 yayılımını engellemek için büyük bir öz veriyle çalışmaya devam etmektedir. Sağlık ordusunu oluşturan en önemli meslek gruplarından birini de ebelerin oluşturduğu bilinmektedir. Ebeler COVID-19 pandemisi kapsamında hem etkin roller üstlenmişler hem de bu süreçte en çabuk unutulmuş meslek olmuşlardır (ICMHD 2020).

Bu derlemede amacımız COVID-19 pandemi sürecinde toplum tabanlı ebeler hizmetlerini ve önemini ortaya koymaktır. Sonuç olarak COVID-19 pandemisinin başlangıcından bu yana ebeler sürecin yönetimi ve izleminde yer alan sağlık ordusu kahramanları arasında oldukça önemli görevler üstlenmiştir.

Ebeler pandemi ile mücadelenin merkezinde yer alırlar. Kadınlar pandemi de

gebe kalmakta, doğumlar akışında devam etmekte ve her bir kadın ile ailesi ebeler desteğine ve bakımına ihtiyaç duymaya devam etmektedir. Yaşamın devamı gibi doğumlarda kendi ritminde devam etmekte olup bu süreçte ebeler desteği bir kat daha önem kazanmış durumdadır. Gebelerin, doğumların ve kadınların ebeler desteği ihtiyaçlarının pandemi süresince ertelenmesi mümkün değildir ve ebeler bu süreçte kesintisiz hizmet sunumuna devam etmektedirler. Pandemi sürecinde verilen bu hizmetlere ek olarak COVID-19 temaslı gebe izlemlerine, doğum ve doğum sonrası özellikli ebeler bakımları da eklenmiştir. Literatürde gebelerin bazılarında ciddi viral enfeksiyona yanıt nedeniyle sağlık durumlarının tehlikeye girdiğine dair kanıtlar bulunmaktadır (Sklaveniti 2020).

Pandemi sürecinde gebelerin antenel bakım almalarını engelleyecek faktörler karşımıza çıkmaktadır. Bu faktörlerin başında ise gebe kadınların kendilerini pandemi sürecinde enfeksiyon riskini azaltmak ve sosyal izolasyon sağlayabilmek için sağlık kuruluşlarına gitmekten kaçınmaları gelmektedir.

Maternal mortalitenin önlenmesinde antenatal bakım anahtar çözümdür. Pandemide hassas popülasyon olan gebelerin sağlık kuruluşlarına ve yüz yüze takiplere gitme durumlarında da enfeksiyon riski ile karşı karşıya kalmaları gibi bir durum söz konusudur. Bir taraftan ebeler enfeksiyon riski ile tehlike altında kalmakta bir taraftan da antenatal takiplerin yapılmadığı durumlarda maternal mortalite riskleri artmaktadır. Pandemi de gebelerin hem nitelikli antenatal bakımı almalarını sağlamak hem de enfeksiyon risklerini azaltmak adına İngiltere pandemi sürecinde ebeler bakımını yeniden değerlendirmiş ve öncelikle ebe sayısını gözden geçirerek önlemleri atmıştır. Gebelerin COVID-19 riskini azaltmak için gebe takiplerinin yüz yüze yürütüldüğü yoğun hastanelerde devam etmek yerine toplum ebeleri hizmet sunumu ile ebeler bakımına ulaşılmasını sağlamak adına değerlendirmeler yapılmıştır. Bu değerlendirmeler ışığında ebeler hizmet sunumu doğum öncesi ve doğum sonrası takip sayıları azaltılmadan yüz yüze bakım sayısı azaltılarak, geriye kalan takiplerde ise mobil ve web tabanlı teknolojiler kullanılarak hizmetin yürütülmesi önerilmiştir (Bick 2020). Uluslararası Ebeler Derneği ve birçok ebeler dernekleri de düşük riskli gebelerin izlem sayılarının düşmemesi gerektiğini ve tüm gebelerin kaliteli ebeler

bakımına ulaşmaları gerektiğini ifade etmektedirler. Ayrıca pandemi süresince gebelerin antenel takiplerinin yüz yüze, sanal ve evde antenetal ziyaretler ile yapılmasını önermektedirler (Sklaveniti, 2020).

COVID-19 salgını, perinatal bakımın tüm alanlarını etkilemekte ve ebeler muazzam zorluklar ile karşı karşıya kalmaktadır. Uluslararası Ebeler Konseyi (ICM) geçtiğimiz günlerde kadın ve yenidoğanın insani haklarının ihlaline ilişkin endişe duyduğunu ifade etmiştir (ICM 2020). Ebelik hizmetlerinin aksamaması durumunda ise sezaryen vakalarının artması, emzirme ile ilgili sorunlarda artış, kadınların ailelerinden ve yenidoğandan izole olmak zorunda kalmak gibi sıkıntılı süreçlerin ortaya çıkacağı belirtilmiştir (Bick 2020).

Pandemi ile birlikte bazı ülkelerde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili ciddi değişikliklere gidilmiştir. Bu süreçten olumsuz olarak en çok toplum tabanlı hizmetler etkilenmiştir. Topluma dayalı bakımın daha güvenli ve öncelikli olmasını gösteren birçok kanıt karşın pandemi sürecinde toplum hizmetlerinin kısıtlanarak tedavi hizmetlerine ağırlık verilmeye başlandığı görülmektedir. Bu durumun sonucunda topluma yönelik hizmetlerden en çok toplum tabanlı ebelik hizmetleri etkilenmiş olup verilen bakımların çoğu sanal ortamlara çekilmek zorunda kalmıştır. Gebelerin takipleri, bebek bakımı, emzirme desteği gibi önemli hizmetlerde kısıtlamalara gidilmiştir. Bu tarz kısıtlamaların anne, bebek sağlığında kaliteli bireysel ve aile merkezli bakım açısından kazanımların kaybedilme riskinin büyük olduğu bilinmektedir. Bu riski azaltmak adına da toplum sağlığı hizmetlerinde ebelik bakımının önde ve merkezde tutulması gerektiği önerilmektedir (Renfrew 2020). Günümüzde Ebelik, kadınların ve yenidoğan bebeklerin sağlığının yükseltilmesi için her zamankinden daha fazla önemlidir.

COVID-19 pandemisinde gebeler, yeni doğum yapmış kadınlar, yenidoğan bebekler ve çocuklar korunması gereken önemli bir popülasyondur. Bu popülasyonun yaşamlarını sağlıklı bir şekilde devamını sağlayabilmek için daha fazla psikolojik, duygusal ve sosyal desteğe ihtiyaçları bulunmaktadır. Pandemi sürecinde bu sebeplerle de kaliteli bir ebelik bakımına gereksinimleri oluşmaktadır. Ebelik hizmetlerinin aksamaması ve kadınlara, yeni doğanlara ulaşımın güvenli olabilmesi için rehberler yayınlanmış ve gelişmeler ışığında

yayınlanmaya da devam etmektedir (Brigante ve ark. 2020).

Toplum tabanlı sağlık hizmeti sunan ülkelerden biri olan Yeni Zelanda, doğal afet, salgın hastalıklar ya da savaş gibi durumlarda sağlık hizmeti sunumunda uyarı seviyeleri tanımlamıştır. Bu uyarı seviyeleri 1'den 4'e kadar sınıflandırılmış olup aciliyet durumuna göre belirtilen uyarı seviyesi planları yapılmıştır. Bu seviyelere göre 0. seviye rutin hizmet sunumunu belirtirken, 4. seviye en acil olan savaş gibi durumlarda alınması gereken önlemleri içermektedir. COVID-19 pandemisi için ise hizmet sunumu uyarı seviyesini 0'dan 2'ye yükseltmiştir. Toplumun COVID-19'a maruz kalma riskini azaltmak için sağlık profesyonellerini, özel olarak da ebeleri halk sağlığı önlemlerinde uyanık olmaya devam etmeleri gerektiği konusunda uyarmaktadır. Toplum tabanlı sağlık hizmetlerinin sunumu ve ebelik bakımının sağlanması için ebelik hizmetine özel bir rehber yayınlarak hizmetin akışı da belirlenmiştir (Ministry of Health Manatū Hauora 2020).

COVID-19 salgını sırasında sağlık hizmetlerinin sunumunda değişiklik yapılması ile ilgili çok az kanıt bulunmaktadır. Ortaya çıkan kanıtlar sosyal mesafeyi sağlamak ve yaygınlığı en aza indirmek için toplum hizmetlerini güçlendirmeye devam etmeyi desteklemektedir. Toplum sağlığı hizmetlerinin merkezileştirilmesi öne çıkmaktadır. Ebelik hizmetlerinde de toplum tabanlı hizmetlerin ön plana çıkması söz konusudur (Brigante ve ark. 2020).

## **TOPLUM TABANLI EBELİK HİZMETLERİ**

Dünyada farklı şekillerde ebelik hizmetlerinin sunulduğu çeşitli modeller bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi toplum tabanlı ebelik hizmeti modelidir. Toplum tabanlı ebelik hizmetleri gebeliğin tespitinden doğum sonrası ilk 28 güne kadar evde takipler yapıldığı süreci kapsamaktadır (Bowers 2015). Bizim ülkemizde ise ebelik hizmetleri dünyadaki uygulamalardan farklı olarak birinci basamak ve ikinci basamak hizmet modeli uygulanmakta olup birinci basamak sağlık hizmeti modelinde ebeler toplum tabanlı ebelik hizmeti yürütmektedir.

Ülkemizde ebeler bakım verici özellikleri ile birlikte destekleyici ve koruyucu sağlık üzerine temellenmiş hizmet sunarlar. Üreme sağlığı hizmetleri, cinsel sağlık, kadın

sağlığı hizmetleri, gebelik öncesinden başlayarak prekonsepsiyonel dönem bakımı, doğum öncesi bakımı, çiftlerin gebeliğe, doğuma, ebeveyn olmaya ve bebek bakımı konusunda hazırlanmasını, eğitimlerini, doğum sonrası bakımı, 0-6 yaş çocuk izlemlerini ve bağışıklamayı içeren ebelik hizmetleri geniş bir yelpazeyi içine almaktadır.

Bu görevlerin yanı sıra ülkemizde toplum tabanlı ebelik hizmetleri bulaşıcı hastalıkların mücadelesinde her zaman ön saflarda yer almıştır. Ebelik hizmetlerinin bulaşıcı hastalıklarla ilgili görev tanımları ilk olarak Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (madde 59-Çiçek aşısını yapar) ve 1489 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununda (madde 61- bulaşıcı hastalık kayıt ve bildirimlerini yapar) ardından da 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun ile bugün ise toplum sağlığı merkezleri kurulması ve çalıştırılmasına dair yönergede bulaşıcı hastalıklarla mücadele kapsamında görev tanımları içinde yer almıştır (SB, 2020, TTB, 2020).

Ebelik, tarih boyunca zamandan ve mekândan bağımsız bir şekilde hizmet verip sosyal bir rol olarak varlığını sürdürmüştür. Ebelik uygulamaları halk sağlığı çalışmaları içinde ve toplum odaklı var olmuş ve olmaya da devam etmektedir. Ebeler doğuma yardımcı olmanın yanı sıra gebe, bebek, doğurgan çağ kadınlara yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadırlar (McNeill 2012).

Ebelik, toplumun gereksinimlerinden yola çıkan, toplumun içinde işlev gören, toplum sağlığını korumak, hastalık, yaralanma ve sakatlıkları önlemek için organize olan bir meslek gurubudur. Bunlara ek olarak ebeler halk sağlığı için önemli olan konuları, sorunları ve öncelikleri belirlemek için gerekli müdahalelerin planlanmasında başlangıç noktası olan, nüfusu, bir bütün ve alt grupları ile ele alarak inceleyen bilim dalıdır (Özentürk ve ark. 2019).

Ebelik bakım modeli, tıbbi bakım modelinden farklı olarak bireyselleştirilmiş bakım modeli olarak da tanımlanır. Bireyselleştirilmiş ebelik bakım modelini oluşturan kadın merkezli bakım, kaliteli ebelik hizmetleri içinde gerekli temel kavramlardan biridir. Bireyselleştirilmiş bakım modelinin merkezinde kadın ve ailesi vardır (Okumuş 2016). Aile merkezli bakımda ailenin yaşadığı yer, ekonomik, sosyo-kültürel özellikleri sağlık hizmeti sunarken göz önünde bulundurulmalıdır (Arslan 2015).

Ülkemizde toplum tabanlı sağlık hizmetleri, sağlık bakanlığının bünyesinde halk sağlığı hizmetleri genel müdürlüğü, il düzeyinde halk sağlığı hizmetleri başkanlığı ve ilçe düzeyinde İlçe Sağlık Müdürlükleri, en küçük birim olarak ise Aile Hekimliği Sistemi ve Sağlık Evleri üzerinden hizmet vermektedir. Ebeler bakanlık ve il düzeyinde daha çok şube yönetimi veya sağlık hizmetlerinin planlandığı ve denetlendiği hizmetler içinde yer alırken ilçe düzeyinde topluma yönelik hizmetlerde, aile hekimliğinde bireye yönelik, sağlık evinde ise bölgede yaşayan halka verilecek sağlık hizmetlerinin içinde yer almaktadır.

İlçe düzeyinde ilçe sağlık müdürlüğünde ebeler, aşılardan soğuk zincir kurallarına uygun olarak saklanması ve dağıtımı, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü çalışmaları, okul sağlığı hizmetleri, sağlıklı beslenme ve beslenme bozuklukları konusundaki programlar, obezite danışmanlığı hizmetleri, koruyucu ruh sağlığı hizmetleri, iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri, birey ve grup eğitimleri, halkın sağlık eğitimi çalışmalarının planlanması ve uygulanması, bağışıklama hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi, hizmet içi eğitim hizmetlerinin planlanması ve uygulanması, toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve teşviki hizmetleri ve üreme sağlığı hizmetlerinde görev almaktadır (SB 2020).

Aile hekimliğinde çalışan ebeler, aile sağlığı çalışanı olarak adlandırılmaktadır. Ebeler aile hekimi ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini tutmakla yükümlüdür. Görevlerin yerine getirilmesinde aile hekimi ile birlikte çalışmaktadır (SB 2020).

Sağlık evi ebeleri, sorumluluk alanında, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini aile hekimine bağlı olarak yürütmek, bağlı olduğu aile hekimini, gezici sağlık hizmeti çalışmalarında desteklemek, sorumluluk alanındaki nüfus hareketlerini (doğum, ölüm, göç, mevsimlik tarım işçileri gibi) bağlı olduğu toplum sağlığı merkezine ve aile hekimine bildirmek, bölgesindeki riskli gebeleri tespit etmek ve misafir anne uygulaması kapsamına alınması için faaliyetlerde bulunmak, sorumluluk alanında, evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireyleri tespit ederek kayıtlı olduğu aile hekimine ve koordinasyon merkezine bildirmek; koordinasyon merkezi tarafından görevlendirildiği takdirde hastalara evde sağlık

hizmeti vermek, evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinde görev almak, çevre sağlığı konusunda bağlı olduğu toplum sağlığı merkezi koordinasyonunda halk eğitimleri yapmak, gerektiğinde su sanitasyon hizmetlerinde görev almak, bulaşıcı hastalık kontrol programlarında görev almak, Sorumluluk alanında bulunan verimli hastalara Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) uygulamak, bu hastaları düzenli olarak izlemek, ihtiyaçlarını bağlı olduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek, bu konuda halka eğitim vermek, sorumluluk alanında bulunan kronik hastaların izlemlerini yapmak, obezite danışmanlığı hizmetlerinde görev almak, okul sağlığı hizmetlerinde görev almaktadır (SB 2020).

Yukarıda sıralanan tüm bu görevlerin yanı sıra COVID-19 pandemi süreci ile birlikte ebeler toplum tabanlı sağlık hizmetleri sunumunda aktif rol almıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezinde çalışan ebeler Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu COVID-19 Rehberi doğrultusunda pandemi süresince hizmet vermeye başlamıştır. Toplum sağlığı merkezlerinde görev yapan ebeler filyasyon ekiplerinde yerlerini alırken, aile sağlığı merkezlerindeki ebeler özellikli hasta takiplerine başlamıştır.

## **TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİNDE EBELERİN COVID-19 PANDEMİ SÜRECİ**

Ülkemizde pandemi ilan edilmeden önce bulaşıcı hastalıklar birimi olası vaka takiplerine başlamış olup epidemiyolojik kaynaklı olabilecek olası vakalara testler yapılmıştır. İlk vakanın çıkması ile birlikte toplum sağlığı merkezlerinde filyasyon ekipleri kurulmuştur. Ebeler filyasyon ekiplerinin içinde yer alarak, vaka tespiti, numune alımı, temaslı takibi, evde izole olanların takiplerinin yapılması ve onamlarının alınması, evde tedavi görenlere ilaç götürülmesi gibi görevleri gerçekleştirmeye başlamıştır. Her ilçenin nüfusu ve vaka durumuna göre filyasyon (Saha incelemesi/filyasyon vakanın bildirimini sonrasında kaynağın ve etkenin belirlenmesine yönelik çalışma yapılması ve/veya temaslılar dahil koruma ve kontrol önlemlerinin alınmasıdır) (SB 2017)) ekipleri değişiklikler göstermektedir. İlk vakanın çıkması ile birlikte ilçelerde kurulan filyasyon ekipleri öncelikle olası vakaların bildirilmesi ile sahada sürveyans

(Verilerin zamanında ve sistematik olarak toplanması, biriktirilmesi ve elde edilen sonuçların ihtiyacı olan birimlere hızla geri bildirimini sağlayacak şekilde değerlendirilmesi sürecidir) (SB 2017)) çalışmalarını başlatmış, sağlık bakanlığının halk sağlığı yazılım sistemleri üzerinden bilgilerin anlık takibi ve sisteme girişlerini gerçekleştirmiştir. Sürveyans çalışmalarında ebeler, bazı ilçelerde sadece iletişim, temaslı takibi, filyasyon ekibi, ilaç götürülmesi, numune alımı gibi tek bir iş tanımında yer alırken çoğu ilçelerde bu ekiplerin her birinde yer almıştır.

Ülkemizde henüz ilk COVID-19 vakası çıkmadan önce eğitim biriminde çalışan ebeler ilçelerinde bulunan sağlık kurumlarındaki tüm çalışanlara COVID-19 ile ilgili eğitimlerinin tamamlanması ve takibinin yürütülmesini yapmıştır. Aynı zamanda kendi kurumunda çalışan tüm personelin eğitimlerinin tamamlanmasını ve takibini yürütmüş ve eğitim istatistiklerinin bildirimlerini il sağlık müdürlüğüne iletilmesi çalışmalarının içinde yer almıştır.

Aktif sürveyans çalışmalarının yanında ebeler sağlık bakanlığının COVID-19 ile ilgili farkındalığın artırılması için kamu ve tüm özel kurumlarda iletişim ve eğitim çalışmaları kapsamında COVID-19 farkındalığının geliştirilmesi için afiş çalışmaları, belediyelerle görüşmeler yaparak ilçelerin bilbordlarını ve CLP'lere afişlerin asılması için iletişim çalışmalarını yürütmüşlerdir. İl valiliklerinin kaymakamlıklar bazında oluşturmuş olduğu "Vefa" çalışmaları (Vefa grubu çalışması, 65 yaş üstü ve 20 yaş altında sokağa çıkma yasağı olan kişilerin sağlık ihtiyaçlarına çözüm getirmek görevi vardır) içinde yer alarak toplumun ihtiyaçları ve sorunlarının çözümünde aktif görevler almışlardır.

## **AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE EBELERİN COVID-19 PANDEMİ SÜRECİ**

Aile sağlığı merkezlerinde (ASM) 11 Mart 2020 tarihinde ilk vaka çıkması ile birlikte hızlıca epidemiyolojik bağlantısı olduğu düşünülen ve yurt dışı uçuşlardan gelen kişilerin özellikli grup olarak takibine başlanmıştır. Ebeler koruyucu sağlık hizmetlerini yürütürken aynı zamanda özellikli hastaların 14 günlük izlemlerini yapmaya başlamışlardır. Özellikli hasta grubu 14 gün boyunca evde izole olmaları ve semptomlarının takibinin telefon aracılığıyla



ulaşlamıyorsa ev ziyareti yapılarak iletişimlerinin alınıp takibinin yapılmasına başlanmıştır. Vakaların artışı ile birlikte sadece yurtdışı öyküsü olanların değil vakaların ve vaka temashlarında 14 gün boyunca telefonla semptomlarının takipleri yapılmaya başlanmıştır. 65 yaş üstü ve kronik rahatsızlığı bulunanların, yirmi iki martta 20 yaş altında olan vatandaşların da 04.04.2020 tarihinde sokağa çıkma yasağı gelmiş, aile sağlığı merkezinde çalışan ebeler bu 65 yaş üstü ve 20 yaş altı olan kişileri de özellikli durum ile takibe başlamışlardır (İçişleri Bakanlığı,2020). Aile hekimliği sisteminde ebeler pandemi süresince vakaların, temashların ve özellikli durumu olan kişilerin karantina süreçlerini, semptomlarını ve takiplerini yürütmüşlerdir.

Pandemi sürecinde aile hekimliği sistemi ile yürütülen koruyucu sağlık hizmetlerinde gebe takiplerinin çoğu telefon ile yürütülürken, bebek izlemeleri ve aşılama randevu sistemi ile ASM'nin en boş olduğu günlere çekilerek yürütülmeye çalışılmıştır. Bu süreçte 65 yaş üstü ve riskli gruplara randevular verilerek pnömokok aşılı ve grip aşılı yapılmıştır.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Ebeler kadınların ve ailelerin hayatlarında büyük farklar yaratabilmektedir. Uluslararası Ebeler Derneği (ICM) temalarından biri olan "Ebeler ve kadınlar yaşam ortaklarıdır" kavramı pandemi sürecinde Ebelerin ne kadar da önemli bir etkisi olduğunu bir kez daha ortaya koymuştur. Salgın Hastalıklarla mücadelede öncülük yapmış ve bulaşıcı hastalıklardan korunmada kanıtları ortaya çıkarmış olan Florance Nightingale'in 100. yaşını olması ile birlikte 2020 yılı Ebeler ve Hemşireler yılı olarak kutlanacak iken pandeminin gölgesinde kalan bu önemli iki meslek olumsuz koşullarda hayat

## **KAYNAKLAR**

- Altınparmak D.** Aile Merkezli Bakım Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans, Konya, 2015.s:7.
- Bick D,** (Editorial) COVID-19: 2020 is the International Year of the Midwife. *Midwifery* 85 (2020) 102719. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102719>
- Bora Başara B ve ark.** Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2019.

kurtarıcı ve yaşamı onaylayan rollerini hayatları pahasına sürdürmektedirler.

Ebelerin halk sağlığı hizmetlerinde yerleri vazgeçilmezdir. Türkiye'de 57 bin ebe bulunmakta ve bu ebelerin yaklaşık 24 bini birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışmaktadır (Bora Başara ve ark. 2019). Ebeler, diğer sağlık çalışanı mensubu kişiler ile 7/24 mesai kavramı göz etmeksizin çalışmış, ailelerinden ayrı kalmış ve evlerine gidemeyip izole olmak zorunda kalmışlardır. Türkiye'de filyasyon ekiplerinde kaç ebe olduğu resmi rakam olarak bilinmemekle birlikte yaklaşık 4000 ebe görev aldığı belirtilmektedir (UNFPA Turkey 2020).

Diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de ebeler toplum tabanlı ebelik hizmetlerini pandemi sürecinde de aksatmadan sürdürmektedirler. Günümüzde Pandemi ile mücadelede baş rolde görevlerini yapmaktadırlar. Bu nedenle ülkemiz Ebelerinin ne denli önemli rollerinin olduğu bir kez daha görülmüştür. Ebeler geçmişte olduğu gibi bugün de en ön safta toplum sağlığı için çalışmaya devam edeceklerdir. Ülkemizde toplum tabanlı ebelik hizmetlerinin görev tanımlarının yasal olarak belirlenmesi gerekmektedir. Her gebenin bir ebesi olacak şekilde ebe sayıları planlanmalıdır. Birinci basamakta her aile hekimine bir ebe istihdamının bağımsız bir şekilde yapılması anne ve yeni doğan sağlığının yükseltilmesi için atılması gereken en önemli adımdır.

## **ÇIKAR ÇATIŞMASI**

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

## **YAZAR KATKILARI**

Yazarlar eşit oranda katkı sağlamışlardır.

**Bowers J et al.** Continuity of Care in Community Midwifery. *Health Care Manag Sci* 2015;18;195–204. DOI 10.1007/s10729-014-9285-z

**Brigante L et al.** Information for health care professionals, Guidance for provision of midwife-led settings and homebirth in the evolving coronavirus (COVID-19) pandemic, The Royal College of Midwives / The Royal College of Obstetricians&Gynaecologist (RCM/RCOG), Published Thursday 9 April 2020 <https://www.rcm.org.uk/media/4099/2020-05-22-guidance-for-provision-of-midwife-led-settings-and-home-birth-in-the-evolving-coronavirus-covid-19-pandemic.pdf> Erişim: 10.05.2020

**International Centrefor Migration, Healthand Development (ICMHD).** Notes on COVID-19 and Midwifery. Geneva. April 2020. Erişim: 05.05.2020

**T.C. İçişleri Bakanlığı.** 65 Yaş ve Üstü ile Kronik Rahatsızlığı Olanlara Sokağa Çıkma Yasağı Ek Genelgesi, <https://www.icisleri.gov.tr/65-yas-ve-ustu-ile-kronik-rahatsizligi-olanlara-sokaga-cikma-yasagi-ek-genelgesi> Erişim: 12.08.2020

**T.C. İçişleri Bakanlığı.** Sokağa Çıkma Yasağı Bulunan 18-20 Yaş Arasındaki Gençlerle İlgili İstisnalar, <https://www.icisleri.gov.tr/sokaga-cikma-yasagi-bulunan-18---20-yas-arasindaki-genclerle-ilgili-istisnalar> Erişim: 12.05.2020

**International Confederation Midwifery.** Women's Rights in Childbirth Must be Upheld During the Coronavirus Pandemic. 2020 Erişim: 10.05.2020. [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/news-files/2020/03/icm-statement\\_upholding-womens-rights-during-covid19-5e83ae2ebfe59.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/news-files/2020/03/icm-statement_upholding-womens-rights-during-covid19-5e83ae2ebfe59.pdf)

**McNeill J, Lynn F, Alderdice F.** Public Health Interventions in Midwifery: A Systematic Review of Systematic Reviews. BMC Public Health 2012;12: 955. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-955>.

**Ministry of Health Manatū Hauora.** Information for Community-Based Midwives at Alert Level 2. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/pages/covid-19-information-community-based-midwives-alert-level-2-18may20.pdf> Erişim tarihi: 26.05.2020

**Okumuş F.** Ebeler Liderliğinde Doğum Bakım Modeli: Hollanda Örneği. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi, 2016;7,120-141. Doi: 10.17367/JACSD.2016721958

**Renfrew MJ et al.** Bir Pandemide ve Ötesinde Kaliteli Ebelik Bakımını Sürdürmek. Ebelik. 2020;88:102759. doi: 10.1016 / j.midw.2020.102759

**T.C. Sağlık Bakanlığı.** Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Rehberi, Bilim Kurulu Çalışması, 14.04.2020, Ankara [https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/COVID-19\\_Rehberi.pdf?type=file](https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/COVID-19_Rehberi.pdf?type=file)

**T.C. Sağlık Bakanlığı.** Sağlık Mevzuatları, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf> Erişim: 10.05.2020

**T.C. Sağlık Bakanlığı.** Sağlık Mevzuatları, 24.04.1930 Sayısı:1593 R.G. Tarihi:06.05.1930 R.G. Sayısı:1489 Umumi Hıfzıssıhha Kanunu <https://www.saglik.gov.tr/TR,10384/tarihi24041930--sayisi1593--rg-tarihi06051930--rg-sayisi1489--umumi-hifzissihha-kanunu.html> Erişim: 10.05.2020

**T.C. Sağlık Bakanlığı.** Sağlık Mevzuatları, Aile Hekimliği Kanunu <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5258&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> Erişim: 10.05.2020

**T.C. Sağlık Bakanlığı.** Sağlık Mevzuatları, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim: 12.05.2020

**T.C. Sağlık Bakanlığı.** Sağlık Mevzuatları, Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150205-5.htm> Erişim: 10.05.2020

**T.C. Sağlık Bakanlığı.** Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıkları ile Mücadele Rehberi. <https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/genelge/Bulasici-Hastaliklar-ile-Mucadele-Rehberi-Genelgesi-2017-11.pdf> Erişim: 10.05.2020

**Sklaveniti D.** (Letter to the Editorial). Antenatal visit model in low-risk pregnancy during pandemic COVID-19: A call for adjustments, Eur J Midwifery 2020;4(May):15 <https://doi.org/10.18332/ejm/121097>

**Türk Tabipleri Odası.** Yöneticiler için Mevzuatlar, Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun 08.11.2014

[https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1014:1219-tababet-ve-uuabati-sanatlarinin-tarzi-crasina-dar-kanun&catid=1:yasa&Itemid=28](https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=1014:1219-tababet-ve-uuabati-sanatlarinin-tarzi-crasina-dar-kanun&catid=1:yasa&Itemid=28) Erişim: 10.05.2020

**UNFPA.** Dünya Ebeler Günü. 2020. <https://turkey.unfpa.org/tr/news/unfpa-bas%C4%B1n-b%C3%BClteni-d%C3%BCnya-ebeler-g%C3%BCn%C3%BC> Erişim 08.05.2020

**World Health Organization.** Immunization Coverage, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage> Erişim: 08.05.2020

## **EXTENDED ABSTRACT**

The first Covid-19 incidence was detected in our country on the 11<sup>th</sup> of March in 2020 and at the same date the Ministry of Health published the guides, algorithms and flow diagrams regarding the struggle against Covid-19. During the pandemic the primary, secondary and tertiary health foundations-initiated studies in order to reduce the contagion speed among society by taking fast steps via incidence detection, analyzing and monitoring the epidemiologic sources and tracing contacts.

The midwives were always in the front line in the fight against contagious diseases. The job descriptions of midwifery services regarding contagious diseases were primarily involved in the law of “Medicine and Its Implementation” and in the law number 1489, which is “The Law of General Sanitation” and immediately after in the law number 224, which is “The Law on the Socialization of Health Services”. Livingly these descriptions under the scope of the struggle against contagious diseases are involved in “The Circular on the Foundation and Operation of Public Health Centers”.

Society based health services in which midwifery services are broadly involved serve via General Directorate of Public Health under the Ministry of Health, via the Chairmanship of Public Health Services in province level and via the Directorate of health in district level, over the Family Medicine System and Health Houses as the smallest unit. Midwives generally take administrative tasks within the ministry settlement and in the province level whereas they are taking part in individual oriented health services under family medicine and health houses which aim to aid the population living in the region.

During the pandemic, midwives participated actively in Public Health Centers and Family Health Centers within the District Directorate of Health. Along with the detection of first incidence Filiation Teams are founded within the body of Public Health Centers. By participating in these filiation teams midwives started to perform the tasks like incidence detection, sampling, tracing contacts, following up the people isolated at home, taking their consents and taking them medications. The filiation teams differ with respect to the population and the state of incidence of every district. Along with the detection of the first incidence, the filiation teams founded within the districts primarily started reporting possible cases and doing surveillance studies in the field and afterwards they traced and entered immediate data into the system by using the public health software systems of the Ministry of Health. In the surveillance studies, midwives participated only in the communication and contact tracing filiation teams in some districts, whereas in the rest they worked in taking medications and sampling; that is in the overall, they participated in most of these teams.

Before the detection of the first covid-19 incidence the midwives working in training departments provided training for all employees working in their own offices and took part in the monitoring and completion of the covid-19 related trainings as well as the reporting of the related data to the Provincial Directorate of Healthcare.

Beside the active surveillance studies, the midwives also participated actively in the communication and education studies including banner hanging and billboard maintenances aiming to increase the covid-19 related awareness in all public foundations and they acted actively in the provision of public requirements and solving related public problems mainly as a member of Fidelity Groups (Teams founded within the body of district governorship in order to find solutions to the healthcare related necessities of the population over 65 and under 20, those of whom were prohibited to go out during the pandemic).

Immediately after the first detection of covid-19 incidence on the 11th of March 2020, taking possible epidemiological relation into consideration, the people coming from abroad defined as specific groups in the Family Medicine software systems for follow up purposes. The midwives working in family health centers started to do 14-day monitoring of the specified patients in addition to their ordinary protective health service tasks. The contact information of the people in the Specified

Patient Groups collected by phone or by home visits and they are informed to stay at home during 14 days under isolation. After the increase in the number of incidences, not only the specified group who come from abroad but also all the contacts of the incidences were started to be called by phone in order to follow up their symptoms for 14 days.

The people over 65 and under 20 were prohibited to go out beginning form 22th of March 2020 and 4th of April 2020 respectively, and the midwives working in Family Health Centers started monitoring these specified people, as well. The midwives charged in the Family Medicine System, monitor the symptoms of the incidences and their contacts and follow up the quarantine process of the specified people during the pandemic.

The midwives are essential in public health services. There are about 57 thousand midwives in Turkey and about 24 thousand of them work in the primary protective services. The midwives, like other healthcare services members, worked 7/24 without considering overtime working, they were apart from their families and had to be isolated without going home. As was the case in the past the midwives are working in the front line for health care in the present and they will be working so in the future as well.