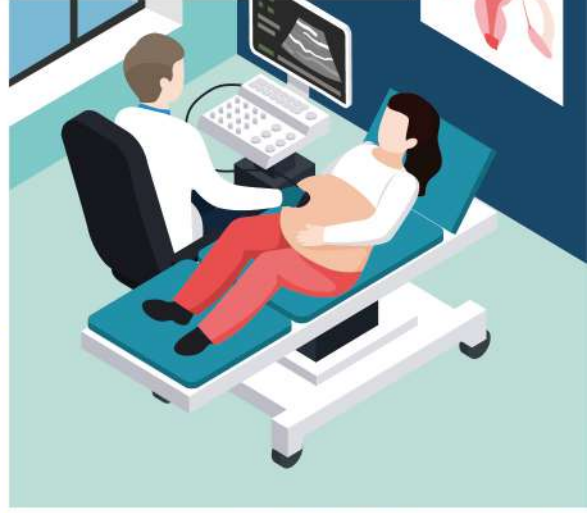
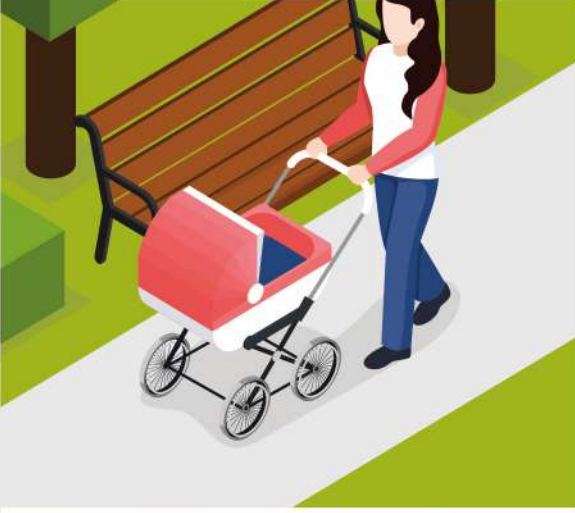


Ebelikte Çok Boyutlu Yaklaşımlar: Klinikten Topluma

Editörler: Doç. Dr. Reyhan AYDIN DOĞAN
Dr. Öğr. Üyesi Sebahat HÜSEYİNOĞLU



ÖZGÜR
YAYINLARI

Ebelikte Çok Boyutlu Yaklaşımlar: Klinikten Topluma

Editörler

Doç. Dr. Reyhan AYDIN DOĞAN,
Dr. Öğr. Üyesi Sebahat HÜSEYİNOĞLU



Published by
Özgür Yayın-Dağıtım Co. Ltd.
Certificate Number: 45503

📍 15 Temmuz Mah. 148136. Sk. No: 9 Şehitkamil/Gaziantep
☎ +90.850 260 09 97
📞 +90.532 289 82 15
🌐 www.ozguryayinlari.com
✉ info@ozguryayinlari.com

Ebelikte Çok Boyutlu Yaklaşımlar: Klinikten Topluma

Editörler:

Doç. Dr. Reyhan AYDIN DOĞAN, Dr. Öğr. Üyesi Sebahat HÜSEYİNOĞLU

Language: Turkish
Publication Date: 2025
Cover paint by Ahmet Çevik
Cover design and image licensed under CC BY-NC 4.0
Print and digital versions typeset by Ahmet Çevik

ISBN (PDF): 978-625-8554-32-8

DOI: - <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub1031>



This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0). To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>
This license allows for copying any part of the work for personal use, not commercial use, providing author attribution is clearly stated.

Suggested citation:

Aydın Doğan, R. Hüseyinoğlu, S. (ed) (2025). *Ebelikte Çok Boyutlu Yaklaşımlar: Klinikten Topluma*
Özgür Publications. DOI: <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub1031>. License: CC-BY-NC 4.0

*The full text of this book has been peer-reviewed to ensure high academic standards. For full review policies,
see <https://www.ozguryayinlari.com/>*



İçindekiler

Bölüm 1	
Adli Ebelikte Bilgi ve Sorumluluk	1
<i>Canan Selvihan İlhan, Reyhan Aydın Doğan</i>	
Bölüm 2	
Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Sık Yapılan Uygulamalar ve Kanıta Dayalı Yaklaşımlar	13
<i>Yasemin Aydın Kartal, Begüm Can</i>	
Bölüm 3	
Erken Postpartum Dönemde Kanıta Dayalı Yaklaşımlar	51
<i>Yasemin Aydın Kartal, Begüm Can</i>	
Bölüm 4	
Babaların Doğuma Aktif Katılma İsteğinin Anne-Baba ve Ebe Açısından Önemi	87
<i>Kübra Şerif Öztürk, Reyhan Aydın Doğan</i>	
Bölüm 5	
Gebelerde Sağlığı Koruma ve Geliştirme: Halk Sağlığı Perspektifi	97
<i>Nesrin Arslan</i>	
Bölüm 6	
Gebelikte Egzersiz ve Ebenin Rolü	105
<i>Nesrin Arslan, Nurten Özçalkap</i>	

Bölüm 7

Gebelikte Uyku Sağlığı ve Ebelerin Rolü	115
<i>Sibel Karakoç</i>	

Bölüm 8

İstenmeyen Gebelikler Ve İsteyerek Düşükler	127
<i>Yeliz Atasoy, Hatice Acar Bektaş, Kübra Özcan, Fatıma Betül Yılmaz, Reyhan Aydın Doğan</i>	

Bölüm 9

Kadın Ruh Sağlığı: Ergenlikten Yetişkinliğe	147
<i>Nargizahon Erkaboeva, Yeter Çuvadar Baş</i>	

Bölüm 10

Menopozda Biyolojik Değişimler ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri	165
<i>Rukiye Karabacak, Yeter Çuvadar Baş</i>	

Bölüm 11

Ebeler ve Ebelik Öğrencilerinde Meme Kanseri Farkındalığı ve Kendi Kendine Meme Muayenesi	185
<i>Feyza Nur Altınbaş, Nurten Özçalkap, Kübra Nur Kılıç</i>	

Bölüm 12

Üreme Sağlığı ve Aile Planlamasında Ebelerin Rolü	197
<i>Maral Ovezova, Kübra Nur Kılıç</i>	

Bölüm 13

Ebelikte Afet Farkındalığı ve Hazır Bulunuşluk	219
<i>Hilal Kabakçı, Reyhan Aydın Doğan</i>	

Bölüm 14

Kadın Sağlığı Perspektifinden Emzirme Süreci ve Ebelik	227
<i>Müge Demir, Merve Akıncı</i>	

Bölüm 15

Kamu ve Özel Sektörde Ebelik Hizmetleri ve Mesleki Uygulamalar	245
<i>Ayşe Melike Düzyer, Merve Akıncı</i>	

Bölüm 16

Yapay Zekâ Çağında Ebelik: Dijital Sağlık, Klinik Karar Destekleri ve Dönüşen Mesleki Roller	259
<i>Ebru Sağıroğlu</i>	

Bölüm 17

Doğum Sonu Dönemde Anne Sütü Üretimini Etkileyen Faktörler	279
<i>Nargizahon Erkaboeva, Sebahat Hüseyinoğlu</i>	

Bölüm 18

Doğal Krizlerde Ebelerin Yeri	295
<i>Yaren Buse Cantimur, Merve Afacan Satioğlu</i>	

Adli Ebelikte Bilgi ve Sorumluluk

Canan Selvihan İlhan¹

Reyhan Aydın Doğan²

Özet

Ebelik mesleği, yalnızca gebelik, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerini kapsayan bir sağlık disiplini olmayıp; aynı zamanda bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hâlini korumaya yönelik çok yönlü sorumluluklar içeren profesyonel bir alandır. Sağlık bakım hizmetlerinin hatalı, eksik ya da ihmal edilmesi durumunda adli süreçlerin gündeme gelmesi, ebelerin adli bilgi ve farkındalığa sahip olmasını zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda adli ebelik, sağlık ve adli sistemlerin kesişim noktasında yer alan önemli bir uzmanlık alanı olarak öne çıkmaktadır. Adli ebelik; kasıt, ihmal veya dikkatsizlik sonucu ortaya çıkan ve bireyin fiziksel ya da ruhsal bütünlüğünü bozan adli olguların tanınması, değerlendirilmesi ve yönetilmesini kapsayan çok disiplinli bir yaklaşımdır. Şiddet vakaları, yaralanmalar, kazalar, cinsel suçlar, intihar girişimleri, zehirlenmeler ve şüpheli ölümler gibi birçok durum adli olgu kapsamında değerlendirilmektedir. İlk değerlendirme, öykü alma, fiziksel muayene ve delillerin tanımlanması süreçleri, adli sürecin sağlıklı yürütülmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Ebelerin adli vakalardaki sorumlulukları; kanıtların toplanması, korunması, kayıt altına alınması ve kanıt koruma zincirinin sağlanmasının yanı sıra mağdura yönelik destekleyici ve güven verici bir bakım sunmayı da içermektedir. Ayrıca adli vakaların yetkili makamlara bildirilmesi yasal bir zorunluluk olup, bu yükümlülüğün yerine getirilmemesi hukuki yaptırımlara yol açabilmektedir. Bu nedenle ebelerin yürürlükteki mevzuat, adli süreçler ve mesleki sorumluluklar konusunda yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir. Sonuç olarak adli ebelik; ebelik, tıp, hukuk ve adli bilimlerin kesiştiği, bilgi, beceri ve etik duyarlılık gerektiren özel bir alandır. Ebelerin adli vakalardaki rollerini etkin biçimde yerine getirebilmeleri için adli ebelik alanında bilgi düzeylerinin artırılması, eğitim olanaklarının güçlendirilmesi ve mesleki farkındalığın geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

- 1 Yüksek Lisans Öğrencisi, Karabük Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Orcid: 0009-0007-2312-8858
- 2 Doç. Dr. Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Orcid: 0000-0003-4950-3699

1. GİRİŞ

Ebeler yalnızca mesleki yeterliliklerinden değil, bakım verdikleri bireylerin ve ailelerinin fiziksel, psikolojik ve bireysel gereksinimlerinden de sorumludur. Anne, yenidoğan ve diğer hassas gruplarla çalışmaları nedeniyle ebeler mesleği, geniş kapsamlı ve özel sorumluluklar içeren bir yapıya sahiptir. Bu sorumluluklar, mesleki standartlara uyumu, bakım kalitesinin geliştirilmesini ve yasal yükümlülüklerin gözetilmesini de kapsamaktadır. Sağlık bakım hizmetlerinin eksik, hatalı ya da ihmal edilmesi, sağlık çalışanlarını hukuki süreçlerle karşı karşıya bırakabilmektedir. Bu noktada adli ebeler uygulamaları, sağlık ve adli sistemlerin kesiştiği önemli bir alan olarak öne çıkmaktadır. Adli ebeler, ebelerin mesleki uygulamalarını adli bilimler perspektifiyle değerlendirmesini gerektirmektedir (Uyar Hazar & Bayar Yildirim, 2023).

Kasıtlı ya da tedbirsiz davranışlar sonucunda bireyin fiziksel veya ruhsal sağlığının zarar gördüğü durumlar adli olgu olarak değerlendirilmektedir. Bu kapsamda; şiddet içeren eylemler, çeşitli yaralanmalar, trafik ve iş kazaları, ateşli silah ve patlayıcı madde yaralanmaları, düşmeler, zehirlenme ve intoksikasyon şüphesi bulunan durumlar, madde kullanımı, intihar girişimleri, yanıklar, elektrik ve yıldırım çarpmaları ile şüpheli ölümler adli olgu kapsamında yer almaktadır. Ayrıca insan hakları ihlalleri, işkence iddiaları, gözaltı ve cezaevinde meydana gelen yaralanma ve ölümler ile mekanik asfiksi olguları da adli değerlendirme gerektiren durumlar arasında bulunmaktadır (Yeşil, Sezer & Yavuz, 2020).

Sağlık çalışanları, mesleki görevleri sırasında adli bir vakayla karşılaştıklarında Türk Ceza Kanunu'nun 280. maddesi uyarınca durumu gecikmeksizin yetkili mercilere bildirmekle yükümlüdür. Suç işlendiğine dair bir belirti olmasına rağmen bildirimde bulunmayan veya gecikmeye neden olan sağlık mesleği mensupları hukuki yaptırımlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Bu bildirim yükümlülüğü; doktor, diş hekimi, eczacı, ebe, hemşire ve diğer sağlık personelinin kapsamakta olup, ilgili bildirimlerin Cumhuriyet Savcılığına veya yetkili güvenlik birimlerine yapılması gerekmektedir (Sadıç & Alparslan, 2021).

Ebeler, görev yaptıkları kurumlarda mesleki ve hukuki sorumlulukları gereği çok sayıda adli vakayla karşılaşabilmektedir. Bu durumlarda ebeler, Türk Ceza Kanunu'nun ilgili hükümleri doğrultusunda yetkili makamlara bildirim yapmakla yükümlüdür. Adli vakalarda sıklıkla bireyle ilk teması kuran, muayene sırasında kişisel eşyalarla temas eden ve ilk adli kanıtların tanımlanmasına katkı sağlayan sağlık profesyonellerinden biri de ebelerdir (Öztürk & Şahin, 2022).

Ebeler adli vakalarla karşılaştıklarında; öykü alma, fiziksel muayene, kanıtların tanımlanması, toplanması, saklanması, kayıt altına alınması, kanıt koruma zincirinin sağlanması ve krize müdahale gibi değerlendirme basamaklarını kullanarak adli açıdan değerlendirme yapmalıdır. Adli vakaların bildirimi yasal bir zorunluluk olup, bu süreçte sağlık profesyonellerinin yeterli duyarlılığa sahip olması önemlidir. Ebeler, hukuk ve sağlık sistemi arasında bağlantı kurabilen meslek gruplarından biri olup, adli ebelik; ebelik, tıp, hukuk ve kriminoloji disiplinlerinin birleşiminden oluşmaktadır. Bu nedenle ebelerin adli vakalardaki sorumlulukları ve adli ebelik alanına ilişkin bilgi sahibi olmaları gerekmektedir (Çalışır, 2022).

2. ADLİ EBELİK VE TEMEL KAVRAMLAR

2.1. Adli Ebelik Tanımı

Ebeler; gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde görev alan, anneliğin psikolojik ve sosyal boyutlarını da kapsayan, doğum sürecinde uzmanlaşmış sağlık profesyonelleridir. Adli ebelik kavramı ise ilk kez 2006 yılında İtalya'da hukuki ve mesleki bir tanımla ortaya konmuştur. Bu tanıma göre adli ebe; suçla ilişkili durumlarda olayın değerlendirilmesine katkı sağlayan, özellikle cinsel suçlarda kanıtların belirlenmesine destek olan, soruşturma sürecinde uzman görüşü sunan ve tıbbi ihmal iddialarını obstetrik uygulamalar çerçevesinde değerlendirebilen bir uzmandır (Uyar Hazar & Bayar Yildirim, 2023).

Ebeler, görev yaptıkları kurumlarda mesleki rolleri ve hukuki yükümlülükleri kapsamında çeşitli adli vakalarla karşılaşabilmektedir. Bu tür durumlarda, ebeler Türk Ceza Kanunu'nun ilgili hükümleri doğrultusunda yetkili mercilere bildirimde bulunmakla yükümlüdür. Adli vakalarda çoğu zaman bireyle ilk teması kuran sağlık profesyonellerinden biri olan ebeler; bireyin yakınlarına bilgi verilmesi, muayene sürecinde kişisel eşyalarla temas edilmesi ve laboratuvar örneklerinin alınması gibi aşamalarda aktif rol üstlenmektedir. Bu nedenle ebeler, adli sürecin başlangıcında delillerin tanımlanması ve korunmasında önemli sorumluluklara sahiptir (Aksu, 2017; Çalışır, 2022).

Ebeler, adli bir vakayla karşılaştıklarında olayı adli açıdan değerlendirmekle yükümlüdür. Bu değerlendirme sürecinde öykü alınması, fiziksel muayenenin yapılması, kanıtların tanımlanması, toplanması ve saklanması, kanıt koruma zincirinin sağlanması ile kayıt altına alınması gibi temel basamaklar izlenmelidir. Ayrıca, adli vakalarda krize müdahale süreci de ebelerin sorumluluk alanı içinde yer almaktadır. Adli vakaların yetkili makamlara bildirilmesi yasal bir zorunluluk olmasına rağmen, sağlık profesyonellerinin

bu konuda yeterli duyarlılığa sahip olmadığı bildirilmektedir. Ebeler, hukuk sistemi ile sağlık sistemi arasında köprü kurabilen meslek gruplarından biridir. Adli ebeler ise ebeler, tıp, hukuk ve kriminoloji disiplinlerinin bir araya gelmesiyle oluşan çok disiplinli bir alandır. Bu nedenle ebelerin, adli vakalardaki sorumlulukları ve adli ebeler alanına ilişkin bilgi düzeylerinin yeterli olması büyük önem taşımaktadır (Çalışır, 2022).

2.2. Adli Ebeliğin Kapsamı

Suç ve şiddet olaylarının artmasıyla birlikte adli vakalarla ilk karşılaşanlar çoğu zaman sağlık profesyonelleri olmaktadır. Bu süreçte sağlık çalışanlarının kanıtların tanımlanması, korunması ve doğru şekilde değerlendirilmesi konusundaki bilgi ve becerileri adli sürecin sağlıklı ilerlemesi açısından kritik öneme sahiptir. Yeterli eğitim ve deneyime sahip olunmaması, adli sorumlulukların eksik ya da hatalı yerine getirilmesine yol açabileceğinden, tüm sağlık profesyonellerinin adli olgular konusunda bilgi sahibi olması ve bu alandaki yetkinliklerini sürekli güncel tutması gerekmektedir. (Hourfar & Saydam, 2023)

Adli ebeler eğitimi almış ebeler, sağlık kurumlarında karşılaşılacak adli olaylarda eğitilmiş bilirkişi niteliğiyle adli vaka yönetiminde görev alabilmektedir. Bu uzmanlar; kamu ve özel hastaneler, aile sağlığı merkezleri ve dispanserlerin yanı sıra adli tıp kurumları, hastanelerin adli birimleri, çocuk izlem merkezleri ve cinsel saldırı mağdur izlem merkezleri gibi farklı alanlarda çalışabilen nitelikli sağlık profesyonelleri olarak tanımlanmaktadır. Adli ebeler, adli sağlık hizmetleri kapsamında birçok farklı uzmanlık alanında görev alabilmektedir. Bu alanlar arasında adli klinik uygulamalar, gözaltı ve ıslah kurumlarında ebeler hizmetleri, adli tıp ve ölüm araştırmaları, doku ve organ bağışı süreçleri, cinsel saldırı vakalarına yönelik bakım, adli sağlık hizmetlerinin yönetimi ve risk değerlendirmesi yer almaktadır. Ayrıca adli ebeler; akademisyen, eğitimci, araştırmacı, danışman ve hukuk alanında uzmanlaşmış sağlık profesyoneli olarak da görev yapabilmektedir (Bayar, 2021; Çalışır, 2022).

3. Adli Ebelerin Sahip Olması Gereken Bilgi Düzeyi

Ebeler mesleği; savunuculuk, uygulayıcılık, eğiticilik ve araştırmacılık gibi çok yönlü rollere sahip profesyonel bir sağlık disiplindir. Ebeler bu rollerini, sahip oldukları bağımlı, yarı bağımlı ve bağımsız yetkiler doğrultusunda, ilgili kanun, yönetmelik ve yönergeler çerçevesinde yerine getirmekle yükümlüdür. Uluslararası Ebeler Konfederasyonu, ebeler mesleğinin özellikle kadın haklarının savunulması ve korunması yönündeki rolünü ön plana çıkarmaktadır (Uyar Hazar & Bayar Yildirim, 2023).

Cinsel saldırı, darp, yaralanma ve kazalar gibi insan sorumluluğu ile ortaya çıkan tüm durumlar adli olgu kapsamında değerlendirilmekte; bu olgularda sağlık hizmeti sunma görevi ebeler dâhil olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına yüklenmektedir. Ebeler, adli olgular karşısında bakım hizmeti sunmakla yasal ve mesleki olarak sorumludur. Adli olgularda bakım süreci; veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme basamaklarına uygun şekilde yürütülmeli ve kapsamlı, koordineli bir yaklaşım benimsenmelidir. Ebeler, adli konulardaki rol ve sorumluluklarının önemli bir bölümünü bu bakım süreci doğrultusunda yerine getirmekte olup, ebelik bakımının doğası gereği dikkatli, bilgi ve deneyime dayalı bir yaklaşım sergilemeleri gerekmektedir (Uyar Hazar & Bayar Yildirim, 2023).

3.1 Adli Olgularda Ebenin Hukuki Sorumluluğu

Ebelik mesleğinde, mesleki sorumlulukların yanında yasal sorumlulukların da dikkate alınması gerekmektedir. Ebelerin adli konulardaki hukuki yükümlülükleri yürürlükteki kanunlar ile belirlenmektedir. Ancak ülkemizde ebelik mesleğine özgü ayrı bir kanun bulunmadığından, ebelik uygulamalarının yasal çerçevesi farklı kanun ve mevzuatlar aracılığıyla oluşturulmaktadır (Uyar Hazar & Bayar Yildirim, 2023).

Bu kanun ve mevzuatlar arasında; “*Tababet Kanunu olarak da isimlendirilen 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (47. ,50., 51. ve 52.md), 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (3.md), 2219 Sayılı Kanun Hususi Hastaneler Kanunu (13.md), 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (2.md), 8/5319 Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (133.md), 83/7083 Sayılı Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği (13.,14.,15.,16.md), 2006/11081 Sayılı Nüfus Hizmetleri Kanununun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik (28.md) ve 26775 Sayılı Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik (5.md, Değişik fıkra: 31/12/2009 – 27449 S.R.G Yön1.md, ek fıkra: 31/12/2009 27449 S.R.G Yön 1.md) yer almaktadır. Ebeler, mesleğine ilişkin yukarıda belirtilen kanun ve mevzuatları temel alarak, adli olgulardaki hukuki sorumluluklarını 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK) (Madde 99,135,136,137,190, 204, 205, 209, 210, 279, 280, 281) ve 5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK) (Madde 75, 76, 80)”nın ilgili maddeleri çerçevesinde yerine getirmek durumundadırlar (Resmi Gazete, 2004a, 2004b).*

Gerekli mesleki özenin gösterilmemesi, önlenbilir risklerin dikkate alınmaması ya da mesleğin temel ilkeleri hakkında yeterli bilgiye sahip

olunmaması durumunda ebeler hukuki sorumluluklarla karşı karşıya kalabilmektedir. Bu nedenle mesleki hak, görev ve sorumlulukların iyi bilinmesi, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında ebeler için önemli bir koruyucu unsur oluşturmaktadır (Uyar Hazar & Bayar Yildirim, 2023).

4. Adli Vakalarla Karşılaşan Ebelerin Rolü

4.1 Adli Olgu

Adli olgu; kasıt, ihmal, tedbirsizlik veya dikkatsizlik sonucu ortaya çıkan ve bireylerde yaralanma ya da ölümle sonuçlanabilen tüm olayları kapsamaktadır. Ebeler, diğer sağlık profesyonelleri gibi mesleki uygulamaları sırasında adli olgularla sıkça karşılaşmakta olup, bu olguların doğru şekilde tanınması büyük önem taşımaktadır. Ateşli silah ve patlayıcı yaralanmaları, kesici-delici ve künt travmalar, yangınlar, trafik kazaları, boğulmalar, zehirlenmeler, madde kullanımı, intihar girişimleri, cinsel suçlar ve her türlü şiddet olayı adli olgu kapsamında değerlendirilmektedir (Bayar, 2021; Yeşil, Sezer & Yavuz, 2020).

4.2 Adli Olgu Basamakları

Adli bilimler olay yerinde başlamaktadır. Olay yerinde delillerin doğru şekilde tanımlanması, korunması ve değerlendirilmesi, sürecin ilerleyen aşamalarında yaşanabilecek aksaklıkların önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle adli olguların sistematik bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir. Adli olgu süreci; tanılama, planlama ve değerlendirme olmak üzere üç temel basamaktan oluşmaktadır (Bayar, 2021).

4.2.1. Tanılama

Tanılama aşamasında fiziksel delillerin belirlenmesi, toplanması ve korunması önceliklidir. Sağlık kuruluşlarında hasta ile ilk teması kuran ebeler ve hemşireler, çoğu zaman hangi delillerin toplanacağına karar veren ve bulguları kayıt altına alan temel sağlık profesyonelleridir (Bayar, 2021).

4.2.2. Planlama

Adli olgularda suç izleri farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin delillerin korunmasına yönelik uygun kararlar alması ve kısa ya da uzun vadeli planlamalar yapması gerekmektedir. Ebeler ve hemşirelik bakım planlaması, yalnızca hastanın mevcut sorunlarını belirlemeyi değil, bu sorunların çözümüne ve azaltılmasına yönelik girişimleri de kapsamalıdır (Bayar, 2021).

4.2.3. Değerlendirme

Değerlendirme aşamasında, adli olguya ilişkin elde edilen tüm bilgilerin tarafsız biçimde ele alınması önemlidir. Anemnez sonrasında olayın ne olduğu, nerede, ne zaman ve nasıl gerçekleştiği; yorum katılmadan, yalnızca mevcut veriler doğrultusunda değerlendirilmelidir. Bu süreçte kişi veya nesneler arasındaki temas sonucu delil değişiminin meydana gelebileceği dikkate alınmalıdır. Literatürde Locard prensibi olarak tanımlanan bu durum, olayın aydınlatılmasında önemli kanıtlar sağlayabilmektedir. Fiziksel deliller, bir suçun kanıtı olabileceği gibi yanlış suçlamaların da önüne geçebilmektedir (Bayar, 2021).

4.3. Adli Vaka Değerlendirme Öğeleri

Adli vaka, kişinin kendisine ya da bir başkası tarafından kasıt, ihmal veya dikkatsizlik sonucu meydana gelen; bedensel ve/veya ruhsal sağlığın bozulmasına ya da ölümle sonuçlanan olayların tümünü ifade eder (Akçin & Yılmaz Güven, 2024).

Ebeler, adli bir vaka ile karşılaştıklarında, olayın doğru biçimde ele alınabilmesi ve adli sürecin sağlıklı şekilde yürütülebilmesi amacıyla “Adli Vaka Değerlendirme Öğeleri” olarak tanımlanan basamaklar doğrultusunda sistematik bir değerlendirme gerçekleştirmektedir. Bu değerlendirme süreci, hem mağdurun güvenliğinin sağlanmasını hem de adli kanıtların korunarak uygun şekilde kayıt altına alınmasını hedeflemektedir. (Çalışır, 2022)

4.3.1 Öykü Alma

Öykü alma, hastanın sağlık durumu ve yaşadığı olayın doğru şekilde anlaşılması açısından temel bir adımdır. Adli vakalarda olayın ne olduğu, nerede ve ne zaman gerçekleştiği hastanın ifadeleri değiştirilmeden kaydedilmelidir. Sorular açık ve yönlendirici olmayacak şekilde sorulmalı, özellikle cinsel suçlarda olayın niteliğine ilişkin gerekli bilgiler dikkatle alınmalıdır. İlk öykünün doğru kaydedilmesi adli sürecin sağlıklı ilerlemesi açısından önem taşımaktadır (Çalışır, 2022).

4.3.2 Fiziksel Muayene

Adli vakalarda fiziksel muayene, yasal çerçeveye uygun şekilde ve hastanın onamı alınarak yapılmalıdır. Muayene sırasında olası kanıtların kaybolmaması veya zarar görmemesi için dikkatli davranılmalı, mahremiyet sağlanmalıdır. Adli ebeler, kanıtların var olabileceğinin farkında olmalı ve muayeneyi sistematik bir yaklaşımla gerçekleştirmelidir. Travmatik bulgular

ayrıntılı şekilde değerlendirilerek gerekirse görsel kayıt altına alınmalıdır (Çalışır, 2022).

4.3.3 Kanıtların Tanımlanması

Adli süreçte kanıtların doğru tanımlanması, toplanması ve korunması açısından kritik öneme sahiptir. Ebeler, hastayla ve hastaya ait eşyalarla ilk temas eden sağlık profesyonelleri olarak adli kanıtların fark edilmesinde önemli sorumluluk taşımaktadır. Bulgular açık, doğru ve ayrıntılı biçimde belgelenmelidir (Çalışır, 2022).

4.3.4. Fiziksel Kanıtların Toplanması

Kanıtların toplanması sırasında bütünlüğün korunması esastır. Her kanıt ayrı şekilde, uygun ambalajlarla ve kontaminasyonu önleyecek önlemler alınarak toplanmalıdır. Giysiler ve vücuda ait kalıntılar dikkatle muhafaza edilmeli, kanıtların zarar görmesine neden olabilecek uygulamalardan kaçınılmalıdır (Çalışır, 2022).

4.3.5. Kanıtların Saklanması

Toplanan kanıtların kaybolmaması ve bozulmaması için uygun koşullarda saklanması gerekmektedir. Nemli kanıtlar kurutulmalı, ancak mekanik cihazlar kullanılmamalıdır. Kanıtların yetkisiz kişilere verilmemesi adli sürecin güvenliği açısından önemlidir (Çalışır, 2022).

4.3.6 Kanıt Koruma Zincirinin Sağlanması

Kanıt koruma zinciri, kanıtın toplandığı andan yargı sürecine kadar bütünlüğünün belgelenerek korunmasını ifade eder. Kanıtlar doğru şekilde paketlenmeli, teslim süreci kayıt altına alınmalı ve zincir mümkün olduğunca kısa tutulmalıdır (Çalışır, 2022).

4.3.7. Kanıtın Kayıt Edilmesi

Adli vakalara ilişkin tüm tıbbi kayıtlar yasal olarak kullanılabilir nitelikte olmalıdır. Hastanın ifadeleri değiştirilmeden kaydedilmeli, sağlık profesyoneli kişisel yorum eklememelidir. Kanıtların eksiksiz iletilmesi için sağlık birimleri ile adli makamlar arasında etkili iletişim sağlanmalıdır (Çalışır, 2022).

4.3.8. Krize Müdahale

Adli olay yaşayan bireylerle güvene dayalı, yargılayıcı olmayan bir iletişim kurulmalıdır. Mağdurların duygusal tepkileri dikkate alınmalı, destekleyici

ve sakin bir yaklaşım benimsenmelidir. Krize müdahale süreci, mağdurun kendini güvende hissetmesini sağlamayı amaçlamalıdır. (Çalışır, 2022).

5. Dünyada ve Türkiye’de Adli Ebelik Eğitim

Adli vakalarda ilk temas noktası olan sağlık çalışanları, yaşamı koruma, oluşabilecek kalıcı hasarları azaltma ve mağdur ya da olası fail üzerindeki adli bulguların kaybolmasını önleme sorumluluğu taşımaktadır. Sağlık profesyonellerinin adli vakayı tanıyabilmesi, hastayı bütüncül olarak değerlendirmesi, mevcut kanıtları belirleyip uygun şekilde toplaması, koruması ve kayıt altına alması adli sürecin sağlıklı yürütülmesi açısından büyük önem taşır. Bu sorumlulukların etkin biçimde yerine getirilmesi, sağlık çalışanlarının aldıkları eğitimlerle doğrudan ilişkilidir. Yeterli eğitime sahip sağlık personeli, hem hastanın tedavi ve haklarının korunmasına katkı sağlamakta hem de adaletin doğru ve hızlı işlemesine destek olmaktadır (Karabulutlu, Aydın & Temel, 2023).

5.1. Dünyada Adli Ebelik Eğitimi

Adli ebelik alanında uzmanlık eğitimi veren ülkeler arasında İtalya, İrlanda, İspanya, Portekiz ve Peru yer almaktadır. İtalya’da adli ebelik, yüksek lisans düzeyinde sunulmakta olup eğitim programlarında ceza ve idare hukuku, cinsel şiddet, gebelik ve gebeliğin sonlandırılması, adli ebenin uygulama alanları, bilirkişilik, mesleki sorumluluklara ilişkin yargı analizleri ve vaka çalışmaları gibi konular yer almaktadır. Bu eğitimi başarıyla tamamlayan ebeler adli ebelik uzmanı unvanı almaktadır (Uyar Hazar & Bayar Yildirim, 2023).

İrlanda’da ise adli ebelik eğitimi, ebelik mezuniyetinden sonra verilen hizmet içi eğitim programları kapsamında yürütülmektedir. Özellikle cinsel saldırı tedavi ünitelerinde görev alacak adli ebe ve hemşirelere yönelik, delil toplama ve mağdur destek odaklı özel eğitim programları uygulanmakta; bu eğitimleri başarıyla tamamlayanlara cinsel saldırı adli muayene uzmanlığı sertifikası verilmektedir (Uyar Hazar & Bayar Yildirim, 2023).

İspanya’da adli ebelik, hukukun özel bir alanı olarak ele alınmakta ve obstetrik bilgi ile medeni ve ceza hukukunun birlikte uygulanmasını içeren bir uzmanlık alanı olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamda yardımcı üreme teknikleri, gebelik, doğum, doğum sonrası süreçler ve cinsel dokunulmazlığa karşı işlenen suçlar mediko-yasal açıdan değerlendirilmektedir (Uyar Hazar & Bayar Yildirim, 2023).

Portekiz’de adli bilimler alanında adli ebelik uzmanlarının yer almasının gerekli olduğu vurgulanmakta ve ebelerin adli ekiplerin bir parçası olduğu

belirtilmektedir. Peru’da ise beş yıllık ebelik eğitimini tamamlayan ebeler, lisans eğitiminin ileri aşamalarında aldıkları teorik ve uygulamalı adli ebelik dersleri sonucunda adli ebe unvanı kazanabilmektedir. Bu eğitimlerde sağlık hukuku, adli obstetri, obstetrik uygulamalarda yasal sorumluluklar, pelvik muayene ve etik konularına ağırlık verilmektedir (Uyar Hazar & Bayar Yildirim, 2023).

5.2. Türkiye’de Adli Ebelik Eğitimi

Türkiye’de adli ebelik alanındaki eğitim çalışmaları hem lisans hem de lisansüstü ve sertifikasyon düzeyinde aşamalı olarak gelişmiştir. İlk olarak adli ebelik eğitimi, lisans düzeyinde İstanbul Üniversitesi Ebelik Bölümü’nün dördüncü sınıf müfredatına “Adli Ebelik” dersi eklenmesiyle başlamıştır. Daha sonra Ankara Üniversitesi, Eskişehir Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi gibi birçok üniversitede lisans programları kapsamında adli ebelik dersleri verilmeye başlanarak bu alan yaygınlaşmıştır.

Lisans eğitiminin yanı sıra, adli ebelik alanına yönelik ilk yapılandırılmış ve sertifikalı eğitim programı 2015 yılı mayıs ayında Ankara Üniversitesi Adli Bilimler Enstitüsü bünyesinde hayata geçirilmiştir. “Adli Ebelik Eğitim Programı” adıyla düzenlenen 60 saatlik bu eğitimde, ebelik bilgi ve becerilerinin adli vakalarda kullanımı ile ebelerin adli durumlar karşısında nasıl hareket etmesi gerektiği ele alınmış ve program sonunda katılımcılara sertifika verilmiştir (Çalışır, 2022 ; Uyar Hazar & Bayar Yildirim, 2023).

Bu gelişmeleri takiben, 2017 yılında Üsküdar Üniversitesi Bağlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü bünyesinde adli ebelik alanına yönelik lisansüstü düzeyde akademik bir yapı oluşturulmuş ve adli ebelik uzmanlık alanı resmi olarak tanınmaya başlanmıştır. Üniversite, 2019 yılında Adli Bilimler Anabilim Dalı Adli Hemşirelik/Ebelik Bilim Dalı’ndan ilk mezunlarını vermiş ve böylece adli ebelik alanında uzmanlaşmış ebelerin yetiştirilmesi süreci akademik olarak da güçlenmiştir (Çalışır, 2022 ; Uyar Hazar & Bayar Yildirim, 2023).

6. Sonuç

Ebelik mesleği, anne ve yenidoğan odaklı bakımın ötesinde, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal bütünlüğünü korumayı amaçlayan çok yönlü bir sorumluluk alanına sahiptir. Ebeler, adli vakalarla sıklıkla ilk temas kuran sağlık profesyonelleri arasında yer almakta; bu nedenle kanıtların tanımlanması, korunması, kayıt altına alınması ve yetkili mercilere bildirilmesi gibi kritik adli süreçlerde önemli roller üstlenmektedir. Adli ebelik, sağlık ve

hukuk sistemlerinin kesiştiği, multidisipliner bir alan olarak ebelerin mesleki uygulamalarını adli bilimler perspektifiyle ele almasını gerektirmektedir.

Dünyada ve Türkiye’de adli ebelik eğitiminin giderek yaygınlaşması, ebelerin adli olgular karşısındaki bilgi ve farkındalık düzeyini artırarak bakım kalitesinin yükselmesine ve adalet sürecinin etkin işlemesine katkı sağlamaktadır. Bu bağlamda, adli ebelik alanında verilen lisans, lisansüstü ve sertifikalı eğitimlerin güçlendirilmesi; ebelerin hukuki sorumluluklarını doğru ve güvenli biçimde yerine getirebilmeleri açısından büyük önem taşımaktadır. Adli ebelik hem mağdur haklarının korunması hem de mesleki uygulamaların yasal güvence altına alınması açısından ebelik mesleğinin vazgeçilmez bir bileşeni olarak değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

- Akçın, A., & Yılmaz Güven, D. (2024). Acil Serviste Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Adli Vakalar ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 38-48.
- Aksu, S. (2017). Adli Ebelik. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(3), 277-284. <https://doi.org/10.17681/hsp.306089>
- Bayar, R. (2021). [Yüksek lisans tezi]. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Aydın.
- Çalışır, İ. N. (2022). Ebelerin adli ebelik hakkındaki bilgi ve tutumları ile adli vakalarda sorumluluklarına yönelik görüşleri (Yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Hourfar, S., & Saydam, B. K. (2023). Lisansüstü Eğitim Programına Kayıtlı Ebelerin 'Adli Ebelik' konusunda Bilgi ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Gevher Nesibe Journal Of Medical And Health Sciences*, 8(Özel Sayı), 787-796.
- Karabulutlu, Ö., Aydın, C. M., & Temel, M. Ö. (2023). Acil Servis Çalışanlarının Adli Vaka Yönetimine Yönelik Bilgi Düzeyleri: Kars Örneği. *Caucasian Journal of Science*, 10(1), 12-24. <https://doi.org/10.48138/cjo.1263567>
- Öztürk, S., & Şahin, S. A. (2022). Ebelik Öğrencilerinin Adli Vaka ve Adli Ebelik Konusunda Bilgi ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi: Tanımlayıcı Çalışma. *Caucasian Journal of Science*, 9(2), 105-114. <https://doi.org/10.48138/cjo.1084609>
- Resmî Gazete. (2004b). Ceza Muhakemesi Kanunu. Kanun No: 5271. Erişim tarihi: 22.06.2023, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5271.pdf>
- Sadıç, E., & Alparslan, Ö. (2021). Kadına yönelik şiddet ve adli ebelik. *MEYAD Akademi*, 2(2), 150-162.
- Uyar Hazar, H., & Bayar Yildirim, R. (2023). Ebelikte Yeni Bir Alan: Adli Ebelik. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 6(3), 179-187. <https://doi.org/10.54189/hbd.1318739>
- Yeşil, H., Sezer, G., & Yavuz, M. S. (2020). Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin, hemşire ve ebenin adli olgulardaki sorumlulukları ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Van Tıp Dergisi*, 27(1), 26-33.

Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Sık Yapılan Uygulamalar ve Kanıta Dayalı Yaklaşımlar

Yasemin Aydın Kartal¹,
Begüm Can²

Özet

Gebeliğin başlangıcından itibaren anne ve bebeğin sağlığını izleyen ebeler, özellikle normal doğumun desteklenmesinde önemli bir konuma sahiptir. Bu süreçte amaç, mümkün olan en az müdahale ile sağlıklı bir anne ve yenidoğana ulaşmak, aynı zamanda anne-bebek bağlanmasını güçlendiren güvenli ve huzurlu bir ortam sağlamaktır. Doğum eyleminin birinci evresi, servikal dilatasyonun aktif olarak ilerlediği, izlem ve bakımın yoğunlaştığı dönemdir. Bu bütüncül yaklaşım, doğumun birinci evresinde anne ve bebek için en iyi sonuçların elde edilmesini hedefler. Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Sık Yapılan Uygulamalar ve Kanıta Dayalı Yaklaşımlar konusu; doğumun birinci evresi, doğum istatistikleri, doğumun birinci evresinde kanıta dayalı bakım ana başlıkları ile incelenmiştir.

1. Giriş

Doğum, yaşamın en özel anlarından biridir ve bu süreçte ebeler kritik bir rol oynar. Ebeler, gebeliğin başından itibaren kadının yanında yer alır, anne ve bebeğin sağlığını destekler ve doğum sürecinin yönetiminde rehberlik sağlar (Sağlık Bakanlığı, 2025b). Normal doğum, kendiliğinden başlayan ve doğumun başında yalnızca düşük risklerin belirlendiği bir süreçtir. Bu durum, doğum ve doğum süresi boyunca sürekli olarak değerlendirilen riskler açısından devam eder. Bebek, 37–42. gebelik haftası arasında baş önde (vertex) pozisyonunda kendiliğinden doğar. Normal doğum hem annenin hem de bebeğin hayati bulgularının normal olması ile sonuçlanır. Bu tanım,

- 1 Profesör Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, yasemin.aydin@sbu.edu.tr, 0000-0001-7464-945X
- 2 Araştırma Görevlisi, Karabük Üniversitesi, begumcan@karabuk.edu.tr, 0009-0005-6962-5011

annenin ve ailesinin esenliğini destekleyen, huzurlu bir ortam yaratılmasına ve anne-bebek bağlanmasının güçlendirilmesine olanak tanır (WHO, 2017). Vajinal doğumda bakımın temel amacı doğum güvenliğine uygun, mümkün olan en az düzeyde müdahale ile sağlıklı bir anne ve yenidoğana kavuşmaktır (Aktaş vd., 2023).

2. Doğumun Birinci Evresi

Dilatasyon evresi olarak da isimlendirilen birinci evre düzenli ve ritmik kontraksiyonlar ile başlar, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sonlanır. Doğumun en uzun evresidir. Bu evre kendi içinde latent, aktif ve geçiş olmak üzere üç fazdan oluşmaktadır.

2.1. Latent Faz

Servikal dilatasyon ve efasmanın başladığı ancak yavaş ilerlediği evredir. Servikal dilatasyon 4 cm'e ulaşana kadar kadın latent fazla kabul edilmektedir (Aktaş vd., 2023). ACOG, 6 cm'lik serviks dilatasyonunun doğumun aktif fazının başlangıcı olarak kabul edilmesini önermektedir (Güçlü Tavsiye, Orta Kalitede Kanıt) (ACOG, 2024).

2.2. Aktif Faz

Servikal dilatasyonun 4-7 cm arasında olduğu faz aktif faz olarak adlandırılmaktadır. Servikal dilatasyon hızlı ilerler ve efasman yaklaşık %80 düzeyindedir (Aktaş vd., 2023). ACOG, doğumun aktif fazının durması durumunu, en az 6 cm servikal açıklığı olan kadınlarda, membranlar yırtılmışken 4 saat yeterli uterus aktivitesine ya da oksitosin desteğiyle 6 saat yetersiz uterus aktivitesine rağmen servikal dilatasyonda ilerleme olmaması olarak tanımlanmasını önermektedir (Duruma özgü öneri, düşük kaliteli kanıt) (ACOG, 2024).

2.3. Geçiş Fazı

Servikal dilatasyonun 8 cm olması ile başlar, 10 cm olması ile tamamlanır. Servikal dilatasyon tamamlanır ve fetus hızla aşağı iner (Aktaş vd., 2023).

2.4. Fetal Kardinal Hareketler

Fetal kardinal hareketler aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir:

- Angajman
- İniş
- Fleksiyon

- İç rotasyon
- Ekstansiyon
- Dış rotasyon
- Ekspulsiyon (Aktaş vd., 2023).

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Doğumun gizli (latent) ve aktif birinci fazın tanımları	Aşağıdaki tanımların kullanılması önerilmektedir: Latent Faz: Ağrılı rahim kasılmalarının olduğu, servikste değişken ölçüde incelme ve 5 cm'ye kadar yavaş genişleme dönemidir. Aktif evre: Düzenli ağrılı kasılmalar, belirgin servikal incelme ve 5 cm'den tam açılmaya kadar hızlı genişleme ile karakterizedir.	Önerilir
Birinci evrenin süresi	Kadınlara, latent fazın standart süresinin belirlenmemiş olduğu ve kişiden kişiye büyük ölçüde değişebileceği bilgisi verilmelidir. Ancak aktif evre genellikle ilk doğumda 12 saati, sonraki doğumlarda ise 10 saati geçmez.	Önerilir
Birinci evrenin ilerleyişi	1. Aktif fazda servikal açılmanın saatte 1 cm olması gerektiği yönündeki eşik, olumsuz sonuçları öngörmeye doğru değildir → Önerilmez. 2. Aktif evrede sürekli 1 cm/saat hız beklentisi gerçekçi değildir → Önerilmez. 3. Doğal hızlanma genellikle 5 cm açıklıktan sonra başlar. Bu eşik altında müdahale (oksitosin, sezaryen) yapılması, anne-bebek durumu iyiye → Önerilmez.	Önerilmez (3 madde)

Kaynak: (WHO, 2018).

Tablo 14. Doğumun Birinci Evresinin Uzama veya Durması

Latent Faz	Aktif faz	
16 saatin üzerinde ise uzamış latent faz kabul edilir.	Uzamış Aktif Fazın Tanısı	
Süresi pariteden bağımsızdır.	Parite	Bulgular
Bekle-Gör yöntemiyle uzamış latent fazdaki hastaların çoğu aktif faza geçiş yapacaktır.	Nullipar	Servikal dilatasyon <1 cm/saat
Kötü maternal ve neonatal sonuçlarla ilişkili olabileceği için dikkatli olunmalıdır.	Multipar	Servikal dilatasyon <1.2-1.5 cm/saat
Uzamış latent fazı olan, fetal ve maternal iyilik hali olan hastalarda erken sezaryen kararından kaçınılmalıdır.	(Friedman ve Cohen, 2023) Doğumun aktif fazının yavaş ilerlemesinin nedenleri: - Yetersiz uterus kasılmaları (10 dakikada iki veya daha az kasılmanın olması ve her birinin 40 saniyeden kısa sürmesi) Baş-pelvis uyumsuzluğu (feto-pelvik uyumsuzluk) (Friedman ve Cohen, 2023).	
Latent faz arrest i için kanıta dayalı bir tanım bulunmamaktadır.	Membranları rüptüre ve en az 6 cm servikal açıklığa sahip hastalarda, 4 saat yeterli uterin kontraksiyonu olan ya da 6 saatlik oksitosin augmentasyonu altında yeterli uterin kontraksiyon sağlanamayan hastalarda servikal dilatasyonda değişiklik olmaması aktif faz arrest i olarak tanımlanmaktadır.	

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2025a)

3. Doğum ile İlişkili İstatistikler

TÜİK (2024) verilerine göre, Türkiye’de toplam doğurganlık hızı yani 15-49 yaş arasındaki bir kadının yaşamı boyunca doğurması beklenen ortalama çocuk sayısı 2024 yılında 1,48 olarak hesaplanmıştır. Bu oran, 2001 yılında 2,38 düzeyindeyken 2014’ten itibaren sürekli bir düşüş eğilimi göstermiştir. Böylece doğurganlık hızı, son sekiz yıldır nüfusun yenilenme düzeyi olan 2,10’un altında seyretmeye devam etmektedir (TÜİK, 2025).

Ülkemizdeki doğumların neredeyse tamamı sağlık kuruluşlarında gerçekleşmektedir. TNSA 2018 verilerine göre doğumların %99’u sağlık kuruluşunda gerçekleşirken yalnızca %1’i ev ortamında gerçekleşmiştir (TNSA, 2018).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 verilerine göre, Türkiye’de sezaryenle doğum oranları 1993 yılından itibaren düzenli olarak artış göstermiştir. Araştırmaya göre, tüm doğumlar arasında sezaryen oranı 1993’te %7 iken, 2018 yılında %52’ye yükselmiştir (TNSA, 2018). Sağlık Bakanlığı’nın 2023 verileri ise canlı doğumlar içinde sezaryen oranının 2021’de %58,4, 2023’te ise %61,5 olduğunu göstermektedir. Aynı kaynaktan 2023 yılı için primer sezaryen oranı %32,4 olarak bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2023).

1990 yılından bu yana dünya genelinde sezaryenle doğum oranlarında belirgin bir artış gözlenmektedir ve önümüzdeki on yıl içinde bu oranın daha da yükselmesi beklenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, günümüzde sezaryen doğumlar tüm doğumların yaklaşık %21'ini oluşturmaktadır (WHO, 2021a). OECD'nin 2022 verileri ise ülkeler arasındaki farklılıkları ortaya koymakta; örneğin Meksika'da her 100,000 kadına düşen sezaryen sayısı 1,603,7 ile en yüksek seviyede iken, Norveç'te bu oran 303,7 ile en düşük düzeydedir (OECD, 2023).

4. DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNDE KANITA DAYALI BAKIM

4.1. Doğum ve Doğum Süreci Boyunca Bakım

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Saygılı doğum bakımı	Saygılı doğum bakımı; kadınların onurunu, mahremiyetini ve gizliliğini koruyan, zarar ve kötü muameleyi önleyen, bilinçli seçim yapma hakkını destekleyen ve doğum boyunca sürekli destek sağlayan bir bakım modeli olarak önerilmektedir.	Önerilir
Etkili İletişim	Doğum yapan kadınlara, basit ve kültürel olarak kabul edilebilir yöntemler kullanılarak doğum yaptırılması önerilir.	Önerilir
Doğum sırasında eşlik etme	Doğum ve doğum süreci boyunca tüm kadınlar için bir refakatçi tavsiye edilir.	Önerilir
Bakımın Sürekliliği	Tanıdık bir ebeinin veya küçük bir ebe grubunun gebelik öncesi, doğum ve doğum sonrası süreç boyunca kadını desteklediği ebe liderliğinde bakım modelleri, iyi işleyen ebelik sistemleri olan yerlerde önerilmektedir.	Duruma Özgü Öneri

Kaynak: (WHO, 2018).

NICE, doğum sürecinde kadın merkezli bir bakım anlayışının benimsenmesini önermektedir. Buna göre her kadına saygı, onur ve nezaket çerçevesinde yaklaşılmalı; seçimleri desteklenmeli ve karar alma sürecine aktif katılımı sağlanmalıdır.

Bakım ve müdahalelere ilişkin bilgi verilirken kadınların soru sorması teşvik edilmeli, karar vermeleri için yeterli zaman tanınmalı ve onayları alınmalıdır. Sağlık çalışanlarının iletişim dili açık, sade ve kültürel olarak duyarlı olmalıdır. NICE ayrıca, doğum sırasında kadınların bire bir ebe desteği almasını, isteği dışında yalnız bırakılmamasını ve tüm işlemlerin önceden aydınlatılmış onayının alınmasını önermektedir. Ayrıca kadının, kendi seçtiği doğum arkadaşından destek almasının teşvik edilmesi önerilmektedir. Kadınlara iyi bir iletişim kurulmalı, mahremiyetine özen gösterilmeli, ağrı yönetimi ve doğum tercihleri konusunda bilgilendirilmelidir. Kadının güçlendirilmesi, bilgilendirilmesi ve kendi bakımında söz sahibi olması, güvenli ve saygılı doğum bakımının temel unsurları arasında yer almaktadır (NICE, 2023).

Sağlık Bakanlığı Önerisi: Etkili İletişim Basamakları

1. Tüm iletişim süreçlerinde açık, empatik ve destekleyici bir yaklaşım benimsenmelidir.
2. Sözlü ve sözsüz iletişim yöntemleri doğru ve uygun biçimde kullanılmalıdır.
3. Gebelerin duygu ve düşüncelerini rahatça paylaşabileceği bir ortam oluşturulmalıdır.
4. Aktif dinleme teknikleri uygulanmalı; gebelerin endişeleri, beklentileri ve tercihleri dikkatle anlaşılmalıdır.
5. Gebenin ihtiyaçları zamanında değerlendirilerek, destek gereksinimleri doğum ekibinin diğer üyeleriyle paylaşılmalıdır.
6. Gebelerin kültürel değerlerine ve inançlarına saygı gösterilmelidir.
7. Sağlık personeli tanımlama uygulamaları (kimlik kartları, odada bakım verenin isminin görünür şekilde belirtilmesi vb.) hayata geçirilmelidir.
8. Ebeler ve doğum ekibi üyeleri her zaman ulaşılabilir olmalıdır.
9. Gebe ve refakatçilerin geri bildirim vermesi teşvik edilmeli ve bu geri bildirimler dikkate alınmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2025a).

Sağlık Bakanlığı Önerisi: Saygılı Annelik Bakımı İlkeleri

1. Gebe ile etkili ve güvenli bir iletişim kurulmalıdır.
2. Sosyal ve duygusal gereksinimlerine uygun destek sağlanmalıdır.
3. Zarar verici veya kötü muameleden kaçınılmalıdır.
4. Gebelere merhamet, sevgi ve şefkatle yaklaşılmalıdır.

5. Mahremiyet ve gizlilik ilkelerine titizlikle uyulmalıdır.
6. Bilgilendirilmiş onam alınmalı ve karar süreçlerine katılım sağlanmalıdır.
7. Gebenin itibarı ve saygınlığı korunmalıdır.
8. Sürekli erişilebilirlik sağlanmalı, ihtiyaç duyulduğunda destek verilmeli.
9. Fiziksel ortam ve kullanılan kaynakların kalitesi artırılmalıdır.
10. Gebenin temel fiziksel ihtiyaçları (su, beslenme, barınma, ısı gibi) karşılanmalıdır.
11. Tüm gebelere eşit ve adil bakım sağlanmalıdır.
12. Gebelerin doğum sürecinde seçimlerine ve yeteneklerini kullanmalarına saygı gösterilmelidir.
13. Bakım süreçlerinin sürekliliği sağlanmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2025a).

Sistematik inceleme çalışmasında obstetrik şiddetin doğum sonrası depresyon (PPD) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişimindeki rolü incelenmiş ve özellikle koruyucu faktörlere dikkat çekilmiştir. Bulgular, doğum sürecinde saygılı, destekleyici ve insancıl bakım uygulamalarının kadın ruh sağlığını korumada belirleyici olduğunu göstermektedir. Doğum sırasında partner desteği, sağlık çalışanlarıyla etkili ve empatik iletişim, doğum planına saygı gösterilmesi, sosyal destek ağlarının varlığı ve doğum sonrası ten tene temas uygulaması PPD ve TSSB'na karşı güçlü koruyucu faktörler olarak öne çıkmıştır. Bununla birlikte, doğum deneyiminden memnuniyetin yüksek olması da ruhsal iyilik halini destekleyen bir unsur olarak belirlenmiştir. Araştırma, doğum sürecinde kadının özerkliğine saygı duyulmasının, zorlayıcı müdahalelerden kaçınılmasının ve bireyselleştirilmiş bakımın, doğum sonrası dönemde psikolojik sorunların önlenmesinde kritik öneme sahip olduğunu vurgulamaktadır. Bu sonuçlar, anne ruh sağlığını korumaya yönelik politikaların geliştirilmesi ve saygılı doğum uygulamalarının yaygınlaştırılmasının önemini ortaya koymaktadır (Silva-Fernandez vd., 2023).

Yapılan bir müdahale çalışması, ilk kez doğum yapan kadınlarda etkili iletişim temelli bakımın doğum deneyimi ve memnuniyet üzerindeki etkisini incelemiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bakım modeline dayalı olarak, müdahale grubundaki kadınlara iletişim odaklı destekleyici bakım uygulanmış, kontrol grubuna ise rutin bakım verilmiştir. Sonuçlar, iletişim

temelli bakımın doğum deneyimini olumlu yönde etkilediğini ve annelerin doğum memnuniyetini anlamlı şekilde artırdığını göstermiştir (Shamoradifar vd., 2022).

Yarı yapılandırılmış görüşmelerle yürütülen bir araştırmada, zihinsel, gelişimsel veya duyuşsal engeli bulunan bireylerin doğum sürecinde yaşadıkları iletişim deneyimleri incelenmiştir. Bulgular, iletişimin önündeki en önemli engellerin sağlık çalışanlarının yetersiz bilgi ve deneyimi, uygun politika eksikliği ve önyargılı tutumlar olduğunu ortaya koymuştur. Buna karşın, empati temelli iletişim, engelliliğe özgü gereksinimlere uygun bilgi aktarımı, iletişim destek hizmetlerine erişim ve sağlık ekibi içi iş birliği, olumlu doğum deneyimlerini destekleyen başlıca koruyucu faktörler olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar, perinatal bakımda iletişimin güçlendirilmesinin, hem anne hem de yenidoğan sağlığını koruyucu etkiler oluşturabileceğini göstermektedir (Saced vd., 2022).

Önceki çalışmaların incelendiği bir derleme, doğumda sürekli destekçi varlığının kadınlar tarafından olumlu karşılandığını, ancak sağlık çalışanlarının refakatçinin rolü, doğumhanedeki faaliyetlere olası müdahalesi ve alan yetersizliği gibi endişeleri olduğunu göstermektedir (Kabakian-Khasholian & Portela, 2017).

Yapılan başka bir çalışma, vajinal doğum sırasında bir refakatçinin bulunmasının doğum memnuniyeti ve doğum sonrası depresyon üzerindeki etkisini incelemiştir. Ankara Etlik Şehir Hastanesi'nde doğum yapan 220 kadın, doğum sırasında aldıkları desteğe göre eş desteği, eş dışı destek ve destek almama şeklinde gruplara ayrılmıştır. Sonuçlarda, eş desteği alan kadınların doğum memnuniyetinin, özellikle bakım kalitesi ve stres yönetimi açısından, destek almayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eş dışında başka bir destekçi bulunan kadınlar da hiç destek almayanlara göre daha olumlu bir deneyim yaşamıştır. Ancak doğum sonrası depresyon düzeyleri açısından gruplar arasında belirgin bir fark bulunmamıştır (Demir Cendek vd., 2025).

4.1.1. Doğum Yeri

Düşük riskli gebelerde, planlı hastane doğumunun anne veya bebek sağlığı üzerinde belirgin bir avantaj sağladığına dair güçlü kanıt yoktur. Mevcut randomize çalışmalar çok sınırlı ve güvenilirliği düşüktür. Öte yandan, gözlemsel çalışmalar, uygun eğitimli ebe eşliğinde evde doğumun güvenli olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, düşük riskli kadınlarda evde doğum, doğru destek sağlandığında güvenli bir seçenek olarak değerlendirilmektedir (Olsen & Clausen, 2023).

4.1.2. Ebe Yönetimli Doğum

Sağlığın en yüksek düzeyde korunması temel bir insan hakkıdır. Buna rağmen dünya genelinde anne ve yenidoğan ölüm ve hastalık oranları ile ölü doğumlar halen önemli bir sorun oluşturmaktadır. Birçok kadın, gebelik, doğum ve doğum sonu bakım süreçlerinde gereksiz tıbbi müdahaleler ve olumsuz uygulamalarla karşı karşıya kalmakta, bu durum hem sağlıklarını hem de iyi oluşlarını olumsuz etkilemektedir.

Anne ve bebek sağlığını iyileştirmek ve evrensel sağlık kapsamına ulaşmak için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ebe yönetimli bakım modellerine geçişi desteklemektedir. Bu modelde gebelikten doğum sonu döneme kadar bakımın koordinasyonu ebeler tarafından sağlanmakta; ebeler kendi uzmanlık alanları içinde bağımsız karar verebilen ve kadın merkezli hizmet sunan sağlık profesyonelleri olarak görev yapmaktadır. Gerekli durumlarda ebeler, kadın doğum uzmanları, çocuk hekimleri ve diğer sağlık profesyonelleriyle etkili iş birliği ve zamanında sevk mekanizmalarıyla çalışarak anne ve bebeğe kesintisiz, güvenli ve kişiselleştirilmiş bakım sunmaktadır. Bu yaklaşım; kadınların ihtiyaçlarına uygun, güvenli, saygılı ve kaliteli doğum hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını amaçlamaktadır (WHO, 2025).

Ebe yönetimli bakım; düşük riskli gebeliklerde, gebelikten lohusalığa kadar kapsamlı bakımın ebeler tarafından sağlandığı, kanıta dayalı bir uygulamadır. Yapılan sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, ebe yönetimli bakımın maternal ve neonatal sonuçları belirgin şekilde iyileştirdiği gösterilmiştir. İncelemeye dahil edilen çalışmaların sonuçlarına göre, ebe yönetimli bakım alan kadınlarda acil sezaryen oranlarının daha düşük, vajinal doğum olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca epizyotomi kullanımında azalma, postpartum hemoraji ve doğum asfiksisi oranlarında düşüş ve yenidoğan yoğun bakım yatış süresinde kısalma olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, ebe yönetimli bakımın yaygınlaştırılmasının anne ve bebek sağlığını geliştirmede önemli katkılar sağlayacağını göstermektedir (Fikre vd., 2023).

4.2. Doğumhaneye Kabul

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Doğumhaneye kabul politikası	Sağlıklı gebe kadınlarda, doğumun aktif evresine kadar doğumhaneye alınmanın ertelenmesi yalnızca kapsamlı araştırmalar bağlamında önerilmektedir.	Duruma Özgü Öneri

Kaynak: (WHO, 2018).

ACOG, latent fazda doğum sancısı yaşayan kadınlar için şunları önermektedir:

- Kadınlar, 4–6 cm servikal açıklıkta ve anne ile bebek durumu güvenli olduğu sürece, doğum ünitesine alınmadan önce alternatif bir bakım alanında izlenebilir.
- Kadınlar doğum ünitesine alınmadan önce alternatif bir bakım alanında izlenebilir.
- Bu süreçte öz bakım aktiviteleri ve başa çıkma teknikleri sunularak kadınların kendi kendine rahatlaması desteklenmelidir.
- Her temas sırasında maternal ve fetal durumun yeniden değerlendirilmesi için önceden belirlenmiş bir zaman planlanmalıdır.
- Bu yaklaşım, kadınların doğum sancılarını yönetmelerine yardımcı olur ve doğuma alınmadan önce dinlenme ve destek sağlanmasını mümkün kılar (ACOG, 2019).

Sağlık Bakanlığı, doğuma kabul sırasında öykü ile ilgili olarak şunları önermektedir:

- Gebenin kişisel, iletişim ve aile bilgileri ile soy geçmişi sorgulanmalıdır.
- Alışkanlıklar, beslenme ve hidrasyon durumu değerlendirilmelidir.
- Kronik hastalıklar, kanama ve enfeksiyon öyküsü, alerji, psikiyatrik durum, ilaç kullanımı ve immünizasyon durumu sorgulanmalıdır.
- Ameliyat ve obstetrik öykü (geçmiş gebelikler, doğumlar, düşükler, infertilite, yardımcı üreme öyküsü) alınmalıdır.
- Mevcut gebelik öyküsü; son adet tarihi, gebelik haftası, gebelik boyunca yakınmalar, tehlike işaretleri ve komplikasyon riskleri değerlendirilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Yapılan bir çalışmada latent fazda kabul edilen kadınlar, aktif fazda kabul edilenlere kıyasla sezaryen, enstrümantal doğum, yapay membran rüptürü, oksitosin augmentasyonu ve epidural analjeziye daha fazla maruz kalmıştır. Sonuç olarak latent dönemde hastaneye yatırılan kadınların, sezaryen doğum olasılığını artıran doğum sırasında müdahalelere maruz kalma olasılığı daha yüksek bulunmuştur (Rota vd., 2018).

4.3. Annenin Yaşamsal Bulgularının Takibi

Sağlık Bakanlığı, doğum sürecinde maternal vital bulguların düzenli ve aşamaya uygun şekilde izlenmesini önermektedir.

- Nabız ve kan basıncı: Doğumun latent fazda yaklaşık iki saatte bir, aktif fazda ise saatlik aralıklarla takip edilmelidir.
- Vücut ısısı: Enfeksiyon riski veya klinik bir gereklilik olmadıkça dört saatte bir ölçülmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

NICE, doğumun birinci evresinde saatlik nabız takibi, dört saatte bir ateş, solunum, kan basıncı takibi yapılmasını önermektedir (NICE, 2023).

4.4. Fetal İyilik Hali

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Fetal iyilik halinin değerlendirilmesi (doğum anında)	a) Sağlıklı kadınlarda doğum sırasında rutin NST (kardiotokografi) yapılması önerilmez. b) Doppler veya Pinard stetoskop ile fetal kalp seslerinin dinlenmesi önerilir.	a) Önerilmez b) Önerilir
Sürekli NST uygulaması	Spontan doğumdaki sağlıklı kadınlarda sürekli kardiotokografi (NST) önerilmez.	Önerilmez
Aralıklı fetal kalp atım dinlemesi	Doppler veya Pinard ile aralıklı kalp atım hızı dinlemesi sağlıklı doğumlarda önerilir.	Önerilir

Kaynak: (WHO, 2018)

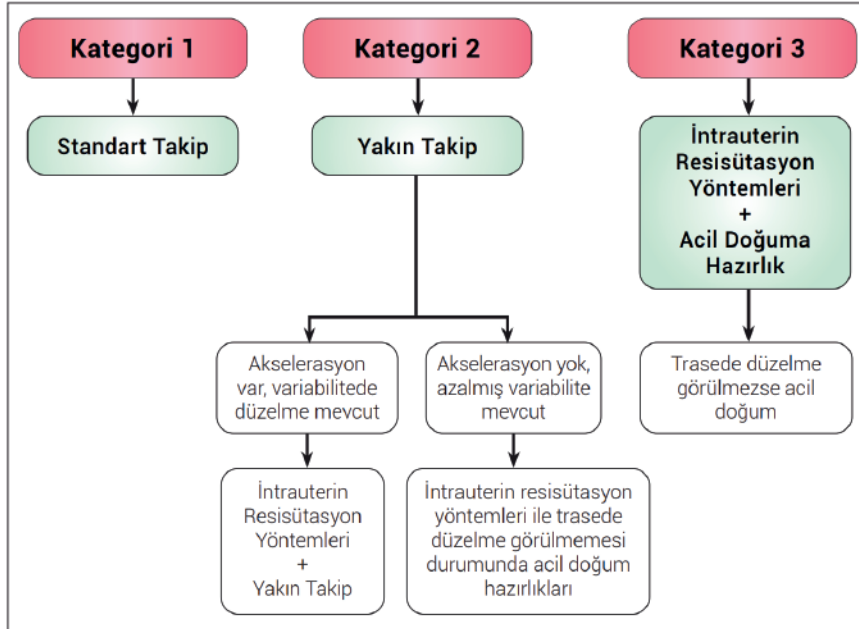
DSÖ, doğumun birinci aktif evresinde fetal durumun değerlendirilmesi için fetal kalp atış hızının genellikle 15–30 dakikada bir oskültasyon ile kontrol edilmesini önermektedir (WHO, 2018).

Sağlık Bakanlığı'nın Doğumun Birinci Evresinde Fetal İzlem Önerileri:

- Ebeler, düşük riskli gebelerde kişiye özel fetal izleme yöntemini belirlemeli ve gebeyi bilgilendirmelidir.
- Fetal ve maternal riskler doğum boyunca değişebileceği için risk değerlendirmesi sürekli yapılmalıdır.
- Aralıklı oskültasyon, düşük riskli gebelerde yeterlidir; her kontraksiyondan sonra en az 30 saniye uygulanır ve 15–30 dakikada bir tekrarlanır, anne nabızı saatlik veya gerekirse daha sık kaydedilir.
- 20 atım ve üzerinde azalma varsa daha sık oskültasyon yapılmalı; fetal kalp atışı tespit edilmezse acil ultrason ile hekim bilgilendirilmelidir.

- Klinik riskler mevcutsa sürekli elektronik fetal monitörizasyon (EFM) uygulanmalı ve hekim bilgilendirilmelidir.
- Sürekli EFM gerektiren durumlar arasında önceki sezaryen, hipertansiyon, uzamış membran rüptürü, şüpheli enfeksiyon, vajinal kanama veya diyabet gibi riskler bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Algoritma 2. İntrapartum Kategori Traselerin Yönetimi



Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2025b)

	Düşük Riskli Gebelik	Yüksek Riskli Gebelik
Doğum salonuna ilk kabul	20 dakikalık trase yazdırılır	
1. evre (latent faz)	İki saatte 1	Saatlik takip
1. evre (aktif faz)	30 dakikada 1	15 dakikada 1
2. evre	15 dakikada 1	5 dakikada 1

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2025b)

NICE önerisine göre: Doğumda fetal kalp atım hızı, doğum sancısı çeken veya değerlendirme yapılan her kadında dinlenmelidir. Oskültasyon kasılmadan hemen sonra en az bir dakika sürmeli, hızlanma ve

yavaşlamalar kaydedilmelidir. Düşük riskli gebelerde, kardiyotokografinin aralıklı oskültasyona göre sonuçları iyileştirdiğine dair yeterli kanıt bulunmamaktadır. Kadın kardiyotokografi talep ederse, yöntemin yarar ve sınırlamaları açıklanmalı ve tercihi desteklenmelidir. Risk faktörleri saptanırsa veya oskültasyonda anormallik görülürse kardiyotokografi önerilir. Görünürde kalp atımı olsa da fetal ölüm şüphesi varsa ultrasonla canlılık değerlendirilmelidir (NICE, 2022).

Cochrane meta-analizine göre, risk faktörü bulunmayan gebelerde doğumhaneye kabul sırasında yapılan fetal kalp atım hızının elektronik izlenmesi ile aralıklı oskültasyon karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçları, elektronik fetal izleme yapılan kadınlarda sezaryen oranlarının bir miktar daha yüksek olma eğiliminde olduğunu, ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir. Enstrümantal doğum, perinatal ölüm, hipoksik iskemik ensefalopati ve yenidoğan nöbeti açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bununla birlikte, elektronik izleme yapılan olgularda doğum sırasında sürekli fetal monitörizasyon ve fetal kan örnekleme oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Uzun dönem nörolojik sonuçlara dair veri bulunmamaktadır (Devane vd., 2017).

Ebelerin EFM uygulamasındaki rol ve sorumlulukları aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir:

- Gebeye işlem hakkında bilgi verilir ve onam alınır.
- Leopold manevralarıyla fundus yüksekliği, fetüsün sırtı ve prezantasyonu belirlenir.
- Toko transdüser, fundusun tepe noktasına ve fetüsün sırtına jel ile yerleştirilir ve sabitlenir; transdüser prob sıfırlanır.
- Gebe sol yan pozisyonunda tutulur ve işlem süresince gözlem yapılır.
- EFM kaydı alınır; kayıt üzerine gebenin adı, soyadı, tarih ve saat yazılır.
- Sonuç yorumlanır; riskli durum varsa gerekli girişimler yapılır ve hekim bilgilendirilir.
- Aktif fazda 30 dakikada bir, geçiş fazında 15 dakikada bir değerlendirme tekrarlanır.
- EFM tamamlandıktan sonra gebeye sonuç hakkında bilgi verilir (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

4.5. Oral Sıvı ve Besin Alımı

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Ağızdan sıvı ve yiyecek alımı	Düşük riskli kadınlarda doğum sırasında ağızdan sıvı ve yiyecek alımı önerilir.	Önerilir

Kaynak:(WHO, 2018)

NICE rehberine göre doğum sürecinde sıvı dengesi dikkatle izlenmelidir. Gebelere susadıklarında sıvı almaları önerilir, ancak aşırı sıvı alımı hiponatremi riskine yol açabileceğinden kaçınılmalıdır. Ebeler, doğum boyunca sıvı alımı ve çıkışını düzenli olarak kontrol etmelidir. İntravenöz sıvı tedavisi, oksitosin infüzyonu, kanama veya preeklampsi gibi durumlarda sıvı dengesi yakından takip edilmelidir. Şüpheli durumlarda sodyum düzeyi değerlendirilerek uygun müdahale yapılmalıdır (NICE, 2023).

T.C. Sağlık Bakanlığı önerisine göre: Doğum eylemi sırasında sıvı dengesinin korunması önemlidir, çünkü hipovolemi eylemin uzamasına yol açabilir. Düşük riskli gebelerin (önceden sezaryen öyküsü bulunmayan, komplikasyonsuz ve düşük kategoride fetal monitorizasyonu olanlar) travay süresince tanesiz, berrak sıvıları serbestçe tüketmelerine izin verilebilir. Ancak katı gıdaların alınması uygun değildir. Sezaryen riski yüksek olan veya komplikasyon gelişme olasılığı bulunan olgularda, genel anestezi gereksinimi doğabileceği için aspirasyon riskine karşı oral alım durdurulmalı; hipovolemiye engel olmak amacıyla intravenöz sıvı desteği (örneğin 125–150 ml/saat hızında serum fizyolojik ya da Ringer Laktat içinde %5 dekstroz) sağlanmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Yapılan bir randomize kontrollü çalışmada, doğum sırasında hafif gıda tüketiminin doğum sonuçları üzerindeki etkisi incelenmiştir. 37–41. gebelik haftasında olan 129 doğum eylemindeki kadın sıvı alanlar ve gıda tüketenler olarak iki gruba ayrılmıştır. Sonuçlar, doğumun seyri, oksitosin gereksinimi, doğum şekli, maternal ve neonatal sonuçlar açısından iki grup arasında anlamlı fark olmadığını göstermiştir. Aspirasyon veya genel anestezi gereksinimi hiçbir olguda görülmemiştir. Bulgular, doğum sırasında gıda alımının olumsuz etki oluşturmadığını, ancak bireysel riskler göz önünde bulundurularak karar verilmesi gerektiğini desteklemektedir (Maor vd., 2024).

Cochrane meta-analizine göre, doğum sırasında sıvı ve gıda alımının kısıtlanmasının doğum sonuçları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Toplam 3130 kadını içeren beş randomize kontrollü çalışmanın sonuçları, sezaryen oranı, operatif vajinal doğum, Apgar skorları ve diğer maternal

ya da neonatal sonuçlar açısından gruplar arasında fark göstermemiştir. Bulgular, düşük riskli gebelerde doğum sırasında sıvı ve hafif gıda alımının kısıtlanmasının klinik bir yarar sağlamadığını ortaya koymaktadır (Singata vd., 2013).

4.6. Amniyotomi

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Rutin amniyotomi (suyun erken boşaltılması)	Doğumun gecikmesini önlemek amacıyla yalnızca amniyotomi uygulanması önerilmez.	Önerilmez
Erken amniyotomi ve oksitosin	Doğumun gecikmesini önlemek amacıyla erken amniyotomi ile erken oksitosin artışının birlikte kullanımı önerilmez.	Önerilmez

Kaynak:(WHO, 2018)

NICE kılavuzuna göre doğumun aktif yönetimi (erken amniyotomi, rutin vajinal muayene, oksitosin kullanımı gibi uygulamaları içeren paket yaklaşım) rutin olarak önerilmemektedir. Normal ilerleyen doğumlarda amniyotomi yapılmamalı, erken dönemde oksitosin ile birlikte uygulanmamalıdır. Ancak ilerleme yetersizliği durumunda; ilk doğumunu yapan kadınlarda aktif ikinci evrenin başlamasından 1 saat sonra, daha önce doğum yapmış kadınlarda ise 30 dakika sonra ilerleme (başın rotasyonu veya inişi açısından) gözlenmiyorsa gecikmeden şüphelenilmelidir. Bu durumda vajinal muayene yapılarak zarlar sağlam ise amniyotomi uygulanması önerilmektedir (NICE, 2022).

ACOG Doğum eylemi normal şekilde ilerleyen ve fetal riske dair bir bulgu olmayan kadınlarda, takibi kolaylaştırmak için gerekmediği sürece rutin amniyotomi yapılmasını önermemektedir (ACOG, 2019).

Sağlık Bakanlığı rehberine göre rutin amniyotomi uygulanması önerilmemektedir. Ancak, oksitosin infüzyonu alan ve servikal açılma hızı saatte 1 cm'den az olan olgularda, doğum eylemini hızlandırmak amacıyla amniyotomi yapılması uygun görülmektedir. İşlem öncesi ve sonrası fetal kalp atım hızı değerlendirilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Cochrane incelemesine göre, erken amniyotomi ve oksitosin uygulaması doğum süresini ortalama 1,3 saat kısaltmakta, ancak sezaryen oranını anlamlı düzeyde azaltmamaktadır. Anne ve yenidoğan sağlığı açısından da önemli bir fark saptanmamıştır (Wei vd., 2013).

Yapılan bir randomize kontrollü çalışmada, 5 cm servikal açıklıkta

amniyotomi uygulanan kadınlarda, uygulanmayanlara göre doğum süresi yaklaşık 50 dakika kısalmıştır. Ancak oksitosin ihtiyacı, sezaryen oranı, şüpheli fetal distres, enstrümantal doğum ve neonatal sonuçlar açısından iki grup arasında fark bulunmamıştır (Khunpradit vd., 2024).

4.7. Lavman ve Perine Tıraşı

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Perine/pubik tıraşı	Vajinal doğum öncesi rutin perine/pubic tıraşı önerilmez.	Önerilmez
Lavman uygulanması	Doğum hızlandırma amacıyla lavman verilmesi önerilmez.	Önerilmez
Vajinal temizlik	Enfeksiyon morbiditelerini önlemek amacıyla doğum sırasında rutin olarak klorheksidin ile vajinal temizlik önerilmez.	Önerilmez

Kaynak:(WHO, 2018)

Sağlık Bakanlığı da lavman ve perine tıraşı gibi uygulamaların rutin olarak yapılmasını önermemektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Yapılan bir çalışmada doğum sırasında yapılan müdahaleler arasında lavmanın da yer aldığı ve bu müdahalelerin doğum süreci ile yenidoğan sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yarattığı saptanmıştır; özellikle ikinci evrede müdahale ihtiyacını artırdığı ve bazı olumsuz neonatal sonuçlarla ilişkili olduğu bulunmuştur (Akyıldız vd., 2021). 2013 yılında yapılan Cochrane meta-analizine göre, doğum sırasında lavman uygulamasının; perineal yara enfeksiyonu, neonatal enfeksiyon, doğum süresi, perineal yırtık derecesi ve kadın memnuniyeti gibi sonuçlar üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Bu bulgular, rutin lavman uygulamasının önerilmemesi gerektiğini göstermektedir (Reveiz vd., 2013). Yapılan bir çalışmada, doğum sırasında sık uygulanan müdahalelerin anne memnuniyeti üzerindeki etkisi incelenmiştir. Lavman uygulaması %80,6, perine tıraşı %22,2 oranında yapılmış ve özellikle lavman, perine tıraşı, hareket kısıtlaması, iki saatte bir vajinal muayene, EFM ve sıvı/gıda kısıtlaması gibi müdahaleleri deneyimleyen annelerin memnuniyet puanları anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur (Çalik vd., 2018).

Kesitsel araştırma verilerine göre doğum sırasında yakın destek, serbest hareket hakkı ve amniyotomi, lavman, perine tıraşı ve elektronik fetal monitörizasyonun uygulanmaması, doğum korkusunun düşük olmasını sağlamıştır. Sık vajinal muayene, uzun doğum süresi, şiddetli doğum ağrısı

ve sağlık personelinin olumsuz yaklaşımı ise doğum korkusunu artıran faktörler olarak belirlenmiştir (Atan vd., 2024).

Metaanaliz sonuçlarına göre, perineal tıraş yapılan ve yapılmayan kadınlar arasında doğum sonrası ateş, yara enfeksiyonu, yara açılması, yenidoğan enfeksiyonu veya anne memnuniyeti açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bazı küçük çalışmalarda, tıraş yapılmayan kadınlarda daha az bakteri kolonizasyonu saptanmıştır. Tıraş işlemi yapılanlarda tahriş, kızarıklık, yanma ve kaşıntı gibi yan etkiler görülmüştür. Doğum öncesi rutin perineal tıraşın anne veya yenidoğan yararına olduğuna dair yeterli kanıt yoktur; bu nedenle rutin olarak önerilmemelidir (Basevi & Lavender, 2014).

Mevcut kanıtlar, düşük riskli ve komplikasyonsuz doğumlarda rutin perine tıraşı, lavman, sürekli intrapartum EFM ve epizyotomi uygulamasının anne veya bebek açısından belirgin bir fayda sağlamadığını göstermektedir. Bu tür müdahalelerin olası rahatsızlık ve olumsuz etkileri, varsayılan yararlarını genellikle aşmaktadır (Chen & Wang, 2006).

4.8. Vajinal Muayene ve Pelvik Ölçüm

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Klinik pelvimetri (pelvis kemiği ölçümü)	Doğumda, sağlıklı gebe kadınlara rutinde pelvimetri yapılması önerilmez.	Önerilmez
Dijital vajinal muayene	Aktif doğum evresinde 4 saatte bir dijital vajinal muayene yapılması önerilir (düşük riskli kadınlarda).	Önerilir

Kaynak:(WHO, 2018)

Vajinal muayenelerin sıklığı ve sayısı mümkün olduğunca sınırlandırılmalıdır. Bu durum, özellikle zarların erken yırtılması veya doğumun uzaması gibi enfeksiyon riskini artıran durumlarda büyük önem taşır. Muayene aralıkları, doğumun seyri ve annenin-bebeğin durumu doğrultusunda belirlenmelidir. Aynı kadının farklı kişiler tarafından tekrarlayan vajinal muayenelere maruz kalmasından kaçınılmalı (WHO, 2018).

NICE, vajinal muayenelerin yalnızca tıbben gerekli olduğunda ve karar sürecine katkı sağlayacağı durumlarda yapılmasını önermektedir. Vajinal muayenenin kadınlar için ağrı, kaygı ve yabancı ortam nedeniyle rahatsız

edici olabileceği dikkate alınmalı; işlem öncesinde nedeni, süreci ve olası etkileri açıklanmalıdır.

Kadının bilgilendirilmiş onayı alınmalı, mahremiyet, saygı ve konforu korunmalıdır. Muayene bulguları ve doğum planına olası etkileri, kadına sade bir dille açıklanmalıdır. Kadına, muayeneyi reddetme veya dilediği aşamada durdurma hakkı olduğu hatırlatılmalıdır. Muayene sırasında; başın seviyesi, pozisyonu, kaput veya şekil değişikliği varlığı, serviksin silinmesi ve açıklığı ile zarların durumu değerlendirilmelidir (NICE, 2023).

Sağlık Bakanlığı, doğum eyleminde vajinal muayenelerin yalnızca tıbbi gereklilik durumlarında yapılmasını ve gereksiz tekrarların önlenmesini önermektedir. Bu doğrultuda vajinal muayenenin yapılması uygun görülen başlıca durumlar şu şekildedir:

- Kadının ilk başvurusunda doğumun evresi ve servikal açıklığın değerlendirilmesi
- Eylemin ilerleyişinin izlenmesi amacıyla yaklaşık dört saatte bir
- Anestezi uygulanmadan önce servikal açıklığın değerlendirilmesi
- Gebenin kendiliğinden ıkınma gereksinimi hissettiği durumlarda
- Fetal kalp atım hızında anormallik saptandığında

Gebelere yapılan vajinal muayene sırasında vulva ve vajina, serviks, amniyotik membran ve sıvı, prezente olan kısım, pozisyon, moulding, kaput suksadenum, kemik pelvis, fetal iniş değerlendirilmelidir (sağlık bakanlığı, 2025b).

Moulding Dereceleri

0/Yok	= Açık süturlarla kemiklerin normal ayrılması.
+	= Birbirine değen kemikler.
++	= Üst üste binen kemikler, ancak hafif basınçla ayrılabilir.
+++	= Üst üste binen kemikler, ancak hafif basınçla ayrılamaz.
++++	= Şiddetli moulding olarak kabul edilir.

Kaynak:(Sağlık Bakanlığı, 2025b).

4.9. Doğumun Gecikmesini Önleme

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Doğum gecikmesini önlemek için ağrı kesici kullanımı	Doğumun gecikmesini önlemek ve augmentasyon gereksinimini azaltmak için ağrı kesici kullanımı önerilmez.	Önerilmez
Doğumun aktif yönetimi	Doğum gecikmesini önlemek amacıyla aktif yönetim bakım paketi kullanımı önerilmez.	Önerilmez
Antispazmodik ajanlar	Doğumun gecikmesini önlemek amacıyla antispazmodik ajanların kullanımı önerilmez.	Önerilmez
Doğum gecikmesini önlemek için intravenöz sıvılar	Doğum süresini kısaltmak amacıyla intravenöz sıvıların kullanımı önerilmez.	Önerilmez

Kaynak:(WHO, 2018)

4.9.1. Oksitosin ve Prostaglandin Kullanımı

İntravenöz oksitosin infüzyonu, doğum eyleminin ilerlemesinin yavaşladığı veya uterin kasılmaların yeterli olmadığı durumlarda doğumun etkinliğini artırmak amacıyla uygulanır. Bu yöntem, özellikle partograf takibinde ilerlemenin yetersiz olduğu olgularda tercih edilir. Oksitosin infüzyonu, güvenli uygulama açısından yalnızca tekil gebeliklerde ve fetüsün baş gelişi (sefalik prezentasyon) durumlarında endikedir. Oksitosin infüzyonunun kontrendike durumları ise aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2025b):

Kontrendikasyon	Açıklamalar
Fetal	► Fetal distres belirtileri (anormal fetal kalp hızı) ► Malprezentasyon (örn., transvers pozisyon, tam olmayan makat) ► Plasenta previa veya vasa previa ► Fetal başın geçişine izin vermeyen fetal anomaliler (şiddetli hidrosefali gibi) ► Umbilikal kord prolapsusu
Maternal	► Baş-pelvis uyumsuzluğu ► Aktif genital herpes enfeksiyonu ► Doğumu anne için tehlikeli hale getiren tıbbi durumlar
Uterin	► Önceki uterus insizyonu ► Önceki miyomektomi

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Erken amniotomi ve oksitosin	Doğumun gecikmesini önlemek amacıyla erken amniotomi ile erken oksitosin artışının birlikte kullanımı önerilmez.	Önerilmez
Epidural analjezi alan kadınlarda oksitosin kullanımı	Epidural analjezi alan kadınlarda doğumun gecikmesini önlemek için oksitosin kullanımı önerilmez. Not: Epidural analjezi alan kadınlarda doğumun ilerlemesinde doğrulanmış gecikmenin tedavisi olarak endike olduğunda oksitosin ile hızlandırma yapılmalıdır.	Önerilmez

Kaynak:(WHO, 2018).

İndüksiyon başarı şansı Bishop skoru <6 ise düşük, >9 ise yüksektir (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Puan	0	1	2	3
Dilatasyon (cm)	<1	1-2	3-4	>4
Servikal Uzunluk (cm)	>4	2-4	1-2	<1
Baş Seviyesi	-3	-2	-1/0	+1/+2
Kıvam	Sert	Orta	Yumuşak	
Serviksin Pozisyonu	Posterior	Mid	Anterior	

Amniyotomiden yaklaşık bir saat, vajinal ya da oral yolla verilen misoprostol (PGE₁) uygulamasından dört saat ve dinoprostonun çıkarılmasından yarım saat sonra infüzyona başlanması önerilir. Genellikle 1000 mL serum fizyolojik içine 10 IU ya da 500 mL serum fizyolojik içine 5 IU oksitosin eklenerek hazırlanır; bu karışım da her 1 mL sıvı 10 miliünite (10 mIU/mL) oksitosin içerir. Yaklaşık olarak 1 mL, 20 damlaya denk gelir. Oksitosin uygulama şeklinde iki protokol kullanılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2025b):

Doz	Başlangıç Dozu (mIU/dk)	Doz Artışı (mIU/dk)	Doz Aralığı (dk)	Maksimum Doz (mIU/dk)
Düşük Doz	0.5-2	1-2	15-40	20-40
Yüksek Doz	4-6	3-6	15-40	40

Cochrane meta-analizine göre, üçüncü trimesterde doğum indüksiyonu amacıyla uygulanan mekanik yöntemler (özellikle balon kateter) ile farmakolojik yöntemler (vajinal veya oral prostaglandinler, misoprostol, oksitosin) karşılaştırıldığında genel doğum sonuçları açısından anlamlı bir üstünlük saptanmamıştır. Analizler, balon kateter ile vajinal prostaglandin

E2 arasında doğumun gerçekleşme süresi ve sezaryen oranları açısından fark olmadığını göstermiştir. Ancak balon kateter uygulamasının, uterin hiperstimülasyon ve fetal kalp hızı değişiklikleri riskini azalttığı belirlenmiştir. Balon kateter ile vajinal misoprostol karşılaştırıldığında, doğum süresi ve yenidoğan sonuçları açısından fark bulunmamış; ancak balon yönteminin hiperstimülasyon riskini azaltabileceği, buna karşın sezaryen oranını hafif artırabileceği bildirilmiştir. Balon kateter ile oral misoprostol karşılaştırmalarında ise oral misoprostolün doğumun ilerlemesini daha fazla kolaylaştırdığı, balon yönteminin ise daha güvenli ancak daha yavaş etki gösterdiği sonucuna varılmıştır. Genel olarak Cochrane incelemesi, mekanik yöntemlerin farmakolojik yöntemlerle benzer etkinlikte olduğunu, ancak daha az yan etkiyle seyredebildiğini, bu nedenle bazı olgularda güvenli bir alternatif olarak tercih edilebileceğini ortaya koymaktadır (Vaan vd., 2023).

NICE, Bishop skoru 6 veya daha düşük olan kadınlar için, doğum indüksiyonu amacıyla aşağıdaki yöntemlerden birini önermektedir:

- Vajinal tablet, vajinal jel veya kontrollü salınlı vajinal sistem şeklinde dinoproston (PGE₂),
- Düşük doz (25 mikrogram) oral misoprostol tabletleri.

Bishop skoru 6 veya daha düşük olan kadınlarda, aşağıdaki durumlarda mekanik bir doğum indüksiyon yöntemi (balon kateter vb.) uygulanması düşünülmelidir:

- Farmakolojik yöntemlerin uygun olmadığı durumlarda (örneğin aşırı uyarılma [hiperstimülasyon] riski yüksek olan kadınlar veya daha önce sezaryen doğum yapmış olanlar),
- Kadın mekanik bir yöntemi tercih ediyorsa (NICE, 2021).

Doğum indüksiyonunda yaygın olarak kullanılan prostaglandinlerden misoprostol ve dinoprostonun karşılaştırıldığı sistematik derleme ve meta-analiz, term gebeliklerde iki ajanın etkinlik ve güvenilirliğini incelemiştir. Toplam 1.801 katılımcıyı içeren sekiz randomize kontrollü çalışmanın analizine göre, misoprostol kullanımı oksitosin gereksinimini anlamlı derecede azaltmıştır. Bunun yanı sıra sezaryen oranı, uterin taşisistol, hiperstimülasyon, anormal fetal kalp hızı izlemi ve yenidoğan yoğun bakıma yatış oranları bakımından misoprostol ve dinoproston arasında önemli bir fark bulunmamıştır (Lakho vd., 2024). Doğum indüksiyonunda düşük doz vajinal misoprostol ile vajinal dinoprostonun karşılaştırıldığı meta-analizde, vajinal doğum başarısı ve perinatal güvenlik açısından iki yöntem benzer bulunmuştur. Bununla birlikte, misoprostol kullanımında maternal olumsuz sonuçlar daha düşük saptanmıştır (Patabendige vd., 2024). Başka

bir çalışmada ise İntravajinal misoprostolun, 24 saat içinde vajinal doğumu artırmada ve oksitosin ihtiyacını azaltmada dinoprostona göre daha etkili olduğu ancak uterin hiperstimülasyon ve taşisistol riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Sezaryen, yenidoğan yoğun bakıma yatma ve Apgar skorları açısından ise iki ajan arasında fark görülmemiştir (Liu vd., 2014).

Yapılan bir randomize kontrollü çalışmanın sonuçları, vajinal yoldan uygulanan misoprostolün doğum indüksiyonunda bukkal yola kıyasla daha etkili olduğunu göstermektedir. Vajinal misoprostol, doğuma kadar geçen süreyi kısaltmış, 24 saat içinde vajinal doğum oranını artırmış ve fetal distress nedeniyle yapılan sezaryen oranını azaltmıştır. Bu bulgular, term gebeliklerde servikal olgunlaşma için vajinal misoprostolün bukkal uygulamaya göre daha avantajlı bir seçenek olabileceğini düşündürmektedir (Haas vd., 2019).

4.10. Ağrı Yönetimi

Doğum ağrısı, kadınların yaşayabileceği en şiddetli ağrılardan biridir ve etkili ağrı yönetimi doğum bakımının önemli bir parçasıdır. Epidural analjezi, doğum sırasında ağrıyı gidermede en etkili yöntem olarak kabul edilir. Ancak kadının tercihi, kontrendikasyonlar ve sınırlı erişim gibi durumlar nedeniyle sistemik farmakolojik ajanlar ve farmakolojik olmayan yöntemler de kullanılabilir. Farmakolojik olmayan yöntemler (yoga, hipnoz, masaj, akupunktur, doğum topu, TENS gibi) güvenli olsa da etkinlikleri epidural kadar güçlü kanıtlanmamıştır (Zuarez-Easton vd., 2023).

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Epidural analjezi (ağrı kesici)	Sağlıklı gebe kadınlarda, doğum sırasında ağrı kesici talep edenlere, kadının tercihlerine bağlı olarak epidural analjezi önerilir.	Önerilir
Opioid analjezi (ağrı kesici)	Fentanil, diamorfin ve petidin gibi parenteral opioidler, sağlıklı gebe kadınlarda doğumda ağrı kesici isteyenler için kadının tercihine bağlı olarak önerilir.	Önerilir
Rahatlama teknikleri (ağrı yönetimi)	Progresif kas gevşemesi, nefes egzersizleri, müzik, farkındalık ve diğer rahatlama teknikleri, doğumda ağrı kesici isteyen sağlıklı kadınlarda tercihine bağlı olarak önerilir.	Önerilir
Manuel teknikler (ağrı yönetimi)	Masaj veya sıcak uygulama gibi manuel teknikler, doğumda ağrı kesici isteyen sağlıklı kadınlarda tercihe bağlı olarak önerilir.	Önerilir

Kaynak:(WHO, 2018)

Sağlık Bakanlığı, doğumun birinci evresinde ağrı yönetimi için kadınlara doğum başlamadan önce ağrı yönetimi seçenekleri hakkında bilgi verilmesini önermektedir. Böylece kadınlar bilinçli kararlar verebilir. Ağrı yönetimi için farmakolojik olmayan yöntemler, farmakolojik seçenekler ve anestezi yöntemleri mevcuttur; seçim, tıbbi kontrendikasyon yoksa, kadının değer ve tercihleri doğrultusunda yapılmalıdır. Bakanlık, en etkili ağrı yönetim yöntemi olarak nöroaksiyel anesteziyi önermektedir; bu yöntem, minimum fetomaternal riskle maksimum analjezik etki sağlar. Olası yan etkiler arasında hipotansiyon, kaşıntı, ateş ve doğumun ikinci evresinde sürenin uzaması yer alabilir. Nöroaksiyel anestezi kullanımında servikal açıklık kısıtlaması bulunmamaktadır ve eylemin herhangi bir evresinde uygulanabilir (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

ACOG da doğumun herhangi bir aşamasında ağrıyı hafifletmek için nöroaksiyel anestezi uygulanmasını önermektedir (Güçlü öneri, Orta kalitede kanıt) (ACOG, 2024).

En yaygın kullanılan opioid analjeziklerden biri Meperidin (Petidin)'dir. İntramusküler uygulama genellikle servikal dilatasyon 7 cm'den küçükse tercih edilir. İntravenöz uygulama ise hızlı ağrı kesici etkisi gerektiğinde ve serviks ≥ 7 cm olduğunda kullanılabilir. Bu yöntemde ağrı rahatlaması yaklaşık 5 dakika içinde başlar ve etkisi yaklaşık 2 saat devam eder. Meperidin, doğumun ilk evresinde ve doğumun en az 4 saat içinde beklenmediği durumlarda uygulanır. Genellikle erken doğum sürecinde analjezi sağlamak için tercih edilir.

Epidural analjezi, doğum ağrısının kontrolünde en yaygın ve etkili yöntemlerden biridir. Genellikle doğumun erken evresinde, rahim açıklığı yaklaşık 4 cm olduğunda uygulanır. Epidural kateter üzerinden ilaç verildikten sonra, kan basıncı ilk 30 dakika boyunca veya annenin hemodinamik durumu stabil olana kadar her 2,5–5 dakikada bir izlenir (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Yapılan bir kohort çalışması, doğum sırasında annede epidural analjezi uygulanmasının çocuklarda otizm spektrum bozukluğu (OSB) riskini artırabileceğini göstermiştir. Epidural analjezi ile doğum sırasında oksitosin kullanımı, OSB riskini daha da yükseltmiştir. Ancak yalnızca oksitosine maruz kalmak, OSB riskini etkilememiştir. Bulgular, epidural analjezi ve oksitosin etkilerini birlikte değerlendiren dikkatli yorum gerektirmektedir ve konuyu netleştirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (Qiu vd., 2023).

Farklı bir inceleme çalışması sonuçlarına göre Modern epidural analjezi, doğum ağrısını etkili şekilde azaltır, doğum süresini çok az uzatır ve sezaryen

riskini artırmaz. Hafif anne yan etkileri görülebilir, ancak yenidoğan sağlığı üzerinde olumsuz etkisi yoktur. Genel olarak anne ve bebek için güvenlidir (Callahan vd., 2023).

4.10.1. Rahatlatıcı Uygulamalar

Sağlık Bakanlığına Göre Doğumda Rahatlatıcı ve Destekleyici Yaklaşımlar

- Nefes egzersizleri: Annenin doğum sürecine uyumunu artırır, gevşemeyi ve ağrı ile baş etmeyi destekler.
- Masaj uygulamaları: Kas gerginliğini azaltarak rahatlamayı sağlar ve annenin konforunu artırır.
- Perine masajı: Perine bölgesindeki gerilimi azaltarak yırtık riskini ve doğum sonrası ağrıyı azaltmaya yardımcı olur. Gebelikte 34–35. haftadan itibaren perine masajına başlanabilir. Masaj, gebe veya eşi tarafından haftada 1–2 kez, en fazla 5 dakika uygulanabilir. Masaj sırasında annenin rahat olduğu pozisyonlar tercih edilir; bacaklar hafifçe açık tutulur. Gerekirse kokusuz yağlar veya suda çözünebilen vajinal kayganlaştırıcılar kullanılabilir. 34. Gebelik haftasından önce, vajinal kanama durumunda uygulanmamalıdır.
- Perineye sıcak uygulama: Bölgedeki kan akışını artırır, ağrının hafiflemesine katkı sunar. Servikal yetmezlik ve aktif vajinal enfeksiyon varlığında önerilmemektedir. Genellikle ıkınma başladıktan sonra önerilmektedir.
- Rahat ve destekleyici doğum ortamı oluşturma: Doğal doğum sürecini destekler, annenin kendini güvenli ve huzurlu hissetmesini sağlar.
- Hidroterapi: Kasların gevşemesini sağlar, endorfin salınımını artırarak ağrının kontrolüne yardımcı olur.
- Sıcak ve soğuk uygulamalar: Kas spazmlarını azaltır ve ağrı yönetimini destekler.
- Aromaterapi: Fiziksel ve duygusal rahatlama sağlayarak annenin psikolojik iyilik halini güçlendirir.
- Akupresür: Uterus kasılmalarını destekleyebilir, ağrı kontrolüne yardımcı olabilir ve doğum süresini kısaltabilir.
- Müzik ve dans: Dikkat dağıtarak stresi azaltır, annenin doğuma aktif katılımını teşvik eder ve ağrı algısını azaltabilir (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Hidroterapi için;

- Servikal dilatasyon ≤ 6 cm olmalıdır ve gebe iyi hidrasyon ile desteklenmelidir.
- Suyun sıcaklığı $37,5^{\circ}\text{C}$ 'yi geçmemeli ve su seviyesi mümkün olduğunca yüksek olmalıdır.
- Gebe, su içinde rahat pozisyonlarda olmalıdır.
- Maternal ve fetal sağlık parametreleri düzenli olarak izlenmelidir.
- Opioid analjezi, suda doğum sırasında önerilmez
- Membran bütünlüğü bozulduğunda duş veya küvet kullanımı kontraendike değildir.
- Acil durum ekipmanları her zaman hazır bulundurulmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

NICE Doğumda Rahatlatıcı ve Destekleyici Yöntemler için Önerileri

- Doğumun erken evresinde ağrıyı azaltmaya yardımcı olabilecek nefes egzersizi, masaj, duş veya banyo gibi yöntemler önerilir.
- Aromaterapi, yoga ve akupresür için yeterli kanıt bulunmamakla birlikte, kadın bu yöntemleri isterse tercihinə saygı duyulmalı ve desteklenmelidir.
- Kadın doğum sırasında nefes ve gevşeme teknikleri kullanmak isterse, sağlık profesyonelleri bu kararı teşvik etmelidir.
- Eş veya destek kişinin uyguladığı masaj teknikleri kadın tarafından talep edilirse desteklenmelidir.
- TENS kullanımının etkinliği sınırlıdır ancak zararlı olmadığı bilinmektedir. Kadın tercih ederse kullanılabilir ve ek analjezikler ile kombine edilebilir.
- Akupunktur, akupresür veya hipnoz rutin olarak uygulanmaz; ancak kadın seçerse izin verilir ve desteklenir.
- Kadının seçtiği müzik doğum ortamında kullanılabilir.
- Suda doğum ağrıyı azaltmak için bir seçenek olarak sunulmalı; su sıcaklığı ve annenin durumu düzenli izlenmelidir.
- Doğum havuzlarının ve banyoların temizliği enfeksiyon kontrol protokollerine uygun yürütülmelidir (NICE, 2023).

Ebelere, güvenli ve kanıta dayalı ilaç dışı yöntemleri (ör. müzik, perineye sıcak uygulama, masaj, hareket ve pozisyon değişikliği) önerme ve danışmanlık yapma yetkisi verilmiştir (*resmigazete.gov.tr/eskiler/2024/12/20241203-2.htm*, 2024). Yapılan bir randomize kontrollü çalışma, doğum öncesi masaj uygulamasına daha iyi uyum sağlayan çiftlerin, doğum sırasında masajı daha fazla uyguladığını göstermiştir. Çiftlerin doğum öncesi dönemde masaj tekniklerini daha sık uygulamalarının doğum sırasında masaj uygulamasını artırabileceği, bu sayede petidin ve epidural analjezi kullanımının azaltılabileceği düşünülmektedir (Lai vd., 2022).

Sistematiik inceleme ve ağ meta-analizinde akupresür, aromaterapi ve masaj terapisi doğum ağrısını anlamlı şekilde hafifletmiş, aromaterapi en etkili yöntem olarak bulunmuştur. Yoga ve akupresür doğumun birinci ve ikinci evresini kısaltmada etkili olmuştur. Farmakolojik olmayan müdahaleler, farmakolojik yöntemler veya olağan bakım ile karşılaştırıldığında yenidoğan Apgar skorları üzerinde olumsuz bir etki göstermemiştir. Bulgular, düşük riskli gebelerde bu müdahalelerin güvenli ve etkili olduğunu desteklemektedir (Hu vd., 2021).

Yapılan bir meta-analiz çalışması, doğum sırasında uygulanan perineal masajın ciddi perineal travma riskini anlamlı düzeyde azalttığını göstermiştir. Epizyotomi oranı da masaj yapılan grupta daha düşük bulunmuş ancak fark anlamlı bulunmamıştır (Venugopal vd., 2022). Başka bir meta-analiz çalışması da doğumun ikinci evresinde uygulanan perineal masajın primipar kadınlarda sağlam perine oranını artırdığını, ikinci ve üçüncü derece yırtıkları ile epizyotomi sıklığını azalttığını göstermiştir. Birinci evrede yapılan perineal masaj ise doğum süresini kısaltmıştır. Yenidoğan sonuçları üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmamıştır (Li vd., 2023).

Meta-analiz çalışması, aromaterapinin doğumun birinci evresinde ağrı ve anksiyeteyi anlamlı düzeyde azalttığını göstermiştir. Bulgular, aromaterapinin doğum sürecinde güvenli ve etkili bir tamamlayıcı rahatlatma yöntemi olarak kullanılabileceğini desteklemektedir (Liao vd., 2021). Başka bir sistematiik derleme de aromaterapinin doğumun birinci evresinde kadınların kaygısını azaltmada genellikle olumlu etkiler gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bulgular, aromaterapinin kaygıyı azaltmak için güvenli bir tamamlayıcı yöntem olabileceğini, ancak metodolojik açıdan güçlü çalışmalara ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır (Ghiasi vd., 2019).

Yapılan bir sistematiik inceleme ve meta-analiz, akupresürün doğumun birinci evresinde ağrıyı anlamlı şekilde azalttığını göstermektedir. Bulgular, akupresürün etkili bir tamamlayıcı yöntem olabileceğini desteklese de,

standart prosedürlerin belirlenmesi için daha fazla klinik araştırmaya ihtiyaç vardır (Raana & Fan, 2020).

Yapılan bir meta-analiz çalışması, doğumun birinci evresinde non-invaziv ve non-farmakolojik yöntemlerin ağrıyı anlamlı şekilde azalttığını göstermektedir. Masaj, doğum topları, zihinsel-fiziksel uygulamalar, ısı uygulaması, müzik terapisi, dans terapisi, akupresür ve TENS gibi yöntemlerin çoğu, doğum ağrısında faydalı etkiler sağlamış, ancak etkinlik düzeyleri yöntemler arasında farklılık göstermiştir; bu nedenle daha yüksek kaliteli çalışmalara ihtiyaç vardır (Melillo vd., 2022).

4.11. Hareket Özgürlüğü

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Anne hareketliliği ve pozisyonu	Düşük riskli kadınlarda doğum sırasında hareketlilik ve dik pozisyonda bulunma teşvik edilir.	Önerilir

Kaynak: (WHO, 2018)

Sağlık Bakanlığı, düşük riskli gebelerde doğum sırasında hareket özgürlüğü ve dik pozisyonların önerilmesini desteklemektedir. Dik pozisyonlar, anne konforunu artırır, doğum süresini kısaltır, operatif doğum ve perineal travma riskini azaltır, uterin kontraksiyonları etkinleştirir ve fetal dolaşımı destekler. Pozisyon seçiminde maternal ve fetal izlemenin yapılabilmesi ve tıbbi veya obstetrik kontrendikasyonların olmaması gereklidir.

Sağlık Bakanlığı, gebelerin rahat oldukları pozisyonlarda bulunmalarını teşvik etmeyi önermektedir. İntrauterin resüsitasyon gerektiren özel durumlarda ise gebelere sol yan pozisyon verilmesi önerilmektedir. Ayrıca, oturma, çömelme veya yürüme gibi dik pozisyonlarda olan gebelerde, yatay pozisyonundaki gebelere kıyasla doğumun birinci evresinin süresi kısaltmakta ve sezaryen oranlarında hafif azalma gözlenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Doğum sırasında anne konforunu artırmak ve optimal fetal pozisyonu desteklemek amacıyla sık pozisyon değişikliği yapılması teşvik edilmelidir; bu değişiklikler, maternal ve fetal izlemenin ve gerekli müdahalelerin uygun şekilde yapılabilmesine olanak sağlamalıdır (ACOG, 2024).

Meta-analiz bulgularına göre, epidural analjezi alan kadınlarda hareketliliğin doğum şekli, doğum süresi ve bebeğin doğum sonrası adaptasyonu üzerine belirgin bir etkisi gösterilememiştir. Ancak, olumsuz bir etkisi de saptanmamıştır. Sonuç olarak, epidural kullanan kişilerin

istedikleri takdirde doğum boyunca hareket etmelerinin desteklenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (de Verastegui-Martín vd., 2023).

Yapılan bir çalışmanın bulgularına göre, doğumun birinci evresinde uygulanan ambulasyon tekniği primipar annelerde doğum sürecinin ilerlemesini olumlu yönde etkilemiştir. Deney grubundaki annelerde ağrı düzeyinin azalması, servikal dilatasyonun daha hızlı ilerlemesi, kasılmaların sıklık ve süresinin artması ile fetal kalp hızının stabil seyretmesi, ambulasyonun fizyolojik doğum sürecini desteklediğini göstermektedir. Sonuç olarak ambulasyon, doğumun ilk evresinde doğum süresini kısaltmada ve anne ve bebek sonuçlarını olumlu yönde etkilemede etkili, basit ve güvenli bir uygulama olarak değerlendirilmektedir (Dsouza & T, 2022).

İnceleme çalışması sonuçlarına göre farklı pozisyon müdahaleleri kullanan gebelerde doğum süresi veya sezaryen doğum oranlarında hiçbir fark bulunmamıştır, ancak diz çökme pozisyonu uygulanan gebelerde oturma pozisyonundakilere göre pelvik taban travmasının daha az olma olasılığı daha yüksek bulunmuştur (Myers vd., 2020).

4.12. Partograf

Doğum ünitesine kabul edildikten sonra gebelerin kimlik bilgileri alınmalı ve eylemin özellikleri değerlendirilmeye başlanmalıdır. Aktif faz itibarı ile partografa ilgili gözlemler kaydedilmelidir.

- Kabul sırasında kimlik bilgilerinin ve eylem özelliklerinin yer aldığı bölüm,
- Destekleyici ve saygılı annelik bakımı bulguları bölümü
- Fetüs izlemi bulgularının kayıt bölümü
- Fetüs izlemi sırasında hekimin bilgilendirileceği bulguların bildirilmesi
- Gebe izlemi bulgularının kayıt bölümü
- Gebe izlemi sırasında uyarı işareti bulgularının bildirilmesi
- Eylemin ilerleme bulgularının kayıt bölümü
- Medikal tedavi kayıt bölümü
- Ortak karar verme kayıt bölümü doldurulmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2025b; WHO, 2021b).

Partografra Uyarı İşareti Bulunmayan Durumlarda Parametlerin Değerlendirme Sıklığı

İzlem Parametresi	Doğum Evresi	Değerlendirme Sıklığı
Destekleyici bakım uygulamaları	Tüm evrelerde	Her 1 saatte bir
Fetal kalp hızı ve deselerasyonların izlenmesi	1. evre	30 dakikada bir
	2. evre	5 dakikada bir
Abdominal ve vajinal muayene	Tüm evrelerde	Gerektiğinde, rutin olarak 4 saatte bir
Maternal vital bulgular	Tüm evrelerde	Saatte bir
İdrar takibi	Tüm evrelerde	4 saatte bir
Uterin kontraksiyonların sıklık, süre ve şiddeti	1. evre	30 dakikada bir
	2. evre	15 dakikada bir
Tıbbi tedavi ve bakım planı kayıtları	Tedavi uygulamaları	Her saat
	Değerlendirme notları	Her saat
	Bakım planı güncellemesi	2 saatte bir

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

WHO LABOUR CARE GUIDE

Name

Parity

Labour onset

Active labour diagnosis [Date]

Ruptured membranes [Date]

Time

Risk factors

	Time	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
	Hours	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
	ALERT	ACTIVE FIRST STAGE												SECOND STAGE			
SUPPORTIVE CARE	Companion	N															
	Pain relief	N															
	Oral fluid	N															
	Posture	SP															
BABY	Baseline FHR	<110, ≥160															
	FHR deceleration	L															
	Amniotic fluid	M=++, B															
	Fetal position	R, T															
	Caput	+++															
	Moulding	+++															
WOMAN	Pulse	<60, ≥120															
	Systolic BP	<80, ≥140															
	Diastolic BP	≥90															
	Temperature °C	<35.0, ≥37.5															
	Urine	Pe+, A++															
LABOUR PROGRESS	Contractions per 10 min	≥2, >5															
	Duration of contractions	<20, >60															
	Cervix [Plot X]	10															
		9	≥ 2h														
		8	≥ 2.5h														
		7	≥ 3h														
		6	≥ 3h														
	5	≥ 3h															
	Descent [Plot O]	5															
		4															
3																	
2																	
1																	
0																	
MEDICATION	Oxytocin (U/L, drops/min)																
	Medicine																
	IV fluids																
SHARED DECISION-MAKING	ASSESSMENT																
	PLAN																
INITIALS																	

INSTRUCTIONS: CIRCLE ANY OBSERVATION MEETING THE CRITERIA IN THE 'ALERT' COLUMN, ALERT THE SENIOR MIDWIFE OR DOCTOR AND RECORD THE ASSESSMENT AND ACTION TAKEN. IF LABOUR EXTENDS BEYOND 12H, PLEASE CONTINUE ON A NEW LABOUR CARE GUIDE.

Abbreviations: Y – Yes, N – No, D – Declined, U – Unknown, SP – Supine, MO – Mobile, E – Early, L – Late, V – Variable, I – Intact, C – Cleared, M – Meconium, B – Blood, A – Anterior, P – Posterior, T – Transverse, Pe – Protein, As – Ascorbic

Kaynak: (WHO, 2021b).

5. Sonuç

Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalara yönelik kanıta dayalı yaklaşımlar hem annenin konforunu artırmak hem de doğumun ilerlemesini desteklemek açısından büyük önem taşımaktadır. Güncel kanıtlar, mobilizasyon, uygun pozisyon değişiklikleri, nonfarmakolojik ağrı yönetimi ve sürekli ebelik desteğinin doğumun fizyolojik sürecini olumlu etkilediğini göstermektedir. Bu bağlamda ebeğin rolü, doğumun doğal seyrini destekleyen, gereksiz müdahaleleri azaltan ve bireyselleştirilmiş bakım sunan profesyonel bir rehber olarak öne çıkmaktadır. Ebe, birinci evrede annenin fiziksel ve duygusal gereksinimlerini değerlendirip kanıta dayalı uygulamaları doğru zamanda ve uygun şekilde kullanarak hem anne hem de fetüsün iyilik halini güçlendirmelidir.

KAYNAKLAR

- ACOG. (2019). *Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth*. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth>
- ACOG. (2024). *First and Second Stage Labor Management* | ACOG. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline/articles/2024/01/first-and-second-stage-labor-management>
- Adu-Bonsaffoh, K., Newman, G. T., Atobrah-Apraku, K., Opuni-Frimpong, Y., & Seffah, J. D. (2025). Respectful maternity care and mistreatment: Women's experiences during induction of labor and childbirth in Ghana. *PloS One*, 20(1), e0314990. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0314990>
- Aktaş, S., Aksoy Derya, Y., & Toker, E. (2023). *A'dan Z'ye Temel Ebelik* (1. bs, Vols. 1-2). İstanbul Tıp Kitabevi.
- Akyıldız, D., Çoban, A., Gör Uslu, F., & Taşpınar, A. (2021). Effects of Obstetric Interventions During Labor on Birth Process and Newborn Health. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 29(1), 9-21. <https://doi.org/10.5152/FNJJN.2021.19093>
- Atan, S. U., Daşikan, Z., Ibis, B. K., Köprülü, C., Donmez, E. M., Kircan, N. D., Ocalan, D., & Erdogan, M. (2024). The effect of interventions in vaginal birth on fear of childbirth: A multicentre study. *International Journal of Nursing Practice*, 30(5), e13260. <https://doi.org/10.1111/ijn.13260>
- Basevi, V., & Lavender, T. (2014). Routine perineal shaving on admission in labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(11), CD001236. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001236.pub2>
- Callahan, E. C., Lee, W., Aleshi, P., & George, R. B. (2023). Modern labor epidural analgesia: Implications for labor outcomes and maternal-fetal health. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5S), S1260-S1269. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.017>
- Chen, C.-Y., & Wang, K.-G. (2006). Are Routine Interventions Necessary in Normal Birth? *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 45(4), 302-306. [https://doi.org/10.1016/S1028-4559\(09\)60247-3](https://doi.org/10.1016/S1028-4559(09)60247-3)
- Çalik, K. Y., Karabulutlu, Ö., & Yavuz, C. (2018). First do no harm - interventions during labor and maternal satisfaction: A descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 415. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2054-0>
- de Verastegui-Martín, M., de Paz-Fresneda, A., Jiménez-Barbero, J. A., Jiménez-Ruiz, I., & Ballesteros Meseguer, C. (2023). Influence of Laboring People's Mobility and Positional Changes on Birth Outcomes in Low-Dose Epidural Analgesia Labor: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 68(1), 84-98. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13446>
- Demir Cendek, B., Bayraktar, B., Karaman, E., Adam, M., Avsar Yaylaci, K., Soysal, C., & Keskin, H. L. (2025). Impact of companion support during labor on postnatal depression and birth satisfaction: A prospective cohort study. *Postgraduate Medicine*, 137(1), 37-44. <https://doi.org/10.1080/00325481.2024.2435248>
- Devane, D., Lalor, J. G., Daly, S., McGuire, W., Cuthbert, A., & Smith, V. (2017). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), CD005122. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005122.pub5>

- Dsouza, M. D. F., & T, M. V. kumary. (2022). "Effectiveness of Ambulation During First Stage of Labor on Maternal Parameters Among Primi Mothers in A Selected Hospital at Mangaluru". *Journal of Pharmaceutical Negative Results*, 3760-3767. <https://doi.org/10.47750/pnr.2022.13.S08.468>
- Ergin, A., Aşci, Ö., Bal, M. D., Öztürk, G. G., & Karaçam, Z. (2024). The use of hydrotherapy in the first stage of labour: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 30(1), e13192. <https://doi.org/10.1111/ijn.13192>
- Fikre, R., Gubbels, J., Teklesilasic, W., & Gerards, S. (2023). Effectiveness of midwifery-led care on pregnancy outcomes in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 386. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05664-9>
- Friedman, E. (1954). The graphic analysis of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 68(6), 1568-1575. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(54\)90311-7](https://doi.org/10.1016/0002-9378(54)90311-7)
- Friedman, E. A. (1955). Primigravid labor; a graphicostatistical analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 6(6), 567-589. <https://doi.org/10.1097/00006250-195512000-00001>
- Ghiasi, A., Bagheri, L., & Haseli, A. (2019). A Systematic Review on the Anxiolytic Effect of Aromatherapy during the First Stage of Labor. *Journal of Caring Sciences*, 8(1), 51-60. <https://doi.org/10.15171/jcs.2019.008>
- Haas, D. M., Daggy, J., Flannery, K. M., Dorr, M. L., Bonsack, C., Bhamidipalli, S. S., Pierson, R. C., Lathrop, A., Towns, R., Ngo, N., Head, A., Morgan, S., & Quinney, S. K. (2019). A comparison of vaginal versus buccal misoprostol for cervical ripening in women for labor induction at term (the IMPROVE trial): A triple-masked randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(3), 259.e1-259.e16. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.04.037>
- Hu, Y., Lu, H., Huang, J., & Zang, Y. (2021). Efficacy and safety of non-pharmacological interventions for labour pain management: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 30(23-24), 3398-3414. <https://doi.org/10.1111/jocn.15865>
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T., & Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labour: An overview of systematic reviews. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(3), CD009234. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2>
- Kabakian-Khasholian, T., & Portela, A. (2017). Companion of choice at birth: Factors affecting implementation. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 265. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1447-9>
- Khunpradit, S., Kamkrea, S., Srisuwan, T., & Mooncheep, T. (2024). Amniotomy versus expectant management during the active phase of labor defined by the new WHO definition on the duration of labor: A randomized controlled trial. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 165(1), 368-374. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15399>
- Lai, C. Y., Wong, M. K. W., Tong, W. H., Lau, K. Y., Chu, S. Y., Tam, A. M. L., Hui, L. L., Lao, T. T. H., & Leung, T. Y. (2022). The impact of antenatal massage practice on intrapartum massage application and their associations with the use of analgesics during labour: Sub-analysis of a randomised control trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 420. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04743-7>

- Lakho, N., Hyder, M., Ashraf, T., Khan, S., Kumar, A., Jabbar, M., Kumari, M., Qammar, A., Kumar, S., Kumari, M., Deepak, F., Raj, K., & Ali, A. (2024). Efficacy and safety of misoprostol compared with dinoprostone for labor induction at term: An updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Medicine*, 11, 1459793. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1459793>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). *Maternal positions and mobility during first stage labour—Lawrence, A - 2013 | Cochrane Library*. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub4/full?highlightAbstract=posit%7Cin%7Cuse%7Cof%7Cbirth%7Cpositions%7Cupright>
- Li, Y., Wang, C., Lu, H., Cao, L., Zhu, X., Wang, A., & Sun, R. (2023). Effects of perineal massage during childbirth on maternal and neonatal outcomes in primiparous women: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 138, 104390. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104390>
- Liao, C.-C., Lan, S.-H., Yen, Y.-Y., Hsieh, Y.-P., & Lan, S.-J. (2021). Aromatherapy intervention on anxiety and pain during first stage labour in nulliparous women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology: The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 41(1), 21-31. <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1673707>
- Liu, A., Lv, J., Hu, Y., Lang, J., Ma, L., & Chen, W. (2014). Efficacy and safety of intravaginal misoprostol versus intracervical dinoprostone for labor induction at term: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 40(4), 897-906. <https://doi.org/10.1111/jog.12333>
- Maor, G. S., Greenfield, R. B., Farladansky-Gershnel, S., Mestechkin, D. S., Schreiber, H., Biron-Shental, T., & Weitzner, O. (2024). Should we restrict food intake during labor? A randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 310(6), 2983-2989. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07820-8>
- Melillo, A., Maiorano, P., Rachedi, S., Caggianese, G., Gragnano, E., Gallo, L., De Pietro, G., Guida, M., Giordano, A., & Chirico, A. (2022). Labor Analgesia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Non-Pharmacological Complementary and Alternative Approaches to Pain during First Stage of Labor. *Critical Reviews in Eukaryotic Gene Expression*, 32(2), 61-89. <https://doi.org/10.1615/CritRevEukaryotGeneExpr.2021039986>
- Myers, E. R., Sanders, G. D., Cocytau, R. R., McElligott, K. A., Moorman, P. G., Hicklin, K., Grotegut, C., Villers, M., Goode, A., Campbell, H., Befus, D., McBroom, A. J., Davis, J. K., Lallinger, K., Fortman, R., & Kosinski, A. (2020). *Labor Dystocia*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557137/>
- NICE. (2021, Kasım 4). *Recommendations | Inducing labour | Guidance | NICE*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng207/chapter/Recommendations>
- NICE. (2022). *Intrapartum care for healthy women and babies*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555206/>
- NICE. (2023, Eylül 29). *Recommendations | Intrapartum care | Guidance | NICE*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/chapter/Recommendations>
- OECD. (2023). *Caesarean sections | OECD*. <https://www.oecd.org/en/data/indicators/caesarean-sections.html?oecdcontrol-8027380c62var3=2022>
- Olsen, O., & Clausen, J. A. (2023). *Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications—Olsen, O - 2023 | Cochrane Library*. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000352.pub3/full?highlightAbstract=give%7Cbirth%7Cgiving%7Chome>

- Patabendige, M., Chan, F., Vayssiere, C., Ehlinger, V., Van Gemund, N., le Cessie, S., Prager, M., Marions, L., Rozenberg, P., Chevret, S., Young, D. C., Le Roux, P. A., Gregson, S., Waterstone, M., Rolnik, D. L., Mol, B. W., & Li, W. (2024). Vaginal misoprostol versus vaginal dinoprostone for cervical ripening and induction of labour: An individual participant data meta-analysis of randomised controlled trials. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 131(9), 1167-1180. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17794>
- Qiu, C., Carter, S. A., Lin, J. C., Shi, J. M., Chow, T., Desai, V. N., Nguyen, V. T., Spitzer, J., Feldman, R. K., & Xiang, A. H. (2023). Association of Labor Epidural Analgesia, Oxytocin Exposure, and Risk of Autism Spectrum Disorders in Children. *JAMA Network Open*, 6(7), e2324630. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.24630>
- Raana, H. N., & Fan, X.-N. (2020). The effect of acupressure on pain reduction during first stage of labour: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 101126. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101126>
- Resmigazete.gov.tr/eskiler/2024/12/20241203-2.htm. (2024). <https://www.resmigazetc.gov.tr/eskiler/2024/12/20241203-2.htm>
- Revez, L., Gaitán, H. G., & Cuervo, L. G. (2013). Enemas during labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(7), CD000330. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000330.pub4>
- Rota, A., Antolini, L., Colciago, E., Nespoli, A., Borrelli, S. E., & Fumagalli, S. (2018). Timing of hospital admission in labour: Latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. *Women and Birth*, 31(4), 313-318. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.001>
- Saeed, G., Brown, H. K., Lunskey, Y., Welsh, K., Proulx, L., Havercamp, S., & Tarasoff, L. A. (2022). Barriers to and facilitators of effective communication in perinatal care: A qualitative study of the experiences of birthing people with sensory, intellectual, and/or developmental disabilities. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 364. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04691-2>
- Sağlık Bakanlığı. (2018). *Anne Dostu Hastane Değerlendirmeci Rehberi*. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kadin-vc-ureme-sagligi-db/Rehberler/ANNE_DOSTU_HASTANE_DEGERLENDIRMECI_REHBERI.pdf
- Sağlık Bakanlığı. (2023). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023*. Sağlık Bakanlığı. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf>
- Sağlık Bakanlığı. (2025a). *Ebelere Yönelik Doğum Eylem Yönetimi Klinik Rehberi*. <https://shgmargestddb.saglik.gov.tr/TR-109113/cbelere-yonelik-dogum-cylem-yonetimi-klinik-rehberi-yayimlandi.html>
- Sağlık Bakanlığı. (2025b). *T.C. Sağlık Bakanlığı | E-Kütüphane -Ebelere Yönelik Doğum Eylem Yönetimi Klinik Rehberi*. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/702>
- Shamoradifar, Z., Asghari-Jafarabadi, M., Nourizadch, R., Mehrabi, E., Arcshtanab, H. N., & Shaigan, H. (2022). The impact of effective communication-based care on the childbirth experience and satisfaction among primiparous women: An experimental study. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 97(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s42506-022-00108-2>
- Silva-Fernandez, C. S., de la Calle, M., Arribas, S. M., Garrosa, E., & Ramiro-Cortijo, D. (2023).

- Factors Associated with Obstetric Violence Implicated in the Development of Postpartum Depression and Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Nursing Reports (Pavia, Italy)*, 13(4), 1553-1576. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040130>
- Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. L. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(8), CD003930. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3>
- Tan, H. S., Tan, C. W., Sultana, R., Chen, H. Y., Chua, T., Rahman, N., Gandhi, M., Sia, A. T. H., & Sng, B. L. (2024). The association between epidural labour analgesia and postpartum depression: A randomised controlled trial. *Anaesthesia*, 79(4), 357-367. <https://doi.org/10.1111/anac.16178>
- TNSA. (2018). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018_tnsa_analiz_ve_rapor-56
- TÜİK. (2025). *Doğum İstatistikleri, 2024*. TÜİK Kurumsal. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2024-54196&>
- Vaan, M. D. de, Eikelder, M. L. ten, Jozwiak, M., Palmer, K. R., Davies-Tuck, M., Bloemenkamp, K. W., Mol, B. W. J., & Bouvain, M. (2023). *Mechanical methods for induction of labour—De Vaan, MDT - 2023 | Cochrane Library*. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001233.pub4/full?highlightAbstract=amniotomy%7Camniotomi>
- Venugopal, V., Deenadayalan, B., Maheshkumar, K., Yogapriya, C., Akila, A., Pandiaraja, M., Poonguzhali, S., & Poornima, R. (2022). Perineal Massage for Prevention of Perineal Trauma and Episiotomy During Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Family & Reproductive Health*, 16(3), 162-169. <https://doi.org/10.18502/jfrh.v16i3.10575>
- Wei, S., Wo, B. L., Qi, H.-P., Xu, H., Luo, Z.-C., Roy, C., & Fraser, W. D. (2013). *Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care—Wei, S - 2013 | Cochrane Library*. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006794.pub4/full?highlightAbstract=routin%7Croutine%7Camniotomy%7Camniotomi>
- WHO. (2017). *Normal childbirth Physiologic labour support and medical procedures*. WHO Data. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/fra-cc-31-01-guideline-2017-eng-normal-childbirth-physiologic-labour-support-and-medical-procedures.pdf>
- WHO. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- WHO. (2021a). *Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access*. <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>
- WHO. (2021b). *WHO labour care guide: User's manual*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566>
- WHO. (2025). *Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110199>
- Yeganeh, Z., Javadnoori, M., Abbaspoor, Z., Ebadi, A., & Montazeri, S. (2025). “Inspiring mothers’ self-entrustment to midwives.” midwives’ and mothers’ perceptions of effective communication in the maternity ward: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 962. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-08092-z>

- Zhang, J., Landy, H. J., Ware Branch, D., Burkman, R., Haberman, S., Gregory, K. D., Hatjis, C. G., Ramirez, M. M., Bailit, J. L., Gonzalez-Quintero, V. H., Hibbard, J. U., Hoffman, M. K., Kominiarek, M., Learman, L. A., Van Veldhuisen, P., Troendle, J., Reddy, U. M., & Consortium on Safe Labor. (2010). Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, 116(6), 1281-1287. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e>
- Zuarez-Easton, S., Erez, O., Zafran, N., Carmeli, J., Garmi, G., & Salim, R. (2023). Pharmacologic and nonpharmacologic options for pain relief during labor: An expert review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5S), S1246-S1259. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.03.003>

Erken Postpartum Dönemde Kanıta Dayalı Yaklaşımlar

Yasemin Aydın Kartal¹,
Begüm Can²

Özet

Erken postpartum dönem, anne ile yenidoğan açısından en kritik evrelerden biridir. Bu dönemde kanıta dayalı yaklaşımlar; anne sağlığının korunması, olası komplikasyonların erken saptanması ve anne-bebek bağlanmasının desteklenmesini hedefler. Anne için vajinal kanama miktarının düzenli değerlendirilmesi, uterusun tonusu ve fundus yüksekliğinin izlenmesi, nabız, ateş ve kan basıncı gibi yaşamsal bulguların belirli aralıklarla takibi temel uygulamalardır. İlk saatlerde emzirmenin başlatılması hem laktasyonu destekler hem de postpartum kanamanın azalmasına katkıda bulunur. Gereksiz müdahalelerden kaçınmak, mobilizasyonu teşvik etmek, ağrı yönetimini bireyselleştirmek ve anneye sürekli eğitim-danışmanlık sunmak kanıta dayalı bakımın temel unsurlarıdır. Bu kapsamlı yaklaşım, anne ve yenidoğan için güvenli bir iyileşme süreci sağlayarak olası komplikasyonların önlenmesine yardımcı olur.

1. Giriş

Doğum sonrası haftalar, annenin ve bebeğin uzun vadeli sağlık ve iyilik hâlini şekillendiren kritik bir dönemdir. Kadınların ve bebeklerin sağlığını en üst düzeye çıkarabilmek için postpartum bakım, tek seferlik bir görüşme yerine sürekli bir süreç olarak ele alınmalı ve sunulan hizmetler her kadının bireysel gereksinimlerine göre uyarlanmalıdır (ACOG, 2018). Bu dönemde lohusaların yaşam bulgularının düzenli takibi, kanama ve uterus involüsyonunun izlenmesi, perine ve meme sağlığının değerlendirilmesi,

- 1 Profesör Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, yasemin.aydin@sbu.edu.tr, 0000-0001-7464-945X
- 2 Araştırma Görevlisi, Karabük Üniversitesi, begumcan@karabuk.edu.tr, 0009-0005-6962-5011

ağrı yönetimi, emosyonel durumun gözlenmesi ve erken komplikasyonların erken fark edilmesi, güncel kanıtların önerdiği temel bakım uygulamaları arasındadır. Sağlık profesyonellerinin, ilk 24 saatten başlayarak sonraki günlere uzanan izlemlerde sistematik ve yapılandırılmış bir yaklaşım benimsemesi; postpartum kanama, enfeksiyon, tromboembolik olaylar, üriner problemler ve psikolojik zorluklar gibi risklerin erken tanınmasına olanak sağlayarak anne sağlığının korunmasında önemli bir rol oynamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

2. Doğum Sonu İzlem Zamanlaması

Doğumdan sonraki haftalar, anne ve bebeğin uzun dönem sağlığı ve iyilik hâlinin şekillendiği kritik bir dönemdir. Bu nedenle doğum sonrası bakım, tek bir kontrolden ibaret olmamalı; annenin bireysel gereksinimlerine göre yapılandırılmış, sürekliliği olan bir süreç olarak ele alınmalıdır (ACOG, 2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'ne göre doğum sonu dönemde bir kadının en az altı kez izlenmesi önerilir. İlk üç izlem hastanede, son üç izlem ise evde veya sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmektedir.

- ✓ 1.İzlem: Doğumu takip eden 0–1 saat içinde.
- ✓ 2.İzlem: Doğumu takip eden 1–6 saat içinde.
- ✓ 3.İzlem: Doğumu takip eden 6–24 saat içinde.
- ✓ 4.İzlem: Doğumu takip eden 2.–5. günler arasında
- ✓ 5.İzlem: Doğum sonrası 13–17. günler arasında.
- ✓ 6.İzlem: Doğum sonrası 30–42. günler arasında (Sağlık Bakanlığı, 2018).

ACOG, tüm kadınların doğumu izleyen ilk 3 hafta içinde kadın sağlığı uzmanı veya ilgili sağlık profesyonelleri ile temas kurmasını önermektedir. Bu ilk değerlendirmenin ardından, annenin ihtiyaçları doğrultusunda bakım süreci devam etmeli ve doğumdan en geç 12 hafta sonra kapsamlı bir postpartum değerlendirme ile süreç tamamlanmalıdır (ACOG, 2018).

	Öneri	Öneri Kategorisi
Postnatal Bakım Temaslarının Zamanlaması	En az dört postnatal bakım teması önerilir. Sağlıklı kadın ve yenidoğanlar, doğumun ardından sağlık kuruluşunda en az 24 saat postnatal bakım almalıdır. Evde doğum yapılmışsa, ilk temas doğumdan sonraki 24 saat içinde olmalıdır. Üç ek temas önerilir: 48–72 saat, 7–14 gün ve doğumdan sonra 6. hafta.	Önerilir

(WHO, 2022).

Doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde tüm kadınlarda düzenli olarak çeşitli klinik değerlendirmeler yapılır. Bu dönemde vajinal kanama miktarı, mesane fonksiyonu, uterin tonus, bağırsak hareketleri, fundus seviyesinin durumu, epizyotomi varsa iyileşme süreci, vücut ısı, baş ağrısı varlığı, nabız, kan basıncı ve yorgunluk düzeyi takip edilir. Ayrıca sırt ağrısı ve idrar çıkışı da gözlemlenir (WHO, 2022).

İlk 24 saatten sonraki her doğum sonrası kontrolde ise annenin genel iyilik hali sorgulanmaya devam edilir. Bunun yanında perinenin iyileşme süreci ve perineal ağrı, tromboembolizm, anemi ve preeklampsie işaret eden bulgular ile olası enfeksiyon belirtileri değerlendirilir. Doğrulanmış bir tarama aracı kullanılarak doğum sonrası depresyon ve anksiyete açısından değerlendirme yapılır; sonuç pozitifse kadınların ilgili uzmanlara yönlendirilmesi sağlanır. Ayrıca tütün kullanımı sorgulanır ve gerekli danışmanlık hizmeti sunulur (WHO, 2022).

	Öneri	Öneri Kategorisi
Tüberküloz Taraması (Genel Nüfus – $\geq$ %0,5 TB Prevalansı)	TB hastalığı prevalansı %0,5 ve üzeri olan bölgelerde, postpartum kadınlar dâhil genel popülasyonda sistematik tüberküloz taraması yapılabilir.	Duruma Özgü Öneri
Tüberküloz Taraması ($\geq$ 100/100.000 Prevalans)	TB prevalansının 100/100.000 veya daha yüksek olduğu bölgelerde postpartum kadınlarda sistematik TB taraması yapılabilir	Duruma Özgü Öneri

(WHO, 2022).

3. Vital Bulguların Değerlendirilmesi

Doğum sonrası ilk saatlerde anne sağlığının yakından izlenmesi esastır. Bu kapsamda kan basıncı, nabız, solunum sayısı ve vücut sıcaklığı gibi temel vital bulgular ilk bir saat 15 dakikada bir değerlendirilir. Doğumdan sonraki 1. ve 2. saatler arasında izlemler 30 dakikada bir sürdürülür. Takip eden 2.-6. saatlik dönemde ise değerlendirmelerin saatlik aralıklarla yapılması önerilir (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

- **Kan basıncı:** 140/90 mmHg veya üzerinde ise preeklampsi açısından değerlendirilmelidir. Şok indeksi (nabız / sistolik kan basıncı) 0,8'in üzerindeyse kanama açısından değerlendirilmelidir. Hipotansiyon ($\leq 90/50$ mmHg) durumunda anneyi kanama açısından değerlendirilmelidir.
- **Nabız:** 60/dk'nın altı veya 100/dk'nın üstü ise hasta yakın takip edilmelidir.
- **Solunum sayısı:** 10/dk'nın altı veya 20/dk'nın üstü ise hasta yakın takip edilmelidir.
- **Ateş ölçümü:** En az bir kez ölçülmeli; enfeksiyon şüphesi varsa ateşi düzenli olarak takip edilmelidir.
- **Kanama ve uterus izlemi:** Doğum sonrası kanama ve uterus durumu düzenli olarak değerlendirilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

4. Kanama ve Uterus İnvölüsyonu Değerlendirilmesi

Sağlık Bakanlığı, doğum sonrası kanamanın önlenmesi amacıyla doğumun üçüncü evresinde aktif yaklaşım uygulanmasını önermektedir. Bakanlık, aktif yaklaşımda ilk seçenek olarak Oksitosin kullanılmasını; intramusküler olarak 10 ünite veya intravenöz olarak 10 ünite, 3-5 dakika içinde uygulanmasını tavsiye etmektedir.

Postpartum kanama açısından yüksek riskli gruplarda (çoğul gebelik, makrozomik bebek, uzamış doğum eylemi, myom, obezite, ileri yaş vb.), 20 ünite Oksitosin'in 1000 cc %0,9 NaCl veya 1000 cc Ringer Laktat solüsyonu içinde 125 cc/saat hızında infüze edilmesini önermektedir.

Sezaryen doğum yapılan olgularda, alternatif olarak Karbetosin'in 100 mikrogram IV bolus şeklinde, 1 dakika süreyle uygulanması önerilmektedir.

Oksitosin temin edilemediği veya güvenli kullanım açısından uygun olmadığı durumlarda, plasenta doğumunu takiben 600 mikrogram oral Misoprostol verilmesi Sağlık Bakanlığı tarafından önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Doğum sonrası ilk bir saat içinde, uterin fundus genellikle umbilikus seviyesinde veya hemen üzerinde ve serttir. Postpartum uterus tonusu, ilk yarım saat boyunca 5–10 dakikada bir, sonraki yarım saatte 15 dakikada bir ve doğumdan sonraki iki saate kadar yarım saatte bir kontrol edilmelidir.

Uterus sert veya kontrakte değilse, yumuşak hareketlerle fundus masajı yapılmalı; bu sayede uterusun kontrakte olması ve kanamanın azalması sağlanmalıdır. Anneye fundusun hissedilmesi öğretilmeli ve kendi kendine fundus masajı yapması konusunda cesaretlendirilmelidir.

Fundus masajına rağmen uterus involusyonu yeterli değilse veya uterus içinde ya da serviks ağzında normalden fazla pıhtı olduğu düşünülüyorsa, bir el simfizis pubis üzerinden uterusun alt bölümünü desteklerken diğer el ile fundusa yumuşak baskı uygulanarak pıhtıların atılması sağlanmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

	Öneri	Öneri Kategorisi
Uterus Masajı	Profilaktik olarak Oksitosin uygulanan kadınlarda, postpartum kanamayı önlemek amacıyla sürekli uterus masajı yapılması önerilmemektedir.	Önerilmez

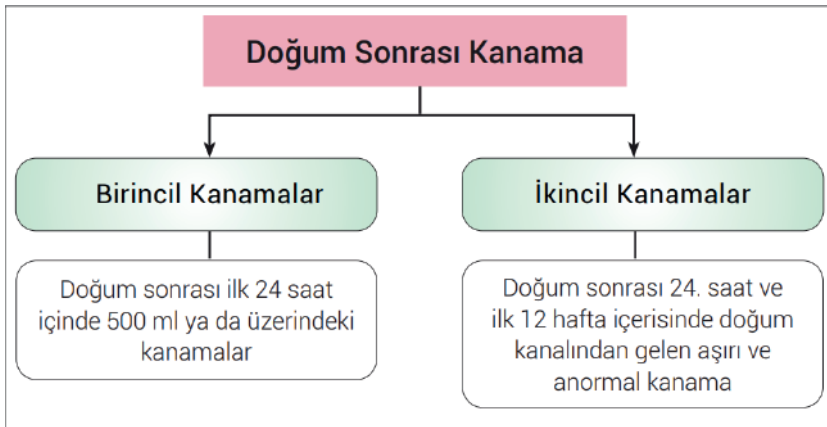
(WHO, 2018)

4.1. Profilaktik Uterotonikler

İlaç/Ürün	Doz / Uygulama Yolu	Maksimum Doz	Yorumlar
Oksitosin Vajinal doğum	10 IU IM/IV. IV uygulama 3–5 dakika içinde yavaş enjeksiyonla	Tekrar doz önerilmez	Soğuk zincir gerektirir. Hızlı IV bolustan kaçınılmalıdır.
Oksitosin Sezaryen doğum	3–5 IU IV, 1–2 dakika içinde yavaş enjeksiyon. Gerekirse 10 IU IV yavaş bolus	10 IU IV yavaş bolus	—

Syntometrine	Oksitosin 5 IU + Ergometrin malcat 500 mcg (1 mL'de) IM	Tekrar doz önerilmez	Soğuk zincir gerektirir. Antiemetik ile birlikte uygulanmalıdır. Şiddetli hipertansiyona neden olabilir. Retanse plasenta ve preeklampside kontrendikedir.
Karbetosin	100 mcg IM/IV	Tekrar doz önerilmez	Isıya dayanıklı formu soğuk zincir gerektirmez. Genel anestezi ile birlikte önerilmez. Yarı ömrü uzatılmış, etki süresi daha uzun olacak şekilde modifiye edilmiştir. Yarı ömrü 40 dakikadır (oksitosine kıyasla 3–17 dakika). Oksitosine göre maliyeti daha yüksektir.
Misoprostol	600 mcg sublingual	Tekrar doz önerilmez	Diğer uterotonikler mevcut değilse kullanılır. Isıya dayanıklıdır, soğuk zincir gerektirmez. Sublingual, oral, vajinal veya rektal uygulamadan 9–15 dakika sonra emilir. Oral ve sublingual uygulamalar hızlı etki başlangıcı sağlar. Vajinal ve rektal uygulamalar daha uzun süreli etki sağlar. Uterin tonusu artırması 1–2,5 saat sürebilir.

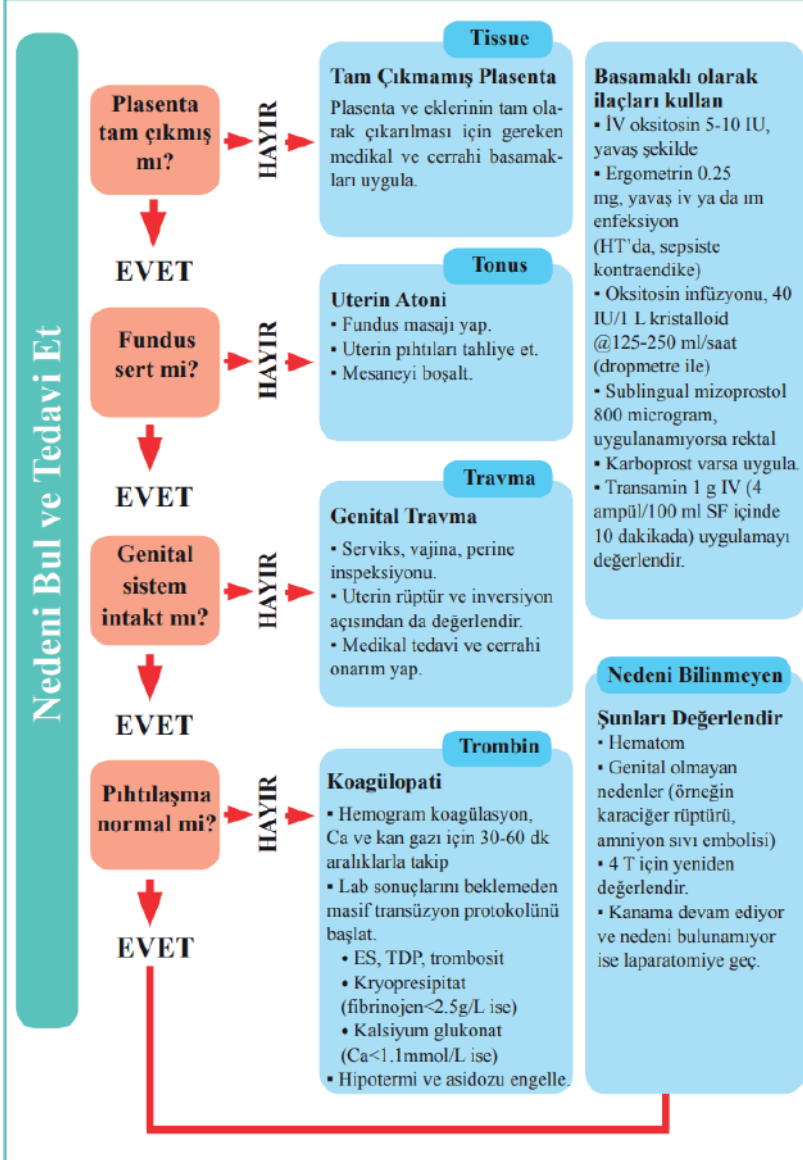
(Queensland Maternity Education, 2025)



Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2025b)

4.2. Postpartum Kanamada 4T Yaklaşımı

Doğum sonrası kanamanın başlıca nedenleri tonus (%70–80), travma (%20), doku (%10) ve trombin (<%1) olarak sıralanmaktadır (Queensland Maternity Education, 2025).



Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2025b)

4.3. Postpartum Kanamada Risk Faktörleri

Gebelik Öncesi / Antenatal Risk Faktörleri

- Anne yaşı > 35 yıl
- Etnik köken (Asyalı, Sub-Sahra Afrika, Pasifik Adaları)
- Parite > 3
- Önceki uterin cerrahi
- Önceki sezaryen (placenta praevia veya PAS ile/olmayan)
- Plasenta praevia
- Antepartum kanama veya plasenta dekolmanı
- Önceki PPH (>1000 mL veya >1500 mL)
- Uterin miyom
- Preeklampsi (şiddetli bulgular)
- Obezite (BKİ >35)
- Antikoagülan kullanımı
- Anemi (Hb $\leq$ 9 g/dL veya gebelikte Hb düşüşü)
- Yardımlı üreme teknikleri (IVF/ICSI)
- Gestasyonel diyabet
- Çoğul gebelik
- Polihidramnios
- İlaç kaynaklı atoni (Mg sülfat, SSRI, Nifedipin)
- Makrozomi (>4000 g)
- Kalıtsal kanama bozuklukları (VWD, platelet fonksiyon bozuklukları)

Doğum Sırasında / İntrapartum Risk Faktörleri

- Doğumda oksitosin kullanımı
- Uzamış ikinci evre ($\geq$ 2 saat)
- Uzamış üçüncü evre ($\geq$ 30 dakika)
- Retained plasenta
- Plasenta manuel çıkarımı

- Yardımlı vajinal doğum
- Sezaryen doğum (acil veya planlı)
- Perineal travma (epizyotomi, 2. derece üstü yırtık)
- Uterin rüptür
- Genel anestezi
- Enfeksiyon (PROM, ateş $>38^{\circ}\text{C}$, koryoamniyonit)
- Non-sefalik prezentasyon
- Hızlı doğum (precipitate labour) (Queensland Maternity Education, 2025).

Kan kaybı (mL)	Sistolik kan basıncı	Belirti ve bulgular	Şok derecesi
500–1000 mL	Normal	Çarpıntı, baş dönmesi, taşikardi	Kompanse
1000–1500 mL	Hafif düşüş	Halsizlik, terleme, taşikardi	Hafif
1500–2000 mL	Belirgin düşüş (70–80 mmHg)	Huzursuzluk, solukluk, oligüri	Orta
2000–3000 mL	Derin düşüş (50–70 mmHg)	Çökme, hava açlığı, anüri	Şiddetli

(Queensland Maternity Education, 2025)

4.4. Postpartum Kanama (PPH) Önleme, Tanı ve Yönetimi için WHO Önerileri

A. Antenatal Öneriler

Öneri	Öneri Kategorisi
Gebelikte anemiye teşhis etmek için tam kan sayımı önerilir. Bu test yoksa hemoglobinometre ile sahada hemoglobin ölçümü, renk skalasına göre tercih edilir.	Duruma özgü öneri
Gebelerde anemi, lohusalık sepsisi, düşük doğum ağırlığı ve erken doğumu önlemek için günlük 30–60 mg demir + 400 μg folik asit önerilir.	Önerilir

Öneri	Öneri Kategorisi
Günlük demirin tolere edilmediği ya da kabul edilmediği, gebelerde anemi prevalansının %20'den düşük olduğu yerlerde haftada bir 120 mg demir + 2800 µg folik asit önerilir.	Duruma özgü öneri
Oral demirin kullanılmadığı, tolere edilmediği veya hızlı düzeltme gerektiğinde intravenöz demir tedavisi önerilir.	Duruma özgü öneri

Kaynak: (WHO, 2025)

FIGO'nun gebelikte anemiye ilişkin önerileri:

- Tüm gebelerde anemi taraması: İlk başvuru sırasında ve 28. haftada tam kan sayımı yapılması önerilir.
- Kaynak kısıtlıysa: Tarama için Hb veya hematokrit ölçümü kullanılabilir.
- Demir eksikliğini önlemek için: Tüm gebelere günlük 30–60 mg elementer demir oral takviyesi önerilir (Ubom vd., 2025).

Yapılan kapsamlı meta-analiz, farklı mikro besin desteklerinin anne, doğum ve çocuk sağlığı üzerindeki etkilerini değerlendirmiş ve özellikle çoklu mikro besin desteğinin, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve gebelik haftasına göre küçük bebek riskini azalttığını göstermiştir. Demir-folik asit desteği anne anemisinde belirgin iyileşme sağlarken, lipid bazlı beslenme desteği ek bir fayda sunmamıştır. Tekli mikro besinlerin etkileri sınırlı kalmış ve hiçbir müdahalenin anne, yenidoğan veya bebek ölümleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı ortaya konmuştur (Oh vd., 2020).

Başka bir meta analizde aralıklı ve günlük demir folik asit takviyesinin gebelik sonuçları üzerinde etkisi karşılaştırılmıştır. Aralıklı rejim uygulanan gebelerde daha düşük gastrik yan etkiler ve daha iyi ilaç uyumu görülmüştür. Gruplar arasında anemi insidansında bir fark olduğuna dair net bir kanıt bulunmamıştır (Chillo vd., 2025).

B. İntrapartum Öneriler

Öneri	Öneri Kategorisi
2. evrede perineal travmayı azaltmak için perine masajı, ılık kompres, ellerle destek gibi teknikler önerilir.	Önerilir
Spontan vajinal doğumlarda rutin epizyotomi önerilmez.	Önerilmez

Kaynak: (WHO, 2025)

C. Postpartum Öneriler

Öneri	Öneri Kategorisi
Üçüncü evrede PPH'yi önlemek için tek bir uterotonik kullanımı önerilir: oksitosin, karbetosin veya misoprostol. - Oksitosin 10 IU IM/IV tüm doğumlarda PPH profilaksisi için önerilir. - Karbetosin 100 µg IM/IV önerilir; soğuk zincirin olmadığı yerlerde ısıya dayanıklı formu tercih edilir. - Misoprostol 400–600 µg oral tüm doğumlarda PPH'nin önlenmesi için önerilir.	Önerilir
Vajinal doğumlarda IV damar yolu varsa oksitosinin IV yavaş (1–2 dk) uygulanması, IM uygulamaya tercih edilir.	Duruma özgü öneri
Aşağıdaki uterotonikler PPH profilaksisi için önerilmez: - Ergometrin/methylelrgometrin önerilmez. - Oksitosin + ergometrin (5 IU/500 µg IM) önerilmez. - Enjeksiyon prostaglandinleri (karboprost, sulproston) önerilmez.	Önerilmez
Birden fazla uterotonik mevcutsa oksitosin 10 IU IM/IV birinci seçenek olarak önerilir.	Önerilir
Soğuk zincirin korunamadığı yerlerde ısıya dayanıklı karbetosin 100 µg önerilir; yoksa misoprostol kullanılabilir.	Duruma özgü öneri
Sağlık çalışanı olmayan toplum sağlığı çalışanları tarafından misoprostol verilmesi, enjeksiyon yapılamayan yerlerde önerilir.	Duruma özgü öneri
Evde doğum yapılan yerlerde, misoprostolün antenatal dönemde kadınlara dağıtılarak kendi kendine kullanımına izin verilebilir; dikkatli izlem gereklidir.	Duruma özgü öneri
Vajinal doğumda PPH'nin önlenmesi için traneksamik asit önerilmez.	Önerilmez
Sezaryen doğumda PPH'nin önlenmesi için traneksamik asit önerilmez.	Önerilmez
Eğitimli personel varsa, hafif kan kaybı ve üçüncü evre süresini azaltmak adına kontrollü kord traksiyonu uygulanabilir.	Duruma özgü öneri
Eğitimli personelin olmadığı yerlerde kontrollü kord traksiyonu önerilmez.	Önerilmez
Sezaryen sırasında plasentanın çıkarılması için kord traksiyonu önerilir.	Önerilir

Erken kord klemp (<1 dakika) önerilmez; sadece bebeğin re-süsitasyon için hemen taşınması gerektiğinde yapılır.	Önerilmez
Profilaktik oksitosin alan kadınlarda sürekli uterin masaj PPH önleme yöntemi olarak önerilmez.	Önerilmez

Kaynak: (WHO, 2025)

Yapılan güncel bir meta-analizde postpartum kanamayı önlemede kullanılan uterotonik ilaçların karşılaştırmalı etkinliği değerlendirilmiştir. Bulgular, plaseboya göre tüm ajanların kanama ≥ 500 mL riskini azalttığını, oksitosinle karşılaştırıldığında ise özellikle ergometrin + oksitosin ve misoprostol + oksitosin kombinasyonlarının daha etkili olduğunu göstermiştir. Carbetocin, enjeksiyon prostaglandinleri ve tek başına ergometrin oksitosinle benzer düzeyde etki sunarken, misoprostolün tek başına etkinliğinin daha düşük olabileceği belirtilmiştir. Şiddetli kanama (≥ 1000 mL) için de kombinasyon tedavileri en güçlü seçenekler olarak öne çıkmış; ek uterotonik gereksinimini azaltmada misoprostol + oksitosin ve carbetocin, kan transfüzyonu ihtiyacını azaltmada ise misoprostol + oksitosin ile ergometrin + oksitosin daha avantajlı bulunmuştur. Yan etkiler açısından oksitosin en iyi tolere edilen ajan olurken, misoprostol, ergometrin ve prostaglandinler bulantı, kusma, ishal ve ateş gibi istenmeyen etkilerin daha sık görülmesine neden olmuştur. Genel olarak, kombine tedaviler etkinlik açısından üstün, oksitosin ise güvenlik bakımından en avantajlı seçenek olarak belirlenmiştir (Gallos vd., 2025).

Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada düşük PPH riski olan 150 gebe kadında karbetosin ve misoprostolün etkinliği değerlendirilmiştir. Yenidoğan doğumundan sonra, karbetosin grubuna intravenöz olarak bir ampul karbetosin ($100 \mu\text{g/mL}$) ve misoprostol grubuna üçüncü evrenin aktif yönetimi için iki rektal misoprostol tableti ($800 \mu\text{g}$) verilmiştir. Karbetosin grubunda kan kaybı anlamlı derecede daha azdı, üçüncü evre daha kısaydı ve ek uterotoniklere veya uterus masajına daha az ihtiyaç duyuldu. İki ilaç da hemodinamik olarak güvenliydi. Doğum sonrası hemoglobin düzeyleri iki grupta da benzerdi. Yan etkiler misoprostol grubunda daha yaygındı (Maged vd., 2020).

D. PPH Tanı Önerileri

Öneri	Öneri Kategorisi
PPH'nin erken tanısı için objektif kan kaybı ölçümü (kalibre drape vb.) önerilir.	Önerilir
Riskli kadınları belirlemek için ≥ 300 mL kan kaybı + anormal hemodinami veya ≥ 500 mL kan kaybı kriterleri önerilir.	Önerilir
Uterin tonusun abdominal değerlendirilmesi uterin atoninin erken tanısı için önerilir.	Önerilir

Kaynak: (WHO, 2025)

E. Doğum Sonrası Kanamanın İlk Müdahale Tedavisi Önerileri

Öneri	Öneri Kategorisi
PPH tedavisinde IV oksitosin ilk seçenek olarak önerilir.	Önerilir
Oksitosin yoksa/yanıt alınmazsa IV ergometrin, oksitosin-ergometrin kombinasyonu veya prostaglandinler (800 μ g sublingual misoprostol dahil) önerilir.	Önerilir
PPH tedavisinde uterin masaj önerilir.	Önerilir
PPH'de standart bakıma ek olarak ilk 3 saat içinde IV traneksamik asit önerilir.	Önerilir
IV sıvı resüsitasyonunda kristalloidler kolloidlerden daha çok önerilir.	Önerilir
Uterin masaj, uterotonik, traneksamik asit, IV sıvı, genital muayene ve hızlı sevki içeren standart PPH tedavi paketi önerilir.	Önerilir
Vajinal doğum sonrası plasenta retansiyonunun tedavisi için uterotonik ajanların kullanımı, sadece doğum sonrası kanama varlığında önerilir.	Duruma özgü öneri
Manuel plasenta çıkarmada rutin antibiyotik profilaksisi önerilir.	Önerilir
Plasantanın retansiyonunda umbilikal vene oksitosin enjeksiyonu sadece araştırma koşullarında önerilir.	Araştırma bağlamı öneri

Kaynak: (WHO, 2025)

Bir metaanalizde postpartum hemorajinin ilk basamak tedavisinde kullanılan uterotonik ajanların etkinlik ve güvenliği karşılaştırılmıştır. Yedi randomize çalışmadan elde edilen bulgular, misoprostolün oksitosine kıyasla daha fazla kan transfüzyonu gereksinimi ve daha yüksek yan etki (özellikle ateş ve kusma) riski taşıdığını göstermektedir. Misoprostol + oksitosin kombinasyonu oksitosine benzer etkinlikte olup belirgin şekilde daha fazla yan etki bildirilmiştir. Bununla birlikte, indirekt karşılaştırmalar kombinasyonun misoprostole göre daha az kan kaybı ve transfüzyon ihtiyacı ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Genel olarak oksitosin en istikrarlı güvenlik profiline sahip görünürken, kanıtlar sınırlı ve birçok sonuç düşük kesinliktedir (Parry Smith vd., 2020).

Yapılan çift kör randomize çalışmada oksitosine yanıt vermeyen uterin atoninin tedavisinde metilergonovin ve karboprost karşılaştırılmıştır. Yüz hastada yapılan değerlendirmede 10. dakikadaki uterin tonus skorları iki ilaç arasında anlamlı fark göstermemiştir. Ek uterotonik kullanım gereksinimi, kan kaybı miktarı, transfüzyon gereksinimi ve diğer PPH müdahaleleri açısından da farklılık bulunmamıştır. Bulgular, metilergonovin ve karboprostun bu endikasyonda benzer etkinlikte olduğunu ve her iki ajanın da kabul edilebilir tedavi seçenekleri olduğunu göstermektedir (Cole vd., 2024).

F. Dirençli Postpartum Kanamanın Tedavisi

Öneri	Öneri Kategorisi
Bimanuel kompresyon, uygun bakım gelene kadar geçici bir müdahale olarak önerilir.	Duruma özgü öneri
Eksternal aortik kompresyon geçici müdahale olarak önerilir.	Duruma özgü öneri
Non-pnömatik anti-şok giysisi geçici bir müdahale olarak önerilir	Duruma özgü öneri

Kaynak: (WHO, 2025)

Yapılan bir sistematik derleme, primer postpartum kanamanın tedavisinde kullanılan mekanik ve cerrahi yöntemleri değerlendiren 9 küçük randomize çalışmayı içermektedir. Çalışmalar arasındaki heterojenite ve düşük metodolojik kalite nedeniyle meta-analiz mümkün olmamış ve elde edilen kanıtların çoğu çok düşük düzeyde bulunmuştur. İntrauterin tamponad yöntemleri (Bakri balonu, kondom kateter, lateks balon) ve dış uterin kompresyon gibi müdahalelerin etkileri büyük ölçüde belirsizdir. Sınırlı kanıt, modifiye B-Lynch sütürünün histerektomi ve kan kaybını azaltabileceğini düşündürse de genel olarak mekanik ve cerrahi PPH tedavilerine ilişkin güvenilir sonuçlara ulaşılamamıştır (Kellie vd., 2020).

4.5. Sağlık Bakanlığı Postpartum Kanama Algoritması

POSTPARTUM KANAMA ALGORİTMASI

Kan kaybı > 500 ml

Devam eden obstetrik kanama veya şok

• **Yardım iste;** kadın doğum uzmanı, ebe, hemşire, nöbetçi sorumlu ve anestezi

- **ABC değerlendirmesi yap.**
- **Maske ile oksijen ver;** 10-15L/dk
- **Sürekli monitorizasyon;** KB, kalp hızı, SpO₂
- **Hastayı sıcak tut.**
- **Nedeni değerlendir.** (4 T) Atonik uterusu masaj yap.
- **IV damar yolu aç;** 2 tane 14-16 G. Acil hemogram, kan grubu ve crossmatch
- (4 Ünite ES, TDP, Plt, Kriopresipitat), koagülasyon testleri (Fibrinojen, aPTT, INR dahil), biyokimya (Ca ve laktat dahil), arteriyel kan gazı
- **İdrar sondası tak;** mesaneyi boşalt, idrar çıkışını takip et.
- **Klinik veya hematolojik olarak gerekiyorsa hemen kan transfüzyonuna başla.**
- **Aşırı kristalloid kullanımından sakın;** 3,5 litreye kadar sıvı verilebilir. Kan temin edilene kadar öncelikle 2 L ısıtılmış izotonik kristalloid ver. Devamında izotonik kristalloid veya kolloid verilebilir. Hydroxyethylstach kullanılmamalı.
- **2 Ünite ES ver;** (0 Negatif veya varsa uygun grup)
- **Sonda tak;** mesaneyi boşalt, idrar çıkışını takip et.
- **Vital bulguları** (5 dk aralıkla) ve **vücut ısısını** (15 dk aralıkla) ölç ve kayıt altına al.

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2018)

Farmakolojik yaklaşımlardan sonuç alınamadığında cerrahi uygulamalara geçilmesi gerekmektedir.

- İntrauterin balon tamponad (Tamponad testi)
- Lohusanın genel durumu, kanama özellikleri ve yaşamsal bulgularına dikkat edilerek cerrahi uygulama işlemlerine 15-30 dakika içinde başlanabilmektedir.
- Hemostatik kompresyon sütürü
- Bilateral uterin arter ligasyonu / ovarian arter ligasyonu
- Bilateral hipogastik arter ligasyonu / histerektomi (Sağlık Bakanlığı, 2018)

4.6. PPH (Doğum Sonrası Kanama) Tedavisinde Kullanılan İlaçlar ve Kan Ürünleri

İlaç / Ürün	Doz / Uygulama Yolu	Maksimum Doz	Yorumlar
Traneksamik Asit	1 gram, sulandırılmadan IV, 10 dakikada uygulanır	İlk dozdan 30 dk sonra kanama devam ederse veya 24 saat içinde tekrar başlarsa ikinci 1 g verilebilir	Hızlı uygulama hipotansiyon ve baş dönmesine yol açabilir. Enfüzyon pompası kullanılması önerilir.
Oksitosin	10 IU IM	Gecikmiş IV erişimi varsa ilk basamak tedavi olarak tekrar verilebilir	—
	5 IU IV, 1–2 dakika içinde	5 dakika sonra tekrarlanabilir; maksimum 10 IU	—
	5–10 IU/saat IV, infüzyon pompası ile	—	Plasentanın tamamen doğduğundan emin olunmalıdır.

Ergometrin	250–500 mcg IV, 1–2 dakika içinde	5 dakikada bir tekrarlanabilir; maksimum 1 mg	Antiemetik ile birlikte verilir. Şiddetli hipertansiyona neden olabilir. Retanse plasenta ve preeklampside kontrendikedir.
	250–500 mcg IM	—	—
Misoprostol	800–1000 mcg rektal	Tekrar doz önerilmez	Diğer uterotonikler yoksa veya etkisizse kullanılır.
Karboprost	250 mcg IM	15 dakika arayla tekrarlanabilir; maksimum toplam 2 mg (8 doz)	Üretici intramiyometriyal uygulamayı önermemektedir — klinisyenin kararına bağlıdır. Uygulama öncesi kardiyak monitörizasyon ve oksijen tedavisi başlatılmalıdır.
	500 mcg intramiyometriyal	Bilinmiyor / tekrar önerilmez	—
Fibrinojen Konsantresi	3–4 g IV, maksimum hız 5 mL/dk	Bilinmiyor	IV yavaş enjeksiyon veya infüzyon ile uygulanır.
Kriyopresipitat	Bir standart yetişkin dozu IV (10 tam kan ünitesine veya 4 aferez ünitesine eşdeğer)	Bilinmiyor	Tam kandan elde edilir veya aferezle toplanır.

Kaynak: (Queensland Maternity Education, 2025)

5. Ten Tene Temas ve Emzirme

	Öneri	Öneri Kategorisi
Ten tene temas	Komplikasyonu bulunmayan yenidoğanların, doğumdan sonraki ilk saat içinde hipotermiyi engellemek ve emzirmenin başlamasını kolaylaştırmak amacıyla anneleriyle ten tene temas halinde kalmaları önerilmektedir.	Önerilir
Emzirme	Emzirme kapasitesine sahip düşük doğum ağırlıklı bebekler de dahil olmak üzere tüm yenidoğanların, doğum sonrası anne ve bebeğin klinik olarak stabil ve hazır olduğu anda mümkün olan en erken zamanda emzirmeye başlatılması önerilmektedir.	Önerilir

Kaynak: (WHO, 2018)

Sağlık Bakanlığı, her doğum sonrası temasta annelere bebeklerini mümkün olan en kısa sürede emzirmeye başlamaları konusunda rehberlik sağlanmasını, anneye emzirme sürecinde aktif destek verilmesini ve yalnızca anne sütüyle beslemeyi teşvik edecek eğitim ve danışmanlık verilmesini önermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018, 2025b).

6. Doğum Sonrası Koruyucu Önlemler

	Öneri	Öneri Kategorisi
Doğum Sonrası Mastitisi Önleyici Farmakolojik Olmayan Müdahaleler	Mastitisin önlenmesi için kadınlara duyarlı emzirme, doğru pozisyon ve kavrama, el ile süt sağma, kadın tercihine göre sıcak/soğuk kompres kullanımı konusunda danışmanlık ve destek verilmelidir.	Önerilir
Mastitisi Önleyici Farmakolojik Müdahaleler	Mastitisi önlemek amacıyla rutin oral veya topikal antibiyotik profilaksisi önerilmez.	Önerilmez
Doğum Sonrası Kabızlığı Önleme – Diyet ve Bilgilendirme	Kabızlığı önlemek için doğum sonrası kadınlara beslenme önerileri ve kabızlıkla ilişkili faktörler hakkında bilgi verilmelidir.	Önerilir

Kabızlığı Önlemede Laksatif Kullanımı	Doğum sonrası kabızlığın önlenmesi için rutin laksatif kullanımı önerilmez.	Önerilmez
Sorunsuz Vajinal Doğum Sonrası Enfeksiyon Önleme	Komplikasyonsuz vajinal doğum yapan kadınlarda rutin antibiyotik profilaksisi önerilmez.	Önerilmez
Önleyici Antihelmintik Tedavi	Adölesan kızlar ve üreme çağındaki kadınlarda (postpartum ve/veya emziren kadınlar dahil), toprak kaynaklı helmint enfeksiyonu prevalansı %20 ve üzeri olan bölgelerde, yıllık veya iki yılda bir tek doz albendazol (400 mg) veya mebendazol (500 mg) ile önleyici tedavi uygulanması önerilir.	Duruma Özgü Öneri
HIV İçin Oral Maruziyet Öncesi Profilaksi (PrEP)	HIV açısından yüksek risk altında olan postpartum ve/veya emziren kadınlarda, kombine HIV koruma stratejileri kapsamında tenofovir disoproksil fumarat (TDF) içeren oral PrEP'in başlatılması veya sürdürülmesi önerilir.	Duruma Özgü Öneri

Kaynak: (WHO, 2022)

6.1. Yaygın fizyolojik belirti ve semptomlara yönelik müdahaleler

Perineal Ağrı: Parasetamol ve NSAII türü ağrı kesicilerle kontrol edilir. Bölgeye buz uygulamaları, jel paketleri ya da oturma banyoları rahatlama sağlayabilir.

Uterus Krampları (İnvölüsyon Ağrısı): Doğumdan sonraki ilk günlerde uterusun eski boyutuna dönme sürecine bağlı kasılmalar hissedilir. NSAII'ler veya gerekirse hafif opioidler kullanılabilir.

İdrar ve Dışkı Tutamama: Mesane eğitimi, sıvı yönetimi, kilo kontrolü ve pelvik taban egzersizleri tedavinin temelini oluşturur. Pelvik taban eğitiminin cinsel işlev dahil birçok alanda ek yararları vardır.

Hemoroid ve Konstipasyon: Su ve lif alımını artırmak, ozmotik laksatifler ve dışkı yumuşatıcılar şikayetleri hafifletir. Gerekirse hemoroid açısından ek destekler uygulanır.

Tiroid İşlev Bozuklukları: Hipertiroidi genelde tedavi gerektirmez, şikayet varsa beta bloker kullanılabilir. Hipotiroidide tiroid hormon replasmanı yapılır.

Cinsel İşlev Sorunları: Düşük östrojen düzeyleri ve psikolojik etmenler nedeniyle geçici cinsel isteksizlik veya ağrı görülebilir. Cinsel ilişkiye dönüş, ağrı yönetimi ve uygun bilgilendirme önemlidir. Çoğu kadın zamanla toparlar.

Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunlar: Anksiyete ve depresyon doğum sonrası dönemde yaygın olabilir. Tarama için Edinburgh ölçeği tercih edilir. Gebelik ve postpartum süreç boyunca psikososyal destek ve gerekirse psikolojik müdahaleler önerilir. Önceden ruhsal rahatsızlığı olan bireyler için ilaç düzenlemesi ve uzman desteği sağlanır (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

	Öneri	Öneri Kategorisi
Perineal Ağrı İçin Lokal Soğutma	Doğum sırasında meydana gelen perineal travmaya bağlı akut ağrının azaltılması amacıyla, doğum sonrası erken dönemde kadınlara buz paketi veya soğuk ped gibi lokal soğutma yöntemleri uygulanabilir. Uygulama, kadının tercihlerine ve mevcut imkanlara göre planlanmalıdır.	Önerilir
Perineal Ağrı İçin Oral Analjezi	Doğum sonrası perineal ağrının giderilmesi gerektiğinde oral parasetamolün birinci basamak analjezik olarak kullanılması önerilir.	Önerilir
Uterin Kramp / İnvolüsyon Ağrısı İçin Farmakolojik Tedavi	Doğum sonrası uterin kramplara bağlı ağrının giderilmesi amacıyla, kadın tercihleri, klinisyenin deneyimi ve mevcut olanaklar doğrultusunda oral non-steroidal anti-inflamatuar ilaçlar (NSAİİ) kullanılabilir.	Önerilir
Pelvik Taban Güçlendirme İçin Pelvik Taban Egzersizi	Doğum sonrası üriner veya fekal incontinansı önlemek amacıyla rutin pelvik taban kas eğitimi başlatılması önerilmez.	Önerilmez

Doğum Sonrası Meme Dolgunluğunun Tedavisi – Farmakolojik Olmayan Yöntemler	Postpartum meme dolgunluğunun yönetiminde kadınlara duyarlı emzirme, doğru pozisyonlama ve kavrama, anne sütünün sağılması, kadının tercihlerine göre sıcak veya soğuk kompres kullanımı konularında danışmanlık ve destek verilmelidir.	Önerilir
Meme Dolgunluğunun Tedavisinde Farmakolojik Yöntemler	Postpartum meme dolgunluğunun tedavisinde subkutan oksitosin veya proteolitik enzim tedavisi gibi farmakolojik yöntemlerin kullanılması önerilmez.	Önerilmez
Doğum Sonrası Depresyon ve Anksiyete Taraması	Doğum sonrası depresyon ve anksiyetenin değerlendirilmesi için doğrulanmış bir tarama aracı kullanılmalıdır. Tarama sonucunun pozitif olması durumunda kadınlara tanı ve uygun yönetim hizmetleri sunulmalıdır.	Önerilir
Doğum Sonrası Depresyon ve Anksiyete Riskinin Önlenmesi	Antenatal ve postnatal dönemde psikososyal ve/veya psikolojik müdahalelerin uygulanması, doğum sonrası depresyon ve anksiyetenin önlenmesi için önerilir.	Önerilir

Kaynak: (WHO, 2022)

Cochrane derlemesi, doğum sonrası kabızlığı önlemeye yönelik müdahalelerin etkinlik ve güvenliğini değerlendirmektedir. Toplam 1208 kadını içeren beş çalışmayı kapsamaktadır. Çalışmaların çoğu müşil ilaçlarını plasebo ile karşılaştırmıştır, ancak iki çalışmadaki ilaçların günümüzde kullanılmadığı veya önerilmediği belirtilmiştir. İncelenen çalışmalarda, doğum sonrası kabızlık ya da dışkılama sırasındaki ağrı gibi ana sonuçlar çoğunlukla değerlendirilmemiştir. Sadece senna adlı müşilin bazı kadınlarda ilk 24 saatte dışkılama ihtimalini artırabileceği gösterilmiş, ancak karın krampları gibi yan etkiler de bildirilmiştir. Bir çalışmada müşil + lif ajanının, yalnızca müşile göre belirgin bir fayda sağlamadığı ve hatta dışkı kaçırma riskini artırabileceği görülmüştür. Genel olarak kanıtlar düşük ya da çok düşük kesinliktedir (Turawa vd., 2020).

Yapılan bir sistematik derleme, emziren kadınlarda meme dolgunluğunun tedavisinde kullanılan çeşitli yöntemleri değerlendiren 21 küçük randomize çalışmayı içermektedir. İncelenen müdahaleler arasında lahana yaprakları,

bitkisel kompresler, masaj, soğuk paketler ve medikal tedaviler bulunmaktaydı. Kanıtların çoğu düşük veya çok düşük kalitede olup, ağrı ve sertlik üzerine bazı sınırlı etkiler gözlenmiş; ancak meme şişliği, emzirme süresi ve diğer sonuçlar hakkında güvenilir kanıt bulunmamıştır. Yan etkiler nadir ve genellikle hafif olmuştur. Genel olarak, müdahalelerin etkinliği konusunda belirsizlik devam etmektedir (Zakarija-Grkovic & Stewart, 2020).

Türkiye’de yapılan çalışmaların sistematik derlemesine göre, doğum sonrası emzirme sorunları yaygındır; en sık karşılaşılan sorunlar süt eksikliği endişesi, emzirme deneyim eksikliği ve meme problemleridir. Müdahaleler arasında doğum öncesi eğitim, danışmanlık, sosyal destek, motivasyon ve proaktif emzirme yönetimi, nemli sıcak uygulama, anne sütü ve zeytinyağı kullanımı gibi yöntemler etkili bulunmuştur (Karaçam & Sağlık, 2018).

Doğum sonrası perineal ağrı için yapılan 17 RCT’ye göre, tek doz aspirin bazı kadınlarda 4–8 saat içinde ağrı giderilmesini sağlayabilmektedir, ancak kanıtların güvenilirliği düşük veya çok düşüktür. Aspirin dozu (300–1200 mg) arasında belirgin bir fark bulunmamıştır. Maternal veya neonatal yan etkiler nadir ve rapor edilmemiştir. Sonuç olarak, aspirin bir miktar ağrı rahatlaması sağlayabilir, ancak kanıtlar sınırlıdır ve diğer önemli sonuçlar (emzirme, uzun süreli ağrı, depresyon) hakkında bilgi yoktur (Shepherd & Grivell, 2020).

Yapılan bir meta analiz tek doz parasetamolün vajinal doğum sonrası perineal ağrıyı hafifletebileceğini ve ek ağrı kesici ihtiyacını azaltabileceğini göstermektedir. Kanıtların güvenilirliği düşüktür. Maternal yan etkiler çok az veya hafif olarak bildirilmiş, yenidoğan üzerindeki etkiler ise araştırılmamıştır (Abalos vd., 2021).

7. Bakım ve Danışmanlık

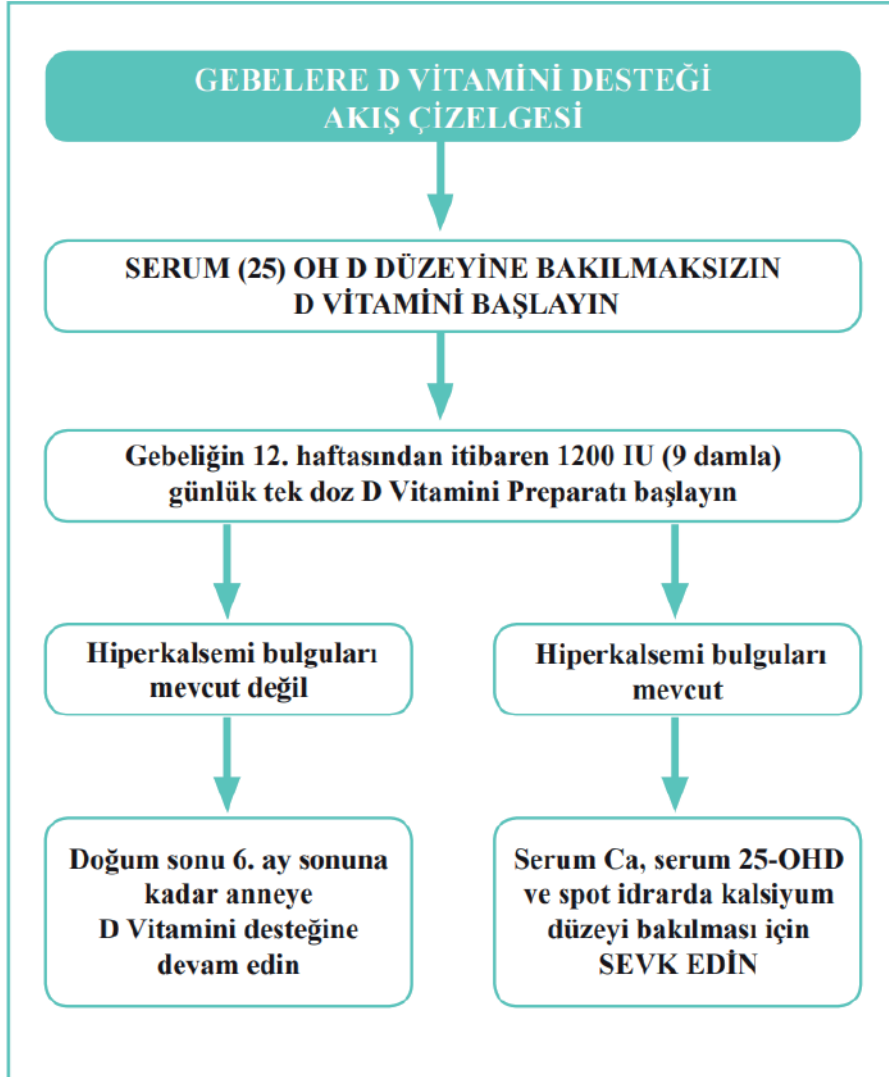
7.1. Risk Değerlendirmesi

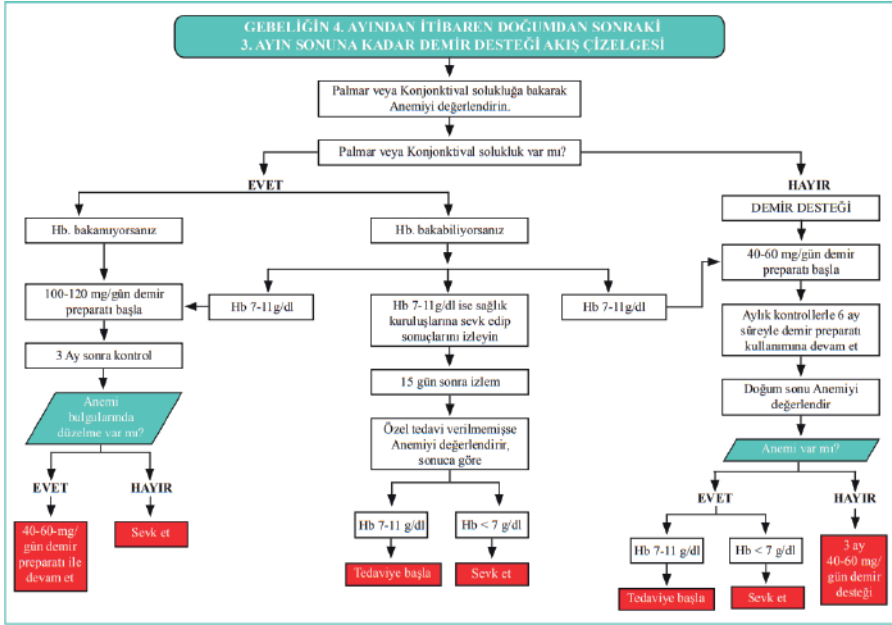
Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu

1. Rh uyumsuzluğu ve/veya izoimmünizasyon sorgulanması
2. Gebelikte anemi (hemoglobin <11 g/dL).
3. Gebelik öncesi veya gebelikte hipertansiyon
4. Gebelik öncesi veya gebelikte diyabet
5. Gebelik ve sistemik hastalık (kalp hastalıkları, hematolojik hastalıklar vb.)
6. Erken membran rüptürü
7. Uzamış ve/veya hızlı eylem
8. Grandmultiparite
9. Kısa doğum aralığı (2 yıldan az)
10. Adolesan (<18 yaş) veya ileri yaş (>35 yaş) gebelikleri
11. Çoğul gebelik, doğum ağırlığı >4000 g veya polihidramnios
12. Forseps, vakum veya sezaryen doğum
13. Uterin rupture yol açacak uygulamalar (indüksiyon, versiyon, elle halas vb.)
14. Perine ve vajen laserasyonları
15. Daha önce bilinen ruhsal hastalık öyküsü
16. Doğumun hastane dışında gerçekleşmiş olması
17. Düşük sosyoekonomik durum (beslenme bozukluğu vb)
18. Tromboemboli risk faktörlerinin değerlendirilmesi (Bakınız: Gebelikte venöz tromboembolizm yönetim rehberi)

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2018)

7.2. D vitamini ve Demir Desteği





(Sağlık Bakanlığı, 2018)

DSÖ, doğum sonrası kadınlara, anemi riskini azaltmak amacıyla tek başına demir veya demir + folik asit takviyesinin, doğumdan sonraki 6–12 hafta boyunca verilebileceğini önermektedir. Bu öneri, gebelikte aneminin halk sağlığı sorunu olduğu yerler için geçerlidir (Koşullu öneri, düşük kanıt kalitesi).

- DSÖ, gebelik anemisinin %20 veya daha yüksek bir nüfus yaygınlığını orta düzeyde bir halk sağlığı sorunu olarak kabul etmektedir.
- Öneri, emziren veya emzirmeyen tüm kadınlar için geçerlidir.
- Takviye, doğumdan mümkün olan en kısa sürede başlatılmalı ve gebelikte kullanılan rejime uygun olmalıdır.
- Kadınlara, demir ve folik asit takviyesini neden ve nasıl alacakları konusunda danışmanlık verilmeli, yan etkiler hakkında bilgilendirilmeli ve yönetim yolları öğretilmelidir.
- Anemi saptanan kadınlar, ülke politikası veya WHO önerisine göre günlük 120 mg elementel demir + 400 µg folik asit takviyesi ile hemoglobini normale gelene kadar tedavi edilmelidir (WHO, 2016, 2023).

	Öneri	Öneri Kategorisi
Doğum Sonrası A Vitamini Takviyesi	Anne ve bebeğe yönelik morbidite ve mortaliteyi önleme amacıyla postpartum dönemde A vitamini takviyesi yapılması önerilmez.	Öncirilmez

Kaynak: (WHO, 2022)

Yapılan bir randomize kontrollü çalışma, emziren kadınlarda doğum sonrası dönemde kullanılan 27 mg'lık demir takviyesinin demir durumunu ve oksidatif stres belirteçlerini nasıl etkilediğini değerlendirmiştir. Demir takviyesi alan gruplarda hemoglobin düzeylerinde plaseboya kıyasla daha fazla artış saptanmıştır. Özellikle demiri öğün aralarında alan grupta artış eğilimi daha belirgindir. Demir alan iki grup birlikte değerlendirildiğinde, Hb artışı istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu bulgu, doğum sonrası dönemde demir takviyesinin anemi riskini azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir. Transferrin saturasyonu (TfSat) ve toplam plazma demiri demir verilen gruplarda plaseboya kıyasla artma eğilimindedir. Hepcidin düzeylerinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Başlangıçta yüksek CRP düzeyi olan kadınlarda ferritin artışı üç grup arasında farklılık göstermemiştir. Ancak CRP'si yüksek olmayan kadınlarda, ferritin düzeyinde demir alan gruplarda anlamlı artış gözlenmiştir. Demir takviyesi oksidatif stres belirteçlerini (izoprostan ve 8-OHdG) artırmamıştır. Bu durum, verilen dozun güvenli olduğuna işaret etmektedir. CRP ve AGP düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Jorgensen vd., 2017).

Başka bir randomize kontrollü çalışma doğum sonrası ilk 48 saat içinde multipar kadınlarda yürütülmüştür. Kadınlar, günlük E vitamini ve D vitamini takviyesi veya plasebo almak üzere rastgele atanmıştır. Ağrı yoğunluğu ve süresi, doğumdan sonraki ilk saatlerden başlayarak belirli aralıklarla değerlendirilmiştir. Başlangıçta gruplar arasında fark gözlenmezken, takviye alan grup sonraki dönemlerde plasebo grubuna kıyasla daha düşük ağrı yoğunluğu ve daha kısa ağrı süresi bildirmiştir. Bu sonuçlar, erken postpartum dönemde D ve E vitamini takviyesinin uterin ağrıyı azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir (HosseiniHaji vd., 2025).

Yapılan meta-analiz çalışmasında Intravenöz (IV) demirin, oral demirle karşılaştırıldığında yorgunluğu bir miktar daha fazla azalttığı belirlenmiştir. Oral demirin kabızlık riskini anlamlı şekilde daha fazla artırdığı saptanmıştır. IV demirin, hemoglobini oral demire göre daha hızlı yükseltebildiği yönünde bulgular elde edilmiştir. IV demirle ilişkili ciddi yan etkiler (ör. anafilaksi) çok nadir olup, bu konuda kanıtlar belirsizdir. Kan transfüzyonu, IV demire

göre hemoglobin düzeylerinde belirgin bir üstünlük göstermemiştir. IV + oral demirin, sadece oral demire göre kabızlığı daha az görülebileceği bulunmuştur. Kan transfüzyonu yapılan ve yapılmayan kadınlar arasında emzirme oranlarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Jensen vd., 2024).

7.3. Doğum Sonu Fiziksel Aktivite ve Kontrasepsiyon

	Öneri	Öneri Kategorisi
Doğum Sonrası Fiziksel Aktivite	Kontrendikasyonu olmayan tüm postpartum kadınlar için öneriler: Postpartum dönem boyunca düzenli fiziksel aktivite yapılmalıdır. Haftada toplam en az 150 dakika fiziksel aktivite sağlık açısından önemli faydalar sağlar. Farklı türlerde fiziksel aktiviteler ve kas güçlendirici egzersizler programa eklenmeli; nazik esneme hareketleri de faydalı olabilir.	Önerilir
Sedanter Davranışın Sınırlandırılması	Postpartum kadınlar hareketsiz (sedanter) geçirilen süreci sınırlandırmalıdır. Hareketsiz geçirilen zamanın hafif düzeyde aktivite dâhil her türlü fiziksel aktiviteyle değiştirilmesi sağlık açısından faydalıdır.	Önerilir
Doğum Sonrası Kontrasepsiyon	Postnatal bakım sırasında kadınlara kapsamlı doğum kontrolü bilgisi ve hizmetlerinin sunulması önerilir.	Önerilir

(WHO, 2022)

Sağlık Bakanlığı doğum sonrası beşinci izlemede, anne ve eşine cinsel sağlık konularında rehberlik yapılmasını; üreme sağlığı, gebeliğin planlanması ve uygun kontraseptif yöntemlerin sunulmasını önermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

8. Yenidoğan Değerlendirmesi

	Öneri	Öneri Kategorisi
Yenidoğanda Tehlike İşaretlerinin Değerlendirilmesi	Her postnatal bakım temasında aşağıdaki belirtiler değerlendirilmelidir. Bu bulgulardan herhangi biri varsa yenidoğan ileri değerlendirme için sevk edilmelidir: İyi beslenmeme, Nöbet öyküsü, Hızlı solunum (dakikada > 60 solunum), Şiddetli göğüs çekilmesi, Spontan hareket olmaması, Ateş (> 37.5 °C), Düşük vücut ısı (< 35.5 °C), Doğumdan sonraki ilk 24 saatte herhangi bir sarılık veya herhangi bir yaşta avuç içi ve ayak tabanlarında sararma	Önerilir
Göz Anomalileri İçin Evrensel Tarama	Yenidoğanlarda gözle ilgili anomalilerin erken tespiti için evrensel göz taraması önerilir. Tarama pozitifse uygun tanı ve tedavi hizmetleri sunulmalıdır.	Önerilir
İşitme Kaybı İçin Evrensel Tarama	Kalıcı bilateral işitme kaybının erken tespiti için tüm yenidoğanlarda otoakustik emisyon (OAE) veya otomatik işitsel beyin sapı yanıtı (AABR) ile universal yenidoğan işitme taraması önerilir. Tarama sonucunda işitme kaybı saptanan bebeklere tanı ve yönetim hizmetleri sağlanmalıdır.	Önerilir
Yenidoğan Hiperbilirubinemi İçin Evrensel Tarama – TcB	Sağlık kuruluşundan taburculuk sırasında transkütan bilirubinometre (TcB) ile evrensel yenidoğan sarılık taraması yapılması önerilir.	Önerilir
Yenidoğan Hiperbilirubinemi İçin TSB Taraması	Taburculuk sırasında total serum bilirubin (TSB) ile evrensel taramanın yapılması konusunda yeterli kanıt bulunmamaktadır.	Öneri Sunulmamıştır

Kaynak: (WHO, 2022)

8.1. Önleyici Öneriler

	Öneri	Öneri Kategorisi
Hipotermiyi Önlemek İçin İlk Banyonun Zamanı	Sağlıklı, zamanında doğmuş yenidoğanların ilk banyosu doğumdan en az 24 saat sonra yapılmalıdır.	Önerilir
Deri Sorunlarını Önlemek İçin Emolyan (Nemlendirici) Kullanımı	Sağlıklı, zamanında doğmuş yenidoğanlarda deri problemlerini önlemek amacıyla rutin olarak topikal emolyan uygulanması önerilmez.	Önerilmez
Göbek Kordonu Bakımı	Göbek kordonu için temiz ve kuru bakım uygulanması önerilir.	Önerilir
Klorheksidin Uygulanması	Doğumdan sonraki ilk hafta boyunca göbek kordonuna %4 klorheksidin uygulanması, yalnızca göbek kordonuna hayvansal dışkı gibi zararlı maddelerin sürülmesinin yaygın olduğu bölgelerde önerilir.	Duruma Özgü Öneri
Ani Bebek Ölümü Sendromunu (SIDS) Önlemek İçin Uyku Pozisyonu	Bebeklerin yaşamın ilk yılında sırtüstü (supin) pozisyonda yatırılması, SIDS ve beklenmeyen ani bebek ölümlerini önlemek için önerilir.	Önerilir

Kaynak: (WHO, 2022)

8.1.1. Yenidoğan K vitamini uygulaması ve Bağışıklama

	Öneri	Öneri Kategorisi
Hemorajik hastalık profilaksisi için K vitamini	Tüm yenidoğanlara, doğum sonrasında intramüsküler yolla 1 mg K vitamini verilmesi önerilmektedir; bu uygulama, emzirmenin başlatılması ve bebeğin anneyle ilk bir saatlik ten tene temas süreci tamamlandıktan sonra yapılmalıdır.	Önerilir
Enfeksiyonları Önlemek İçin Aşılama	Yenidoğan aşılaması, güncel WHO rutin bağışıklama önerilerine uygun şekilde teşvik edilmelidir	Önerilir

Kaynak: (WHO, 2018, 2022)

Sağlık Bakanlığı, doğumdan sonra tüm yenidoğanlara kanama riskini önlemek amacıyla intramüsküler olarak K vitamini uygulanmasını önermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Anneden bebeğe hepatit B bulaşını önleyebilmek için hepatit B aşılması doğumdan sonra kas içine uygulanması önerilmektedir. Aşının daha sonraki dozları DaBT-İPA-Hib-Hep B (Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus İnfluenza Tip b Aşısı, Hepatit B) şeklinde iki, dört, altı ve 18. aylarda uygulanır (Sağlık Bakanlığı, 2025a).

Kanada Pediatri Derneği ve Kanada Aile Hekimleri Koleji, tüm yenidoğanlara 0,5-1,0 mg'lık tek doz K vitamininin rutin olarak IM olarak uygulanmasını önermektedir (Ng & Loewy, 2018).

Yapılan Cochrane incelemesi; Prematürelerde doğum sonrası K vitamini düzeylerinin düşük olduğunu, K vitamini verilen-verilmeyen prematüreleri karşılaştıran çalışmalar için kanıt kalitesinin düşük olduğunu, 0,2 mg gibi düşük dozların bile etkili olduğunu, K vitamininin zararlı olduğuna dair kanıt olmadığını ortaya koymuştur (Ardell vd., 2018).

9. Taburculuk Zamanlaması

Sağlık Bakanlığı'nın önerilerine göre, doğum sonrası herhangi bir komplikasyon görülmeyen durumlarda, vajinal doğum yapan anneler ile yenidoğanlarının en az 24 saat; sezaryenle doğum yapanların ise en az 48 saat süreyle sağlık kuruluşunda izlenmesi gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü'nün önerilerine göre, komplikasyonsuz bir vajinal doğumun ardından hem anne hem de yenidoğanın ilk 24 saat boyunca sağlık kuruluşunda izlenmesi, güvenli bakım açısından önem taşımaktadır. Bu doğrultuda, doğum sonrasında herhangi bir risk bulunmasa bile, anne-bebek ikilisinin en az bir gün süreyle profesyonel sağlık hizmeti alması tavsiye edilmektedir (WHO, 2018).

	Öneri	Öneri Kategorisi
Doğum Sonrası Sağlık Kuruluşunda Kalış Süresi	Sağlıklı kadın ve yenidoğanlar için vajinal doğum sonrası sağlık kuruluşunda en az 24 saat bakım önerilir.	Önerilir
Taburculuk Öncesi Değerlendirme Kriterleri	Kadın ve yenidoğan taburculuk öncesinde değerlendirilmeli: Kadın ve bebeğin fiziksel sağlığı, kadının duygusal durumu Kadının kendi bakım becerisi ve güveni, ebeveynlerin ve bakım verenlerin yenidoğana bakım becerisi ve güveni Ev ortamı ve evde bakım sağlayabilme kapasitesi ile bakım arama davranışlarını etkileyen diğer faktörler	Önerilir
Taburculuğa Hazırlık Yaklaşımları	Kadın, ebeveyn ve bakım verenleri taburculuğa hazırlamak için bilgi sağlama, eğitim ve danışmanlık önerilir. Yazılı/dijital eğitim materyalleri, görseller ve iş yardımcıları sağlanmalıdır.	Önerilir

Kaynak: (WHO, 2022)

10. Sağlık Sistemleri ve Sağlık Geliştirme Müdahaleleri

	Öneri	Öneri Kategorisi
Postnatal Bakım İçin Ev Ziyaretleri	Doğum sonrası ilk hafta içinde nitelikli sağlık personeli veya eğitilmiş toplum sağlığı çalışanı tarafından ev ziyareti önerilir. Ev ziyareti mümkün değilse veya tercih edilmiyorsa, poliklinik teması önerilir.	Önerilir
Ebe Liderliğinde Süreklilik Modeli (MLCC)	Antenatal, doğum ve postnatal dönemde tanınan bir ebe veya küçük bir ebe grubunun kadını desteklediği modeller, iyi işleyen ebe programları olan bölgelerde önerilir.	Duruma Özgü Öneri
Postnatal Bakımda Görev Paylaşımı – Sağlık Davranışları	Kadın ve yenidoğan sağlığıyla ilgili davranışların teşviki, halk sağlığı çalışanları, yardımcı hemşireler, hemşireler, ebeler ve doktorlar arasında görev paylaşımı ile yapılabilir.	Önerilir

Postpartum Kontrasepsiyon Sağlamada Görev Paylaşımı	Önerilen postpartum kontrasepsiyon yöntemlerinin sunumu, yardımcı hemşireler, hemşireler, ebeler ve doktorlar arasında görev paylaşımı ile yapılabilir.	Önerilir
Kırsal ve Uzak Bölgelerde Personel Çekme ve Tutma	Politika yapıcılar, kırsal ve uzak bölgelerde sağlık iş gücünü çekmek ve tutmak için eğitim, düzenleme, teşvikler ve kişisel/profesyonel destekten oluşan paket müdahaleler uygulamalıdır.	Önerilir
Erkeklerin Doğum Sonrası Bakıma Katılımı	Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde erkeklerin katılımını teşvik eden müdahaleler, kadının kendi bakımını ve yenidoğana bakımını destekleyecek şekilde uygulanmalıdır. Bu müdahaleler, kadınların seçimlerine ve özerkliğine saygı göstererek yapılmalıdır.	Önerilir, hedefli izleme ve değerlendirme ile
Ev Bazlı Kayıtların Kullanımı	Evde ve sağlık kuruluşunda kayıtların birlikte kullanılması, kadın, yenidoğan ve çocuk bakımını iyileştirmek, erkeklerin katılımını ve evde desteği artırmak için önerilir.	Önerilir
Dijital Hedefli Müşteri İletişimi	Cinsel, üreme, maternal, yenidoğan ve çocuk sağlığı ile ilgili davranış değişikliği için dijital hedefli iletişim önerilir, hassas içerik ve veri gizliliği konuları dikkate alınmalıdır.	Duruma Özgü Öneri
Dijital Doğum Bildirimleri	Dijital doğum bildirimleri önerilir, Bildirimler sağlık sistemi veya nüfus kayıt sistemine bireysel düzeyde veri sağlıyorsa Sağlık sistemi veya nüfus kayıt sistemi bu bildirimlere yanıt verebiliyorsa uygulanmalıdır.	Duruma Özgü Öneri

Kaynak: (WHO, 2022)

11. Sonuç

Erken postpartum dönem, anne sağlığının korunması ve olası komplikasyonların erken saptanması açısından kritik bir zaman dilimidir. Bu süreçte ebelerin kanıta dayalı uygulamaları benimsemesi hem anne hem de yenidoğanın güvenliğini destekleyen temel bir unsurdur. Vajinal kanama, uterus involüsyonu, fundus yüksekliği, vital bulgular ve genel iyilik halinin

düzenli ve sistematik biçimde değerlendirilmesi; anne sağlığını tehdit eden acil durumların erken dönemde fark edilmesine olanak tanımaktadır. Kanıta dayalı yaklaşımların uygulanması, ebelerin klinik karar verme süreçlerini güçlendirirken, bakımın kalitesini artırmakta ve standartlaşmasına katkı sağlamaktadır. Ebe, bu dönemde yalnızca biyomedikal izlemi gerçekleştiren bir sağlık çalışanı değil; aynı zamanda annenin fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini bütüncül bir bakış açısıyla ele alan birincil destek sağlayıcı konumundadır. Sonuç olarak, erken postpartum dönemde ebelerin bilimsel kanıtlara dayalı, sistematik ve duyarlı bakım sunması; anne ve bebeğin sağlıklı bir iyileşme sürecine adım atmasında belirleyici bir rol oynamaktadır. Bu nedenle, ebelerin güncel kanıtlarla güçlendirilmiş yaklaşımı, kadın sağlığının geliştirilmesinde vazgeçilmez bir bileşen olarak değerlendirilmektedir.

Kaynaklar

Abalos, E., Sguassero, Y., & Gyte, G. M. (2021). Paracetamol/acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early postpartum period. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), CD008407. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008407.pub3>

ACOG. (2018). *American College of Obstetricians and Gynaecologists*. Optimizing Postpartum Care. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/05/optimizing-postpartum-care>

Ardell, S., Offringa, M., Ovelman, C., & Soll, R. (2018). *Prophylactic vitamin K for the prevention of vitamin K deficiency bleeding in preterm neonates—Ardell, S - 2018 | Cochrane Library*.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008342.pub2>
full?highlightAbstract=administr%7Cin%7Cadministration%7Cnewborns%7Ck%7Cnewborn%7Cvitamin

Chillo, S. L., Woldeamay, E. M., & Dangisso, M. H. (2025). Intermittent versus daily oral iron folic acid supplementation and pregnancy outcome in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Reproductive Health*, 22(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01917-8>

Cole, N. M., Kim, J. J., Lumbreras-Marquez, M. I., Fields, K. G., Mendez-Pino, L., Farber, M. K., Carusi, D. A., Toledo, P., & Bateman, B. T. (2024). Second-Line Uterotonics for Uterine Atony: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics and Gynecology*, 144(6), 832-841. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005744>

Gallos, I. D., Yunas, I., Devall, A. J., Podsek, M., Tobias, A., Price, M. J., Oladapo, O. T., & Coomarasamy, A. (2025). Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: A network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD011689. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011689.pub4>

Hofmeyr, G. J., Mshweshwe, N. T., & Gülmezoglu, A. M. (2015). Controlled cord traction for the third stage of labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), CD008020. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008020.pub2>

HosseiniHaji, S., Baghani, R., Ghalenovi, M., Forouhar, N., & Aradmehr, M. (2025). The effect of early postpartum vitamin d and e supplementation on uterine after pain: A double-blind randomized clinical trial. *BMC Women's Health*, 25(1), 560. <https://doi.org/10.1186/s12905-025-04021-6>

Jaffer, D., Singh, P. M., Aslam, A., Cahill, A. G., Palanisamy, A., & Monks, D. T. (2022). Preventing postpartum hemorrhage after cesarean delivery: A network meta-analysis of available pharmacologic agents. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(3), 347-365. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.08.060>

Jensen, M. C. H., Holm, C., Jørgensen, K. J., & Schroll, J. B. (2024). Treatment for women with postpartum iron deficiency anaemia. *The Cochrane Database of System-*

atic Reviews, 12(12), CD010861. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010861.pub3>

Jorgensen, J. M., Yang, Z., Lönnerdal, B., Chantry, C. J., & Dewey, K. G. (2017). Effect of iron supplementation during lactation on maternal iron status and oxidative stress: A randomized controlled trial. *Maternal & Child Nutrition*, 13(4), e12394. <https://doi.org/10.1111/mcn.12394>

Karaçam, Z., & Sağlık, M. (2018). Breastfeeding problems and interventions performed on problems: Systematic review based on studies made in Turkey. *Türk Pediatri Arsivi*, 53(3), 134-148. <https://doi.org/10.5152/TurkPediatri-Ars.2018.6350>

Kellie, F. J., Wandabwa, J. N., Mousa, H. A., & Weeks, A. D. (2020). Mechanical and surgical interventions for treating primary postpartum haemorrhage. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD013663. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013663>

Maged, A. M., Waly, M., Fahmy, R. M., Dieb, A. S., Essam, A., Salah, N. M., Hussein, E. A., & Nabil, H. (2020). Carbetocin versus rectal misoprostol for management of third stage of labor among women with low risk of postpartum hemorrhage. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 148(2), 238-242. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13056>

Ng, E., & Loewy, A. D. (2018). Position Statement: Guidelines for vitamin K prophylaxis in newborns. *Canadian Family Physician*, 64(10), 736-739.

Oh, C., Keats, E. C., & Bhutta, Z. A. (2020). Vitamin and Mineral Supplementation During Pregnancy on Maternal, Birth, Child Health and Development Outcomes in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 12(2), 491. <https://doi.org/10.3390/nu12020491>

Parry Smith, W. R., Papadopoulou, A., Thomas, E., Tobias, A., Price, M. J., Meher, S., Alfirevic, Z., Weeks, A. D., Hofmeyr, G. J., Gülmezoglu, A. M., Widmer, M., Oladapo, O. T., Vogel, J. P., Althabe, F., Coomarasamy, A., & Gallos, I. D. (2020). Uterotonic agents for first-line treatment of postpartum haemorrhage: A network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11), CD012754. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012754.pub2>

Queensland Maternity Education. (2025). *Primary postpartum haemorrhage (PPH)* [Text]. Maternity and Neonatal Clinical Guidelines | Queensland Clinical Guidelines; corporateName=The State of Queensland; jurisdiction=Queensland. <https://www.health.qld.gov.au/qcg/publications>

Sağlık Bakanlığı. (2018). *Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi*. Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-42925/dogum-sonu-bakim-yonetim-rehberi.html>

Sağlık Bakanlığı. (2025a). *Aşı Takvimi*. Aşı Portalı. <https://asi.saglik.gov.tr/bagisiklama-programi-vc-asi-takvimi/asi-takvimi.html>

Sağlık Bakanlığı. (2025b). *Ebelere Yönelik Doğum Eylem Yönetimi Klinik Rehberi*. <https://shgmargestddb.saglik.gov.tr/TR-109113/cbelcre-yonelik-dogum-cylem-yonecti-mi-klinik-rehberi-yayimlandi.html>

Shepherd, E., & Grivell, R. M. (2020). Aspirin (single dose) for perineal pain in the early postpartum period. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD012129. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012129.pub3>

Turawa, E. B., Musckiwa, A., & Rohwer, A. C. (2020). Interventions for preventing postpartum constipation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(8), CD011625. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011625.pub3>

Ubom, A. E., Begum, F., Ramasauskaite, D., Nieto-Calvache, A. J., Oguttu, M., Nunes, I., Malcl, Z. J., Beyeza-Kashesya, J., Wright, A., & the FIGO Committee on Childbirth and Postpartum Hemorrhage. (2025). FIGO good practice recommendations on anemia in pregnancy, to reduce the incidence and impact of postpartum hemorrhage (PPH). *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1002/ijgo.70529>

WHO. (2016). *Daily iron supplementation in postpartum women*. <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-154958-5>

WHO. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

WHO. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

WHO. (2023). *Iron supplementation with or without folic acid to reduce the risk of postpartum anaemia*. <https://www.who.int/tools/clena/interventions/iron-postpartum>

WHO. (2025). *Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of postpartum haemorrhage*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115637>

Zakarija-Grkovic, I., & Stewart, F. (2020). Treatments for breast engorgement during lactation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), CD006946. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006946.pub4>

Babaların Doğuma Aktif Katılma İsteğinin Anne-Baba ve Ebe Açısından Önemi

Kübra Şerif Öztürk¹,
Reyhan Aydın Doğan²

Özet

Babaların doğumda aktif rol alması anne ve bebek için büyük bir öneme sahiptir. İncelenen literatür ışığında babaların hamilelik sürecinde sorumluluk alması geçmişten süregelen bir alışkanlık olan ‘para getiren figür’ olmaktan çıkmış, işbirlikçi ebeveynliğe olumlu şekilde evrilmiştir. Bu evrim sadece doğum öncesi alışkanlıklara değil doğum anında ve sonrasındaki süreçlere olumlu yansımaktadır. Sadece fiziksel olarak ortamda bulunmakla izleyici gibi kalınmamış, bir takım arkadaşı gibi fiziksel ve psikolojik destek gibi geniş bir yelpazede yer almaya başlamıştır. Dünya da süreç daha önde ilerlerlerken Türkiye’deki veriler babaların istekliliklerine oranla katılımının düşük olduğunu gözler önüne sermektedir. Bu sonuç hem sistemdeki altyapı yetersizliklerinden hem de çoğunlukla ebeler olmakla beraber sağlık profesyonellerinin babayı değerlendiği konumdan kaynaklanabilmektedir. Elde edilen veriler babanın bilinçli şekilde doğumda bulunmasının; eylemin süresini kısalttığını ve analjezi ve operatif girişimleri azalttığını ve doğum deneyimini çiftler halinde olumlu etkilediğini ortaya koymaktadır. Aynı zamanda hazırlıksız ve eğitimsiz şekilde doğuma giren babaların doğumu travmatik hale getirmekte ve bunun da eş ilişkilerine zarar verebileceği unutulmamalıdır. Son olarak babanın doğuma katılması ve bu konuda istekli davranması fiziksel olarak orda olma halinden öte geçmeli, sağlık politikaları tarafından desteklenerek, eğitimlere babaları daha çok dahil ederek pasif izleyicilikten aktif destekçi konumuna geçebilmelidir. Bu derleme babanın doğuma katılma isteğinin multidisipliner etkilerini ve yapılmış çalışmaları analiz etmeyi amaçlamıştır.

- 1 Yüksek Lisans Öğrencisi, Karabük Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Orcid: 0009-0000-2524-2987
- 2 Doç. Dr., Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Orcid: 0000-0003-4950-3699

1. Giriş

Babaların doğuma aktif katılımı ve katılma isteği çoğunlukla olumlu sonuçlar ortaya çıkartmaktadır. Babalık rolünün geleneksellikten uzaklaşıp modernleşmesi ve aktifleşmesi ile bu olumlu sonuçlar artmaktadır (Balin, 2021). Tarihte yapılan çalışmalarda bebeğin doğumundan itibaren gelişiminden sosyalleşmesine kadar geçen süreçte annenin önemini vurgulamaktadır. Baba ise bu yolculukta anneye destek olmakla görevlidir. Bu geleneksel görüşlere göre annelik ve babalık sert çizgilerle ayrılmaktadır. Anneler tüm işi yüklenmiş ve babalar yeterince sorumluluk alamamış durumdadır (Balin, 2021; Karaçam, 2020). Toplamlar değişmekte ve gelişmekte olup bu sert çizgiler yerini anne ve babanın iş birliğine bırakmaktadır. Bu iş birliği sadece ebeveynlikte değil, ebeveynliğe geçiş olan doğumda başlar. Doğuma aktif katılım fiziksel olarak orada bulunmaktan ibaret değil, eşe masaj desteği vermek, sancı anında duygusal destek ile rahatlatmak, yürüyüş egzersizleri yaptırmak gibi geniş yelpazesi olan bir durumdur.

2. Doğum Öncesi Dönemin Önemi

Hamilelik süreci hem anne hem de baba için psikolojik ve duygusal başta olmak üzere pek çok açıdan zorlayıcı bir süreçtir (Duman & Gölbaşı, 2025). Babalık rolü de eşin gebe kaldığı andan itibaren başlar (Özkan vd., 2016). Ve yaşam boyu devam eden önemli bir sorumluluktur. Hamilelik ve doğumda bakımlara babanın katılımının da baba-bebek bağının güçlenmesini sağladığı bilinmektedir (Özkan vd., 2016). Hamilelik süresince babanın anne ile birlikte doktor kontrollerine katılması, bebeğinin anne karnında ilk hareketlerini hissetmesi, annede oluşan gebelik yakınmalarında çözümler üretmeye çalışması, destek olmak istemesi hem eşler arasında ki ilişkiyi güçlendirmekte hem de babalığa hazırlığı sağlamaktadır. Anne ise bu süreçte baba tarafından desteklendiğinde doğumda daha olumlu deneyimler yaşamaktadır (Karaçam, 2020). Duman ve Gölbaşı'nın Türkiye'de yaptığı bir çalışmaya göre bu süreçte babaların tüm kontrollerinde eşinin yanında bulunma durumu %75,6 olarak bulunmuştur. Bu katılım özellikle fetal hareketlerin görülmesi, ultrasona tanık olmak ve fetal kalp atışlarını dinlemek açısından oldukça önem arz etmektedir (Duman & Gölbaşı, 2025).

Doğumda ise anneye destek olma arzusu, bebeğine hemen kavuşma isteği, eşini ve bebeğini koruma içgüdüğü gibi pek çok faktör baba da doğuma katılma isteğini uyandırabilir. Babalar doğumda eşlerinin yanında olamamanın kötü hissettireceğini düşünmekte ve onları yalnız bırakmak istememektedirler. Bu isteği de bir hak olarak tanımlamakta ve eşlerinin kendi varlıkları ile daha huzurlu, güvende bir süreç geçireceğine inanmaktadırlar (Karaçam, 2020).

1970'li yıllara kadar babaların, arkadaş, akrabaların doğuma katılımını engelleyen bir politika benimsenmekte idi. Sonrasında Amerika başta olmak üzere Batıda bu yönelim değişmiş babalar ebeler için rahatsız edici olmaktan ziyade daha çok yardımcı, destek verici olarak değerli bir kaynağa dönüşmüştür. Bu dönüşüm ile beraber babaların doğum odalarındaki varlığı 1980'lere dayanır (Longworth vd., 2015). Bu tarihlerde yapılan bir çalışma doğumda bulunan babaların doğumda bulunmayan babalara göre daha yüksek seviyelerde bağlanma davranışı sergilediğini bulmuştur (Bowen vd., 1980). Ancak doğumda babanın bulunması her zaman olumlu sonuçlar doğurmayabilir. Genel olarak olumlu deneyimler bildirilse de psikolojik ve duygusal açıdan çeşitli zorluklar yaşayabilirler. Bazı bireyler doğumu anne ve bebeği tehlikeye sürükleyen bir olay olarak düşündüklerinde doğum deneyimini travmatik bulabilirler. Doğum anında sancı ve acıya şahit olduklarında ve eşlerinin yeterince yanlarında olamadıklarında çaresizlik hissedebilirler (Boylu Gülek & Özerdoğan, 2023). Ne yapacaklarını bilemez ve panik olabilirler. Bu duyguları gizlemek ister, güçlü görünmeye çalışır ve kendi psikolojik ihtiyaçlarını görünmez kılabilirler (Boylu Gülek & Özerdoğan, 2023).

3. Anne Açısından Önemi: Doğumda Eşin Varlığı

İstekli bir babanın varlığı anneyi olumlu etkilemekle birlikte babanın eğitim ve bilgi düzeyi bu sonucu etkilemektedir. Babanın doğumdaki desteği anneyi fizyolojik, psikolojik ve bağlanma olmak üzere üç bölümde etkileyebilir.

3.1. Fizyolojik Etkileri

Eşin bulunduğu doğumlarda analjezi kullanımı, oksitosin ile indüksiyon gibi invaziv girişimlerin daha az olduğu belirtilmiştir (Duru, 2014). Uluslararası incelediğimizde de babanın varlığı analjezikleri azaltmakla kalmamış sezaryen oranlarında da düşüşe yol açmıştır (Longworth vd., 2015). Baba duygusal olarak ağrı kesici bir etki sunuyormuş gibi görünse de temelinde eş desteği ile kullanılan alternatif pozisyonların artması yatmaktadır. Bu durum farmakolojik ajanlara ihtiyacı minimum düzeye indirmektedir (Duru, 2014).

3.2. Psikolojik Etkileri

Duygusal açıdan bakıldığında da anne eşi bir güven unsuru olarak görmekte ve stres, korku seviyesini azaltmakta, doğum korkusu ile mücadelesini kolaylaştırmaktadır (Boylu Gülek & Özerdoğan, 2023; Kara & Çetinkaya, 2019). Annenin doğum anında kontrolünü kaybedebileceği

bir kriz anı gerçekleşmesine karşın baba ebe ile iletişim kurucu onu koruyucu rolde olur, kadının kontrol hissini korumasına yardımcı olur ve anneyi daha güvende hissettirir (Karaçam, 2020). Duru'nun 2014 yaptığı bir çalışma sonucunda doğumunu olumlu değerlendiren annelerin eş desteğini isteyen ve destek alan grupta olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada da doğumda anne ve babaların bütüncül yaklaşımıyla ele alınması gerektiği bildirilmiştir. Olumlu doğum deneyimi annenin benlik saygısını arttırmakta ve anneliğe adaptasyonu kolaylaştırmaktadır. (Karaçam, 2020).

3.3. Ebeveynlik ve Bağlanma Etkileri

Doğumda eşin varlığı sadece an ile sınırlı kalmayıp postpartum döneme uzanan etkiler ortaya çıkartmaktadır. Babanın doğumda masajla, yürüyüşlerle ve bakım yükünü azaltacak girişimleri ile destek olması postpartum depresyon riskini azaltmaktadır (Kıraç vd., 2021). Yani postpartum depresyonun önlenmesinde eşin varlığı koruyucu rol oynayabilir. Eşi ile daha olumlu ilişkiler kurduğu ve daha mutlu evlilik sürdürdükleri bilinmektedir, evlilik kalitesi aynı zamanda ebeveynliğin kalitesi ile ilişkilidir. Destekleyici bir eşe sahip olduğunu bilmek anne babalık algısını pekiştirmektedir (Uludağlı, 2017). Sürecin olumlu ilerleyişi evlilik doyumunu arttırmaktadır.

4. Baba Açısından Önemi: Doğuma Katılan Babaların Bebekleri ile Kurdukları Bağ

Geleneksel dönemlerde katı sınırlar ile ayrılan annelik ve babalık modernleşme ile birlikte birbirine yaklaşmış, görev dağılımları ve sorumluluklar adil şekillerde paylaşılmaya başlanmıştır (Balın, 2021). Artık baba, anneyi destekleyen bir rol almaktadır. Doğum ve doğum öncesi süreçte bulunan, anneyi destekleyen ve yanında olmaya gayret gösteren, doğumda bebeğe temasına izin verilen babaların, doğum yolculuğunda bulunmayan babalara göre bebeklerine daha yüksek düzeyde bağlandıkları belirtilmektedir (Güleç, 2010). Anne bebek bağlanmasında önemli olduğu gibi baba bebek bağlanması için de doğumdaki fiziksel temas önemlidir (Kara & Çetinkaya, 2019). Bu noktada doğum bir dönüm noktası niteliğindedir. Babanın da orada bulunabiliyor olması daha çabuk bilinçlenmeyi ve sorumluluk altına girmeyi sağlamaktadır (Kıraç vd., 2021). Doğuma destek olmak isteyen babalarda aktif katılım olmasa da bağlanma süreci genellikle doğum sonrası 2-3 günde başlar ve ilk bir aylık süre içerisinde tamamlanır (Güleç, 2010).

Doğum mucizelerle dolu olmasına rağmen her zaman olumlu sonuçlanmayabilir, bunu travmatik algılayan babalar için doğum zor geçebilir. Yani doğum babanın yetersiz hissettiği acı dolu bir senaryo olarak algılanır ise bağ kurmak aksine zorlaşabilir (Boylu Gülek & Özerdoğan,

2023). Bu konuda da doğumda bulunmak isteyen babaların doğum öncesi süreçte de aktif rol almalarının önemi ortaya çıkmaktadır. Eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyi yüksek olan babaların sürece daha çok dahil oldukları bildirilmiştir (Uludağlı, 2017).

5. Sağlık Personeli Açısından Önemi: Doğuma Katılım ve İletişim

Babaların doğuma katılımı ile ilgili en yaygın olumsuzluklardan biri sağlık sistemi işleyişi ve personel tarafından sürecin dışında bırakılmalarıdır. Bu sistem hastaneler arası farklılık göstermekle birlikte pek çok kamu kuruluşu hastane eşi/baba adayını doğum salonuna alınmamaktadır. Elbette bunun mahremiyet ve ortamın eş için korkutucu olması başta olmak üzere çok çeşitli ve geçerli sebepleri vardır (Karaçam, 2020). Doğumun tarihsel sürecinde de kadın destekçiler bulunmuş eylem ‘kadına özgü’ bir şekilde benimsenmiştir (Duru, 2014). Günümüzde de kısmen bu fikir devam etmekte ve baba katılımı istenen doğumların büyük bir kısmı özel sağlık sistemi içerisinde gerçekleşmektedir (Savas vd., 2025). Gebe okullarında ve hamilelik sürecinde eşin bulunmaması bilgi düzeyini önemli ölçüde etkilemekte ve bilgi düzeyi yüksek olmayan baba adayları doğum anında süreç dışında kalmaktadır (Boylu Gülek & Özerdoğan, 2023).

Özetle sistemin ve sağlık personelinin babaları doğuma dahil etmek istememesi fiziki ortam yetersizliğinin getirdiği mahremiyetin korunma zorunluluğu, kültürel ve geleneksel olarak doğumun kadına atfedilmesi ve sağlık profesyonellerinin doğum anının yoğunluğu ile anneye odaklanmak istemesi ile kaynaklanmaktadır.

6. Dünyada ve Ülkemizde Babaların Doğumda Aktif Rol Almaları

Geleneksel Türk aile yapısındaki aileyi geçindirmekle ve korumakla görevi sınırlanan babalık rolü küreselleşen bu çağda sınırlarını genişletmekte; ilgili baba ve iş birlikçi ebeveyn gibi doğum sürecine dahil olan bir modele evrilmektedir. (Balin, 2021). Çalışmalar babaların doğumu izleyen bir seyirci ya da kapıda bekleyen bir birey değil, destek sunan ve eşin yanında olan bir takım arkadaşına dönüştüğünü gözler önüne sermektedir (Duru, 2014). Türkiye’de yapılan araştırmalarda baba katılımı denildiğinde araştırmalar ebeveynlik görevlerini paylaşmaya, okul öncesi çocuğun eğitimine katılmaya, ebeveynlikte aktif katılımın çocuk üzerine etkilerine odaklanmıştır. Bu konuda doğum anında babanın bulunmasını engelleyen faktörlere ve ebeveyn tutumunun sürece etkisine değinilmediği görülmektedir.

Türkiye’de yapılan bir çalışmada babalar yaklaşık %70 gibi yüksek bir oranla doğuma katılmak istediklerini bildirmişlerdir ancak buna rağmen

doğuma katılım oranları yaklaşık %2.8-16 gibi çok çok düşük seviyelerde kalmıştır (Duru, 2014). Yine bu çalışmada doğuma eş katılan annelerin büyük bir kısmı doğumlarını ‘kolay ve olumlu’ olarak nitelendirmişlerdir. Olumsuz olarak nitelendiren bir kısmın ise vajinal doğumun beraberinde getirdiği epizyo ve amniyosentez gibi girişimleri korku arttırıcı bir faktör olarak görmelerinden kaynaklanmaktadır. (Duru, 2014). Babaların istemesine karşın doğuma katılamama nedenlerinin biri de sağlık sisteminin sunduğu imkanların kısıtlı olmasıdır (Duman & Gölbaşı, 2025). Mevcut sağlık politikaları ve çoğu kamu kuruluşu hastanenin fiziki koşullarının yetersiz olması, bunların yanı sıra kısmen etkileri devam eden kültürel alışkanlıklar babaları bu konuda yeterince teşvik edememekte ve desteklememektedir (Savas vd., 2025). Ebelerin ve sağlık profesyonellerinin görüşünde baba bir ‘engel’ mi, ‘yardımcı’ mı? Sorusu hala tartışılmakta olan bir konudur. Babalar sağlık profesyonellerinin tutumlarından etkilenmekte kendi bebeğinin dünyaya geliş hikayesinde bir ziyaretçi gibi görüldüklerinde içlerine kapanmakta ve kendilerini çaresiz hissetmektedirler (Boylu Gülek & Özerdoğan, 2023).

Türkiye’de 20 baba ile yapılan bir çalışmada eş ile doğum öncesi takiplerde bulunma sorusuna 17 baba yanıt vermiş, 3 baba takiplerde bulunmadığını ve 6 baba bulunduğuna ama içeriye alınmadığını belirtmiştir (Karaçam, 2020). Bu 20 babadan gebe okuluna katılanların sayısı ise 0 olarak belirtilmiştir.

Sağlık profesyonelinin tutumu ve teşviği çok önemli bir faktördür. Ebeler babaların hislerini dikkate almalı bir bütün olarak değerlendirmeli doğumun bir parçası haline getirmelidir (Karaçam, 2020). Bu konuda ebeler eğitim ve farkındalıklarını arttırabilirler.

Türkiye genelinde babanın katılımını etkileyen önemli unsurlarından birinin kurumların fiziki yapılarının yetersizliği olduğu belirtilmektedir. Doğum salonlarında birden fazla gebenin aynı anda bulunabilmesi diğer hastaların mahremiyetini korumayı zorlaştırabilmektedir. Bu konuda özel hastaneler genellikle bu şartı karşılayabilmekte ve yüksek sosyoekonomik düzeyde bireylerin yararlanabildiği bir ayrıcalık olarak algılanma ihtimalini arttırmaktadır (Duman & Gölbaşı, 2025). Kamu kuruluşlarında ‘Anne Dostu Hastane’ özelliklerini karşılayabilen hastanelerin annenin istediği destekçiyi bulundurma hakkına kulak vermeli bu destekçinin istem halinde baba olmasına sosyoekonomik düzeylerinden bağımsız olarak olanak sağlayabilmelidir (Karaçam, 2020).

Babaların doğuma karşı tutumu konusunda ise yapılan çalışmalar orta ve yüksek seviyelerinde olduğunu bulgulamıştır (Duman & Gölbaşı, 2025). Bu korku doğumda meydana geldiğinde sadece babanın ruh sağlığını değil

annenin doğum deneyimini de olumsuz etkileyebilmektedir (Boylu Gülek & Özerdoğan, 2023). Gebe okulu eğitimi almamış ya da bilgi düzeyi yetersiz bir baba eşinin yanında bulunarak ona yardımcı olmaktan çok ona stres yüklemeye sebep olabilir, doğum öncesi süreç ve eğitimlere de aktif katılım gösterilmesi bu konuda oldukça önemli bulunmuştur. Eğitim alan babaların doğuma katıldıklarında eşlerine daha etkili destek ve bakım sundukları saptanmıştır (Longworth vd., 2015). Bu destek ve bakım ile hem eşler arası bağ güçlenmekte hem de bebek ile kuracağı bağ için sağlam temeller atılabilmektedir. Babalar bebeğin gelişine şahit olduklarında sonraki dönemde bebeğin bakımına daha fazla dahil olmakta, annenin yükünü hafifletmekte, annenin postpartum depresyon riskini de azaltmaktadırlar (Boylu Gülek & Özerdoğan, 2023; Kara & Çetinkaya, 2019).

Bu derleme kapsamında incelenen çalışmalar kapsamında dünyada ve ülkemizde babaların doğumda aktif rol almaları ve bunu istemeleri çoğunlukla olumlu sonuçlar doğurmuş ancak sağlık profesyonellerinin belirleyici rolleri ve uygulanan sistemsel engeller babayı daha pasif hale getirmektedir.

7. Sonuç

Balin'ın da araştırmasında bulduğuna göre geçmişe oranla babalar günümüzde daha duyarlı davranışlar sergilemeye gayret göstermekte (Balin, 2021). Değişen ve küreselleşen dünya ile babalığı yeniden tanımlamak gerekiyor. Babalardaki yeteneği arttırmak ve bu potansiyeli farkına vardırabilmek için aile eğitim programlarına babaların katılımı hususunda özen gösterilmeli ve önem verilmelidir. Babalar aldıkları eğitim, sergiledikleri destek tutumu ve ebeğin destek-teşviki ile doğumu kolay ve olumlu bir deneyim/hikâye haline getirebilirler.

Kaynakça

- Balin, H. (2021). Aile İçi Rollerde Babalığın Önemi. *Çocuk Ve Medeniyet Dergisi*, 6 (11). <https://doi.org/10.47646/Cmd.2021.247>
- Belli, M., Akcay, N., & Bal Yılmaz, H. (2021). Geçmişten Günümüze Değişen Babalık Rolü Ve Çocuk Gelişimine Katkıları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8 (2), 366-371. <https://doi.org/10.34087/Cbusbed.806798>
- Bowen, Sheila, M., Miller, & Brent, C. (1980, Eylül). Doğum Ve Hazırlık Sınıflarında Bulunma İle İlişkili Olarak Baba Bağlanma Davranışı: Pilot Çalışma. *Hemşirelik Araştırması*.
- Boylu Gülek, İ., & Özerdoğan, N. (2023). Babaların Travmatik Doğum Algıları. *Kto Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (1), 23-31. <https://doi.org/10.59244/Ktokusbd.1164252>
- Coutinho, E. C., Antunes, J. G. V. C., Duarte, J. C., Parreira, V. C., Chaves, C. M. B., & Nelas, P. A. B. (2016). Benefits For The Father From Their Involvement In The Labour And Birth Sequence. *Procedia-Social And Behavioral Sciences*, 217, 435-442.
- Duman, F. N., & Gölbaşı, Z. (2025). Baba Adaylarının Doğum Korku Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Anatolian Journal Of Health Research*, 6 (2), 103-109. <https://doi.org/10.61534/Anatoljhr.1598033>
- Duru, Y. (2014). Anne Ve Babaların Doğum Eylemindeki Eş Desteğine İlişkin Görüşleri.
- Ebeoğlu Duman, M. (2024). Babaların Gebelik Dönemine Ve Doğum Sürecine Katılımı Üzerine Bir Derleme. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25 (2), 508-539. <https://doi.org/10.17494/Ogusbd.1474809>
- Gearing, J. (1978). Facilitating The Birth Process And Father-Child Bonding. *The Counseling Psychologist*, 7 (4), 53-56. <https://doi.org/10.1177/001100007800700413>
- Gülec, D. (2010). Baba- Bebek Bağlanma Ölçeği'nin Türk Toplumunda Geçerlik Ve Güvenirliğinin İncelenmesi.
- Johansson, M., Fenwick, J., & Premberg, Å. (2015). A Meta-Synthesis Of Fathers' Experiences Of Their Partner' S Labour And The Birth Of Their Baby. *Midwifery*, 31 (1), 9-18.
- Kara, M., & Çetinkaya, Ş. (2019). The Father Concept In Turkish Society And Nursing In The Attachment Of Father And Baby. *Türkiye Klinikleri Journal Of Nursing Sciences*, 11 (2), 200-210. <https://doi.org/10.5336/Nurses.2018-62565>
- Karaçam, Z. (2020). Babaların Doğum Eylemine Katılma Konusundaki Görüşleri Ve Gereksinimleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7 (3), 360-366. <https://doi.org/10.34087/Cbusbed.700561>

- Kıraç, A., Altuntaş, D., Hançar, D., & Akman, G. (2021). Baba Bebek Bağlanması Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (1), 33-40. <https://doi.org/10.47115/Jshs.972418>
- Kothari, A., Khuu, A., Dulhunty, J., Bruxner, G., Ballard, E., & Callaway, L. (2023). Fathers Attending The Birth Of Their Baby: Views, Intentions And Needs. *Australian And New Zealand Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 63 (5), 689-695. <https://doi.org/10.1111/Ajo.13692>
- Longworth, M. K., Furber, C., & Kirk, S. (2015). A Narrative Review Of Fathers' Involvement During Labour And Birth And Their Influence On Decision Making. *Midwifery*, 31 (9), 844-857. <https://doi.org/10.1016/J.Midw.2015.06.004>
- Mazúchová, L., Lochmannová, A., Hollins Martin, C. J., & Martin, C. R. (2025). Translation And Psychometric Validation Of The Slovak Partner Version Of The Birth Satisfaction Scale-Revised (Bss-R). *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/02646838.2025.2508482>
- Özkan, H., Çelebioğlu, A., Üst, Z. D., & Kurudirek, F. (2016). Investigation Of The Parenting Behaviors Of Fathers In The Postpartum Period. *Journal Of Dr Behcet Uz Children S Hospital*. <https://doi.org/10.5222/Buchd.2016.191>
- Savas, H. G., Karadeniz, H., & Cangur, S. (2025). Psychometric Evaluation Of The Birth Participation Scale For Fathers (Bps-F): A Methodological Study. *Bmc Pregnancy And Childbirth*, 25 (1), 277. <https://doi.org/10.1186/S12884-025-07350-4>
- Uludağlı, N. P. (2017). Baba Katılımında Etkili Faktörler Ve Baba Katılımının Baba, Anne Ve Çocuk Açısından Yararları.
- Uncu, B., Cömert, D., & Kaya, N. (2025). The Effect Of Fathers' Birth Attendance On Paternal Attachment And The Perception Of Parental Role: A Randomised Controlled Trial. *Journal Of Reproductive And Infant Psychology*, 43 (3), 681-695. <https://doi.org/10.1080/02646838.2024.2324042>
- Van Dam-Mieras, M. C., Slotboom, A. J., Pieterse, W. A., & De Haas, G. H. (1975). The Interaction Of Phospholipase A2 With Micellar Interfaces. The Role Of The N-Terminal Region. *Biochemistry*, 14 (25), 5387-5394. <https://doi.org/10.1021/Bi00696a001>

Gebelerde Sağlığı Koruma ve Geliştirme: Halk Sağlığı Perspektifi

Nesrin Arslan¹

Özet

Gebelik, anne ve fetus sağlığını etkileyen biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla halk sağlığı açısından kritik bir yaşam dönemidir. Gebelik sürecinde sunulan sağlık hizmetlerinin niteliği, maternal ve perinatal morbidite ve mortalite oranlarını doğrudan etkilemektedir. Bu kitap bölümünde, gebelerde sağlığın korunması ve geliştirilmesi halk sağlığı perspektifinden ele alınmış; koruyucu yaklaşımlar, sağlığı geliştirme stratejileri ve bu süreçleri etkileyen temel belirleyiciler güncel literatür ışığında değerlendirilmiştir.

Bölümde öncelikle gebelikte halk sağlığı yaklaşımı ve sağlığın korunması kavramı ele alınmış; birincil, ikincil ve üçüncül korunma düzeyleri kapsamında koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi vurgulanmıştır. Düzenli prenatal izlem, aşılama, tarama testleri ve eğitim–danışmanlık hizmetlerinin, risklerin erken belirlenmesi ve yönetilmesinde kritik rol oynadığı belirtilmiştir. Ayrıca psikososyal risklerin gebelik sonuçları üzerindeki etkisi ele alınarak, koruyucu hizmetlerin yalnızca biyomedikal değil, bütüncül bir yaklaşımla sunulması gerektiği vurgulanmıştır. Gebelikte sağlığın geliştirilmesi, kadınların sağlıklı ilgili karar alma süreçlerine aktif katılımını destekleyen güçlendirme temelli yaklaşımlar çerçevesinde incelenmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, psikososyal sağlık ve ruhsal iyilik hali, gebelikte sağlığın geliştirilmesinin temel bileşenleri olarak ele alınmıştır. Beslenme, fiziksel aktivite, uyku ve stres yönetimi gibi davranışların yanı sıra sosyal destek, eş katılımı ve psikoeğitim uygulamalarının anne sağlığı üzerindeki olumlu etkileri ortaya konmuştur. Ayrıca gebelikte sağlığın geliştirilmesinin Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ile ilişkisi vurgulanarak, kadın sağlığının bireysel olduğu kadar toplumsal ve küresel bir öncelik olduğu belirtilmiştir.

1 Dr. Öğr. Üyesi, Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, nesrinarslan@karabuk.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0001-8481-8907>

1. Gebelikte Halk Sağlığı Yaklaşımı

Gebelik, yalnızca bireysel bir fizyolojik süreç değil; anne, fetus, aile ve toplum sağlığını doğrudan etkileyen kritik bir yaşam dönemidir (Eker & Çuvadar, 2024). Anne ve bebek sağlığı göstergeleri; maternal ve perinatal morbidite ve mortaliteyi azaltmak için yapılan halk sağlığı müdahalelerinin temel ölçütleridir (Souza et al., 2024; WHO, 2022). Gebelik sürecinde sunulan koruyucu ve geliştirici hizmetlerin kalitesi, gebelik sonuçlarını belirgin şekilde etkiler.

Halk sağlığı yaklaşımı, gebeliği yalnızca klinik izlem ve tedavi ile sınırlı ele almamakta; eğitim düzeyi, sosyoekonomik koşullar, yaşam çevresi, sosyal destek ağları ve sağlık hizmetlerine erişim gibi sağlığın sosyal belirleyicilerini de kapsayan çok boyutlu bir bakış açısı sunmaktadır (Marmot et al., 2017; Solar et al., 2024). Bu yaklaşım, gebelik sürecinde ortaya çıkabilecek sağlık risklerinin yalnızca bireysel davranışlarla değil, aynı zamanda toplumsal ve yapısal faktörlerle de ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Özellikle dezavantajlı sosyoekonomik gruplarda yer alan gebelerin eşit, sürekli ve erişilebilir sağlık hizmetlerine ulaşmasının sağlanması; anne ve çocuk sağlığını iyileştirmede merkezî bir strateji olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda halk sağlığı yaklaşımı, sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasını, koruyucu hizmetlerin yaygınlaştırılmasını ve gebelik bakımının bütüncül bir anlayışla planlanmasını hedeflemektedir (Marmot et al., 2017; Solar et al., 2024; Souza et al., 2024; WHO, 2022).

Gebelikte halk sağlığı yaklaşımının temel amacı, risk faktörlerini erken tespit edip müdahil olmak, önlenabilir sağlık sorunlarını azaltmak, sürekli ve kapsamlı bakım sağlamaktır (WHO, 2022). Bu çerçevede prenatal izlem, koruyucu sağlık hizmetleri ve eğitim programları entegre bir şekilde yürütülmeli; toplum temelli uygulamalarla gebelerin güçlendirilmesi hedeflenmelidir.

1.1. Gebelikte Sağlığı Koruma Kavramı

Sağlığı koruma, hastalık ve risklerden uzak tutmayı hedefleyen sistematik müdahaleleri kapsar. Gebelik döneminde sağlığı koruma; annenin ve fetüsün sağlığını tehdit edebilecek risk faktörlerini belirleyerek, önleyici girişimlerle bu risklerin etkilerini azaltmayı içerir. (Stanhope & Lancaster, 2019; ACOG, 2021).

Gebelikte sağlığı koruma, halk sağlığı perspektifinde üç düzeyde ele alınır: birincil, ikincil ve üçüncül korunma. Birincil korunma; gebelik öncesi sağlıklı yaşam davranışlarının teşvik edilmesini, zararlı alışkanlıklardan kaçınmayı ve sağlık okuryazarlığını artırmayı içerir (WHO, 2015). İkincil

korunma; gestasyonel diyabet, hipertansiyon gibi durumların erken tanısı için tarama programlarının uygulanmasını kapsar. Üçüncül korunma ise mevcut komplikasyonların ilerlemesini engellemeye ve yönetmeye odaklanır (Stanhope & Lancaster, 2019).

Gebelikte psikososyal riskler de sağlık sonuçlarını belirleyebilir; stres, anksiyete ve sosyal destek eksikliği olumsuz gebelik sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir (Berthelot et al., 2020). Bu nedenle koruyucu hizmetler sadece tıbbi izlemele sınırlı kalmamalı; psikososyal değerlendirme ve destek mekanizmaları da içermelidir.

1.1.1. Gebelikte Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Gebelikte koruyucu sağlık hizmetleri; düzenli prenatal kontroller, aşılar, tarama testleri ve bireysel eğitim–danışmanlık hizmetlerini kapsar (WHO, 2022). Düzenli prenatal bakım, maternal ve perinatal sonuçları iyileştirmek için risklerin erken belirlenmesinde kritik öneme sahiptir.

Aşı programları, gebelikte hem anne hem de yenidoğanın enfeksiyon hastalıklarına karşı korunmasında temel bir koruyucu sağlık hizmeti olarak öne çıkmaktadır. Özellikle influenza ve tetanoz–difteri–booster aşılarının, gebelik döneminde uygulanmasının maternal enfeksiyon riskini azalttığı; aynı zamanda yenidoğanda pasif bağışıklık yoluyla koruyucu etki sağladığı bildirilmektedir (Rasmussen et al., 2025; Nalçacı & Benli, 2024). Tarama testleri aracılığıyla gestasyonel diyabet, gebeliğe bağlı hipertansiyon, anemi ve enfeksiyonlar gibi risklerin erken dönemde saptanması mümkün olmakta; bu durum, anne ve fetus için oluşabilecek komplikasyonların zamanında yönetilmesini kolaylaştırmaktadır (ACOG, 2021; WHO, 2022).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin etkili olabilmesi için bu hizmetlerin erişilebilir, sürekli ve birey merkezli bir yaklaşımla sunulması gerekmektedir. Halk sağlığı perspektifinde, sosyoekonomik dezavantajları olan veya sağlık hizmetlerine erişimde güçlük yaşayan gebelere yönelik özel düzenlemeler ve destekleyici uygulamalar, koruyucu hizmetlerin çeşitlikçi biçimde yaygınlaştırılmasına katkı sunmaktadır. Bu yaklaşım, gebelikte koruyucu sağlık hizmetlerinin yalnızca bireysel değil, toplumsal düzeyde de sürdürülebilir sağlık kazanımları sağlamasını mümkün kılmaktadır.

1.2. Gebelikte Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi, bireylerin sağlıklarını kontrol etme ve yaşam kalitelerini artırma süreçlerini içerir. Gebelik dönemi, sağlıklı davranışların teşvik edilmesi ve sürdürülmesi için stratejik bir fırsattır. Halk sağlığı perspektifinde gebelikte sağlığın geliştirilmesi; fiziksel, ruhsal ve sosyal iyi

oluşun desteklenmesini kapsar Sağlığı geliştirme kavramı, bireyin pasif bir hizmet alıcısı değil, kendi sağlığının aktif bir öznesi olduğu bir süreci temsil etmektedir (Nutbeam & Muscat, 2021).

Gebelikte sağlığın geliştirilmesi, aynı zamanda Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (Sustainable Development Goals, SDGs) ile doğrudan ilişkilidir. Özellikle **Hedef 3: Sağlıklı ve Kaliteli Yaşam** ve **Hedef 5: Toplumsal Cinsiyet Eşitliği**, anne sağlığının korunması ve geliştirilmesini küresel bir öncelik olarak ele almaktadır (Daher-Nashif & Bawadi, 2020; WHO, 2022). Kadın sağlığının güçlendirilmesi, yalnızca bireysel sağlık çıktıları açısından değil; nesiller arası sağlık, toplumsal refah ve sürdürülebilir kalkınma açısından da kritik bir belirleyicidir. Bu bağlamda gebelikte sağlığı geliştirmeye yönelik müdahaleler, kadınların güçlendirilmesini ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasını hedefleyen küresel politikalarla uyum göstermektedir.

Gebelikte sağlığın geliştirilmesi sürecinde davranış değişikliği modelleri ve güçlendirme (empowerment) yaklaşımları temel alınmaktadır. Kadının bilgi düzeyinin artırılması, sağlıkla ilgili karar alma süreçlerine aktif katılımının desteklenmesi ve kendi sağlığına yönelik sorumluluk üstlenmesinin teşvik edilmesi, etkili sağlığı geliştirme stratejilerinin temel bileşenleri arasında yer almaktadır (Pender et al., 2006; Murdaugh et al., 2019; WHO, 2015). Bu yaklaşım, kadını yalnızca önerileri uygulayan bir birey olarak değil; kendi sağlığını yönlendirebilen ve bilinçli seçimler yapabilen bir aktör olarak konumlandırmaktadır.

Gebelikte sağlığı geliştirmeye yönelik uygulamalar, bireysel danışmanlıkların yanı sıra grup temelli eğitimler, dijital sağlık uygulamaları ve toplum temelli programlarla desteklenmelidir. Örneğin; sağlıklı beslenme ve gebelikte uygun fiziksel aktiviteye yönelik eğitim programlarının, maternal kilo yönetimi ve gebelik sonuçları üzerinde olumlu etkiler sağladığı bildirilmektedir (Dixit et al., 2025; Ventura et al., 2021). Benzer şekilde, gebelikte stres yönetimi, gevşeme egzersizleri ve psikososyal destek programlarının anksiyete ve depresyon belirtilerini azalttığı; anne adaylarının ruhsal iyilik halini güçlendirdiği gösterilmiştir (Berthelot et al., 2020; Mollons et al., 2024).

Sonyillarda dijital sağlık uygulamalarının gebelikte sağlığın geliştirilmesinde giderek daha fazla kullanıldığı görülmektedir. Mobil uygulamalar ve çevrim içi eğitim platformları aracılığıyla sunulan bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri, gebelerin sağlık bilgisine erişimini kolaylaştırmakta ve öz bakım davranışlarını desteklemektedir (WHO, 2022). Toplum temelli ve kültürel olarak duyarlı şekilde planlanan bu tür müdahaleler, özellikle dezavantajlı

gruplarda yer alan gebelerin sağlık hizmetlerinden daha etkin yararlanmasına katkı sunmaktadır.

1.2.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, gebelik sürecinin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesinde belirleyici rol oynar. Dengeli beslenme, uygun fiziksel aktivite, yeterli uyku ve etkili stres yönetimi, hem anne hem de fetüs sağlığını destekler (Dixit et al., 2025; Berthelot et al., 2020; ACOG, 2021; Ventura et l., 2021).

Beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi, mikronutrient alımının izlenmesi ve gebelikte artan enerji gereksiniminin karşılanması, maternal ve fetal sağlık açısından temel öneme sahiptir. Özellikle demir, folik asit, iyot, kalsiyum ve D vitamini gibi mikrobeyinlerin yeterli alımı; anemi, nöral tüp defektleri ve düşük doğum ağırlığı gibi olumsuz sonuçların önlenmesinde etkili olmaktadır (Champion, et al., 2024; WHO, 2022). Gebelere yönelik beslenme danışmanlığı, yalnızca besin içeriğine odaklanmakla kalmamalı; aynı zamanda kültürel beslenme alışkanlıkları, sosyoekonomik koşullar ve bireysel tercihleri dikkate alan bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Gebelikte uygun fiziksel aktivite, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemli bir bileşenidir. Orta düzeyde ve düzenli yapılan yürüyüş, prenatal yoga ve germe egzersizleri gibi aktivitelerin; gestasyonel kilo alımının kontrolü, gebelik diyabeti riskinin azaltılması ve doğum sürecine fiziksel hazırlık açısından yararlı olduğu bildirilmektedir (Dixit et al., 2025; Davenport et al., 2019). Bunun yanı sıra fiziksel aktivitenin, gebelikte ruhsal iyilik halini desteklediği ve stres düzeylerini azalttığı da vurgulanmaktadır.

Uyku düzeninin sağlanması ve stresin etkin biçimde yönetilmesi, gebelik sonuçları üzerinde belirleyici etkilere sahiptir. Yetersiz uyku ve düzensiz uyku alışkanlıkları; preterm doğum, gestasyonel hipertansiyon ve ruhsal sorunlarla ilişkilendirilmektedir (Yu et al., 2017; Plancoulaine et al., 2017). Stres yönetimine yönelik nefes egzersizleri, gevşeme teknikleri ve farkındalık temelli yaklaşımların, gebelikte anksiyete ve depresif belirtileri azalttığı gösterilmiştir (Dağlar & Şahin, 2021).

1.2.2. Psikososyal Sağlık ve Ruhsal İyilik Hali

Gebelikte psikososyal sağlık, genel sağlık durumunun ayrılmaz bir bileşenidir. Stres, anksiyete ve duygu durum dalgalanmaları maternal ve fetal sağlığı etkileyebilir (Berthelot et al., 2020). Bu nedenle psikososyal değerlendirmelerin prenatal bakım süreçlerine entegre edilmesi önemlidir.

Sosyal destek, gebelerin stresle başa çıkma becerilerini güçlendirmekte

ve ruhsal iyilik halini olumlu yönde etkilemektedir. Aile, eř ve sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan duygusal, bilgilendirici ve pratik destek; gebelik sürecine uyumu artırmakta ve psikolojik yükü azaltmaktadır (Leach et al., 2017; Poreddi et al., 2020). Özellikle eř katılımını içeren destekleyici yaklaşımlar, gebelerin kendilerini güvende hissetmelerine katkı sağlamakta ve anksiyete düzeylerini düşürmektedir (Poreddi et al., 2020). Bunun yanı sıra, sağlık profesyonelleri tarafından yürütülen danışmanlık ve psikoeğitim uygulamaları, gebelerin gebelik sürecine ilişkin belirsizliklerle baş etme becerilerini desteklemektedir (Yuen et al., 2022).

Risk altındaki gebelerin erken dönemde belirlenmesi ve uygun destek mekanizmalarının devreye sokulması, halk sağlığı perspektifinin temel unsurlarındandır. Bu kapsamda, rutin prenatal izlemlerde psikososyal tarama araçlarının kullanılması; sosyal destek düzeyi düşük, yüksek stres veya anksiyete belirtileri gösteren gebelerin saptanmasına olanak tanımaktadır. Toplum temelli destek programları, grup danışmanlıkları ve gerektiğinde yönlendirme hizmetleri ile desteklenen bu yaklaşım, gebelikte ruhsal iyilik halinin korunması ve geliştirilmesine önemli katkılar sunmaktadır.

Kaynaklar

- ACOG. (2021). Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period (Committee Opinion No. 804). American College of Obstetricians and Gynecologists. <https://www.acog.org>
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Drouin-Maziade, C., Martel, É., & Maziade, M. (2020). Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 99(7), 848-855.
- Champion, M. L., Jauk, V. C., Biggio, J. R., Sychowski, J. M., Tita, A. T., & Harper, L. M. (2024). Early gestational diabetes screening based on ACOG guidelines. *American Journal of Perinatology*, 41(S 01), e641-e647.
- Dağlar, Ö. Ş., & Şahin, N. H. (2021). Bilinçli farkındalık (mindfulness) ve perinatal ruh sağlığı: bir sistematik derleme. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 3(3), 159-172.
- Daher-Nashif, S., & Bawadi, H. (2020). Women's health and well-being in the united nations sustainable development goals: A narrative review of achievements and gaps in the gulf states. *International journal of environmental research and public health*, 17(3), 1059.
- Davenport, M. H., Ruchat, S. M., Sobierajski, F., Poitras, V. J., Gray, C. E., Yoo, C., ... & Mottola, M. F. (2019). Impact of prenatal exercise on maternal harms, labour and delivery outcomes: a systematic review and meta-analysis. *British journal of sports medicine*, 53(2), 99-107.
- Dixit, H., Hegde, A., Jain, R., Tiwari, R., Managutti, A., & Syed, A. K. (2025). Evaluation of Impact of Physical Activity on Maternal Health and Pregnancy Outcome A Clinical Study. *Journal of Contemporary Clinical Practice*, 11, 859-863.
- Eker, C., & Çuvadar, A. (2024). Gebelikte Düzenli Egzersizin Maternal Sağlık, Fetal Sağlık ve Doğum Yönetimine Etkileri. Bölüm 11. 155-165. Özgür Yayınları. ISBN: 978-975-447-880-8. <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub431.c1884>.
- Leach, L. S., Poyser, C., & Fairweather-Schmidt, K. (2017). Maternal perinatal anxiety: A review of prevalence and correlates. *Clinical Psychologist*, 21(1), 4-19.
- Marmot, M. (2017). Social justice, epidemiology and health inequalities. *European journal of epidemiology*, 32(7), 537-546.
- Mollons, M., Levasseur-Puhach, S., Kaur, J., Doyle, J., Giesbrecht, G., Lebel, C. A., ... & Roos, L. (2024). Mixed-methods study exploring health service access and social support linkage to the mental well-being of Canadian Indigenous pregnant persons during the COVID-19 pandemic. *BMJ open*, 14(3), e078388.
- Murdaugh, C. L., Parsons, M. A., & Pender, N. J. (2019). Health promotion in nursing practice. Boston, Massachusetts. Estados Unidos de América: Pearson.

- Nalçacı, O., & Benli, A. R. (2024). Ülkemizde Gebelikte Uygulanan Td Aşı Şemasının Dünya ile Karşılaştırılması. *Turkish Journal of Family Practice*, 28(3), 112-114.
- Nutbeam, D., & Muscat, D. M. (2021). Health promotion glossary 2021. *Health promotion international*, 36(6), 1578-1598.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*.
- Plancoulaine S, Flori S, Bat-Pitault F, Patural H, Lin JS, Franco P. Sleep trajectories among pregnant women and the impact on outcomes: a population-based cohort study. *Matern Child Health J*. 2017;21(5):1139-46. doi: <http://doi.org/10.1007/s10995-016-2212-9>
- Poreddi, V., Thomas, B., Paulose, B., Jose, B., Daniel, B. M., Somagattu, S. N. R., & BV, K. (2020). Knowledge and attitudes of family members towards postpartum depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(6), 492-496.
- Rasmussen, S. A., Kim, J., & Jamieson, D. J. (2025). Vaccines in Pregnancy: An Update on Recommendations From CDC's Advisory Committee on Immunization Practices. *Birth defects research*, 117(2), e2459.
- Solar, O., Irwin, A., & Solar, O. (2024). Structural And Social Determinants of Health.
- Souza, J. P., Day, L. T., Rezende-Gomes, A. C., Zhang, J., Mori, R., Baguiya, A., ... & Oladapo, O. T. (2024). A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in maternal mortality. *The Lancet Global Health*, 12(2), e306-e316.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2019). *Public Health Nursing E-Book: Public Health Nursing E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Ventura, A. K., Phelan, S., & Silva Garcia, K. (2021). Maternal diet during pregnancy and lactation and child food preferences, dietary patterns, and weight outcomes: a review of recent research. *Current nutrition reports*, 10(4), 413-426.
- World Health Organization. (2015). *Global strategy for women's, children's and adolescents' health 2016–2030*. Geneva: WHO, 2471.
- World Health Organization. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. World Health Organization.
- Yu, Y., Li, M., Pu, L., Wang, S., Wu, J., Ruan, L., ... & Jiang, W. (2017). Sleep was associated with depression and anxiety status during pregnancy: a prospective longitudinal study. *Archives of women's mental health*, 20(5), 695-701.
- Yuen, W. S., Lo, H. C., Wong, W. N., & Ngai, F. W. (2022). The effectiveness of psychoeducation interventions on prenatal attachment: A systematic review. *Midwifery*, 104, 103184.

Gebelikte Egzersiz ve Ebelin Rolü

Nesrin, Arslan¹,
Nurten, Özçalkap²

Özet

Gebelikte egzersiz, anne ve fetus sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir yaşam biçimi davranışı olarak kabul edilmektedir. Gebelik süresince ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve metabolik değişimler, fiziksel aktivitenin niteliğini ve sürekliliğini doğrudan etkilemektedir. Bu kitap bölümünde, gebelikte egzersizin önemi, anne ve bebek sağlığı üzerindeki etkileri, güvenli egzersiz uygulamaları ve gebelikte egzersizde ebelin rolü güncel literatür ışığında ele alınmıştır. Bölümde, düzenli ve uygun şekilde planlanan egzersizin gestasyonel kilo alımının kontrolü, gebelik diyabeti ve hipertansif hastalıkların azaltılması, sezaryen oranlarının düşürülmesi ve vajinal doğum oranlarının artırılması gibi olumlu sonuçlarla ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca egzersizin kas-iskelet sistemi yakınmalarını azalttığı, yaşam kalitesini artırdığı ve doğum sürecine fiziksel hazırlığı desteklediği belirtilmiştir. Fetal sağlık açısından bakıldığında, gebelikte egzersizin plasental dolaşımı desteklediği ve fetal büyüme üzerinde olumsuz bir etki yaratmadan sağlıklı doğum sonuçlarına katkı sunduğu ifade edilmiştir. Psikososyal boyutta ise düzenli fiziksel aktivitenin gebelerde stres algısını azalttığı, ruhsal iyilik halini desteklediği, öz yeterlilik ve beden kontrolü algısını güçlendirdiği ortaya konmuştur. Bunun yanı sıra gebelikte egzersizin güvenli biçimde sürdürülebilmesi için gebelik haftası, bireysel sağlık durumu ve olası kontrendikasyonların dikkate alınması gerektiği vurgulanmıştır. Bölümün önemli bir odak noktası, gebelikte egzersizde ebelik uygulamalarıdır. Ebelerin danışmanlık, eğitim, izlem ve yönlendirme rolleriyle gebelerin egzersize katılımını teşvik ettiği; özellikle motivasyon eksikliği gibi engellerin aşılmasında kilit bir rol üstlendiği belirtilmiştir. Bu bağlamda ebelik uygulamalarının güçlendirilmesi, gebelikte egzersizin sürdürülebilir bir sağlık davranışı haline gelmesinde temel bir unsur olarak değerlendirilmektedir.

- 1 Dr. Öğr. Üyesi, Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, nesrinarslan@karabuk.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0001-8481-8907>
- 2 Dr. Öğr. Üyesi, Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, nozcalkap@agri.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0003-2440-968X>

1. Gebelikte Egzersizin Önemi

Fiziksel uygunluğun bir veya daha fazla bileşenini iyileştirmek amacıyla yapılan planlı, yapılandırılmış ve tekrarlayan vücut hareketlerinden oluşan fiziksel aktivite olarak tanımlanan egzersiz, sağlıklı bir yaşam tarzının temel bir unsurudur. Kadın doğum uzmanları ve diğer doğum bakım sağlayıcıları, gebeleri optimal sağlığın önemli bir bileşeni olarak egzersize devam etmeye veya başlamaya teşvik etmelidir (ACOG, 2020). Gebelikte egzersiz, anne ve fetus sağlığının desteklenmesinde önemli bir yaşam biçimi davranışı olarak kabul edilmektedir. Gebelik süresince meydana gelen hormonal, kardiyovasküler ve kas-iskelet sistemi değişimleri, kadının fiziksel aktivite düzeyini ve egzersize uyumunu etkileyebilmektedir. Bu nedenle gebelikte egzersiz, yalnızca fiziksel kapasitenin korunmasına yönelik bir uygulama olarak değil; gebelik sürecinin daha sağlıklı ve konforlu geçirilmesini destekleyen bütüncül bir yaklaşım olarak ele alınmalıdır (Mottola et al., 2018; Akbaba & Akça, 2023).

Sedanter yaşam biçiminin yaygınlaşması, giderek daha fazla kadının gebeliğe fazla kilolu ya da obez olarak başlamasına neden olmakta; bu durum gebelik sürecinde aşırı kilo alımı riskini de beraberinde getirmektedir (Akbaba & Akça, 2023). Araştırmalar, gebelikte düzenli fiziksel aktivitenin gestasyonel kilo alımını dengelediğini, metabolik uyumu desteklediğini ve gebeliğe bağlı bazı komplikasyonların görülme sıklığını azalttığını göstermektedir. Özellikle fiziksel olarak aktif gebelerde, sedanter gebelere kıyasla gebelik sürecine uyumun daha iyi olduğu ve fonksiyonel kapasitenin daha uzun süre korunduğu bildirilmektedir (Andargie et al., 2025; Melzer et al., 2010). Bu durum, gebelikte egzersizin koruyucu bir davranış olarak değerlendirilmesini desteklemektedir.

Gebelikte egzersizin önemi, psikolojik ve duygusal boyutları da içermektedir. Düzenli egzersizin, gebelikte algılanan stresi azalttığı, duygu durumunu dengelediği ve gebelerin öz yeterlilik algısını güçlendirdiği belirtilmektedir. Fiziksel aktiviteye katılımın artması, gebelerin bedenleriyle kurdukları ilişkinin olumlu yönde değişmesine ve gebelik sürecini daha kontrollü algılamalarına katkı sağlamaktadır (Perales et al., 2016). Bu yönüyle gebelikte egzersiz, hem fiziksel hem de ruhsal sağlığı destekleyen önemli bir müdahale alanı olarak öne çıkmaktadır.

2. Gebelikte Egzersizin Anne ve Bebek Sağlığına Etkileri

Gebelikte düzenli ve uygun şekilde planlanan egzersiz, anne ve bebek sağlığı üzerinde çok yönlü olumlu etkilere sahiptir (Tablo 1) (Yargıç et al., 2014). Fiziksel aktivitenin gebelik sürecine entegre edilmesi, maternal

metabolik adaptasyonu desteklemekte ve gebelikte sık görülen bazı komplikasyonların ortaya çıkma riskini azaltmaktadır. Araştırmalar, düzenli egzersiz yapan gebelerde gestasyonel kilo alımının daha dengeli seyrettiğini ve gebelik diyabeti gelişme riskinin azaldığını göstermektedir (Gascoigne, et al., 2023; Perales et al., 2016). Yapılan araştırmalarda gebelik döneminde yapılan düzenli egzersizin, hipertansif hastalıklar gestasyonel kilo alımı, iri bebek ve sezaryen doğumu önemli ölçüde azalttığı, vajinal doğum oranını artırdığı belirtilmektedir (Harrison et al., 2018; Nascimento et al., 2015).

Gebelerde egzersiz yaşam kalitesini artırmaktadır (Ünver & Aylaz, 2017). Egzersizin kardiyovasküler sistem üzerindeki olumlu etkileri, gebelikte dolaşımın desteklenmesine ve gebeliğe bağlı hipertansif bozuklukların görülme sıklığının azalmasına katkı sağlamaktadır. Ayrıca kas gücü ve esnekliğin korunması, bel ve sırt ağrıları gibi kas-iskelet sistemi yakınmalarının hafiflemesine yardımcı olmakta; doğum eylemine fiziksel hazırlığı desteklemektedir. Bu durum, gebelerin doğum sürecini daha kontrollü ve fonksiyonel bir şekilde deneyimlemelerine olanak tanımaktadır (Eker & Çuvadar, 2024; Örnek et al., 2023; Mottola et al., 2018; Çendek, 2021).

Anne sağlığının yanı sıra, gebelikte egzersizin fetal sağlık üzerinde de olumlu etkileri bulunmaktadır (Eker & Çuvadar, 2024; Szymanski & Satin, 2012). Düzenli fiziksel aktivitenin plasental dolaşımı desteklediği, fetal büyüme ve gelişimi olumsuz etkilemeden sağlıklı doğum sonuçlarına katkı sunduğu bildirilmektedir. Egzersiz yapan gebelerde preterm doğum ve makrozomi riskinin artmadığı, aksine gebelik sonuçlarının daha dengeli olduğu vurgulanmaktadır (Perales et al., 2016). Wang ve arkadaşlarının (2017) yılında yaptıkları araştırmada, gebeliğin 13. haftasından önce komplikasyonsuz, tekil gebelik yaşayan 300 aşırı kilolu veya obez kadını kapsayan randomize kontrollü bir çalışmada, ilk trimesterde başlanan ve gebeliğin 37. haftasına kadar haftada 3 kez, en az 30 dakika süreyle yapılan bisiklet egzersizlerinin, gebelik diyabeti insidansını önemli ölçüde azalttığı, gebeliğin 25. haftasından önce gebelik kilo alımını önemli ölçüde azalttığı ve yenidoğan doğum ağırlığını düşürdüğü bulunmuştur (Wang et al., 2017).

Tablo 1. Gebelerde egzersizin faydaları

Daha yüksek görülme sıklığı:

- Vajinal doğum

Daha düşük görülme sıklığı:

- Aşırı gebelik kilo alımı
- Gebelik diyabeti
- Preeklampsi
- Erken doğum
- Sezaryen doğum
- Daha düşük doğum ağırlığı

Kaynak: (ACOG, 2020; Berghella & Saccone, 2017).

Psikososyal açıdan bakıldığında, egzersizin gebelikte algılanan stresi azalttığı, ruhsal iyilik halini desteklediği ve gebelerin gebelik sürecine uyumunu güçlendirdiği bildirilmektedir (Aydemir, 2022). Düzenli fiziksel aktiviteye katılım, gebelerin duygu durumunu dengelemekte ve gebelik sürecine ilişkin belirsizliklerle baş etme becerilerini artırmaktadır. Bu süreçte egzersiz, yalnızca fizyolojik bir etkinlik olmanın ötesinde, gebelerin kendilerine zaman ayırmalarını ve bedenleriyle olumlu bir ilişki kurmalarını destekleyen bir baş etme mekanizması olarak işlev görmektedir. Düzenli fiziksel aktivite, öz yeterlilik algısını artırarak gebelerin bedenleri üzerindeki kontrol duygusunu güçlendirmekte ve doğuma yönelik kaygıların azalmasına katkı sağlamaktadır (Gascoigne et al., 2023).

3. Gebelikte Güvenli Egzersiz Uygulamaları

Gebelikte egzersiz uygulamaları, gebelik haftası, bireysel sağlık durumu ve fiziksel uygunluk düzeyi dikkate alınarak planlanmalıdır. Genel olarak sağlıklı gebelerde, orta şiddette ve düzenli fiziksel aktivite güvenli kabul edilmektedir. Yürüyüş, yüzme, prenatal yoga, düşük tempolu aerobik egzersizler ve germe hareketleri, gebelikte en sık önerilen egzersiz türleri arasında yer almaktadır (Tablo 2) (Mottola et al., 2018; ACOG, 2020)

Tablo 2. Gebelikte Kapsamlı Olarak İncelenmiş ve Güvenli ve Faydalı Bulunmuş Egzersiz Örnekleri

- Yürüme
- Sabit bisiklet sürme
- Aerobik egzersizler
- Dans
- Direnç egzersizleri (örneğin, ağırlıklar, elastik bantlar kullanarak)
- Germe egzersizleri
- Hidroterapi, su aerobigi.

Kaynak: (ACOG, 2020; Berghella & Saccone, 2017).

Hamilelikte üçüncü trimesterinde yaygın olarak görülen kas krampları genellikle bacak kaslarında meydana gelmektedir. Bu durum fiziksel performansı ve yaşam kalitesinde bozulmaya neden olabilmektedir (Luo et al., 2020). Doğumsal veya tıbbi komplikasyonlar veya kontrendikasyonlar olmadığı sürece, gebelikte fiziksel aktivite güvenli ve arzu edilen bir durumdur ve hamile kadınlar güvenli fiziksel aktivitelere devam etmeye veya başlamaya teşvik edilmelidir (ACOG 2015, 2020).

Egzersiz sırasında aşırı yorgunluk, baş dönmesi, nefes darlığı, göğüs ağrısı, vajinal kanama veya uterus kontraksiyonlarında artış gibi belirtilerin ortaya çıkması durumunda aktivitenin sonlandırılması ve sağlık profesyoneline başvurulması gerekmektedir (WHO, 2021; Mottola et al., 2018). Ayrıca düşme riski yüksek olan aktiviteler, temas sporları ve ani yön değişikliği gerektiren egzersizlerden kaçınılması önerilmektedir (ACOG, 2015).

Gebelikte egzersizin güvenli bir şekilde sürdürülebilmesi için uygun ortam koşullarının sağlanması, yeterli sıvı alımının desteklenmesi ve egzersiz yoğunluğunun bireyin algılanan efor düzeyine göre ayarlanması önemlidir. Bu bağlamda egzersiz uygulamaları, standart önerilerin ötesinde bireyselleştirilmiş bir yaklaşımla ele alınmalıdır (ACOG, 2020). Hamile sporcularda, fetüsün iyiliğinin tehlikeye girebileceği bir eşik olup olmadığını belirlemek için bireyselleştirilmiş egzersiz reçeteleri gerekebilir (Pivarnik et al., 2016).

4. Gebelikte Egzersizde Ebeğin Rolü

Gebelikte egzersizin güvenli, etkili ve sürdürülebilir biçimde uygulanmasında ebeler; danışmanlık, eğitim, izlem ve yönlendirme rolleriyle temel sağlık profesyonelleri arasında yer almakta ve anne-bebek sağlığının desteklenmesinde kilit bir sorumluluk üstlenmektedir. Ebeler, gebelerin

fiziksel aktiviteye ilişkin bilgi düzeylerini değerlendiren, yanlış inanışları gideren ve bireysel gereksinimlere uygun egzersiz önerileri sunan sağlık profesyonelleri olarak gebelik bakımında önemli bir konuma sahiptir. Bu kapsamda ebelik yaklaşımı, yalnızca bilgi aktarımına dayalı bir süreç olmayıp; motivasyonun artırılması, öz yeterlilik duygusunun güçlendirilmesi ve davranış değişikliğinin desteklenmesini hedefleyen bütüncül bir anlayışı içermektedir (Embo et al., 2025; Renfrew et al., 2014).

Gebe izlem ve eğitim süreçlerinde ebeler tarafından sunulan danışmanlık hizmetleri, gebelerin egzersize yönelik kaygılarını azaltmakta ve fiziksel aktiviteye katılımı teşvik etmektedir (Okafor & Goon, 2021). Gebe eğitim sınıflarında gerçekleştirilen egzersiz temelli uygulamalar, yalnızca bireysel farkındalığı artırmakla kalmamakta; aynı zamanda grup etkileşimi ve akran desteğini güçlendirerek gebelerin fiziksel aktiviteye yönelik motivasyonlarını artırmaktadır. Bu ortamlarda paylaşılan deneyimler ve karşılıklı destek, gebelerin kendilerini yalnız hissetmemelerine katkı sağlamakta ve egzersizin sürdürülebilir bir davranış haline gelmesini kolaylaştırmaktadır. Düzenli aralıklarla gerçekleştirilen grup temelli egzersiz uygulamalarının, gebelerin fiziksel aktiviteye katılım sürekliliğini desteklediği ve günlük yaşamda egzersizi benimsemelerine yardımcı olduğu bildirilmektedir (Hooper et al., 2025). Bunun yanı sıra ebeler, riskli gebeliklerde egzersize ilişkin kontrendikasyonları değerlendirerek, gerekli durumlarda gebeleri uygun sağlık birimlerine yönlendirmekte ve bakımın güvenliğini sağlamaktadır (WHO, 2021; Hooper et al., 2025). Bu yönüyle ebelik uygulamaları, gebelikte egzersizin hem güvenli hem de bireyselleştirilmiş bir şekilde sürdürülmesinde belirleyici bir rol üstlenmektedir.

Toplum temelli ebelik uygulamaları kapsamında gebelikte egzersizin desteklenmesi, özellikle sosyoekonomik açıdan dezavantajlı gruplarda sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına önemli katkılar sunmaktadır. Ebeler, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yürüttükleri izlem, eğitim ve danışmanlık faaliyetleri aracılığıyla fiziksel aktiviteye erişimde yaşanan bireysel ve çevresel engellerin azaltılmasına destek olmaktadır. Daşikan ve arkadaşlarının (2019) gerçekleştirdiği çalışmada, gebe kadınların yaklaşık yarısının fiziksel olarak inaktif olduğu; fiziksel aktiviteye katılımın önündeki en önemli engeller arasında motivasyon eksikliği gibi kişisel faktörlerin yer aldığı belirtilmiştir. Bu bulgu, gebelikte egzersizin yaygınlaştırılmasında yalnızca bilgi vermenin yeterli olmadığını; davranış değişikliğini destekleyen, motive edici ve sürekli danışmanlık yaklaşımlarının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Bu bağlamda sağlık profesyonellerinin, özellikle ebelerin, gebelere fiziksel aktivitenin yararları konusunda düzenli danışmanlık sunmaları;

bireysel engelleri tanımlayarak çözüm odaklı stratejiler geliştirmeleri ve fiziksel aktivitenin günlük yaşama uyarlanmasını desteklemeleri büyük önem taşımaktadır. Davranışa dönüştürülemeyen önerilerin kalıcı sağlık kazanımları sağlamadığı göz önünde bulundurulduğunda, ebelik uygulamalarının güçlendirilmesi gebelikte egzersizin sürdürülebilir bir sağlık davranışı haline gelmesinde temel bir anahtar olarak değerlendirilmektedir.

Kaynaklar

- ACOG Committee Opinion No. 650. (2015): Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. *Obstetrics and gynecology*, 126(6), c135–c142.
- ACOG Committee Opinion, Number 804. (2020): Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. *Obstetrics and gynecology*, 135(4), c178–c188.
- Akbaba, A. K., & Akça, F. (2023). Gebelikte egzersiz ve beslenme. *Türk Kadın Sağlığı ve Neonatoloji Dergisi*, 5(4), 97-105.
- Andargie, B. A., Legas, A., W/Sellassie, A., Abuhay, H., & Angaw, D. A. (2025). Effects of physical exercise during pregnancy on delivery outcomes: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*, 20(7), e0326868.
- Aydemir, B. (2022). Gebelerde olumlu sağlık uygulamaları, depresyon düzeyi ve etkileyen faktörler (Master's thesis, Balıkesir University (Turkey)).
- Berghella, V., & Saccone, G. (2017). Exercise in pregnancy!. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 216(4), 335-337.
- Çendek, B. D. (2021). Gebelik ve Egzersiz. *Spor ve Sosyal Bilimler Üzerine Yaklaşımlar*, 142.
- Daşkan, Z., Güner, Ö., & Bozkurt, T. (2019). İkinci ve üçüncü trimester gebelerin fiziksel aktivite düzeyi ve fiziksel aktivite engelleri. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 1731-1745.
- Eker, C., & Çuvarar, A. (2024). Gebelikte Düzenli Egzersizin Maternal Sağlık, Fetal Sağlık ve Doğum Yönetimine Etkileri. Bölüm 11. 155-165. Özgür Yayınları. ISBN: 978-975-447-880-8. <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub431.c1884>.
- Embo, M., Levy, C., & Pairman, S. (2025). The international confederation of midwives essential competencies for midwifery practice: a revision process–2024. *Midwifery*, 104525.
- Gascoigne, E. L., Webster, C. M., Honart, A. W., Wang, P., Smith-Ryan, A., & Manuck, T. A. (2023). Physical activity and pregnancy outcomes: an expert review. *American journal of obstetrics & gynecology MFM*, 5(1), 100758.
- Harrison, A. L., Taylor, N. F., Shields, N., & Frawley, H. C. (2018). Attitudes, barriers and enablers to physical activity in pregnant women: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 64(1), 24–32. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.11.012>
- Hooper, E., Meckaroff, O., Uptis, A., Schofield, E., Carland, J. E., & Henry, A. (2025). The effectiveness of antenatal education on improving labour and birth outcomes—A systematic review and meta-analysis. *Women and Birth*, 38(1), 101843.
- Luo, L., Zhou, K., Zhang, J., Xu, L., & Yin, W. (2020). Interventions for leg cramps in pregnancy. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(12), CD010655. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010655.pub3>

- Melzer, K., Schutz, Y., Boulvain, M., & Kayser, B. (2010). Physical activity and pregnancy: cardiovascular adaptations, recommendations and pregnancy outcomes. *Sports Medicine*, 40(6), 493-507.
- Mottola, M. F., Davenport, M. H., Ruchat, S. M., Davies, G. A., Poitras, V. J., Gray, C. E., ... & Zehr, L. (2018). 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. *British journal of sports medicine*, 52(21), 1339-1346.
- Nascimento, S. L., Surita, F. G., Godoy, A. C., Kasawara, K. T., & Morais, S. S. (2015). Physical Activity Patterns and Factors Related to Exercise during Pregnancy: A Cross Sectional Study. *PloS one*, 10(6), e0128953. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128953>
- Okafor, U. B., & Goon, D. T. (2021). Providing physical activity education and counseling during pregnancy: A qualitative study of midwives' perspectives. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 24(5), 718-728.
- Örnek, C., Saryıldız, A., & Coşkun Benlidayı, İ. (2023). Sık Sorulan Sorularla Gebelikte Egzersiz. *Journal Of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences*, 26(3).
- Perales, M., Santos-Lozano, A., Ruiz, J. R., Lucia, A., & Barakat, R. (2016). Benefits of aerobic or resistance training during pregnancy on maternal health and perinatal outcomes: A systematic review. *Early human development*, 94, 43-48.
- Pivarnik JM , Szymanski LM , Conway MR . (2016).The elite athlete and strenuous exercise in pregnancy . *Clin Obstet Gynecol*, 59 (3), 613 – 9.
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., ... & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129-1145.
- Szymanski, L. M., & Satin, A. J. (2012). Exercise during pregnancy: fetal responses to current public health guidelines. *Obstetrics & Gynecology*, 119(3), 603-610.
- Ünver, H., & Aylaz, R. (2017). Gebelerde fiziksel egzersizin yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 27(2), 71-78.
- Wang, C., Wei, Y., Zhang, X., Zhang, Y., Xu, Q., Sun, Y., ... & Yang, H. (2017). A randomized clinical trial of exercise during pregnancy to prevent gestational diabetes mellitus and improve pregnancy outcome in overweight and obese pregnant women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 216(4), 340-351.
- World Health Organization. (2021). *WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience. Nutritional interventions update: zinc supplements during pregnancy*. World Health Organization.
- Yargıç, M. P., Karayılan, Ş. Ş., & Dönmez, G. (2014). Gebelik ve egzersiz. *Spor Hekimliği Dergisi*, 49(3), 091-098.

Gebelikte Uyku Sağlığı ve Ebelerin Rolü

Sibel, Karakoç¹

Özet

Gebelik, anne adaylarında fizyolojik, hormonal ve psikososyal değişimlerin yoğun yaşandığı kritik bir dönemdir ve bu değişiklikler uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Gebelerde sık görülen uyku sorunları; uykuyu sürdürmede güçlük, sık uyanmalar, horlama, obstrüktif uyku apnesi, huzursuz bacak sendromu ve insomnia şeklinde ortaya çıkar. Uyku bozuklukları, anne ve fetus sağlığı açısından önemli riskler taşır; aşırı kilo alımı, gestasyonel diyabet, hipertansiyon, düşük doğum ağırlığı ve doğum sonrası ruh hâli bozuklukları bu riskler arasında sayılabilir. Uyku, REM ve NREM evrelerinden oluşan biyolojik bir süreç olup enerji depolanması, doku onarımı, metabolik düzenleme ve bilişsel yenilenme açısından kritik öneme sahiptir. Gebelikte hormonal değişiklikler, artan fizyolojik yük ve gebeliğe özgü semptomlar uyku bütünlüğünü bozabilir. Bu bağlamda uyku hijyeni uygulamaları; düzenli uyku programı, uygun uyku ortamı, ekran kullanımının sınırlandırılması, kafein ve alkolden kaçınma, düzenli fiziksel aktivite ve rahatlatma teknikleri ile desteklenebilir. Ebeler, gebelerin uyku düzenini korumada ve sağlıklı uyku alışkanlıkları kazanmalarında merkezi bir rol oynar. Bireysel danışmanlık, grup eğitimleri ve uyku hijyeni önerileri aracılığıyla gebelerin yaşam kalitesi artırılabilir ve obstetrik komplikasyon riskleri azaltılabilir. Araştırmalar, ebeler tarafından verilen bu eğitim ve destek programlarının gebelerin uyku kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Kanıta dayalı uygulamaların geliştirilmesi hem anne hem de fetus sağlığını korumaya yönelik bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır.

1. Giriş

Gebelik, kadınların fizyolojik, hormonal ve psikososyal açıdan belirgin değişimler yaşadığı kritik bir dönemdir. Bu süreçte mide bulantısı, sık idrara çıkma, baş ağrıları, fetal hareketler, eklem ve kas ağrıları, rahat bir uyku

1 Dr.Öğretim Üyesi, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, sibel_krkcc@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-0497-764X>

pozisyonu bulmada güçlük, bacak krampları, fetüsün büyümesine bağlı solunum problemleri ve gebeliğe ilişkin anksiyete gibi etkenler, uykuya başlama ve uykuyu sürdürme süreçlerini olumsuz etkileyebilir. Bu durum, uyku kalitesinin düşmesine ve çeşitli uyku bozukluklarının ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Arslan ve ark., 2019; Wilkerson ve Uhde, 2018).

Gebelerde uyku bozukluklarının kesin insidansı tam olarak bilinmemekle birlikte, genellikle gebeliğin erken dönemlerinde başladığı ve ilerleyen haftalarda, özellikle üçüncü trimesterde en yüksek düzeye ulaştığı bildirilmektedir (Arslan ve ark., 2019; Taşkın, 2019). Uyku sorunları; aşırı kilo alımı, yaşam kalitesinin azalması, doğum sonrası ruh hâli bozuklukları, gestasyonel diyabet ve hipertansiyon gibi risklerin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir (Özhüner ve Çelik, 2019; Tsai ve ark., 2018; Facco ve ark., 2018; Krawczak ve ark., 2016).

Araştırmalar, düşük uyku kalitesinin özellikle üçüncü trimesterde kilo alımını olumsuz etkilediğini ve gebelik öncesi yüksek beden kitle indeksine sahip kadınlarda uyku problemlerinin daha yaygın olduğunu göstermektedir (Gay ve ark., 2017; Balieiro ve ark., 2019). Ayrıca yetersiz uyku, fetüs açısından düşük doğum ağırlığı ve düşük Apgar skoruna kadar uzanan olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmektedir (Zafarghandi ve ark., 2012; Tsai ve ark., 2018). Bu nedenle gebelikte uyku kalitesinin korunması, hem anne hem de fetüs sağlığı açısından kritik öneme sahiptir.

Ebeler, gebelerin düzenli uyku periyodu oluşturmalarını sağlamak ve uyku hijyenini olumsuz etkileyen faktörler konusunda farkındalık kazandırmakla yükümlüdür. Ayrıca psikolojik sorunlar veya ciddi uyku bozuklukları yaşayan gebeler belirlenmeli, gerekirse destek sağlanmalı ve çözüm bulunamazsa uygun bir şekilde sevk edilmelidir (Cain ve ark., 2020). Bu bağlamda ebe-destekli bireysel danışmanlık, grup eğitimleri, gevşeme teknikleri ve uyku hijyeni önerileri önemli bir rol oynamaktadır.

Bu bölümde, uyku fizyolojisi ve gebelik üzerindeki etkileri, gebelikte uyku bozuklukları ve nedenleri, sık karşılaşılan uyku bozuklukları, uyku hijyeni ve ebelerin rolleri ayrıntılı olarak ele alınacaktır. Ayrıca, ebe-destekli eğitimlerin nasıl planlanıp uygulanabileceği ve gebelerin uyku kalitesini artırmaya yönelik öneriler tartışılacaktır.

2. Uyku Fizyolojisi ve Gebelik Üzerindeki Etkileri

Uyku, değişen bilinç düzeyi, azalmış duyuusal yanıt ve kas tonusunda düşüş ile karakterize edilen, beyinde özgün elektriksel aktivitelerin izlendiği biyodavranışsal bir süreçtir (Chovatiya & Medzhitov, 2014; Gottesman ve ark., 2024). Bu süreçte organizmanın çevre ile etkileşimi sınırlanır ve istemli

kas hareketleri büyük ölçüde askıya alınır. Uyku, enerji depolanması, doku onarımı, metabolik düzenleme ve bilişsel yenilenme için kritik bir rol oynar (Solomon, 2022).

Uyku, REM (Hızlı Göz Hareketi) ve NREM (Non-REM) olmak üzere iki temel evreden oluşur. NREM uykusu üç aşamada ilerler:

- N1: Uyanıklık ile uyku arasındaki geçiş dönemidir; duyuşsal uyanıklara yanıt azalır.
- N2: Hafif uyku evresi olup, kalp atım hızı ve solunum yavaşlar, vücut sıcaklığı düşer.
- N3: Derin uyku aşamasıdır; büyüme hormonu salınımı artar, doku onarımı hızlanır ve bağışıklık sistemi güçlenir.

NREM evreleri tamamlandıktan sonra REM uykusu başlar. Bu dönemde hızlı göz hareketleri, artan beyin aktivitesi ve canlı rüyalar görülür; geçici kas paralizi sayesinde rüyalar fiziksel harekete dönüşmez (Blumberg et al., 2020; Dauvilliers ve ark., 2018).

3. Uyku ve Sağlık

Yeterli ve kaliteli uyku, metabolik, kardiyovasküler ve nöroendokrin sistemlerin sağlıklı işleyişi için kritik öneme sahiptir. Uyku yetersizliği; iştahın artması, kilo kontrolünün bozulması, stres ve kan basıncının yükselmesi ile bağışıklık fonksiyonlarının zayıflaması gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir (Luyster, 2020; Mason ve ark., 2021). Bu nedenle, fizyolojik yükün arttığı gebelik döneminde uyku düzeninin korunması anne ve fetus sağlığı için büyük önem taşır.

4. Gebelik ve Uyku Düzeni

Gebelikte uyku düzeni, fizyolojik yük, hormonal değişiklikler, psikolojik durum ve sosyal faktörlerden etkilenir (Şahin ve Kılıçarslan, 2010). Literatür, uyku sorunlarının özellikle ikinci trimesterden itibaren arttığını ve üçüncü trimesterde en yüksek düzeye ulaştığını göstermektedir (Şahin ve Kılıçarslan, 2010). Stres, kaygı ve duygusal zorlanmalar, olumsuz rüyalar, uykuya dalma güçlüğü ve sık uyanmalar gibi sorunları tetikleyebilir (Hedman ve ark., 2002).

Çalışmalar, gebelerin yarısından fazlasının düşük uyku kalitesine sahip olduğunu ve gebelik ilerledikçe bu kalitenin belirgin biçimde azaldığını göstermektedir (Çoban ve Yanıkerem, 2010). Yetersiz veya kalitesiz uyku; stres artışı, bağışıklık fonksiyonlarının zayıflaması, doğum eyleminde güçlük, müdahaleli doğum, preeklamps, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve

fetal distress gibi birçok obstetrik komplikasyonla ilişkilidir (Mindell ve ark., 2015; Balserak ve ark., 2022; Ding ve ark., 2014).

5. Gebelikte Uyku Bozuklukları ve Nedenleri

Gebelikte uyku bozuklukları, anatomik, fizyolojik, hormonal ve psikolojik değişimlerin birlikte etkisiyle ortaya çıkan çok yönlü bir durumdur. Anatomik olarak, artan gebelik kilosu ve genişleyen uterus diyaframı yukarı iterek solunumu zorlaştırır ve uyku bütünlüğünü bozabilir. Ayrıca değişen vücut pozisyonu, artan kardiyorespiratuar yük ve yükselen sempatik aktivite, yorgunluk hissinin artarak uykuya dalmayı güçleştirir (Silvestri ve Arico, 2019).

Hormonal değişiklikler de uyku düzenini etkiler. Gebelikte östrojen ve progesteron düzeylerindeki artış, uyku yapısı ve solunum fonksiyonlarını değiştirir. Özellikle progesteron, sinir sistemi üzerinde yatıştırıcı etki göstererek derin uykuya geçişi kolaylaştırır (Lancel ve ark., 1996).

Gebeliğe özgü semptomlar uyku kalitesini daha da düşürebilir. Sık idrara çıkma, uygun uyku pozisyonu bulmada güçlük, bulantı, kusma, sırt-bel ağrıları, reflü, bacak krampları ve fetal hareketler uyku bütünlüğünü bozabilir (Mindell ve ark., 2015; Ertmann ve ark., 2020; Hashmi ve ark., 2016; Köybaşı ve Oskay, 2017). Ek olarak, obezite, gestasyonel diyabet, preeklampsi, inflamasyon ve depresyon gibi durumlar uyku bozuklukları için risk faktörüdür (Taşkıran, 2011; Nodine ve Matthews, 2013). Psikiyatrik durumlar ve kafein tüketimi de uyku kalitesini olumsuz etkileyebilir (Yücel ve ark., 2012).

6. Gebelikte Sık Karşılaşılan Uyku Bozuklukları

Gebelik sürecinde kadınlar; sık uyanma, uykuyu sürdürmede güçlük, gündüz uykuya dalma isteği ve huzursuz uyku gibi sorunlarla karşılaşabilir. Gebelerin yaklaşık üçte ikisi, uyku düzenlerinin gebeliğe bağlı fiziksel ve ruhsal değişikliklerden etkilendiğini belirtmektedir (Hollenbach ve ark., 2013).

- **Horlama ve Uykuda Solunum Bozuklukları:** Gebelikte horlama, uykuda solunum bozukluklarının hafif formu olarak görülür ve obstrüktif uyku apnesi ile ilişkili olabilir. Horlama prevalansı %14-46 arasında değişir ve gebelik ilerledikçe artar. Uykuda solunum bozuklukları, preeklampsi ve düşük doğum ağırlığı gibi olumsuz fetomaternal sonuçlar için risk faktörüdür (Louis, 2022; Franklin ve ark., 2000; Loube ve ark., 1996).

- **Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS):** Uyku sırasında

tekrarlayan üst hava yolu tıkanıklığı ile karakterizedir; hipoksemi ve sık uyanmalara yol açar. Gebelik ilerledikçe, hormonal değişiklikler ve artan kan akımı nedeniyle risk yükselir. OUAS, preeklampsi, gestasyonel diyabet, fetal gelişme geriliği ve düşük Apgar skoru ile ilişkilendirilebilir (Edwards, 2002; Izci ve ark., 2006; Pien ve ark., 2014).

- **Huzursuz Bacak Sendromu:** Her beş gebeden birini etkiler. Semptomlar, istirahat sırasında bacakları hareket ettirme dürtüsü ile kendini gösterir; üçüncü trimesterde artar ve doğum sonrası genellikle azalır (Dunietz ve ark., 2017; Connolly ve ark., 2019).

- **Parasomniler ve İnsomnia:** Parasomniler, uykuya giriş, uyku sırasında veya uykudan uyanma esnasında ortaya çıkan istenmeyen davranış ve deneyimlerdir. İnsomnia ise uykuya dalma güçlüğü, uykuyu sürdürmede sorun veya erken uyanma ile uyku süresi ve kalitesinin yetersizliği anlamına gelir. Akut insomnia birkaç gün veya hafta sürerken, kronik insomnia en az üç ay devam eder (Brooke ve ark., 2022).

7. Gebelikte Sağlıklı Uyku Uygulamaları ve Ebelerin Rolü

7.1. Uyku Hijyeni

Uyku hijyeni, bireylerin uyku kalitesini artırmak amacıyla benimsedikleri düzenli ve sağlıklı davranışlar bütünüdür (Ellis ve ark., 2002; Stepanski ve Wyatt, 2003). Gebelikte uyku kalitesini artırmak için önerilen uygulamalar şunlardır:

- Uyku odasının karanlık, sessiz ve serin tutulması (ideal sıcaklık 24 °C'nin altında).

- Yatağın yalnızca uyumak için kullanılması ve uyumadan en az 30 dakika önce televizyon, telefon veya bilgisayar gibi cihazlardan uzak durulması.

- Gece boyunca yüksek ses ve ışığa maruz kalmaktan kaçınılması; gerekirse kulak tıkacı, karartma perdeleri veya göz maskesi kullanılması.

- Düzenli bir uyku programı oluşturmak için yatma ve kalkma saatlerinin her gün mümkün olduğunca aynı olması; uzun ve geç gündüz şekerlemelerinden kaçınılması.

- Öğle yemeğinden sonra kafein alımından kaçınılması; yatmaya yakın alkolden ve nikotinden uzak durulması.

- Gün içinde fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi; ancak yatmadan 2 saat önce yoğun egzersiz yapılmaması.
- Gece yatarken saati sürekli kontrol etmekten kaçınılması; büyük porsiyonlu yemeklerden uzak durulması ve yatmadan önce aç kalınmaması.

Bu uygulamaların düzenli şekilde uygulanması, uykuya geçişi kolaylaştırır ve gece boyunca uykunun kalitesini artırır (Güneş, 2018; Stepanski ve Wyatt, 2003; Sejbuk ve ark., 2022; Martin, 2020; Riemann, 2018; Tuncer ve ark., 2020).

7.2. Ebelerin Rolü

Ebeler, gebelerin düzenli uyku periyodu oluşturmalarını sağlamak ve uyku hijyenini olumsuz etkileyen faktörler konusunda farkındalık kazandırmakla yükümlüdür. Psikolojik sorunlar veya ciddi uyku bozuklukları yaşayan gebeler belirlenmeli, gerekirse destek sağlanmalı ve çözüm bulunamazsa uygun şekilde sevk edilmelidir (Cain ve ark., 2020).

Ebeler, uyku bozukluklarının yönetiminde gebelere bireysel danışmanlık sağlayarak sağlıklı uyku alışkanlıklarının kazandırılmasına katkıda bulunur. Bu kapsamda:

- Birinci basamak sağlık hizmetleri ve doğum öncesi kliniklerde sürekli eğitim programları düzenlenmesi,
- Gebelere uyku sorunları hakkında farkındalık kazandırılması,
- Sağlıklı uyku davranışlarının öğretilmesi önemlidir.

Ayrıca, verilen eğitim ve danışmanlık programlarının uyku kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendirmeye yönelik araştırmalar yürütmek, literatüre katkı sağlamak ve kanıta dayalı uygulamaları geliştirmek için gereklidir.

8. Sonuç

Gebelikte uyku sağlığı, anne ve fetus sağlığı açısından kritik bir öneme sahiptir. Gebelik sürecinde yaşanan fizyolojik, hormonal ve psikososyal değişimler, uyku kalitesini olumsuz etkileyebilir ve çeşitli uyku bozukluklarının ortaya çıkmasına yol açabilir. Bu nedenle gebelerde uyku bozukluklarının erken dönemde tespit edilmesi, uyku hijyeninin sağlanması ve bireysel danışmanlık ile desteklenmesi büyük önem taşır.

Ebeler, gebelerin uyku düzenini korumada ve uyku hijyeni alışkanlıklarını kazanmalarında önemli bir rol oynar. Bireysel ve grup eğitimleri, gevşeme teknikleri ve uyku hijyeni önerileri, gebelerin yaşam kalitesini artırmakta

ve obstetrik komplikasyon risklerini azaltmada etkili olabilir. Kanıta dayalı uygulamaların ve araştırmaların desteklediği bu yaklaşım hem anne hem de fetüs sağlığını korumaya yönelik bütüncül bir strateji sunmaktadır.

Kaynaklar

- Arslan, S., Okcu, G., Coşkun, A. ve Temiz, F. (2019). Kadınların Gebeliği Algılama Durumu ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6 (1), 179-192.
- Balicio, L. C. T., Gontijo, C. A., Fahmy, W. M., Maia, Y. C. P., & Crispim, C. A. (2019). Does sleep influence weight gain during pregnancy? A prospective study. *Sleep Science*, 12(03), 156-164.
- Balserak, B. I., O'Brien, L. M., & Bei, B. (2022). Sleep and sleep disorders associated with pregnancy. In *Principles and practice of sleep medicine: Sleep in women* (pp. 1751-1763). Elsevier.
- Blumberg, M. S., Lesku, J. A., Libourel, P. A., Schmidt, M. H., & Rattenborg, N. C. (2020). What is REM sleep?. *Current biology*, 30(1), R38-R49.
- Cain MA, Brumley J, Louis-Jacques A, Drerup M, Stern M, Louis JM. (2020). A Pilot study of a sleep intervention delivered through group prenatal care To overweight and obese women. *Behav Sleep*, 18(4):477-87.
- Chovatiya, R., & Medzhitov, R. (2014). Stress, inflammation, and defense of homeostasis. *Molecular cell*, 54(2), 281-288.
- Connolly, C. P., Conger, S. A., Montoye, A. H., Marshall, M. R., Schlaff, R. A., Badon, S. E., & Pivarnik, J. M. (2019). Walking for health during pregnancy: a literature review and considerations for future research. *Journal of sport and health science*, 8(5), 401-411.
- Çoban, A. Yanikkerem E. (2010). Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi. *Ege Journal of Medicine*, 49(2), 87-94.
- Dauvilliers, Y., Schenck, C. H., Postuma, R. B., Iranzo, A., Luppi, P. H., Plazzi, G., ... & Boeve, B. (2018). REM sleep behaviour disorder. *Nature reviews Disease primers*, 4(1), 19.
- Ding, X. X., Wu, Y. L., Xu, S. J., Zhang, S. F., Jia, X. M., Zhu, R. P., ... & Tao, F. B. (2014). A systematic review and quantitative assessment of sleep-disordered breathing during pregnancy and perinatal outcomes. *Sleep and Breathing*, 18(4), 703-713.
- Dunietz, G. L., Lisabeth, L. D., Shedden, K., Shamim-Uzzaman, Q. A., Bullough, A. S., Chames, M. C., ... & O'Brien, L. M. (2017). Restless legs syndrome and sleep-wake disturbances in pregnancy. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 13(7), 863-870.
- Edwards, N., Middleton, P. G., Blyton, D. M., & Sullivan, C. E. (2002). Sleep disordered breathing and pregnancy. *Thorax*, 57(6), 555-558.
- Ellis, J., Hampson, S. E., & Cropley, M. (2002). Sleep hygiene or compensatory sleep practices: an examination of behaviours affecting sleep in older adults. *Psychology, health & medicine*, 7(2), 156-161.

- Ertmann, R. K., Nicolaisdottir, D. R., Kragstrup, J., Siersma, V., & Lutterodt, M. C. (2020). Sleep complaints in early pregnancy. A cross-sectional study among women attending prenatal care in general practice. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 123.
- Facco FL, Parker CB, Hunter S, Reid KJ, Zee PC, Silver RM, Haas DM et al. (2018). Association of Adverse Pregnancy Outcomes With Self-Reported Measures of Sleep Duration and Timing in Women Who Are Nulliparous. *J Clin Sleep Med*, 14(12):2047-2056. <https://doi.org/10.5664/jcsm.7534>. PMID: 30518449; PMCID: PMC6287730.
- Franklin, K. A., Holmgren, P. Å., Jönsson, F., Poromaa, N., Stenlund, H., & Svanborg, E. (2000). Snoring, pregnancy-induced hypertension, and growth retardation of the fetus. *Chest*, 117(1), 137-141.
- Gay, C. L., Richoux, S. E., Beebe, K. R., & Lee, K. A. (2017). Sleep disruption and duration in late pregnancy is associated with excess gestational weight gain among overweight and obese women. *Birth*, 44(2), 173-180.
- Gottesman, R. F., Lutsey, P. L., Benveniste, H., Brown, D. L., Full, K. M., Lee, J. M., ... & American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Council on Hypertension. (2024). Impact of sleep disorders and disturbed sleep on brain health: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*, 55(3), e61-c76.
- Güneş, Z. (2018). Uyku sağlığının korunmasında uyku hijyenin rolü ve stratejileri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(2), 188-198.
- Hashmi, A. M., Bhatia, S. K., Bhatia, S. K., & Khawaja, I. S. (2016). Insomnia during pregnancy: diagnosis and rational interventions. *Pakistan journal of medical sciences*, 32(4), 1030.
- Hedman B, Pahjasvaara S, Talcnen M.(2002). Effects of pregnanay an Mather□ssleep, *Obstetrics Gynecology*, 26,349-451.
- Hollenbach, D., Broker, R., Herlehy, S., & Stuber, K. (2013). Non-pharmacological interventions for sleep quality and insomnia during pregnancy: a systematic review. *The Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 57(3), 260.
- Izci, B., Vennelle, M., Liston, W. A., Dundas, K. C., Calder, A. A., & Douglas, N. J. (2006). Sleep-disordered breathing and upper airway size in pregnancy and postpartum. *European Respiratory Journal*, 27(2), 321-327.
- Köybaşı EŞ, Oskay ÜY. (2017). Gebelik sürecinin uyku kalitesine etkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 59(1):1-5
- Krawczak EM, Minuzzi L, Hidalgo MP, Frey BN. (2016). Do changes in subjective sleep and biological rhythms predict worsening in postpartum depressive symptoms? A prospective study across the perinatal period. *Arch Womens Ment Health*, 19(4):591-8. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0612-x>. Epub 2016 Feb 26. PMID: 26920913.
- Lancel, M., Faulhaber, J., Holsboer, F., & Rupperecht, R. (1996). Progesterone induces

- changes in sleep comparable to those of agonistic GABAA receptor modulators. *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*, 271(4), E763-E772.
- Loube, I. M. D., Poceta, J. S., Morales, M. C., Peacock, D. M. M., & Mitler, M. M. (1996). Self-reported snoring in pregnancy: association with fetal outcome. *Chest*, 109(4), 885-889.
- Louis J. (2022). Obstructive sleep apnea in pregnancy. <https://www.uptodate.com/contents/obstructive-sleep-apnea-in-pregnancy?search=>
- Luyster FS. (2020). Sleep and health. In: Gellman MD, Turner JR, editors. Encyclopedia of behavioral medicine. New York, 2052-2055.
- Martin, J. L. (2020). Cognitive behavioral therapy for insomnia in adults. *UpToDate*, Waltham, MA. Accessed October, 12.
- Mason GM, Lokhandwala S, Riggins T, Spencer RM. (2021). Sleep and human cognitive development. *Sleep Med Rev*, 57; 101472.
- Mindell, J. A., Cook, R. A., & Nikolovski, J. (2015). Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. *Sleep medicine*, 16(4), 483-488.
- Nodine, P. M., & Matthews, E. E. (2013). Common sleep disorders: management strategies and pregnancy outcomes. *Journal of midwifery & women's health*, 58(4), 368-377.
- Özhüner Y, Çelik N. (2019). Gebelerde uyku kalitesi ve yaşam kalitesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1):39- 47.
- Pien, G. W., Pack, A. I., Jackson, N., Maislin, G., Macones, G. A., & Schwab, R. J. (2014). Risk factors for sleep-disordered breathing in pregnancy. *Thorax*, 69(4), 371-377.
- Riemann, D. (2018). Sleep hygiene, insomnia and mental health. *Journal of sleep research*, 27(1).
- Sejbuk, M., Mirończuk-Chodakowska, I., & Witkowska, A. M. (2022). Sleep quality: a narrative review on nutrition, stimulants, and physical activity as important factors. *Nutrients*, 14(9), 1912.
- Silvestri, R., & Aricò, I. (2019). Sleep disorders in pregnancy. *Sleep Science*, 12(3), 232.
- Solomon, C. (2022). Health Benefits of Sleep: Why Is Getting Enough Rest So Important. *Alternative Medicine*, (66), 26-29.
- Stepanski EJ, Wyatt JK. (2003). Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Med*, 7(3):215-25.
- Şahin, E. M., & Kılıçarslan, S. (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Balkan Medical Journal*, 2010(2), 51-58.
- Taskiran, N. (2011). Pregnancy and sleep quality. *Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology*, 8(3), 181-7.
- Tsai SY, Lee PL, Lee CN. (2018). Snoring and Blood Pressure in Third-Trimester Normotensive Pregnant Women. *J Nurs Scholarsh*, 50(5):522-529. <https://doi.org/10.1111/jnu.12416>. Epub 2018 Jul 22. PMID: 30033630.

- Tuncer, A., Enzin, F., İri, F., Dinler, E., Pelin, Z., & Bayramlar, K. (2020). Uyku bozukluklarında egzersiz tedavisinin önemi. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 89-97.
- Wilkerson AK, Uhde TW. (2018). Perinatal Sleep Problems: Causes, Complications, and Management. *Obstet Gynecol Clin*. 45(3):483-494. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.04.003>. PMID: 30092923.
- Yucel, S. C., Yucel, U., Gulhan, I., & Ozeren, M. (2012). Sleep quality and related factors in pregnant women. *J Med Sci*, 3(7), 459-463.
- Zafarghandi N, Hadavand S, Davati A, Mohseni SM, Kimiaimoghadam F, Torkestani F. (2012). The effects of sleep quality and duration in late pregnancy on labor and fetal outcome. *J Matern Neonatal Med*, 25(5):535-7. Doi: 10.3109/14767058.2011.600370

İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Düşükler 8

Yeliz Atasoy¹, Hatice Acar Bektaş²,
Kübra Özcan³, Fatıma Betül Yılmaz⁴,
Reyhan Aydın Doğan⁵

Özet

İstenmeyen gebelikler, dünya genelinde kadın sağlığını, yaşam kalitesini ve toplumsal yapıyı olumsuz etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Bu derleme niteliğindeki çalışmada, istenmeyen gebeliklerin tanımı, yaygınlığı, nedenleri, dezavantajlı gruplar üzerindeki etkileri, isteyerek yapılan düşükler ve bunlara bağlı komplikasyonlar, dünyada ve Türkiye'deki oranlar, yasal düzenlemeler ile önleme ve azaltma stratejileri ele alınmıştır. Literatür bulguları, istenmeyen gebeliklerin temel nedenleri arasında etkili kontrasepsiyon kullanımının yetersizliği, bilgi eksikliği, sosyoekonomik dezavantajlar, toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ve sağlık hizmetlerine erişimdeki engellerin yer aldığını göstermektedir. Özellikle adolesanlar, evli olmayan kadınlar ve seks işçileri gibi kırılgan gruplarda risk daha yüksektir. İstenmeyen gebelikler; anne ve bebek sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlara, güvensiz düşüklerin artmasına, psikolojik sorunlara ve ciddi sosyoekonomik kayıplara yol açabilmektedir. Çalışma, kapsamlı cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimleri, erişilebilir ve nitelikli aile planlaması hizmetleri, ebelerin etkin rolü, yasal düzenlemeler ve toplumsal farkındalık çalışmalarının istenmeyen gebeliklerin azaltılmasında kritik öneme sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Kadınların üreme haklarının korunması ve güçlendirilmesi, sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmada temel bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir.

1. Yüksek Lisans Öğrencisi, Karabük Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, yelizaltan2761@gmail.com, Orcid:0009-0008-2885-2359
2. Dr. Öğr.Üyesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, hatice.acarbektas@gop.edu.tr, ORCID: 0000-00017958 7868
3. Yüksek Lisans Öğrencisi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, kubra.ozcan9625@gmail.com, Orcid:0009-0005-6075-5362
4. Yüksek Lisans Öğrencisi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, fatima.arslanhan@gop.edu.tr, Orcid:0009-0007-1010-3774
5. Doç. Dr. Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, reyhanaydin@karabuk.edu.tr, Orcid:0000-0003-4950-3699

1. Giriş

Dünya genelinde istenmeyen gebelikler, sağlık alanında karşılaşılan en ciddi sorunlardan biri olarak kabul edilmektedir. Her yıl yaklaşık 200 milyon gebeliğin gerçekleştiği tahmin edilmekte olup, bunların %40'ının istenmeyen nitelikte olduğu bildirilmektedir. Bu durum, kadınların ve genç kızların sağlığı, yaşam kalitesi ve sosyal ilişkileri üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır (Bal, 2024).

Ailelerin çocuk sahibi olma konusunda özgürce karar verebilmesi, en temel haklarından biridir. Buna karşın, planlanmamış veya istenmeyen gebelikler, önlenbilir olmasına rağmen hala yaygın bir sorun olarak varlığını sürdürmektedir. Bu tür gebelikler, sosyo-ekonomik durumdan bağımsız olarak, tüm ülkelerde ortaya çıkan ve kadınların, ailelerin ve toplumların üzerinde önemli etkiler yaratan küresel bir mesele olarak tanımlanmaktadır (Ibe & Elijah, 2019; Noor vd., 2018).

Kadınların ve kız çocuklarının çocuk sahibi olma, kaç çocuk yapacaklarına karar verme ve bu süreci kiminle gerçekleştireceklerini seçme hakkı, temel üreme haklarının bir parçasıdır. Ancak bu hak, toplumsal kısıtlamalar, sağlık hizmetlerine erişim eksikliği veya kadınlara yeterince değer verilmemesi gibi nedenlerle sıklıkla ihlal edilmektedir. Bu tür ihlaller, bireylerin yaşamlarında ve toplumsal yapı üzerinde ciddi sonuçlar doğurabilir. İstenmeyen gebelikler, bireylerin hayatlarını şekillendirirken, sağlık, eğitim ve cinsiyet eşitliği alanlarındaki ilerlemeyi engelleyebilir. Bunun sonucunda yoksulluk artar, fırsatlar azalır ve büyük ekonomik maliyetler ortaya çıkabilir (UNFPA, 2022).

2. İstenmeyen Gebelikler

İstenmeyen gebelik, bireylerin çocuk sahibi olmayı planlamadığı dönemlerde veya mevcut aile yapısı içinde daha fazla çocuk istemedikleri durumda gerçekleşen gebelikler olarak tanımlanmaktadır. Bu tür gebelikler, bireylerin yaşam planları ve öncelikleriyle uyumsuzluk gösterebilir (CDC, t.y.; Reich, 2022).

İstenmeyen bir gebelik, bireylerin planlamadığı veya arzu etmediği bir durum olarak ortaya çıkar ve bireysel, sosyal ve psikolojik zorlukları beraberinde getirir (Cheetham Juliet, 2022). İstenmeyen gebelikler, kadın sağlığı üzerinde doğrudan ve karmaşık etkiler yaratarak, demograflar ve halk sağlığı uzmanları tarafından uzun süredir halk sağlığı açısından ciddi bir endişe kaynağı olarak değerlendirilmektedir (Wasswa vd., 2020).

2.1.İstenmeyen Gebeliklerin Olası Nedenleri

İstenmeyen gebelik, gerçekten karmaşık ve önemli bir konudur.

İstenmeyen gebelikler genellikle plansız şekilde oluştuğu için bireyler üzerinde fiziksel, psikolojik ve ekonomik etkiler oluşturabilir. Bu tür gebelikler; çocuklar, ebeveynler ve ailelerin genel sağlık durumlarını etkileyebilir. Anne ve bebeğin sağlığı üzerinde ciddi riskler meydana gelebilir. Ayrıca, ekonomik ve sosyal açıdan büyük bir yük oluşturabilir ve aile dinamiklerini değiştirebilmektedir (Bjelica vd., 2016).

İstenmeyen gebeliklerin en temel nedenleri arasında kontrasepsiyonun başarısız olması veya hiç kullanılmamasıdır. Yan etkilerle ilgili kültürel endişeler ve kontrasepsiyon hakkındaki yanlış bilgiler, özellikle gelişmekte olan ülkelerde kontrasepsiyon kullanım oranlarını düşürebiliyor. Bunun sonucunda, kontrasepsiyonun yanlış kullanımı ya da hiç tercih edilmemesi istenmeyen gebeliklerin artışına sebep olur. Ek olarak, uygun fiyatlı kontraseptif hizmetlerin yetersizliği istenmeyen gebelik oranlarını arttırmaktadır (Wang vd., 2023).

Sosyal olarak dezavantajlı kadınlar, bilgi ve erişim eksikliği ile kültürel ve ilişki faktörleri nedeniyle doğum kontrolünü etkili şekilde kullanmakta zorlanabilir (Goossens vd., 2016). İstenmeyen gebelikler, yüksek riskli gebelikler arasında yer alır ve toplum genelinde, sosyoekonomik durum veya ırk farkı gözetmeksizin görülebilir. Ancak, yoksul ve düşük gelirli kadınlar arasında bu tür gebeliklerin oranı oldukça yüksektir. Sosyoekonomik dezavantajlar, doğum kontrol yöntemlerine erişim eksikliği ve sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikler bu durumu daha da güçlendirmektedir (Durrance & Guldi, 2024).

Aile planlaması yöntemlerine erişim kolaylaşmış olsa da doğurganlık çağındaki birçok kadın bu yöntemlerden habersiz veya ilgisizdir. Cinsel partnerlerinin etkisiyle ya da bağımsız şekilde, düşük güvenilirlik seviyesine sahip yöntemlerle gebelikten korunmaya çalışmaktadırlar. Bu durum, istenmeyen gebeliklere yol açmaktadır (Türk vd., 2023).

Yükseköğretim almış kadınlar, modern ve etkili kontraseptif yöntemler hakkında daha fazla bilgiye sahip olduklarından, yöntem başarısızlığı riski daha düşüktür (Bawah vd., 2021). Bu durum bize aile planlaması hakkında eğitimin önemini göstermektedir.

Bireysel ya da dini inançlar, gebeliğin riskleri hakkında eksik bilgiye sahip olma, kadının kendi kararlarını alamaması, kontraseptif yöntemlere erişim güçlüğü ve bu yöntemleri doğru kullanamama gibi nedenlerden kaynaklanabilir. Ayrıca, hiç korunma yöntemi kullanmamak, kondomun yırtılması, tecavüz gibi olumsuz durumlar da istenmeyen gebeliklerin oluşmasında etkili olabilir. Korunmasız cinsel ilişki yaşanması, etkin bir aile

planlaması yöntemi kullanılmaması ya da kullanılan yöntemin unutulması da istenmeyen gebeliklerle sonuçlanabilmektedir (Türk vd., 2023).

2.1.1. Dezavantajlı Gruplarda İstenmeyen Gebelikler

Evli olmayan kadınlarda istenmeyen gebelikler: Toplumun değerleri ve bilgi eksiklikleri, evli olmayan kadınların sağlık hizmetlerine erişimini ciddi şekilde sınırlayabilir. Bu durum, güvenli olmayan koşullarda düşük yapmalarına sebep olmakta ve sosyal açıdan ağır sonuçlar doğurmaktadır. Anadolu'nun bazı bölgelerinde, kadınların düşük yapmak için geleneksel yöntemlere başvurdukları görülmektedir. Ancak bu yöntemler, kadın sağlığı üzerinde ciddi olumsuz etkiler yaratabilir ve hatta yaşamlarını tehlikeye atabilmektedir (Şenoğlu vd., 2019). Sonuç olarak, evli olmayan genç kadınlar arasında istenmeyen gebeliklerin önlenmesine yönelik çabaların artırılması, politika yapıcılar için öncelikli bir hedef olmalıdır (Musu Fubam vd., 2019). İstenmeyen gebelikler, bireyler ve toplum üzerinde olumsuz sosyoekonomik sonuçlara sebebiyet verebilir. Bu durum özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunudur (Asrat vd., 2024).

Adolesanlarda istenmeyen gebelikler: WHO'nun Dünya sağlık istatistikleri Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri için sağlığın izlenmesi, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri için 2024 yılında paylaştığı raporda; Çocuk yaşta evlendirilme veya cinsel istismara maruz kalma gibi toplumsal sorunlar, kız çocuklarında istenmeyen gebelik riskini artıran bir faktör haline geldiğini, özellikle ergenlik dönemindeki bireyler, doğum kontrol yöntemlerine erişimdeki zorluklar (bilgi eksikliği, ekonomik engeller, toplumsal baskı) nedeniyle gebelikten korunma konusunda yetersiz kaldığını belirtmiştir. Bu durum, gençlerin bu riski yönetme imkanını kısıtlamakta ve plansız gebeliklerin yaygınlaşmasına yol açmaktadır. 2023 yılında, dünya genelinde doğumların %10'unun ergen yaş grubundaki kızlardan oluştuğu tahmin edilmiştir. 15-19 yaş arasındaki kızların doğum oranı 12,7 milyon olarak belirlenirken, 10-14 yaş arasındaki kızların doğum oranı ise yaklaşık yarım milyon olarak kaydedilmiştir. WHO Afrika Bölgesi'nde doğumların %16'sının, Amerika Bölgesi'nde ise %11'inin 10-19 yaş arasındaki ergen anneler tarafından gerçekleştirildiği bildirmiştir. 1000 kız çocuğu başına düşen doğum oranlarının 2000 yılından bu yana düzensiz bir şekilde de olsa düşüklük gösterdiği raporda mevcuttur. 2023 yılında küresel 15-19 yaş doğum oranları 1000 adolesan da 41,3 doğumdur. 10-14 yaş arası kızlar arasında, küresel adolesan doğum oranı 2000 yılında 3,3 iken, 2015'te 1,8'e ve 2023'te 1,5'e düştüğünü belirtmiştir (WHO, 2024). Türkiye'nin adolesan (15-19 yaş) fertilitite hızı binde 31 iken; 18 yaş altı gebelik öyküsü olan 20-24 yaş arası kadın oranı %15 olarak bildirilmiştir (Maciej Serda vd.,

2019). Adölesan ve gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS), yalnızca adölesanlarla çalışmak üzere eğitilmiş sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan; kaliteli, genç dostu ve okula entegre CSÜS eğitimine erişimle mümkün olabilir. Bu eğitim programları, cinsel davranışları geliştirme becerileri kazandırılırken doğru ve kapsamlı bilgiler sunmayı hedeflemeli, ayrıca kontrasepsiyona ulaşamama, istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) gibi CSÜS risklerini kapsamalıdır (Morris & Rushwan, 2015). 01.11.2018-31.12.2018 tarihinde Gümüşhane Devlet Hastanesi ve Samsun Eğitim ve Araştırma hastanesinde 409 evli gebe ile yapılan çalışmada istenmeyen gebeliklerin en yüksek olduğu risk grubu; Mutsuz Kadınlar (%20), düşük gelire sahip olduğunu belirten kadınlar (%34,10), Geri çekme yöntemini kullandığını söyleyen kadınlar, eşi başka çocuk istemeyen kadınlar, en yüksek risk grubunun da 20 yaş altı kadınlar olduğu gözlemlenmiştir (Ulubaşoğlu vd., 2022).

Seks işçilerinde istenmeyen gebelikler: Kadın seks işçileri için istenmeyen gebeliklerden kaçınmak gerçek bir önceliktir (Luchters vd., 2016). Seks işçileri, HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından ciddi bir risk altındadır. Hamilelik dönemi ise bu riskleri artırarak enfeksiyon kapma olasılığını yükseltmekte ve aynı zamanda anneden bebeğe bulaşma ihtimalini artırmaktadır (Ficht vd., 2018).

Sahra Altı Afrika'daki seks işçileriyle ilgili mevcut veriler, bu bireylerin üçte ikisinden fazlasının en az bir çocuğa sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Kenya'da ise bu oranın %90'a yaklaştığı tahmin edilmektedir (Scorgie vd., 2012).

Birçok seks işçisi, sınırlı ekonomik seçenekler nedeniyle savunmasız koşullarda yaşamaktadır. Bu durum, istenmeyen gebeliklerin damgalanmayı ve sosyoekonomik kırılganlık döngüsünü daha da pekiştirmesine yol açabilir. Sonuç olarak, bu bireylerin seks işçiliğine olan bağımlılıkları derinleşebilir (Richter vd., 2013). İstenmeyen gebeliklere neden olabilecek etmenlerden özetle şu şekilde bahsedebiliriz; Kadının adölesan olması, okur-yazarlık düzeyinin düşük olması, gebelikten korunma yöntemleri konusunda eksik bilgiye sahip olması ve deneyim azlığının olması, bireysel veya dini inançlarının etkisi, ekonomik düzeyinin düşük olması, aile planlaması yöntemlerinin maliyetinin yüksek olması, sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar yaşaması, aile planlaması yöntemlerinde yanlış inanışlar ve yanlış uygulamaların olması eşlerin, çevrenin ve aile büyüklerinin çocuk isteme tutumları ve (Ulubaşoğlu vd., 2022; Yilak vd., 2024), sosyal normlar, kadınların üreme seçimlerini topluluk standartlarına uyumlu hale getirmeye yönlendirebilir ve bu, kontrasepsiyon kullanımını zorlaştırarak istenmeyen gebeliklere yol açabilir

(Sikaluzwe vd., 2024). Ayrıca kadına yönelik şiddet, tecavüz/enstest gibi durumlar istenmeyen gebeliklerin nedenleridir (Şenoğlu vd., 2019). Sosyal normlar, kadınların üreme seçimlerini topluluk standartlarına uyumlu hale getirmeye yönlendirebilir ve bu, kontrasepsiyon kullanımını zorlaştırarak istenmeyen gebeliklere yol açabilir (Sikaluzwe vd., 2024).

2.2.İstenmeyen Gebeliklerde İsteyerek Yapılan Düşükler ve Komplikasyonları

İstenmeyen gebelikler çoğunlukla isteyerek düşüklere sebep olmaktadır (Şenoğlu vd., 2019).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre isteyerek düşük, gebeliğin bir müdahale ile sonlandırılması anlamına gelir. Bu işlem hem güvenli tıbbi ortamlarda hem de sağlık sistemi dışında, uygun olmayan koşullarda yapılabilmektedir. Anne sağlığı açısından ciddi bir risk olmadığı sürece, gebeliğin onuncu haftaya kadar güvenli bir şekilde sonlandırılması önerilmektedir. Ancak, güvenli olmayan koşullarda yapılan düşükler, kadınların sağlık durumunu ciddi şekilde etkileyebilir ve ölümlerle sonuçlanabilecek komplikasyonlara yol açabilir (Oppong-Darko vd., 2017).

Gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar, dünya genelinde kadın sağlığı açısından önemli bir tehdit oluşturmaktadır. Her gün yaklaşık 830 kadın, bu komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Özellikle istenmeyen gebelikler ve buna bağlı güvensiz düşükler, kadınların doğurganlık döneminde karşılaştığı ciddi sağlık sorunları arasında yer almakta ve ölüm nedenleri arasında üst sıralarda bulunmaktadır (Şenoğlu vd., 2019).

Yapılan bir çalışmada, Suri halkının geleneksel uygulamalarını incelemektedir. Özellikle hamilelik sırasında ve kadın sağlığıyla ilgili olarak kullanılan bazı bitkiler ve geleneksel yöntemler araştırılmış. Örneğin, muz kökü, mısır kökü ve farklı alkol karışımları gibi maddeler istenmeyen gebelikleri sonlandırmak için tercih edildiği gözlemlenmiştir. Ancak bu geleneksel ilaçların ne kadar ve nasıl kullanıldığı konusunda standart bir yöntem bulunmuyor, genellikle fazla miktarda tüketiliyor. Kasabalara yakın yaşayan kadınlar ise modern tıbbi yöntemlere yönelmeye başlamış durumda olduğu sonucuna varılmıştır (Wale vd., 2025).

Güvenli olmayan kürtajların %97'si gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmekte olup, tüm kürtajların yaklaşık %45'ini oluşturmaktadır (Ganatra vd., 2017).

Sahra Altı Afrika'da, her yıl 15-49 yaş arasındaki her 1.000 kadından yaklaşık 33'ü güvenli olmayan koşullarda kürtaj yaptırmaktadır (Bearak vd., 2020)

Batı Avrupa’da, 15 ila 44 yaş arasındaki her 1000 kadından yaklaşık 12’si iken, Doğu Avrupa’da bu oran 43’tür (Ganatra vd., 2017).

Kanıtlar, indüklenmiş kürtajların, kürtajın yasak olduğu veya düzenlendiği ülkelerde, kürtaja izin verilen ülkelerden daha yaygın olduğunu göstermektedir (Sedgh vd., 2012).

2.3.Dünyada ve Türkiye’de İstenmeyen Gebelik Oranları

Dünya çapında, gebeliklerin önemli bir kısmının planlanmamış olduğu raporlanmaktadır. Birleşmiş Milletler’ in cinsel ve üreme sağlığı ile ilgili ajansı tarafından hazırlanan son rapor, bu gebeliklerin oranını yaklaşık %50 olarak bildirmektedir (Durrance & Guldi, 2024).

2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre; Türkiye’de,15-49 yaş arası halen evli kadınlarda aile planlaması kullanım oranı %70’tir (%49 modern, %21 geleneksel yöntem). İstenmeyen gebelik oranı ise %15’tir (Maciej Serda vd., 2019).

105 ülkeyi kapsayan bir çalışmada, 2010-2014 yıllarında, gebeliklerin küresel olarak %44’ü istenmeyen şekilde gerçekleşmiştir. Gelişmiş bölgelerde, istenmeyen gebelik oranı %30 azalarak 1000 kadın başına 64’ten 45’e düşerken, gelişmekte olan bölgelerde oran %16 azalışla 77’den 65’e gerilemiştir (Bearak vd., 2018).

Sahra Altı Afrika’daki yüksek oranlar, bölgesel dinamikler, ekonomik kısıtlamalar, kültürel engeller ve sağlık hizmetlerine erişimdeki eksiklikler gibi pek çok faktöre bağlanabilir. Bu bölgelerde özellikle kontrasepsiyona erişimin artırılması, doğru bilgilendirme yapılması ve kadın sağlığını destekleyen politikaların güçlendirilmesi gerekmektedir (Sikaluzwe vd., 2024).

2015-2019 yılları arasında dünya genelinde her yıl yaklaşık 121 milyon istenmeyen gebelik yaşanmıştır. Bu, 15-49 yaş grubundaki kadınlar için 1000 kişi başına 64 istenmeyen gebelik oranına karşılık gelmektedir. Belirsizlik aralıkları %80 güven düzeyiyle 112,8-131,5 milyon ve 60-70 oranında seyretmiştir (Bearak vd., 2020).

2022 Dünya Nüfus Raporu’nda UNFPA, dünya genelinde önemli bir sorun olan istenmeyen gebeliklere dikkat çekiyor. “Görünmeyi Görmek” başlığını taşıyan rapor, bu gebeliklerin insan haklarının korunmasındaki eksiklikleri nasıl yansıttığını ele alıyor. Rapor, günlük ortalama 331.000, yıllık toplamda ise 121 milyon istenmeyen gebelik meydana geldiğini ortaya koyuyor. Eğer gerekli önlemler alınmazsa, bu rakamların nüfus artışına paralel olarak artacağı tahmin ediliyor (UNFPA, 2022).

Her yıl, dünya genelinde meydana gelen anne ölümlerinin %4.7 ile

%13.2'sinin güvenli olmayan düşüklerle ilişkilendirildiği bildirilmiştir. Ayrıca, evli kadınların %15'inin yaşamları boyunca en az bir kez isteyerek düşük yaptığı tespit edilmiştir. TNSA verilerine göre, 1993'te her 100 gebelikte 18 isteyerek düşük gerçekleşirken, 2018'de bu oran 6'ya düşmüştür (Maciej Serda vd., 2019).

Bu bağlamda, istenmeyen gebelikler ve sonucunda gerçekleştirilen isteğe bağlı düşükler, kadın sağlığı üzerinde ciddi bir tehdit oluşturarak doğurganlık çağındaki kadın ölümleri arasında öncelikli sebeplerden biri olarak değerlendirilmektedir (Şenoğlu vd., 2019).

2.4.İstenmeyen Gebeliklerin Sonuçları

İstenmeyen gebelik yaşayan kadınlar, hamilelik süresince intihar eğilimleri, depresyon ve beslenme yetersizlikleri gibi risklerle karşı karşıya kalabilirler. Bunun yanı sıra, fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalma, aile içi dengesizlikler yaşama ve düşük yapma ya da düşük ağırlıklı bebek dünyaya getirme olasılıkları da artış gösterebilir. Bu durumlar hem bireysel hem de toplumsal düzeyde önemli sonuçlar doğurabilir (Bjelica vd., 2016).

Anneler açısından istenmeyen gebelikler, gebelik ve doğum sırasında preeklampsi, eklampsi ve doğum sonrası kanama gibi yaşamı tehdit eden komplikasyonların daha yüksek görülme oranlarıyla ilişkilendirilmektedir (Gerds vd., 2016).

Annelerin dört veya daha fazla doğum öncesi bakım ziyareti gerçekleştirme olasılığının düşük olması, düşük ve orta gelirli ülkelerde istenmeyen gebeliklerle güçlü bir şekilde ilişkilendirilmiştir (Hajizadeh & Nghiem, 2020).

İstenmeyen çocuk doğumları, gebelik sırasında olumsuz anne davranışları, düşük doğum ağırlığı ve bebek ölümleri gibi kötü perinatal sonuçlarla ilişkilendirilen önemli bir halk sağlığı sorunudur (Hajizadeh & Nghiem, 2020).

Araştırmaya göre, istenmeyen doğum öyküsü olan kadınlar arasında kaygı oranı, indüklenmiş kürtaj öyküsü olanlara göre daha yüksektir. Depresyon açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmasa da, kürtaj öyküsü olan kadınlarda suçluluk, kendini suçlama, kararsızlık ve uyku düzeninde değişiklik gibi depresyon belirtilerinin daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Ayrıca, bekar kadınların indüklenmiş düşük deneyiminde anksiyete ve depresyon oranları, evli kadınlara kıyasla daha yüksek çıkmıştır (Aghdam vd., 2022).

İstenmeyen gebelikler, anne ve ailesi üzerinde ciddi sağlık, sosyal ve ekonomik sonuçlara yol açabilir. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde,

kürtajın yasa dışı veya erişiminin sınırlı olması, güvenli olmayan kürtaj uygulamalarını artırır ve bu da hem sağlık sistemine hem de topluma mali yük getirir. Ayrıca, istenmeyen gebelikler, annelerin fiziksel ve zihinsel sağlığını olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürebilir (Hajizadeh & Nghiem, 2020b). İstenmeyen gebelikler, ciddi kaynak kayıplarına yol açar ve ülkeler ile toplumlar üzerinde kalıcı olumsuz sonuçlar doğurabilir (Wang vd., 2023).

İran'da İstenmeyen Gebeliğin Yaygınlığı, İlişkili Faktörleri ve Sonuçları araştırmasına göre istenmeyen gebeliği olan kadınlar daha yüksek oranda aile içi şiddete maruz kalmakta ve bu süreçle ilgili olumsuz duygular yaşadığı, erkeklerin, istenmeyen gebelikten genellikle eşlerini sorumlu tuttukları sonucuna ulaşılmıştır (Motlagh vd., 2020).

Planlanmamış hamilelik, bireylerin ve ailelerin sağlık durumlarını, yaşam kalitesini ve iş verimliliğini olumsuz etkilerken sosyoekonomik, psikolojik ve manevi alanlarda yaşam kalitesini düşüren komplikasyonlara yol açabilir. Bu durum, hem bireysel refahı hem de toplumun genel performansını azaltarak uzun vadeli olumsuz sonuçlar doğurabilir (Durrance & Guldi, 2024).

2.5.İstenmeyen Gebeliklerin Azaltılması

İstenmeyen gebelikler, kadınların ve genç kızların sağlıklarını, yaşam kalitelerini ve toplumsal rollerini etkileyen önemli bir sorundur. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimleri, doğum kontrol yöntemlerinin tanıtımı, erişim kolaylığı, yasal düzenlemeler ve sosyal destek istenmeyen gebeliklerle mücadelede kritik öneme sahiptir (Bal, 2024).

Uzun dönem araştırmalar, istenmeyen gebeliklerin azalmasının işgücüne katılım, akademik başarı, ekonomik etkinlik ve genel sağlık düzeyini artırırken, kırılgan gruplar arasında suç oranlarını düşürdüğünü göstermektedir (Durrance & Guldi, 2024).

2.5.1.Cinsel Eğitim Programları

Cinsel sağlık eğitiminin erken yaşlarda başlaması ve kapsamlı bir şekilde verilmesi, istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde önemlidir. Kapsamlı cinsel eğitim; gençlere, cinsellik, üreme sağlığı, doğum kontrol yöntemleri, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve cinsel istismar, istismar durumunda başvuru mekanizmaları, hukuki yardım süreçleri ve acil telefon numaraları hakkında bilgi verir (Bearak vd., 2018).

Evlenme hazırlığında olan kadınlarda doğurganlığın düzenlenmesi, istenmeyen gebelikleri önleme yöntemlerinin etkin kullanımı ve üreme

sağlığının iyileştirilmesi için bilgi eksikliğini gidermek amacıyla, birinci basamak sağlık kuruluşları ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde zorunlu cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimleri düzenlenmelidir (CİSÜ, 2021).

2.5.2. Aile Planlaması Danışmanlığı

Birinci basamak sağlık çalışanları, kadınların aile planlaması hizmetlerine erişimlerini engelleyen faktörlerin bilincinde olmalıdır. Doğurganlık çağındaki tüm kadınlar, karşılanamayan aile planlaması ihtiyaçları açısından kapsamlı bir şekilde değerlendirilmelidir. Ayrıca, istenmeyen gebelik yaşayan kadınların düşük veya kürtaj hizmetlerine zamanında ve sağlıklı koşullarda erişimini sağlamak için rehberlik edilmesi gerekmektedir (Parlakıyıldız, 2021).

Aile planlaması hizmetlerinin erişimini artırmak için, ebeler; evli kadınlarla sınırlı kalmadan, cinsel olarak aktif bekar kadınlara, üreme fonksiyonu aktif engelli kadınlara, menopoz öncesi kadınlara ve göçmen kadınlara kadar geniş bir gruba hizmet sunmalıdır (Cebe Ertaş vd., 2024).

DSÖ çalışmasının bulguları, ebelerin kontrasepsiyon hizmetlerinde önemli roller üstlenmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Ebelerin rollerini şu şekilde özetleyebiliriz:

- **Doğum kontrol yöntemleri için rehberlik:** Bireylerin ihtiyaçlarına ve tercihlerine uygun etkili yöntemleri belirlemek için ortak karar verme sürecine destek olmak.

- **Endişeleri erken tespit etme:** Kadınların ve adölesanların kullandıkları doğum kontrol yöntemlerine ilişkin endişelerini erken fark etmek ve bu endişeleri gidermek.

- **Modern yöntemlere geçişte destek:** Kadınların modern kontraseptif yöntemlere geçişlerini sağlarken, etkili danışmanlık sunarak haklarına ve onurlarına saygı göstermek.

Ebeler, doğum kontrol hizmetlerinin kalitesini artırmada ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde hayati bir role sahiptir. Bu yaklaşım, aile planlaması ve üreme sağlığı alanında daha etkili çözümler sunabilir (WHO, 2019).

2.5.3. İsteyerek Düşükler/Kürtaj ve Yasalar

Türkiye’de Yasal Düzenlemeler

Günümüz Türkiye’inde kürtaj yasası belirli kurallarla uygulanmaktadır. Yasal düzenlemelere göre:

1. 10 hafta ve altındaki gebeliklerde isteğe bağlı kürtaja izin verilmektedir. Bu süreçte, kadın evli ise eşinin rızası, 18 yaşından küçük ise ebeveyn onayı gereklidir.

2. 10 haftayı aşan gebeliklerde ise yalnızca annenin hayatını tehdit eden bir durumun varlığı ya da doğacak çocuğun ve gelecek nesillerin ciddi mağduriyet yaşayabileceği durumlarda, hekim kararıyla kürtaja izin verilmektedir (Mary vd., 2020).

3. Mahkeme kararı ile, istenmeyen gebelikler 20. haftaya kadar sonlandırılabilir.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişim sağlama yükümlülüğünü devlete açıkça belirtmesine ve 2827 sayılı Yasa halen yürürlükte olmasına rağmen, bu hizmetlerin sunumunda yasal düzenlemelerin eksikliği nedeniyle çeşitli sorunlar yaşanmaktadır (CİSÜ, 2021).

Ebeler, düşük/kürtaj hizmetlerine ilişkin hastalara doğru bilgileri sunarak, bu hizmetin yasal durumu, yasal süresi ve erişilebilirlik düzeyi hakkında bilinçlenmelerini sağlamalıdır. Kadınlara özel kliniklere yönelmesinin, işlemlerin daha kontrolsüz ve kayıt dışı yapılmasının yol açabileceği sorunlar anlatılmalıdır. Kamu sağlık kuruluşlarında güvenli hizmet alımına yönelik rehberlik sunmaları önemlidir. Ayrıca, düşük/kürtaj sonrası komplikasyon yaşayan kadınların hizmet talebinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalı ve karar alma sürecinde kadınlara destek verilmelidir. Ebeler, kadınların tercihlerini suçlamadan, mahremiyetlerini koruyarak ve kınamadan destek sağlayabilecek bir ortam oluşturmalıdır (Parlakıyıldız, 2021).

Dünya’da Yasal Düzenlemeler

Dünya ülkelerinde isteyerek düşük/kürtaj yasası konusunda birçok farklı uygulama bulunur.

Avrupa Kıtası

İngiltere’de 1861 tarihli Kanun, hukuka aykırı yöntemlerle çocuk düşürmeye çalışmak ve düşüğe yardımcı olanları suç sayar. Fiilin kasıtlı yapılması ve döllenmiş yumurtanın rahme yerleşmiş olması suç sayılması için yeterlidir. Almanya’da da çocuk düşürtme ve düşürme suçtur ancak sosyal-tıbbi veya kriminolojik koşullar altında hukuka uygun hale gelebilir. Rıza ile gebelik sonlandırma süresi 12 haftadır, suç sonucu gebeliklerde 12 haftadır, zorlayıcı durumlarda 22 haftaya kadar çıkabilir. Hayati tehlike veya ciddi sağlık sorunlarında süre sınırı yoktur. Yunanistan’da ise , gebelik ilk 12 haftada isteğe bağlı olarak sonlandırılabilir. Suç sonucu gebeliklerde süre 19 hafta, cenin anomalilerinde yasal süre 24 haftadır. Kadının sağlığını

ciddi tehdit eden durumlarda süre Almanya’da olduğu gibi sınırsızdır. 18 yaş altındakiler için velayet sahibinin izni gerekir; müdahale yalnızca kapsamlı bakım ünitelerinde, uzman eşliğinde yapılır (Yılmaz, 2019).

Güney Amerika Kıtası

Arjantin Cumhuriyeti toprakları genelinde zorunlu olarak uygulanan 27.610 sayılı kanunun onaylanması ve yürürlüğe girmesiyle kürtaj yasal hale gelmiştir. İsteyerek kürtaj ve kürtaj sonrası bakım zorunludur (Discacciati vd., 2020).

Kuzey Amerika Kıtası

Kanada’nın ise kürtajla ilgili herhangi bir ceza yasası bulunmamaktadır. Kürtaj kararı, evrensel sağlık bakım sistemi çerçevesinde kadın ve sağlık hizmeti sağlayıcısı arasında alınır. Mifepriston reçetesi de diğer ilaçların reçetelenmesiyle aynı şekilde yönetilir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları bu ilacı reçete edebilir ve herhangi bir eczacı hastaya ilacı temin edebilir. Kadın, mifepristonu ne zaman ve nerede kullanacağına kendisi karar verebilir. Bu esnek yaklaşım, bireysel haklara ve sağlık hizmetine erişime büyük önem verildiğini göstermektedir (Shaw & Norman, 2020).

El Salvador, kürtajın her koşulda yasak olduğu nadir ülkelerden biridir. 1997’de kürtaj tamamen yasaklanmış, tecavüz, fetal anomali veya kadının hayatını tehdit eden durumlar için istisnalar kaldırılmıştır. Kadınlar 2-8 yıl, tıp uzmanları ise 6-12 yıl hapis cezası alabilir. 1998’de anayasa değişikliği ile insan hayatının döllenmeden başladığı belirtilmiş ve kadınlar ağırlaştırılmış adam öldürme suçundan 30-50 yıl hapis cezasına çarptırılabilir. Bu yasalar, ciddi bir halk sağlığı ve insan hakları krizi yaratmış ve tıbbi etik değerlerini zedelemiştir. Kanada, kürtajı özgürlükçü bir yaklaşımla düzenlerken, El Salvador yasaklarla dolu ceza odaklı bir düzenleme uygular. Kanada’da bireysel haklara öncelik verilerek sağlık hizmetlerine kolay erişim sağlanır; El Salvador’da ise tıbbi etik ihlal edilmekte ve ağır cezalar ön plandadır. El Salvador’un kısıtlayıcı yasaları kadınların haklarını ciddi şekilde sınırlandırırken, Kanada kadın haklarına ve özgürlüklerine yüksek düzeyde değer verir (Zureick vd., 2018).

Sosyal Destek ve Farkındalık

Toplumda cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında farkındalık yaratmak ve destekleyici sosyal ortamlar oluşturmak istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde etkilidir.

Etkili iletişim yöntemleri kullanılarak;

1. Topluma yönelik bilgilendirici eğitim videoları hazırlanmalıdır,
2. Bilgi Eğitim İletişim (BEİ) mesajları, sosyal medyada geniş kitlelere ulaştırılmalıdır,
3. Aile Sağlığı Merkezleri ve diğer sağlık kuruluşlarının web sayfalarında bilgilendirici içerikler paylaşılmalıdır,
4. Radyo, televizyon, gazete ve internet gibi kitle iletişim araçları kullanılarak cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında doğru bilgiye erişim sağlanmalıdır (CİSÜ, 2021).

2.6. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ve Türkiye'nin Güncel Durumu

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri kapsamında 2030 yılına kadar ulaşılması hedeflenen dört öncelik bulunmaktadır:

1. Önlenebilir anne ölümlerinin tamamen ortadan kaldırılması,
2. Aile planlamasında karşılanmamış ihtiyaçların sıfıra indirilmesi,
3. Kadına yönelik şiddet, çocuk evliliği ve zararlı geleneksel uygulamalara son verilmesi,
4. Gençlere hakları çerçevesinde öncelik tanınması ve özellikle cinsel sağlık ile üreme sağlığı alanlarında kapsamlı hizmetlerin sunulması

Ebeler, anne ölümlerinin azaltılması amacıyla güvenli annelik programları çerçevesinde gebelik, doğum ve doğum sonrası oluşabilecek komplikasyonlara yönelik riskleri belirlemelidir. Bu hizmetler sunulurken kadınlar arasındaki kültürel farklılıklar dikkate alınmalıdır. Sosyoekonomik düzeyi düşük, sağlık güvencesi olmayan ve kırsal bölgelerde yaşayan kadınların istenmeyen gebelik riski açısından daha yakından takip edilmesi sağlanmalıdır (CİSÜ, 2021).

2.7. İstenmeyen Gebelikler İle İlgili Yanlış Kanılar ve Gerçekler

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), kadınların güçlenmesi ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesi amacıyla çalışmalar yürütmektedir. UNFPA tarafından yayımlanan bir raporda, istenmeyen gebeliklerle ilişkili damgalanma, utanç ve yanlış anlamalara katkıda bulunan yaygın kanıların ve bu durumla ilgili gerçeklerin ele alındığı vurgulanmaktadır. Rapor, toplumda yanlış algıları bertaraf etmeye yönelik bilgilendirme ve farkındalık oluşturmayı amaçlayan çeşitli noktaları gündeme getirmiştir (UNFPA, 2022).

Yanlış Kanı 1: Sadece rastgele cinsel ilişkide bulunan kadınlar ve tedbirsiz gençler istenmeyen gebelikle karşılaşır.

Gerçek: Kadınların üreme yeteneği, yaş, medeni durum veya geçmişlerinden bağımsız olarak devam eder. Ancak, modern aile planlaması yöntemlerinin hiçbirisi tamamen güvenilir değildir. Bunun yanı sıra, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, ekonomik yoksunluk, utanç, korku ve cinsiyete dayalı şiddet gibi faktörler, kadınların üreme haklarını ve bedensel özerkliklerini ciddi şekilde sınırlar. Dünya genelinde kadınların yaklaşık dörtte biri cinsel ilişkiyi reddetme hakkını kullanamamaktadır. Tecavüz ise, bireyin rızasıyla gerçekleşen cinsel ilişkiler kadar, istenmeyen gebeliklere yol açabilir.

Yanlış Kanı 2: Kadınlar bilmedikleri veya temin edemedikleri için gebelik önleyici kullanmıyor.

Gerçek: Dünya genelinde yaklaşık 257 milyon kadın, gebelik istememesine rağmen, modern ve güvenli gebelikten korunma yöntemlerini kullanmamaktadır. Doğum kontrolüne ilişkin bilgi ya da erişim eksikliği artık en sık belirtilen nedenlerden biri olmamakla birlikte, bu durum üzerinde etkili olan temel faktörler arasında yan etki korkusu, nadir yaşanan cinsel ilişki ve doğum kontrolüne yönelik olumsuz yaklaşımlar bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, doğurganlık üzerindeki uzun vadeli etkilerle ilgili yanlış inanışlar da bu tabloya katkı sunmaktadır.

Yanlış Kanı 3: Kürtaja yasal, mevcut erişim, kadınları korunmasız cinsel ilişkiye girmeye teşvik ediyor.

Gerçek: Serbest kürtaj yasalarının yürürlükte olduğu ülkelerde, istenmeyen gebelik oranlarının daha düşük seviyelerde olduğu gözlemlenmektedir. Güvenli kürtaj hizmetlerine erişim imkanı, kadınlara üreme sağlıkları üzerinde daha fazla kontrol sağlamak ve bu durum istenmeyen gebeliklerin azalmasında önemli bir rol oynamaktadır.

Yanlış Kanı 4: İstenmeyen gebelik her zaman ve tamamen kişinin kendi hatasıdır.

Gerçek: İstenmeyen gebelikler, gelir düzeyi, eğitim olanakları, toplumsal cinsiyet eşitliği ve sağlık hizmetlerine erişim gibi toplumsal kökenlere dayanmaktadır. Bu durum, yalnızca bireysel sorumluluk çerçevesinde değerlendirilmekle sınırlı kalmamalıdır; çünkü bu bakış açısı, önemli toplumsal dinamikleri göz ardı etmek anlamına gelir. İstenmeyen gebeliklerin altında yatan temel nedenler, çeşitli sosyal ve ekonomik faktörlere dayandığından, bu sorunun çözümü de kapsamlı bir yaklaşımla ele alınmalıdır.

Yanlış Kanı 5: Evli kadınların istenmeyen gebelik konusunda endişelenmelerine gerek yoktur.

Gerçek: Evlilik, kadınlar için istenmeyen gebelik riskini ortadan

kaldırmamaktadır. Evlilik içindeki güç dengelerindeki eşitsizlikler, erken yaşta gerçekleşen evlilikler ve aile içi şiddet gibi unsurlar, evli kadınları istenmeyen gebeliklere karşı daha savunmasız bir hale getirebilmektedir.

Yanlış Kanı 6: İstenmeyen gebelikler arzu edilmeyen gebeliklerdir.

Gerçek: İstenmeyen gebelikler her zaman istenmeyen olarak değerlendirilmemelidir. Bu gebeliklerin bir kısmı plansız olabilir ve kadınların bu durum karşısındaki tutumları zamanla değişebilir. Gebelik konusunda kadınların yaklaşımları genellikle karmaşık ve değişken bir yapıya sahiptir. Bu nedenle, bu alandaki olguları daha iyi anlayabilmek için kapsamlı araştırmalara ve daha net tanımlamalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Yanlış Kanı 7: İstenmeyen gebelik gerçek bir kriz değildir.

Gerçek: Küresel ölçekte yüksek istenmeyen gebelik oranları, yoksulluk, açlık, güvensiz kurtajlar ve anne ölümleri gibi birçok sorunun artmasına neden olmaktadır. Özellikle iklim değişikliği, çatışmalar ve toplu göç gibi mevcut zorluklarla mücadele eden düşük kalkınma seviyesine sahip ülkelerde, bu durum daha ciddi etkiler yaratmaktadır. Kadınların üreme sağlığı üzerinde kontrol sahibi olmaması, nesiller boyunca devam eden sorunlar ve kaçırılmış fırsatlar döngüsüne yol açmaktadır. Eğitim, sağlık ve toplumsal eşitlikte ilerleme kaydedilmesi, kadınların gebelik konusunda bilinçli ve istemli kararlar alabilmesini sağlamada hayati bir rol oynamaktadır (Acar Bektaş, 2024).

3. Sonuç

Sonuç olarak, istenmeyen gebelikler ve isteyerek düşükler, kadın sağlığı, yaşam kalitesi ve toplumsal yapı üzerinde derin etkiler oluşturmaktadır. Araştırmalardan ve istatistiksel verilerden anlaşılabileceği üzere, istenmeyen gebeliklerin nedenleri arasında genç yaşta evlilikler, düşük eğitim düzeyi, sağlık hizmetlerine erişim zorlukları ve toplumun geleneksel bakış açıları yer almaktadır. Bu sorunlar, bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarını tehdit eden güvensiz düşüklerin artmasına yol açmaktadır. Ebelerin, bu süreçte etkisi hem bireysel hem de toplumsal sağlığı açısından önemlidir. Eğitim programları, aile planlaması danışmanlığı ve yasal düzenlemeler, istenmeyen gebeliklerin ve güvensiz düşüklerin önlenmesinde etkin çözüm yolları olarak öne çıkmaktadır. Kadınların kendi kararlarını alabilmesi için destekleyici, güvenli ve erişilebilir sağlık hizmetleri sunulması, bu sorunların çözümü için temel bir gerekliliktir.

Kaynaklar

- Acar-Bektaş, H. (2024). Kadınların bedeni, başkalarının kararı, dünyanın geleceği: İstenmeyen gebelikler. In E. Ö. Özçatal (Ed.), *Farklı disiplinler ışığında kadın çalışmaları: Güncel konular ve değerlendirmeler* (1st ed., pp. 255–269). Eğitim Yayınevi. Aghdam vd. (2022). Kadınlarda anksiyete ve depresyonun indüklenmiş kürtaj ve istenmeyen gebelik doğurma deneyimi ile karşılaştırılması. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*. <https://mj.tbzmed.ac.ir/Article/mj-30868>
- Asrat, D., Copas, A., & Olubukola, A. (2024). Exploring the association between unintended pregnancies and unmet contraceptive needs among Ugandan women of reproductive age: an analysis of the 2016 Uganda demographic and health survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/S12884-023-06222-Z/TABLES/5>
- Bal, M. D. (2024). İstenmeyen Gebelikler ve Aile Planlaması Hizmetlerinin Sunumunda Güncel Durum. *Türkiye Klinikleri Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği - Özel Konular*, 10(1), 8-13. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-istenmeyen-gebelikler-ve-aile-planlamasi-hizmetlerinin-sunumunda-guncel-durum-106717.html>
- Bawah, A. A., Sato, R., Asuming, P., Henry, E. G., Agula, C., Agyei-Asabere, C., Canning, D., & Shah, I. (2021). Contraceptive method use, discontinuation and failure rates among women aged 15-49 years: evidence from selected low income settings in Kumasi, Ghana. *Contraception and reproductive medicine*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/S40834-021-00151-Y>
- Bearak, J., Popinchalk, A., Alkema, L., & Sedgh, G. (2018). Global, regional, and sub-regional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet. Global health*, 6(4), e380-e389. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30029-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30029-9)
- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A. B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L., & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*, 8(9), e1152-e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
- Bilicen. (2021). *Doğurganlık Çağındaki Kadınların İstenmeyen Gebelik Karşısındaki Durum Ve Tutumları*.
- Bjelica, A., Bjelanovic, J., & Cetkovic, N. (2016). On the phenomenon of unintended pregnancy and its potential consequences. *Timocki medicinski glasnik*, 41(3), 208-213. <https://doi.org/10.5937/TMG1603208B>
- CDC. (t.y.). *İstenmeyen Gebelik | Üreme Sağlığı | CDC*. Geliş tarihi 06 Nisan 2025, gönderen <https://www.cdc.gov/reproductive-health/hcp/unintended-pregnancy/index.html>

- Cebe Ertaş, M., Lisans, Y., Danişman, T., & Aksu, H. (2024). *Hemşire ve Ebelerin Engelli Kadınların Üreme Sağlığına İlişkin Bilgi Ve Görüşleri*.
- Cheetham Juliet. (2022). Unwanted Pregnancy and Counselling - Juliet Cheetham - Google Kitaplar. İçinde *Unwanted Pregnancy and Counselling*. Routledge. [https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=YolFEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT15&dq=6.%09Cheetham,+J.+\(2022\).+Unwanted+Pregnancy+and+Counselling.+Taylor+%26+Francis.+https://www.google.com.tr/books/edition/Unwanted_Pregnancy_and_Counselling/YolFEAAQBAJ%3Fhl%3Dtr%26gbpv%3D1+\(E.T.:+05.05.2024\).&ots=ltJ-7usQG0&sig=kg2iyc8c8EpPIsZ22gIfGln47gw&redir_csc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=YolFEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT15&dq=6.%09Cheetham,+J.+(2022).+Unwanted+Pregnancy+and+Counselling.+Taylor+%26+Francis.+https://www.google.com.tr/books/edition/Unwanted_Pregnancy_and_Counselling/YolFEAAQBAJ%3Fhl%3Dtr%26gbpv%3D1+(E.T.:+05.05.2024).&ots=ltJ-7usQG0&sig=kg2iyc8c8EpPIsZ22gIfGln47gw&redir_csc=y#v=onepage&q&f=false)
- CİSÜ. (2021, Nisan 21). <https://cisuplatform.org.tr/cisu-rapor-tasarimi-dijital-2021/>
- Discacciati, V., Epstein, D., Musarella, N., Terrasa, S., Volij, C., & Volpi, M. (2020). La interrupción legal del embarazo en Argentina. *Evidencia, actualizacion en la práctica ambulatoria*, 23(1), e002050. <https://doi.org/10.51987/EVIDENCIA.V23I1.4278>
- Durrance, C. P., & Guldi, M. (2024). Unintended Fertility: Trends, Causes, Consequences. *Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finance*. <https://doi.org/10.1093/ACREFORE/9780190625979.013.921>
- Ficht, A. L., Komba, A., Bisimba, J., Mlangi, E., Dastur, S., Wheeler, T., & Srivastava, M. (2018). The time is now: Closing the pediatric treatment gap and building resilience among female sex workers and their children. *AIDS*, 32(14), 1913-1915. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001952>
- Ganatra, B., Gerds, C., Rossier, C., Johnson, B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z., & Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 390(10110), 2372-2381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)
- Gerds, C., Dobkin, L., Foster, D. G., & Schwarz, E. B. (2016). Side Effects, Physical Health Consequences, and Mortality Associated with Abortion and Birth after an Unwanted Pregnancy. *Women's Health Issues*, 26(1), 55-59. <https://doi.org/10.1016/J.WHI.2015.10.001>
- Goossens, J., Van Den Branden, Y., Van Der Sluys, L., Delbaere, I., Van Hecke, A., Verhaeghe, S., & Beeckman, D. (2016). The prevalence of unplanned pregnancy ending in birth, associated factors, and health outcomes. *Human Reproduction*, 31(12), 2821-2833. <https://doi.org/10.1093/HUMREP/DEW266>
- Hajizadeh, M., & Nghiem, S. (2020a). Does unwanted pregnancy lead to adverse health and healthcare utilization for mother and child? Evidence from low- and middle-income countries. *International Journal of Public Health*, 65. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01358-7>
- Hajizadeh, M., & Nghiem, S. (2020b). Does unwanted pregnancy lead to adverse health and healthcare utilization for mother and child? Evidence from low- and mid-

- dle-income countries. *International Journal of Public Health*, 65(4), 457-468. <https://doi.org/10.1007/S00038-020-01358-7/TABLES/3>
- Ibe, M., & Elijah, O. (2019). *Influence of Family Planning Media Programmes on the Knowledge, Attitudes and Practices of Residents of Enugu Metropolis*.
- Luchters, S., Bosire, W., Feng, A., Richter, M. L., King'ola, N., Ampt, F., Temmerman, M., & Chersich, M. F. (2016). "A Baby Was an Added Burden": Predictors and Consequences of Unintended Pregnancies for Female Sex Workers in Mombasa, Kenya: A Mixed-Methods Study. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162871>
- Maciej Serda, Becker, F. G., Cleary, M., Team, R. M., Holtermann, H., The, D., Agenda, N., Science, P., Sk, S. K., Hinnebusch, R., Hinnebusch A, R., Rabinovich, I., Olmert, Y., Uld, D. Q. G. L. Q., Ri, W. K. H. U., Lq, V., Frxqwu, W. K. H., Zklfk, E., Edvhg, L. V, ... ج. يمطاف. (2019). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018. *Univrsytet ślaski*, 7(1), 343-354. <https://doi.org/10.2/JQUERY.MIN.JS>
- Mary, A., Ooncil, L., Altuntaş, D., Şevval, A., & Kasım, K. (2020). *Türkiye'deki Kamu Hastanelerinde ve Araştırma Hastaneleri Devlet Hastaneleri İlçe Hastaneleri ve Şehir Hastaneleri Kürtaj Hizmetleri Araştırması Raporu-2020*.
- Morris, J. L., & Rushwan, H. (2015). Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131, S40-S42. <https://doi.org/10.1016/J.IJGO.2015.02.006>
- Motlagh, M. E., Nasrollahpour Shirvani, S. D., Hassanzadeh-Rostami, Z., Torkestani, F., Rabiee, S. M., Ashrafi Amir, H., & Radpooyan, L. (2020). Prevalence, Associated Factors and Consequences of Unwanted Pregnancy in Iran. *Iranian Journal of Public Health*, 49(8), 1530. <https://doi.org/10.18502/IJPH.V49I8.3897>
- Muso Fubam, R., Ademola Odugogbe, A.-T., & David Dairo, M. (2019). Psychological and Social Effects of Pregnancy in Unmarried Young Women in Bui, Northwest, Cameroon. *American Journal of Biomedical and Life Sciences*, 7(6), 190. <https://doi.org/10.11648/J.AJBLS.20190706.21>
- Noor, S., Anjum, S., & Ghuffar, A. (2018). *A study of knowledge, attitudes and practices of women regarding contraception*. 12(3). Geliş tarihi 04 Nisan 2025, gönderen http://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_medical_
- Opong-Darko, P., Amponsa-Achiano, K., & Darj, E. (2017). "I Am Ready and Willing to Provide the Service ... Though My Religion Frowns on Abortion"—Ghanaian Midwives' Mixed Attitudes to Abortion Services: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2017, Vol. 14, Page 1501, 14(12), 1501. <https://doi.org/10.3390/IJERPH14121501>
- Özçatal, E. Ö. (Ed.). (2024). *Farklı disiplinler ışığında kadın çalışmaları: Güncel konular ve değerlendirmeler* (1. basım). Eğitim Yayınevi. ISBN 9786256251540.
- Reich, J. A. (2022). Reconceiving unintended pregnancy : Considering context in sexual and reproductive decision making. İçinde *Introducing the New Sexuality Studies* (ss. 143-152). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003163329-19>
- Richter, M., Chersich, M., Temmerman, M., Luchters, S., LLM Chersich, M. M., &

- Llm, M. (2013). Characteristics, sexual behaviour and risk factors of female, male and transgender sex workers in South Africa. *South African Medical Journal*, 103(4), 246-251. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.6170>
- Scorgie, F., Chersich, M. F., Ntaganira, I., Gerbase, A., Lule, F., & Lo, Y. R. (2012). Socio-demographic characteristics and behavioral risk factors of female sex workers in sub-Saharan Africa: A systematic review. *AIDS and Behavior*, 16(4), 920-933. <https://doi.org/10.1007/S10461-011-9985-Z/METRICS>
- Sedgh, G., Singh, S., Shah, I. H., Hman, E., Henshaw, S. K., & Bankole, A. (2012). Induced abortion: Incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*, 379(9816), 625-632. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61786-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61786-8)
- Shaw, D., & Norman, W. V. (2020). When there are no abortion laws: A case study of Canada. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 62, 49-62. <https://doi.org/10.1016/J.BPOBGYN.2019.05.010>
- Sikaluzwe, M., Phiri, M., Lemba, M., Shasha, L., & Muhanga, M. (2024). Trends in prevalence and factors associated with unintended pregnancies in Zambia (2001–2018). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/S12884-024-06311-7/TABLES/3>
- Şenoğlu, A., Çoban, A., Karaçam, Z., Bakanlığı Adana İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı, S., & Menderes Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, A. (2019). Arşiv Kaynak Tarama Dergisi Archives Medical Review Journal İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Yapılan Düşüklerin Değerlendirilmesi Evaluation of Unintended Pregnancies and Induced Abortions. *Archives Medical Review Journal*, 28(4), 300-305. <https://doi.org/10.17827/aktd.474072>
- Türk, T., Orbay, E., Üniversitesi, S., Fakültesi, T., & Hekimliği, A. (2023). İstenmeyen gebelik öyküsü durumuna göre kadınların aile planlaması yöntem tercihlerinin incelenmesi Family planning method selections of women with and without unwanted pregnancy. *J ONE HEALTH RES Journal of One Health Research Original Article J One Health Res*, 1(1), 15-20. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7523961>
- Ulubaşoğlu, H., Şahinöz, S., Şahinöz, T., & Ulubaşoğlu, P. (2022). Hala önlenemeyen önemli bir halk sağlığı sorunu: İstenmeyen gebelikler ve epidemiyolojisi. *Jinekoloji-Obstetrik & Neonatoloji Tıp Dergisi*, 19(3), 1356-1362. <https://doi.org/10.38136/JGON.1001221>
- UNFPA. (2022, Nisan 6). <https://turkiye.unfpa.org/tr/news/istenmeyen-gebelikle-ilgili-7-yanlis-kani>
- Wale, A., Kassie, A., Solomon, N., & Girma, D. (2025). Exploring and determining traditional medicines used for bleeding control and termination of pregnancy among Suri people, South West Ethiopia, 2022: mixed method exploratory sequential study design. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 25(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/S12906-025-04795-0/FIGURES/5>
- Wang, H., Zou, Y., Liu, H., Chen, •Xueqian, & Wang, H. (2023). Analysis of unintended pregnancy and influencing factors among married women in China.

- China Population and Development Studies* 2023 7:1, 7(1), 15-36. <https://doi.org/10.1007/S42379-023-00126-3>
- Wasswa, R., Kabagenyi, A., & Atuhair, L. (2020). *Determinants of unintended pregnancies among currently married women in Uganda*. <https://doi.org/10.1186/s41043-020-00218-7>
- WHO. (2019, Ocak 25). *Aile planlaması hizmetlerindeki boşluklara bağlı yüksek istenmeyen gebelik oranları: Yeni DSÖ çalışması*. <https://www.who.int/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>
- WHO. (2024, Mayıs 17). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
- Yılmaz, C. (2019). Gebeliğin Sonlandırılmasında İzin Verilen Yasal Süreclere İlişkin Karşılaştırmalı İnceleme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 21(2), 3311-3324. <https://research.rug.nl/en/publications/gebeli%C4%9Fin-sonland%C4%B1r%C4%B1lmas%C4%B1nda-izin-verilen-yasal-s%C3%BCrelcre-ili%C5%9Fkin->
- Yilak, G., Kitaw, T. A., Abate, B. B., Zemariam, A. B., Alamaw, A. W., Lake, E. S., Ayele, M., Belay, A. S., Getie, A., & Tilahun, B. D. (2024). Magnitude, determinants, and adverse outcomes of unintended pregnancy among pregnant mothers in low- and middle-income countries: An umbrella review of systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 14, 04253. <https://doi.org/10.7189/JOGH.14.04253>
- Zureick, A., Khan, A., Chen, A., & Reyes, A. (2018). Physicians' challenges under El Salvador's criminal abortion prohibition. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143(1), 121-126. <https://doi.org/10.1002/IJGO.12596>

Kadın Ruh Sağlığı: Ergenlikten Yetişkinliğe

Nargizahon Erkaboeva¹,
Yeter Çuvadar Baş²

Özet

Kadın ruh sağlığı, biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenlerin karşılıklı etkileşimiyle şekillenen çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Bu kitap bölümünde, kadınlarda yaşam döngüsü boyunca ortaya çıkan ruhsal sorunlar çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemleri temelinde ele alınmıştır. Çocukluk döneminde istismar, ihmal ve şiddetin kısa ve uzun vadeli ruhsal etkileri, bağlanma bozuklukları ve cinsel kimlik gelişimine yansımaları tartışılmış; erken müdahale ve çok sektörlü önleme yaklaşımlarının önemi vurgulanmıştır. Ergenlik döneminde ise madde bağımlılığı, yeme bozuklukları ve adolesan gebelikler gibi hem ruhsal hem de üreme sağlığını etkileyen sorunlar ele alınmış; bu sorunların biyopsikososyal risk faktörleri ve uzun dönemli sonuçları değerlendirilmiştir. Yetişkinlik döneminde kadınlarda daha sık görülen depresyon, anksiyete bozuklukları, intihar davranışları, madde bağımlılığı ve cinsel işlev bozuklukları kapsamlı biçimde incelenmiştir. Ayrıca, premenstrüel sendrom (PMS) ve premenstrüel döneme özgü duygudurum değişikliklerinin kadın ruh sağlığı üzerindeki etkileri, hormonal dalgalanmalar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi bağlamında ele alınmıştır. Bölüm genelinde, kadınlara özgü ruhsal sorunların erken tanınması, cinsiyete duyarlı ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve koruyucu-önleyici yaklaşımların güçlendirilmesinin önemi vurgulanmaktadır. Bu çerçevede, kadın ruh sağlığının bütüncül ve yaşam döngüsü temelli bir bakış açısıyla ele alınması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

1. Giriş

Kadınların ruh sağlığı, biyolojik ve sosyal faktörlerin bir arada etkili olduğu çok faktörlü bir yapıya sahiptir. Kadınlarda ruhsal bozuklukların klinik profili, erkeklerle kıyaslandığında ruhsal hastalıkların dağılımında

1 YI Öğrencisi, Karabük Üniversitesi, nargizerkaboeva95@gmail.com, 0009-0004-5000-6360

2 Öğr. Görevlisi, Gedik Üniversitesi, yeter.cuvadar@gedik.edu.tr, 0000-0001-9020-1655

belirgin farklılıklar olduğunu göstermektedir; kadınlar belirli ruhsal sorunlara karşı daha savunmasızdır. Bu savunmasızlık yalnızca fizyolojik değişikliklerden değil, aynı zamanda yoksulluk, cinsel istismar, stres, yakın partner şiddeti gibi sosyal faktörlerden de kaynaklanabilir. Üreme dönemiyle ilişkili durumlar, özellikle gebelik ve doğum sonrası dönem, tedavi edilmeyen maternal depresyonun hem anne hem de bebek üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle özel önem taşır. Ayrıca, infertilite, kadın sterilizasyonu ve üreme yolu şikayetleri gibi üreme sağlığı sorunları da kadınlarda ruhsal sorun riskini artırmaktadır (Chandra ve ark., 2017).

Literatürde, kadınların erkeklere kıyasla psikiyatrik destek arayışında daha aktif olduklarını göstermektedir. Bunun sebepleri arasında, erkeklerin genellikle fiziksel sağlık sorunları için destek aramaları ve psikososyal sıkıntılarını ya da streslerini daha az ifade etmeleri gösterilmektedir (Çuvadar, 2022; Keskin, 2013). Günümüzde, kadın ruh sağlığının ortaya çıkardığı benzersiz zorluklarla başa çıkmak için ruh sağlığı programlarının cinsiyete duyarlı bir yaklaşımla tasarlanması kritik öneme sahiptir. Bunun yanında, hizmetlere erişimi artırma ve etkililiği geliştirme potansiyeline sahip yenilikçi hizmet sunum yöntemlerinin araştırılması, kadınlar için ruh sağlığı hizmetlerinin kapsamını ve etkinliğini artırabilir (Chandra ve ark., 2017).

2. Çocukluk Döneminde Ortaya Çıkan Ruhsal Sorunlar

2.1. Çocuk İstismarı, İhmal ve Şiddet

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre “çocuk istismarı, 18 yaşın altındaki çocuklara yönelik istismar ve ihmali ifade eder”. Sorumluluk, güven veya güç ilişkisi bağlamında çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine veya onuruna fiili veya potansiyel zarar veren her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal, ihmal ve ticari veya diğer sömürüyü kapsar (WHO, 2024). Cinsel istismarın çeşidi kadar; süresi, sıklığı ve faille olan ilişkisi de istismar deneyimini etkileyen faktörlerdendir (Emül ve ark., 2023). Beş yaşın altındaki her on çocuktan yaklaşık altısı (yaklaşık 400 milyon çocuk), ebeveynleri veya bakım verenleri tarafından düzenli olarak fiziksel ceza veya psikolojik şiddete maruz kalmaktadır (UNICEF, 2024a). Araştırmalar, her beş kadından birinin ve her yedi erkekten birinin çocukluk döneminde cinsel istismara uğradığını göstermektedir (UNICEF, 2024b). Çocuklara yönelik kötü muamele, yaşam boyu sürebilen hem fiziksel hem de zihinsel sağlık sorunlarına yol açabilir ve sosyal ile mesleki yaşamı etkileyerek ülke düzeyinde ekonomik ve sosyal kalkınmayı yavaşlatabilir. Çocuk istismarı çoğu zaman gizli kalmakta ve mağdurların yalnızca küçük bir kısmı sağlık profesyonellerinden yardım almaktadır. İstismara uğramış

çocukların yetişkinlikte başkalarına şiddet uygulama olasılıkları daha yüksek olup, bu durum şiddetin nesiller arası aktarımına yol açabilir. Çocuk istismarını önlemek mümkündür; etkili yöntemler arasında ebeveynlere destek sağlamak, pozitif ebeveynlik becerilerini teşvik etmek ve şiddet içeren cezaları yasaklayan yasaların uygulanmasını güçlendirmek yer almaktadır (Chandra ve ark., 2017).

Çocuklara yönelik istismar ve ihmalin hem kısa hem de uzun vadede ciddi fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık sorunlarına yol açtığı bilinmektedir. Bu etkiler arasında kafa travmaları ve ağır sakatlıklar, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, depresyon ve HIV gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar yer alır. Ergenlik çağındaki kızlar ayrıca jinekolojik sorunlar ve istenmeyen gebeliklerle karşılaşabilir. İstismar, bilişsel gelişimi ve akademik performansı olumsuz etkiler ve bulaşıcı olmayan hastalıklar için risk faktörleri olan alkol, sigara ve uyuşturucu kullanımına bağlı davranışlarla ilişkilidir (Chandra ve ark., 2017).

Erken yaşta yaşanan kötü muamele, aşırı stres yoluyla beyin ve bağışıklık sistemi gelişimini bozabilir. Bu çocuklar ileriki yaşamda şiddet uygulama veya maruz kalma, depresyon, obezite, yüksek riskli cinsel davranışlar ve madde kullanımı açısından daha yüksek risk altındadır. Ayrıca, çocuklukta şiddet görenlerin okuldan mezun olamama olasılığı %13 daha fazladır. Çocuk istismarı ve ihmali, sağlık ve sosyal hizmet maliyetleri ile eğitim ve uzun vadeli ekonomik yükler açısından da ciddi sonuçlar doğurmaktadır (Chandra ve ark., 2017).

2.1.1. Önleme

Çocuk istismarı ve ihmali, türü ne olursa olsun, çocuğun yaşamında kalıcı psikolojik ve fiziksel travmalara yol açarak bireyin sağlıklı gelişimini olumsuz etkiler ve toplumun genel ruhsal sağlığı üzerinde uzun vadeli sonuçlar doğurur. Bu nedenle, çocuklara yönelik istismar ve ihmal durumlarının erken dönemde fark edilmesi, önleyici girişimlerin zamanında başlatılması ve uygun yasal ve sosyal süreçlerin etkin biçimde uygulanması büyük önem taşımaktadır (Koyun ve ark., 2025). Çocuk istismarının önlenmesi ve müdahale edilmesi, çok sektörlü ve erken dönemde uygulanan yaklaşımlar gerektirir. Müdahaleler ne kadar erken yapılırsa, hem çocuklar (bilişsel, sosyal ve akademik gelişim) hem de toplum (suç ve riskli davranışların azalması) açısından faydaları o kadar büyük olur (Chandra ve ark., 2017).

Etkili önleme stratejileri şunları içerir:

- Ebeveyn ve bakıcı desteği: Ev ziyaretleri veya topluluk ortamında, besleyici ve şiddet içermeyen ebeveynlik becerilerini geliştiren eğitim ve destek programları.

- Eğitim ve yaşam becerileri: Çocukların dayanıklılığını artıran, risk faktörlerini azaltan kaliteli eğitim; cinsel istismarı önleme programları, olumlu okul ortamı ve ilişkileri güçlendiren müdahaleler.
- Normlar ve değerler: Zararlı toplumsal normları değiştirmek ve babaların besleyici rolünü teşvik etmek amacıyla toplumsal farkındalık ve eğitim programları.
- Yasaların uygulanması: Şiddet içeren cezaları yasaklayan ve çocukları cinsel istismardan koruyan düzenlemelerin uygulanması.
- Müdahale ve destek hizmetleri: Mağdurların ve ailelerinin erken tespiti ve sürekli destekle, kötü muamelenin tekrarlamasını önleme.

DSÖ, önleme ve müdahalelerin etkisini artırmak için dört adımlı bir halk sağlığı yaklaşımını önerir: sorunun tanımlanması, nedenlerin ve risk faktörlerinin belirlenmesi, riskleri azaltacak müdahalelerin tasarlanması ve test edilmesi ve etkili uygulamaların yaygınlaştırılması (Chandra ve ark., 2017).

2.2. Reaktif Bağlanma Bozuklukları

Reaktif bağlanma bozuklukları (RBB), genellikle 5 yaş öncesi çocuklarda görülen ve sosyal iletişim ile duygusal bağlanma süreçlerini etkileyen bir psikiyatrik durumdur. Bu bozukluk, çocuğun aile ortamından uzak büyümesi, yetersiz veya sağlıklı aile bakımı alması gibi erken dönem bakım eksikliklerinden kaynaklanmaktadır. Çocuk, gelişimsel olarak kritik dönemde fiziksel veya duygusal travmaya maruz kaldığında bağlanma mekanizmaları olumsuz etkilenir ve güvenli bağlanma oluşturma kapasitesi sınırlanır. Geçmişte, reaktif bağlanma bozukluklarının özellikle yetimhaneler veya aileden uzak bakım ortamlarında yetişen çocuklarda ortaya çıktığı düşünülmektedir, günümüzde ise, sağlıklı aile ortamlarının bulunmadığı, ihmale veya duygusal istismara maruz kalınan ev ortamlarında da bu bozukluğun gelişebileceğini göstermektedir. Bozukluğun klinik görünümü, çocukların sosyal ilişkiler kurma, duygularını ifade etme ve başkalarına güvenme kapasitelerinde belirgin zayıflıklarla karakterizedir. Ayrıca, RBB'ye sahip çocuklarda ilerleyen yaşlarda anksiyete, depresyon ve davranışsal sorunların görülme olasılığı artmaktadır. Bu bağlamda, erken müdahale ve destekleyici bakım ortamları, güvenli bağlanmanın sağlanması ve çocuğun duygusal gelişiminin korunması açısından kritik öneme sahiptir. Ebeveynlerin veya bakım verenlerin eğitimi, travmaya duyarlı bakım uygulamaları ve psikososyal destek programları, RBB'nin olumsuz etkilerini azaltmada etkili stratejiler olarak öne çıkmaktadır (Çuvadar, 2022).

2.3. Cinsel Kimlik Bozuklukları

Cinsel kimlik bozukluğu, bireyin doğuştan sahip olduğu biyolojik cinsiyeti veya toplumsal cinsiyet rolünü sürekli olarak rahatsız edici bulduğu bir durumdur. Bu bozukluğun ortaya çıkmasında aile tutumları, toplumsal öğrenme süreçleri, ebeveyn figürlerinin yetersizliği, çocukluk döneminde yaşanan cinsel travmalar ve aile beklentileri gibi faktörler etkili olabilir. Cinsel kimlik, kişinin kendini kadın veya erkek olarak nasıl algıladığını ve ifade ettiğini tanımlar. Sağlıklı bir cinsel kimliğe sahip birey, kendini açık ve tutarlı bir şekilde belirli bir cinsiyetle özdeşleştirir (Yüccetürk ve ark., 2025).

2.3.1. Cinsel Kimlik Uyuşmazlığı Belirtileri

Cinsel kimlik uyuşmazlığı olan çocuklarda gözlemlenen bazı davranış ve eğilimler şunlardır:

- Kendi biyolojik cinsiyetine karşılık gelmeyen cinsiyeti sürekli olarak ifade etme ve bu yönde ısrarcı olma.
- Karşı cinsin giysilerini, aksesuarlarını veya tarzlarını tercih etme.
- Oyun ve etkinliklerde karşı cinsin rollerini benimseme, kendi cinsiyetine ait rolleri reddetme.
- Karşı cinsin oyun ve aktivitelerine katılma isteği gösterme.
- Arkadaş seçimlerinde karşı cins yönünde tercih yapma.
- Erkek çocuklarda geleneksel erkek oyun ve spor aktivitelerinden kaçınma ve özellikle anne veya kadın figürüne aşırı bağlılık gösterme.
- Kız çocuklarda erkek giyim tarzını, konuşma ve davranış biçimlerini taklit etme; erkek ismiyle anılmayı isteme (APA, 2015; Yüccetürk ve ark., 2025).

3. Ergenlik Döneminde Ortaya Çıkan Ruhsal Sorunlar

3.1. Madde Bağımlılığı

Dünya Sağlık Örgütü madde bağımlılığı kavramını “kullanılan bir psikoaktif maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelerden belirgin olarak daha yüksek bir öncelik tanıma davranışı” olarak tanımlamıştır (WHO, 2025).

Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde, sigara ve alkol kullanımı kimi zaman “büyümenin” ya da olgunlaşmanın bir göstergesi olarak algılanmakta ve bu nedenle kullanım sıklığının giderek arttığı görülmektedir. Buna ek olarak, özellikle esrar ve ekstazi gibi yasa dışı maddelerin kullanımında da artan

bir eğilim gözlenmektedir (WHO, 2025). Söz konusu dönemde başlayan bu riskli davranış biçimleri, erken yaşta edinilen alışkanlıklar nedeniyle bireyin ilerleyen yaşam dönemlerinde de devam etme eğilimi göstermektedir (Duyan & Gövebakan, 2021). Bu süreçte anne-baba ilişkileri, kişilik özellikleri, heyecan arayışı, risk alma eğilimi, akran grubunda madde kullanımı, ebeveynlerin tutumları ve aile ortamının niteliği gibi faktörler madde kullanım davranışının gelişiminde belirleyici rol oynamaktadır. Ayrıca, bazı çalışmalar ekonomik olarak desteklenen kız ergenlerin daha pahalı maddeleri tercih ettiklerini ve bu maddeleri genellikle grup ortamlarında, özellikle ev partilerinde kullandıklarını göstermektedir. Erken yaşta başlayan bu riskli davranış örüntüsü, bireyin yetişkinlik döneminde de madde kullanımını sürdürmesine zemin hazırlayabilmektedir (Koyun ve ark., 2025).

3.2. Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Ergenlik döneminde, özellikle kız çocuklarında beden imajı ve dış görünüşe ilişkin hassasiyetin artması, kilo kontrolü amacıyla yapılan bilinçsiz diyet uygulamalarıyla birleştiğinde yeme bozukluklarının ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Bu bozukluklar, ruhsal süreçler ile bedensel tepkiler arasındaki dengenin bozulduğu psikosomatik duyarlılıklara örnek teşkil eder. Bireyin bedenini ve duygularını bütüncül bir şekilde algılayamaması, ruh-beden bütünlüğünün zayıflamasına neden olur. Bu kişiler genellikle duygularını sözel olarak ifade etmekte zorlandıkları için, yaşadıkları içsel çatışmaları fiziksel yollarla dışa vururlar. Duygusal gerilimlerini bastıramayan bireyler, kimi zaman yeme davranışı üzerinden bir kontrol mekanizması geliştirir. Bu durum, besin alımını aşırı kısıtladıkları anoreksiya nervoza ya da aşırı yemek yeme sonrası çıkarmayla denge kurmaya çalıştıkları bulimia nervoza biçiminde kendini gösterebilir. Yapılan araştırmalara göre anoreksiya nervoza ergen kızlarda yaklaşık %0,5–1, bulimia nervoza ise %1–3 oranında görülmektedir (Çuvadar, 2022).

Yeme bozuklukları yalnızca psikolojik değil, aynı zamanda fizyolojik sistemleri de etkileyen ciddi sağlık sorunlarıdır. Bu durum endokrin ve metabolik dengesizliklere, elektrolit bozukluklarına, hipoglisemi ataklarına, gecikmiş ergenlik, menstrual düzensizlikler ve tiroid fonksiyon bozuklukları gibi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu nedenle yeme bozuklukları, erken tanı ve psikososyal destek gerektiren multidisipliner bir sorun olarak ele alınmalıdır (Çuvadar, 2022). Ayrıca, yeme bozukluğu tanısı alan bireylerde sıklıkla eşzamanlı başka psikiyatrik bozuklukların da görüldüğü bildirilmektedir. Literatürde yeme bozuklukları ile majör depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Bu bireylerin benlik algılarının genellikle normal popülasyona kıyasla daha düşük olduğu

ve bu durumun depresyonun gelişiminde etkili bir faktör olabileceği öne sürülmektedir (Koyun ve ark., 2025).

3.2.1. Anoreksiya Nervoz

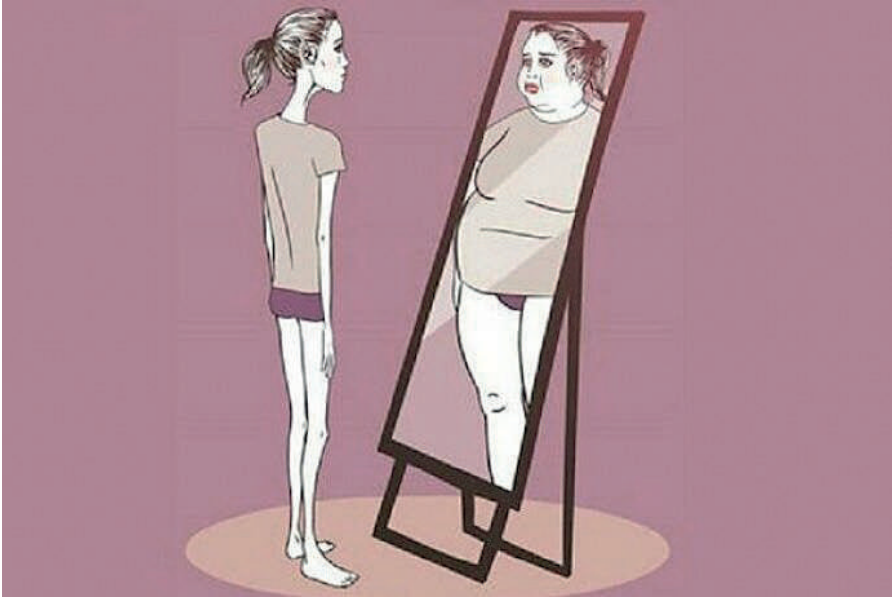
Yunanca “iştah kaybı” anlamına gelen ve sinirsel kökeni vurgulayan “nervoz” sözcüğünden türeyen anoreksiya nervoz, bireyin beden algısındaki bozulma ve kilo alma korkusu ile karakterize ciddi bir yeme bozukluğudur (APA, 2022). Günümüz kadınlarında toplumsal normlar ve medya etkisiyle “zayıf beden ideali” giderek yaygınlaşmış, bu durum genç kadınların kilo kontrolü uğruna aşırı çabalara yönelmesine neden olmuştur (Koyun ve ark., 2025). Anoreksiya nervoz, kilo kaybı, büyüme sürecinde uygun ağırlığa ulaşmayı reddetme, kilo almaktan yoğun korku duyma, bedenini olduğundan kilolu algılama ve amenore gibi belirtilerle seyretmektedir (Çuvadar, 2022).

Kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülen bu bozukluk, genellikle ergenlik döneminde başlamakta ve kadınlığa geçiş sürecindeki psikolojik çatışmalarla ilişkilendirilmektedir. Bilinçsiz diyet uygulamaları sonucu hızlı kilo kaybı, hormonal ve metabolik dengesizliklere yol açarak tüm vücut sistemlerini olumsuz etkileyebilmektedir. Bunun sonucunda elektrolit bozuklukları, hipoglisemik ataklar, ergenliğin gecikmesi, menstrual düzensizlikler (oligomenore, amenore) ve tiroid fonksiyon bozuklukları gibi sağlık sorunları gelişebilmektedir (Çuvadar, 2022).

Tanı ölçütlerinde birkaç küçük ama önemli değişiklik yapılmıştır:

Kriter A, artık kilo alımını engellemeye yönelik davranışlara, örneğin kalori alımını kısıtlamaya odaklanmaktadır ve “kilo korumayı reddetme” ifadesi kaldırılmıştır. Çünkü “reddetme” sözcüğü hastanın bilinçli bir niyet taşıdığını ima eder ve bu durumun değerlendirilmesi her zaman kolay değildir.

DSM-IV’te yer alan ve en az üç adet döngüsünün olmaması (amenore) koşulunu içeren Kriter D çıkarılmıştır. Bu ölçüt; erkeklere, menarş öncesi kız çocuklarına, doğum kontrol hapı kullanan kadınlara ve menopoz sonrası dönemdeki kadınlara uygulanamaz. Ayrıca, bazı bireyler anoreksiya nervozanın tüm diğer belirtilerini taşımasına rağmen menstrüel döngülerinin kısmen devam ettiğini bildirmektedir (APA, 2022).



Şekil 1. Anoreksiya Nervosa

(<https://duruyasampsikoloji.com/hizmetlerimiz/yeme-bozukluklari/anoreksiya-nervosa>)

3.2.2. Bulimia Nervosa (Bulimia Nervosa)

Yunanca ‘ököz açlığı’ ve Latince ‘nervoz’ terimlerinden meydana gelen bir kelimedir.² Bulimia nervosa, sık sık ortaya çıkan tıknırcasına yeme atakları ve bunu takiben kilo alımını önlemek amacıyla kendini kusturma gibi uygunsuz davranışlarla karakterizedir. DSM-5 kriterlerinde, DSM-IV’te haftada iki kez olarak belirtilen tıknırcasına yeme ve telafi edici davranışların görülme sıklığı haftada bir kez olarak azaltılmıştır (APA, 2022).



Şekil 2. Bulimia Nervosa

(<https://www.evimdeterapi.com/blog/bulimia-nervosa-nedir/>)

3.3. Üreme Sağlığına Yönelik Sorunlar

Adolesanlık, bireyin çocukluktan yetişkinliğe geçiş sürecini tanımlayan bir dönemdir ve DSÖ tarafından 10–19 yaş aralığı olarak kabul edilmektedir (Güzel ve ark., 2016). Erken yaşta gerçekleşen gebelikler, istenmeyen gebelikler, yasadışı düşükler, düşüklerle bağlı komplikasyonlar ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, genç nüfusta üreme sağlığı sorunlarının başlıca nedenlerini oluşturmaktadır. Türkiye’de ergenlik döneminde yaşanan gebeliklerin önemli bir kısmı, kültürel faktörlerin etkisiyle erken yaşta yapılan evliliklerden kaynaklanmaktadır. Ülke verilerine göre, 15–19 yaş grubundaki kadınların yaklaşık %2,5’i evlilik yapmakta ve bu kadınların %6’sı anne olmaktadır. Bu dönemde ergenler, kendi kimlik gelişimlerini sürdürürken aynı zamanda anne olma sorumluluğuyla karşı karşıya kalmakta ve gebeliğin devam edip etmeyeceği konusunda karmaşık duygular yaşayabilmektedir (Taşkın, 2020).

Ayrıca, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde toplumsal sağlık açısından önemli bir sorun oluşturan adolesan gebelikler hem annenin hem de bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu gebelikler yüksek riskli olarak değerlendirilmektedir ve hem sağlık hem de sosyal açıdan çeşitli komplikasyonlara yol açabilmektedir (Güzel ve ark., 2016).

4. Yetişkinlik Döneminde Ortaya Çıkan Ruhsal Sorunlar

4.1. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları

Epidemiyolojik ve klinik araştırmalar, depresyonun farklı kültürlerde kadınlarda erkeklerden yaklaşık iki kat daha sık görüldüğünü göstermektedir. Ergenlik öncesi ve ileri yaşlarda, kadın ve erkeklerde depresyon görülme sıklığı benzerdir. Cinsiyetler arasındaki farkın genellikle ergenlik sonrasında ortaya çıkması ve menopoza sonrası azalması, kadınların depresyona karşı daha yüksek duyarlılığında hormonal faktörlerin rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, ergenlik sonrası toplumdaki psikolojik durum ve toplumsal roller, kadınları stres dönemlerinde daha savunmasız bir konuma getirebilir. Depresyonun kadınlarda belirtileri erkeklerden farklılık gösterebilir; sıkça tıbben açıklanamayan ağrı ve rahatsızlıklarla kendini gösterebilir. Kadınlarda depresyonun başlangıcı genellikle ergenliğin ortalarına denk gelirken, erkeklerde çoğunlukla yirmili yaşlarda başlamaktadır. Kadınlarda depresyon daha tekrarlayıcı olma eğilimindedir ve bireysel ataklar daha uzun sürebilir. Ayrıca tiroid hastalıkları, migren ve romatolojik bozukluklar gibi eşlik eden tıbbi durumlar kadınlarda daha yaygındır. Kadınlarda depresyon sıklıkla başka psikiyatrik bozukluklarla, özellikle panik bozukluk ve basit fobilerle birlikte görülür; yeme bozuklukları ve kişilik bozuklukları da depresyon

ile ilişkili olarak işlevsellik kaybını artırabilir ve tanı koymayı güçleştirebilir (Chandra ve ark., 2017).

Anksiyete bozuklukları arasında yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, fobiler ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) yer almaktadır ve her bir bozukluk kategorisinde kadınların sayısı erkeklerden fazladır. Erkeklerle yalnızca TSSB geliştirme açısından daha yüksek risk taşımakla kalmaz, aynı zamanda erkeklerle kıyasla uzun süreli TSSB geliştirme olasılıkları da daha yüksektir ve bu bozukluklarda tıbbi ve psikiyatrik eşlik eden problemlerin görülme oranı kadınlarda daha fazladır (Chandra ve ark., 2017).

4.2. İntihar

İntihar davranışları, kadınlar arasında küresel hastalık yüküne önemli katkıda bulunan başlıca faktörlerden biri olarak tanımlanmaktadır. Her ne kadar erkeklerin intihar sonucu ölüm riski kadınlardan dört kat daha yüksek olsa da kadınlar intihar girişimini erkeklerle göre yaklaşık iki-üç kat daha sık bildirmektedir. Kendine zarar verme davranışları, intihar dahil olmak üzere, dünya genelinde kadınlar için hastalık yükünün en önemli 10 nedeni arasında 9. sırada yer almaktadır. İngiltere’de doğum sonrası ilk yıl maternal mortalite nedenlerini inceleyen yakın tarihli bir çalışmada, kadınlarda doğumdan sonraki ilk yıl içerisinde ölüme en sık yol açan nedenin intihar olduğu bildirilmiştir. Dünya genelinde, 15–29 yaş arasındaki kadınlarda intihar, ikinci önde gelen ölüm nedenidir. Niyetli olarak kendine zarar verme davranışları, intihar dahil, dünya çapında kadınlar için önde gelen ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada ve hastalık yükünün en önemli 10 nedeni arasında dokuzuncu sırada yer almaktadır (Ribeiro ve ark., 2008).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan araştırmalar, kadınlarda intihar düşüncesi yaygınlığının %1,9 ile %13,6 arasında değiştiğini ve intihar girişimlerinin ise %1 ile %8 arasında değişiklik gösterdiğini raporlamaktadır. Kadınlarda intihar düşüncesi ve girişimi riskini artıran faktörler arasında olumsuz çocukluk deneyimleri, genç yaş, boşanmış, dul veya ayrı yaşamak, yakın partner şiddeti ve partner dışı fiziksel şiddet önemli rol oynamaktadır (Devries ve ark., 2011). İntiharın önlenmesi bağlamında uygulanabilecek başlıca müdahale stratejileri arasında topluluk temelli önleme girişimleri, “gatekeeper” eğitimi ve bilinçlendirme programları yer almaktadır (Chandra ve ark., 2017).

4.3. Madde Bağımlılığı

Çeşitli çalışmalar, tüm madde kullanım oranlarında erkeklerin kadınlardan

belirgin şekilde fazla olduğunu göstermektedir. Ancak, son yıllarda bu farkın azaldığı gözlemlenmektedir. Kadınlarda madde kullanımına bağlı komplikasyonlar; alkolik karaciğer hastalığı, bilişsel bozukluklar da dahil nörolojik problemler ve madde kullanımının cinsel ve üreme sağlığı üzerindeki olumsuz etkiler ciddi işlev kayıplarına yol açmaktadır. Kadınlarda madde kullanım bozukluklarıyla birlikte ruh hali ve anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi durumların yüksek oranda eşlik etmesi, tedavi ve iyileşme sürecini daha da karmaşık hâle getirmektedir (Chandra ve ark., 2017).

Kadınlarda maddeye başlama ile kötüye kullanım ve bağımlılığa geçiş süreci erkeklere kıyasla daha hızlı ilerlemekte ve klinik profilleri daha şiddetli olabilmektedir. Bu olgu, “teleskopik ilerleme” (telescoping) olarak adlandırılmakta ve kadınların, erkeklere göre daha kısa sürede ve daha az miktarda madde tüketmelerine rağmen tıbbi, davranışsal, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşama riskini artırmaktadır.¹ Alkol ve diğer maddelere başlama nedenleri de cinsiyete göre farklılık göstermektedir; erkekler genellikle “keyif almak” amacıyla alkol tüketirken, kadınlarda depresif belirtiler nedeniyle alkol kullanımı daha yaygındır. Benzer farklılıklar eroin ve diğer maddelerde de gözlemlenmektedir. Kadınlar ayrıca madde bağımlılığı ile ilgili damgalanma ve sosyal stigma ile daha fazla karşılaşmaktadır. Çocuk bakımı, gebelik, şiddet ve eşlik eden psikiyatrik bozukluklar gibi kadınlara özgü ihtiyaçları hedefleyen cinsiyete özel tedavi yaklaşımları geliştirilmekte olsa da bu yöntemlerin etkinliğini belirlemeye yönelik araştırmalar hâlen yetersizdir (Greenfield ve ark., 2010).

4.4. Cinsel İşlev Bozuklukları

Kadın cinsel işlev bozuklukları; hipoaktif cinsel istek bozukluğu, cinsel ilgi ve uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu, genitopelvik ağrı/birleşme bozukluğu, dispareni, vajinismus ve cinsel kaygı olarak sınıflandırılmaktadır (APA, 2013). Cinsel işlev bozukluğunun yaygınlığı bölgelere göre değişmekle birlikte, kadınların %30 ila %50’sinde görüldüğü bildirilmiştir (Çuvadar & Özcan, 2025).

4.4.1. Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu

Bu bozukluk, kadının cinsel istek, fantezi ve düşüncelerinde belirgin ve sürekli azalma veya yokluk yaşamalarıyla karakterizedir. Semptomlar en az altı ay sürmeli ve klinik olarak anlamlı sıkıntıya yol açmalıdır (Yüctürk ve ark., 2025).

4.4.2. Cinsel İlgi ve Uyarılma Bozukluğu

Kadınlarda cinsel ilgi ve uyarılma eksikliği ile kendini gösterir. Fiziksel olarak vajinal nemlenmede azalma ve genital kan akışının düşmesi gözlemlenebilir. Bu durum, cinsel düşüncelerde azalma ve genital yanıt yetersizliği ile ilişkilidir (APA, 2013).

4.4.3. Orgazm Bozukluğu

Kadın, yeterli uyarı ve stimülasyona rağmen orgazmı gecikmeli, azalmış veya hiç deneyimlemeyebilir. Bu durum, en az altı ay sürmeli ve klinik açıdan belirgin sıkıntı yaratmalıdır (APA, 2013).

4.4.4. Genitopelvik Ağrı/Birleşme Bozukluğu

Cinsel ilişki sırasında vajinal girişte ağrı, pelvik kas spazmları (vajinismus) veya rahatsızlık ile ortaya çıkar. Bu durum, cinsel aktivitenin sürdürülmesini zorlaştırabilir veya engelleyebilir (APA, 2013).

4.4.5. Disparoni

Cinsel ilişki sırasında genital bölgede ağrı hissedilmesidir. Genellikle organik veya psikojenik nedenlerle ilişkilidir ve cinsel yaşamı olumsuz etkiler (APA, 2013).

4.4.6. Vajinismus

Vajinismus, vajinanın dış üçte birlik bölümündeki pelvik taban kaslarının istemsiz şekilde kasılması ile cinsel birleşmeyi engelleyen veya zorlaştıran tekrarlayıcı bir durumdur (Çuvadar & Çuvadar Baş, 2022; UNICEF, 2024b).

4.4.7. Cinsel Kaygı

Cinsel kaygı, bireyin cinsel ilişki öncesinde veya sırasında yoğun anksiyete, öz-değerlilikte azalma ve olumsuz duygulanım yaşamasıyla tanımlanan psikoseksüel bir durumdur (Yüçetürk ve ark., 2025).

Tablo 1. Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluklarının Nedenleri (Yücctürk ve ark., 2025).	
Faktörler	Nedenleri
Biyolojik Faktörler	Kronik hastalıklar (diyabet, hipertansiyon vb.) Sürekli ilaç kullanımı (örn. antidepresanlar) Hormonal değişiklikler (gebelik, doğum sonrası, menopoz) Endokrin bozukluklar Nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar (örn. depresyon)
Psikolojik Faktörler	Cinsel travmalar (taciz, tecavüz vb.) Cinselliğe ilişkin suçluluk, utanç Edilgen kişilik, özsaygı eksikliği Cinsel kimlik ve yönelimle ilgili çatışmalar Partnerle ilgisizlik, ilişkisel doyumsuzluk
Sosyal ve Kültürel Faktörler	Yetersiz cinsel eğitim Cinselliğin tabu olarak görülmesi Kadının kendi bedenine yabancılaşması Toplumsal cinsiyet rolleri ve baskılar Bilgiye erişim eksikliği, kültürel normlar
Cinsel Fanteziler ve Kişisel Cinsel Gelişim	Mastürbasyon ve fantezilerle cinsel farkındalık kazanımı Cinsel yaşamın monotonluktan uzaklaştırılması Kültürel baskılar nedeniyle bastırma ve suçluluk duygusu

4.5. Premenstrüel Disforik Bozukluk (PMDB)

Premenstrüel Disforik Bozukluk, ovulatuvar adet döngüsü sırasında cinsel hormon düzeylerindeki değişimlerle tetiklenen ve hem bedensel hem de psikolojik belirtilerle kendini gösteren bir durumdur. PMDB, premenstrüel sendromun daha şiddetli formu olarak kabul edilir ve belirgin belirtiler arasında irritabilite, sinirlilik, gerginlik, disfori ve duygu-durum dalgalanmaları bulunur. Kadınların büyük çoğunluğu premenstrüel dönemde hafif duygudurum ve uyku değişiklikleri veya bedensel belirtiler yaşasa da PMDB daha nadir görülür. Tedavi genellikle semptomlara yöneliktir; ağrı için analjezikler, anksiyete ve uykusuzluk için sedatifler kullanılabilir ve bazı hastalar kısa süreli Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) tedavisine yanıt verebilir. Sıvı retansiyonu durumunda diüretik tedavi uygulanabilir (Çuvadar, 2022).



Şekil 3. Premenstrüel Disforik Bozukluk
(<https://theforgerecovery.com/mental-disorders/premenstrual-dysphoric-disorder/>).



Şekil 4. Premenstrüel Sendrom (<https://www.nihankarakaya.com/jinekoloji/premenstruel-sendrom-pms-adet-oncesi-gerilim-sendromu/>).

4.6. Premenstrüel Sendrom (PMS)

Premenstrüel sendrom, adet döngüsünün luteal fazında ortaya çıkan

ve menstruasyonla birlikte kaybolan veya belirgin şekilde azalan fiziksel, davranışsal ve psikolojik belirtilerle tanımlanır. Bu belirtiler, alta yatan bir psikiyatrik hastalığa bağlı olmaksızın rahatsızlık yaratır. PMDB ile PMS arasındaki ayrım için standart bir ölçüt bulunmamakla birlikte, semptom yoğunluğu ve sıklığı PMDB'den farklılık gösterir. PMS görülme sıklığı dünya genelinde değişkenlik göstermekle birlikte, bazı Asya ülkelerinde %60-80 civarında, Türkiye'de yaklaşık %66 civarında raporlanmaktadır (Çuvadar, 2022).

5. Sonuç ve Öneriler

Kadın yaşam döngüsü; ergenlik, üreme çağı ve menopoza gibi biyolojik olarak belirgin dönemleri kapsamakla birlikte, her evre kendine özgü psikososyal dinamikleriyle ruhsal sağlığı farklı biçimlerde etkilemektedir. Ergenlik döneminde hormonal dalgalanmalar, kimlik gelişimi, bedensel değişimlere uyum ve toplumsal beklentiler, genç kızlarda anksiyete, depresyon ve beden algısı bozuklukları gibi sorunlara zemin hazırlayabilmektedir. Üreme çağına ise fertilité, gebelik, doğum ve cinsellikle ilgili süreçler kadınların ruhsal durumlarını doğrudan etkileyen kritik yaşam olayları arasında yer alır. Bu dönemde hormonal değişimlerin yanı sıra toplumsal roller, annelik sorumlulukları ve partner ilişkileri, kadının duygusal iyi oluş düzeyini şekillendirir.

Cinsel işlev bozuklukları, özellikle dispareni ve vajinismus gibi durumlar, kadınların yalnızca cinsel yaşamlarını değil, benlik algılarını ve partner ilişkilerini de olumsuz yönde etkileyerek depresif belirtiler, anksiyete ve özgüven kaybı gibi psikolojik sonuçlara yol açabilmektedir. Bu nedenle, cinsel sağlığın değerlendirilmesi yalnızca fizyolojik değil, psikososyal bir yaklaşım gerektirmektedir.

Genel olarak, kadın yaşam döngüsünde ruhsal sorunların temelinde biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimi bulunmaktadır. Bu nedenle kadın ruh sağlığının korunmasında multidisipliner yaklaşım önemlidir. Sağlık profesyonellerinin her yaş dönemine özgü psikososyal riskleri tanıması, erken dönemde müdahale ve yönlendirme yapabilmesi, ruhsal hastalıkların önlenmesinde belirleyici bir role sahiptir. Öneriler;

- ✓ Kadın yaşam döngüsünün her evresine özgü ruhsal değerlendirme protokolleri geliştirilmelidir.
- ✓ Ergenlik döneminde ruhsal destek ve beden algısı farkındalığını güçlendiren okul temelli programlar yaygınlaştırılmalıdır.
- ✓ Üreme çağındaki kadınlara yönelik cinsel sağlık ve psikolojik danışmanlık hizmetleri bütüncül bir yaklaşımla sunulmalıdır.

- ✓ Cinsel işlev bozukluklarında biyopsikososyal model esas alınmalı, kadınların mahremiyetine duyarlı terapötik yaklaşımlar benimsenmelidir.
- ✓ Toplumda kadın sağlığına yönelik farkındalığı artırmak amacıyla, sağlık eğitimi ve medya aracılığıyla bilgilendirme çalışmaları yürütülmelidir.

Sağlık profesyonellerinin (ebe, hemşire, psikolog, hekim vb.) kadın yaşam döngüsündeki ruhsal değişimlere ilişkin bilgi ve duyarlılıkları hizmet içi eğitimlerle güçlendirilmelidir.

Kaynaklar

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR): Feeding and eating disorders. https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Eating-Disorders.pdf
- American Psychological Association. (2015). Gender dysphoria. *American Psychologist*, 70(9), 832–864.
- Chandra, P. S., Varghese, M., & Supraja, T. A. (2017). Women's mental health. In *International encyclopedia of public health* (2nd ed., Vol. 7, pp. 435–443). Elsevier. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00496-3>
- Çuvadar, A. (2022). Yaşam dönemlerine göre kadın ruh sağlığı. In *Sağlık bilimlerinde araştırma ve değerlendirmeler-II* (pp. 331–345). Gece Kitaplığı.
- Çuvadar, A., & Çuvadar Baş, Y. (2022). Nursing/midwifery management in women with vaginismus. In D. Atik (Ed.), *New trends in health sciences* (Bölüm 17). ISBN: 978-625-8261-64-6
- Çuvadar, A., & Özcan, H. (2025). The effect of mindfulness-based cognitive therapies on sexual function, sexual distress, and depression in women: A meta-analysis study. *International Journal of Sexual Health*, 37(1), 46–59. <https://doi.org/10.1080/19317611.2024.2414064>
- Devries, K., Watts, C., Yoshihama, M., Kiss, L., Schraiber, L. B., Deyessa, N., Heise, L., Durand, J., Mbawambo, J., Jansen, H., Berhane, Y., Ellsberg, M., & Garcia-Moreno, C. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*, 73(1), 79–86.
- Duyan, V., & Gövbakan, R. (2021). *Madde bağımlılığı ve aile*. Yeni İnsan Yayınevi.
- Emül, E., Özerdoğan, N., & Kılıç, K. N. (2023). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarının Belirtileri, Açığa Çıkarılmasının Önündeki Engeller. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 4(3), 520-538.
- Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K., & Brady, K. T. (2010). Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 339–355.
- Güzcel, A. İ., Tokmak, A., & Üstün, Y. E. (2016). Adolesan gebelikler. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(1), 28–31.
- Keskin, A., Ünlüoğlu, İ., Bilge, U., & Yenilmez, Ç. (2013). Ruhsal bozuklukların yaygınlığı, cinsiyetlere göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50, 344–351.

- Koyun, M., Uzşen, H., & Tural Büyük, E. (2025). Çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerinin tanımlanmasına yönelik vaka tartışması yöntemi ile verilen eğitimin etkisi: Yarı deneysel bir araştırma. *Ege Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 41(1), 88–94. <https://doi.org/10.53490/egchemsirc.1254687>
- Ribeiro, P. S., Jacobsen, K. H., Mathers, C. D., & Garcia-Moreno, C. (2008). Priorities for women's health from the Global Burden of Disease study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 102(1), 82–90.
- Taşkın, L. (2020). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği* (16. baskı, ss. 584–592). Akademisyen Kitapevi.
- UNICEF. (2024a, June 11). *Nearly 400 million young children worldwide regularly experience violent discipline at home*. <https://www.unicef.org/press-releases/nearly-400-million-young-children-worldwide-regularly-experience-violent-discipline>
- UNICEF. (2024b). *Sexual violence*. <https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/sexual-violence/>
- World Health Organization. (2024). *Child maltreatment*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- World Health Organization. (2025). *Alcohol, drugs and addictive behaviours*. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/terminology>
- Yücetürk, S., Çuvadar, A., Özçalkap, N., & Baş, Y. Ç. (2025). Cinsel gelişim. In *Ebelik öğrencileri için cinsel sağlık ve üreme sağlığı* (Bölüm 2). Akademisyen Yayınevi. ISBN: 978-625-375-583-6.
- Şekil 1. <https://duruyasampsikoloji.com/hizmetlerimiz/ycmc-bozukluklari/anoreksiya-nervoza>
- Şekil 2. <https://www.evimdeterapi.com/blog/bulimia-nervoza-nedir/>
- Şekil 3. <https://www.nihankarakaya.com/jinekoloji/premenstruel-sendrom-pms-adet-oncesi-gerilim-sendromu/>

Menopozda Biyolojik Değişimler ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri

Rukiye Karabacak¹,
Yeter Çuvadar Baş²

Özet

Menopoz dönemi, kadınların biyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda çok boyutlu değişimler yaşadığı ve bu nedenle ruhsal sağlık açısından hassas bir geçiş süreci olarak değerlendirilmektedir. Bu dönemde özellikle östrojen ve progesteron düzeylerindeki azalmaya bağlı olarak depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları ve duygudurum dalgalanmaları sık görülmektedir. Bununla birlikte, menopozal dönemde ortaya çıkan ruhsal belirtilerin şiddeti yalnızca hormonal değişimlerle açıklanamamakta; bireysel farklılıklar, yaşam tarzı, sosyokültürel yapı, sosyal destek düzeyi ve sağlık algısı gibi psikososyal etmenlerden de önemli ölçüde etkilenmektedir. Güncel araştırmalar, menopoz sürecinde ruhsal belirtilerin yönetiminde kanıta dayalı ve bireyselleştirilmiş yaklaşımların önemini vurgulamaktadır. Bu kapsamda hormon replasman tedavisi, bilişsel davranışçı terapi, mindfulness temelli müdahaleler ve SSRI/SNRI grubu farmakolojik tedaviler, bireyin semptom profili ve risk faktörleri doğrultusunda planlanması gereken başlıca seçenekler arasında yer almaktadır. Etkili bir bakım yaklaşımı, farmakolojik müdahalelerle sınırlı kalmayıp yaşam tarzı düzenlemeleri, psikososyal destek ve sosyal kaynakların güçlendirilmesini içeren bütüncül bir modeli gerektirmektedir. Sonuç olarak, menopoz döneminde ruhsal sağlığın korunması ve geliştirilmesi; multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmalı, bireyin özgün gereksinimlerine göre şekillendirilmeli ve güncel bilimsel kanıtlar doğrultusunda yürütülmelidir.

1 YI Öğrencisi, Karabük Üniversitesi, y.agm.ur87@hotmail.com, 0009-0005-9503-3650

2 Öğr. Görevlisi, Gedik Üniversitesi, yeter.cuvadar@gedik.edu.tr, 0000-0001-9020-1655

1. Giriş

Menopoz, kadınların üreme döneminin doğal ve geri dönüşsüz biçimde sona ermesini temsil eden biyolojik bir geçiş sürecidir. Bu süreç, yumurtalık fonksiyonlarındaki azalmaya bağlı olarak menstrüasyonun kalıcı şekilde sonlanmasıyla tanımlanır (Çuvadar ve ark., 2024). Bir kadının doğurganlık döneminin sona erdiği bu evre, gebelik, emzirme ya da geçici hormonal düzensizlikler dışlandıktan sonra, en az 12 ay süreyle adet görmeme durumu ile klinik olarak menopoz olarak kabul edilmektedir (Speroff & Fritz, 2005). Dünya genelinde ortalama menopoz yaşı 45–52 arasında değişmektedir (Çuvadar, 2022a). Amerika Birleşik Devletleri'nde menopozun ortalama görülme yaşı 51 iken, Türkiye Menopoz Derneği'nin bildirdiği verilere göre bu yaş ortalama 47'dir (Yüçetürk ve ark., 2025).

Menopoz, hormonal dalgalanmalarla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler ve ruhsal belirtiler nedeniyle kadın yaşamında önemli bir geçiş dönemi olarak değerlendirilmektedir (Takahashi & Johnson, 2015). Menopoz döneminde ruhsal belirtilerin sıklığında artış ile özellikle depresyon, anksiyete, irritabilite, duygudurum dalgalanmaları, konsantrasyon güçlüğü ve uyku bozukluklarının daha belirgin hâle gelir (Infurna ve ark., 2020). Bu dönemde depresyon görülme sıklığının %15–30 arasında olduğu bildirilmektedir (Vaziri-Harami ve ark., 2024).

2. Menopoz Evreleri

Menopoz süreci, kendi içinde farklı evreler halinde sınıflandırılmaktadır. Bu evrelerin standart ve tutarlı biçimde tanımlanabilmesi amacıyla Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW) ve güncellenmiş STRAW+10 sınıflandırma sistemi geliştirilmiştir (Harlow ve ark., 2012). STRAW+10 kriterleri, menopozal geçişi esas olarak menstrüel düzen değişiklikleri ve hormonal belirteçler temelinde evrelere ayırmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre, geç menopozal geçiş evresi, en az 60 gün süren amenore dönemleri ve folikül stimüle edici hormon (FSH) düzeylerinde belirgin artış ile karakterizedir. Menstrüel düzensizliklerin belirginleştiği bu evre, hormonal dalgalanmaların yoğunlaştığı bir geçiş dönemini temsil eder. Erken postmenopoz dönemi ise östrojen düzeylerindeki keskin düşüşe bağlı olarak hormonal değişkenliğin en belirgin olduğu evre olup, vazomotor semptomların (sıcak basmaları, gece terlemeleri) en sık ve en şiddetli şekilde gözlemlendiği dönem olarak tanımlanmaktadır (Harlow ve ark., 2012).

Tablo 1. Menopoz Evreleri ve Özellikleri STRAW ve STRAW+10 kriterleri

Evre	Alt Evre	Klinik Değişiklik	Hormonal Değişiklikler	Belirgin Semptomlar
Geç üreme dönemi (-3)	-3b	Adet düzeni normal, menstrual değişiklik yok	AMH (Anti-Müllerian Hormon) düşük, Antral Folikül Sayısı genelde değişiklik yok, inhibin-B çoğunlukla düşüktür.	Henüz belirgin semptom yok
	-3a	Adet döngüsünde hafif kısalma	FSH (Folikül uyarıcı hormon) artar ve düşüktür AMH düşük	Hafif fark edilen döngü değişiklikleri
Erken menopozal geçiş	-2	Döngü uzunluğunda ≥ 7 gün kalıcı değişiklik (10 döngü içinde tekrarlayıcı)	Yüksek ancak değişken erken foliküler faz FSH düzeyleri ve düşük AMH düzeyleri ve AFC (Antral folikül sayısı) ile karakterize edilmektedir.	Başlangıç düzeyinde değişken semptomlar
Geç menopozal geçiş	-1	≥ 60 gün amenore Geç menopoz geçişi, 60 gün veya daha uzun süren amenore (adet yokluğu) ile karakterize edilir.	FSH düzeyleri bazen menopoz aralığında yükselirken, bazen de özellikle yüksek östradiol düzeyleriyle birlikte, daha önceki üreme yıllarına özgü aralıkta kalmaktadır.	Vazomotor semptomlar (ateş basması vb.) belirgin

Erken post-menopoz	+ 1a	Son âdet kanamasından itibaren 12 ay tamamlanması (menopoz tanımı)	FSH ve östradiol seviyelerinin stabilize olduğu zaman noktasında sona ermektedir.	Vazomotor semptomlar (ateş basması vb.) yüksek
	+ 1b	Hormon seviyelerinde hızlı değişim devam eder	FSH ve östradiol seviyelerinin stabilize olduğu zaman noktasında sona ermektedir.	Vazomotor semptomlar (ateş basması vb.) yüksek
	+ 1c	Hormon seviyeleri stabilizasyona geçer	Yüksek FSH seviyeleri ve düşük östradiol değerlerinin stabilizasyon dönemini temsil etmektedir.	Ürogenital atrofik semptomlar azalabilir
Geç postmenopoz	+ 2	Hormonal değişim minimal, artık metabolik ve somatik yaşlanma baskın	Üreme endokrin fonksiyonundaki değişikliklerin daha sınırlı olduğu ve somatik yaşlanma süreçlerinin en büyük endişe kaynağı haline geldiği dönemi temsil etmektedir.	Vajinal kuruluk, üriner ve cilt değişiklikleri baskın

Kaynak: (Harlow ve ark., 2012).

3. Epidemiyoloji ve Ruhsal Belirtilerin Yaygınlığı

Menopoz döneminde ruhsal belirtiler oldukça yaygındır. Özellikle perimenopozal dönem, depresyon ve anksiyete bozuklukları açısından en hassas evre olarak tanımlanmaktadır (Çuvadar, 2022b). Menopoz dönemindeki kadınların yaklaşık %42'sinde depresif belirtiler görülmektedir (Vaziri-Harami ve ark., 2024). Bunun yanı sıra, vazomotor semptomların eşlik ettiği menopoz sürecinde, kadınların yaklaşık %60'ında uyku bozuklukları ve çeşitli ruhsal belirtiler saptanmıştır (Kandasamy ve ark.,

2024). Perimenopoz dönemindeki kadınlarda ise depresyon gelişme riskinin iki kat arttığı bildirilmektedir (Badawy ve ark., 2024). Bu bulgular, menopozun ruhsal sağlık üzerindeki etkilerinin yalnızca hormonal değişikliklerle sınırlı olmadığını; aynı zamanda psikolojik, sosyal ve çevresel etmenlerle etkileşim içinde olan karmaşık bir geçiş süreci olduğunu göstermektedir. Menopoz döneminde ortaya çıkan bu çok boyutlu etkilerin doğru şekilde değerlendirilmesi, kadınların ruhsal iyilik hâlinin korunması ve uygun destekleyici yaklaşımların geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Vaziri-Harami ve ark., 2024).

4. Patofizyolojik Mekanizmalar

4.1. Hormonal Değişiklikler ve Nörotransmitter Mekanizmalar

Östradiol (E2), kadınlarda başlıca yumurtalıklar tarafından sentezlenen ve steroid yapıda olan temel bir östrojen hormonudur. Üreme sisteminin sürdürülmesinde merkezi bir role sahip olmakla birlikte, etkileri bununla sınırlı değildir; kardiyovasküler sistemin modülasyonu, duygudurum düzenlenmesi, hafıza ve bilişsel işlevler gibi birçok fizyolojik ve nöropsikolojik süreç üzerinde belirleyici rol oynamaktadır (Hwang ve ark., 2021; Ueda ve ark., 2020; Russell ve ark., 2019). Östradiol, her iki cinsiyette de ruh hali ve bilişsel işlevlerle ilişkili olan serotonerjik, dopaminerjik ve glutamaterjik nörotransmitter sistemleri üzerinde düzenleyici etkilere sahiptir (Bendis ve ark., 2024). E2'nin bu etkileri büyük ölçüde östrojen reseptörleri (ER) aracılığıyla gerçekleşmektedir. E2-ER sinyal yollarının hedeflenmesi, menopozla ilişkili ruhsal bozukluklar ve bilişsel gerileme gibi durumların tedavisinde yeni terapötik yaklaşımlar açısından umut verici bir alan olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte, diğer steroid hormonların bu etkileri destekleyici veya değiştirici yönde etkileyebilmesi, hormonal etkileşimlerin karmaşık doğasını ve fizyolojik süreçler ile tedavi yaklaşımları üzerindeki çok boyutlu etkilerini ortaya koymaktadır (Hwang ve ark., 2021).

4.1.1. Serotonerjik Sistem

Östradiol ve östrojen reseptörlerinin, ruh hali düzenlenmesinde ve dolayısıyla depresyon ile anksiyete gibi duygudurum bozukluklarının gelişiminde rol oynayan serotonerjik sistem üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır (Hernández ve ark., 2019). Menstrüel döngünün foliküler fazında, östrojen düzeylerinin yüksek olmasıyla birlikte serotonin düzeylerinde artış gözlenirken; östrojenin azaldığı ve progesteronun baskın olduğu luteal fazda serotonin düzeylerinde azalma meydana gelmektedir. Bu döngüsel değişimler, kadınlarda ruhsal belirtilerin hormonal dalgalanmalara

duyarlılığını açıklayan temel biyolojik mekanizmalardan biri olarak kabul edilmektedir (Sacher ve ark., 2023).

4.1.2. Dopamin

Serotonine benzer şekilde dopamin (DA) de ruh hali düzenlenmesinde önemli rol oynayan temel bir nörotransmitterdir (Belujon & Grace, 2017). Dopaminerjik sistem, yalnızca östrojenlerle değil, aynı zamanda progesteron ve progesteron reseptörleri ile de etkileşim içindedir ve bu reseptörlerin dopaminerjik ağ boyunca yaygın olarak bulunduğu gösterilmiştir. Progesteronun, amigdala ve striatum başta olmak üzere çeşitli beyin bölgelerinde dopaminerjik aktiviteyi modüle ettiği bildirilmektedir. Nörogörüntüleme çalışmaları, progesteronun insanlarda ödül beklentisi ile ilişkili olarak amigdala–hipokampal kompleksin aktivasyonunda rol oynadığını ortaya koymaktadır. Menstrüel döngünün luteal fazında, artmış progesteron düzeyleri sağ amigdala–hipokampal kompleksin aktivasyonu ile ilişkilendirilirken, bu evrede östradiolün (E2) göreceli olarak sınırlı bir etkisi olduğu bildirilmektedir. Buna karşılık, foliküler fazda E2 düzeylerindeki artışın, aynı kompleksin aktivasyonu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Dreher ve ark., 2007).

Menstrüel döngü boyunca gözlenen bu hormonal dalgalanmalar; luteal fazda progesteron düzeylerinin yükselmesi ve foliküler fazda azalması ile eş zamanlı olarak E2 düzeylerinde ters yönlü değişimlerin ortaya çıkmasıyla açıklanmaktadır. Menopoz sonrası dönemde ise dopaminerjik aktivitede belirgin bir azalma meydana gelmekte; bu durum motivasyon kaybı, ödül duyarlılığında azalma ve genel ruhsal gerileme gibi klinik belirtilerle ilişkilendirilmektedir (Bendis ve ark., 2024).

4.1.3. Glutamat

Glutamat, merkezi sinir sisteminin başlıca uyarıcı nörotransmitteri olup, sinaptik iletim, nöroplastisite ve psikiyatrik bozuklukların patofizyolojisinde temel bir role sahiptir. Glutamaterjik sistem ile östrojen arasındaki karmaşık etkileşim, ruh hali düzenlenmesi ve ruh sağlığının altında yatan moleküler mekanizmaların anlaşılmasında önemli bir odak noktası hâline gelmiştir. Mevcut kanıtlar, östrojenin glutamaterjik nörotransmisyonu modüle ederek sinaptik işlevler üzerinde düzenleyici etki gösterdiğini ve merkezi sinir sistemini etkileyen hastalıklar ile nörolojik yaralanmalara karşı nöroprotektif bir rol üstlendiğini desteklemektedir (Bendis ve ark., 2024).

4.2 Stres Yanıt Sistemi Değişiklikleri

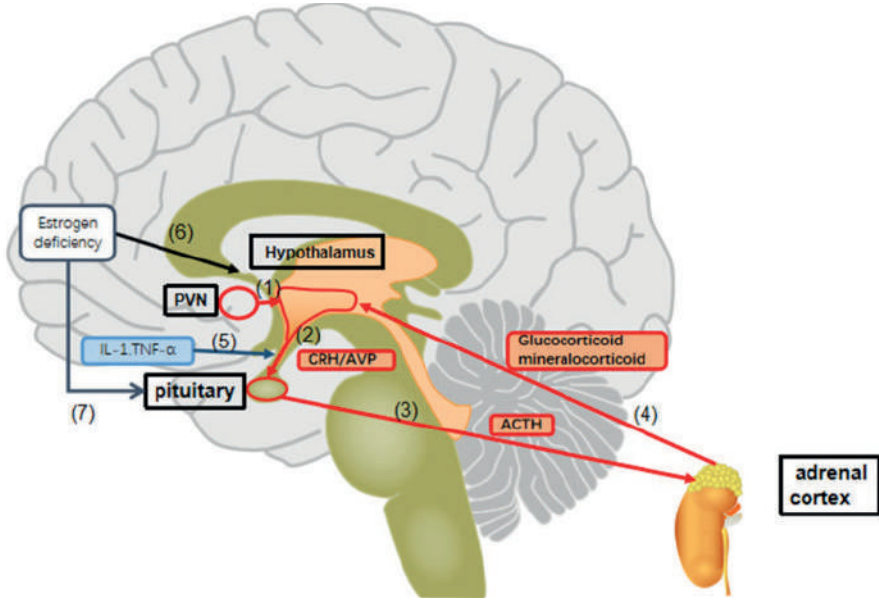
Kadın üreme yaşam döngüsü boyunca, hipotalamus–hipofiz–adrenal

(HPA) eksenini, depresyonun patofizyolojisinde merkezi bir role sahiptir. Üreme dönemine özgü hormonal değişimler, özellikle östrojen ve progesteron düzeylerindeki dalgalanmalar, HPA ekseninin duyarlılığını ve kortizol salınım dinamiklerini etkileyerek kadınlarda stres yanıtı ve duygudurum düzenlenmesinde dönemsel farklılıklara yol açmaktadır. Özellikle perimenopoz ve erken postmenopoz dönemlerinde, hormonal dalgalanmaların artmasına bağlı olarak HPA ekseninin daha reaktif veya disfonksiyonel bir profil sergileyebileceği; bunun da kronik ya da tekrarlayan yüksek kortizol düzeyleri, uyku bozuklukları, artmış anksiyete ve depresif belirtilerle ilişkili olduğu bildirilmektedir. HPA ekseninin nöroimmün mekanizmalar aracılığıyla ruhsal belirtileri şiddetlendirmesi ve vazomotor semptomlar, uyku bozuklukları ile kortizol düzeni arasındaki karşılıklı etkileşimleri artırması, klinik tabloyu daha karmaşık hâle getirmektedir (Hantsoo ve ark., 2023).

HPA eksenini hiperaktivitesinin, anksiyete, depresyon ve bilişsel işlev bozukluklarının patofizyolojisi ile yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (Keller ve ark., 2017; Labad ve ark., 2018; Mikulska ve ark., 2021). Bu eksen; beyin, hipofiz bezi ve adrenal bezleri içeren karmaşık bir hormonal yanıt sistemi ve negatif geri bildirim mekanizmaları aracılığıyla düzenlenmektedir. Birey stres ya da sosyal tehdit algıladığında, HPA eksenini aktive olur; bu süreçte amigdala ve hipotalamustaki paraventriküler çekirdek (PVN) stres yanıtının amplifikasyonunda rol oynar ve anksiyojenik durumların ortaya çıkmasına katkıda bulunur. PVN ve hipokampüsteki nöronlar, kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) ve arginin vazopressin (AVP) gibi hipotalamik nöropeptitleri salgılar. Bu nöropeptitler, ön hipofizde pro-opiomelanokortin (POMC) mRNA'sının işlenmesini uyarak adrenokortikotropin hormon (ACTH) sentezi ve salınımına yol açar. ACTH'nin dolaşıma katılmasıyla birlikte adrenal bezlerden glukokortikoid ve mineralokortikoid salınımı tetiklenir (Gjerstad ve ark., 2018; Goncharova ve ark., 2013). Salınan bu hormonlar hem periferik dolaşımda hem de beyin omurilik sıvısında etkilerini sürdürerek hücre içi nükleer steroid reseptörlerine bağlanır (Şekil 1) (Liang ve ark., 2024).

Glukokortikoid reseptörü (GR) ve mineralokortikoid reseptörü (MR) ekspresyonunun yoğun olduğu bölgelerden biri olan hipokampus, stres yanıtının negatif geri bildirimle düzenlenmesinde kritik öneme sahiptir. MR'ler stres yanıtının başlatılmasında rol oynarken, hipokampus, PVN ve ön hipofizde bulunan GR'ler stres yanıtının sonlandırılmasını sağlar. Hem akut hem de kronik majör depresyonda görülen işlevsiz kortizol negatif geri bildirim mekanizmalarının, hiperkortizolizme yol açarak majör depresif

bozuklukta gözlenen HPA eksenini anormalliklerinin temelini oluşturduğu düşünülmektedir (Şekil 1) (Liang ve ark., 2024).



Şekil 1. Östrojen eksikliği ve HPA eksenini düzensizliği (Liang ve ark.,2024)

Şekil 1 açıklaması;

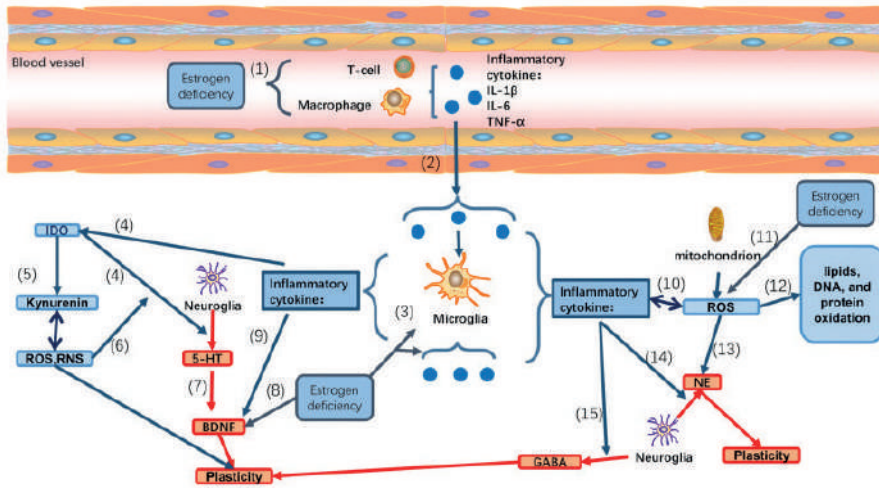
1. Hipotalamustaki nöronlar, hipotalamik nöropeptitler olan kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) ve arginin vazopressin (AVP) salgılar.
2. CRH ve AVP, ön hipofizde pro-opiomelanokortin (POMC) mRNA'sının posttranslasyonel işlenmesini uyarak adrenokortikotropin hormon (ACTH) sentezi ve salınımına yol açar.
3. ACTH, adrenal bezleri uyarak glukokortikoid ve mineralokortikoid hormonların salınımını tetikler.
4. Glukokortikoid reseptörleri (GR) ve mineralokortikoid reseptörleri (MR) aracılığıyla negatif geri bildirim düzenlenmesinde kritik rol oynayan hipokampus, stres yanıtının sonlandırılmasında temel bir merkezdir.
5. TNF- α ve IL-1 β gibi proinflamatuvar sitokinler, c-fos ve AVP gen transkripsiyonunu baskılayarak HPA ekseninde dengesizliğe yol açabilir.

6. Östrojen, hipotalamik nöronlarda CRH, oksitosin ve AVP gen ekspresyonunu ve paraventriküler çekirdeğe (PVN) giden uyarıcı girdileri düzenleyerek hipotalamik stres yanıtını modüle eder. Perimenopozal östrojen eksikliği, HPA ekseninin dış stresörlere verdiği yanıtın düzenlenmesini zayıflatır.

Östrojen, CRH bağlayıcı protein (CRH-BP) ekspresyonunu artırarak biyolojik olarak aktif CRH miktarını sınırlar ve CRH'nin ön hipofiz kortikotrofları üzerindeki etkisini baskılar. Perimenopozal östrojen eksikliği, hipofizin CRH'ye duyarlılığını artırarak HPA ekseninin aşırı aktivasyonuna katkıda bulunur (Liang ve ark.,2024).

4.3 İnflamasyon ve Oksidatif Stres

Menopozal dönemde gözlenen östrojen düzeylerindeki azalma, merkezi sinir sisteminde oksidatif stres ve inflamatuvar yanıtların artmasına yol açarak depresif belirtilerin ortaya çıkışında önemli bir rol oynamaktadır. Östrojenin azalması, organizmanın antioksidan savunma mekanizmalarının zayıflamasına neden olmakta; bu durum serbest radikal üretiminin artışı ve oksidatif hasar için uygun bir biyolojik zemin oluşturmaktadır. Artan reaktif oksijen türleri (ROS), lipid peroksidasyonu, protein oksidasyonu ve DNA hasarı gibi süreçleri tetikleyerek mitokondriyal işlev bozukluğu ve nöronal enerji metabolizmasında aksamalara yol açmaktadır. Oksidatif stresin artışı, mikrogial aktivasyon ile sonuçlanmakta ve bu durum proinflamatuvar sitokinlerin aşırı salınımını uyarak kronik nöroinflamatuvar bir yanıtın gelişmesine neden olmaktadır. Uzamış inflamatuvar süreçler, sinaptik plastisite ve nörojeniz üzerinde olumsuz etki yaratırken; serotonerjik, dopaminerjik ve glutamaterjik nörotransmisyonun bozulması yoluyla duygudurum düzenlenmesi, motivasyon süreçleri ve bilişsel işlevlerde belirgin kayıplara neden olmaktadır. Ayrıca, oksidatif stres ve inflamasyonun kan-beyin bariyeri bütünlüğünü zayıflatması, periferik immün sinyallerin santral sinir sistemine geçişini kolaylaştırarak inflamatuvar yükü daha da artırmaktadır. Bu patofizyolojik süreçlerin birlikte işlemesi, menopoz döneminde depresyon, anksiyete ve bilişsel yakınmaların klinik düzeyde daha sık görülmesini açıklayan temel biyolojik mekanizmaları oluşturmaktadır. Yaşam tarzı düzenlemeleri, antioksidan ve antiinflamatuvar yaklaşımlar ile uygun hastalarda hormon replasman tedavisi, potansiyel terapötik seçenekler arasında yer almaktadır. Menopozla ilişkili ruhsal bozukluklarda yalnızca hormon düzeylerindeki azalma sorumlu değildir, aynı zamanda oksidatif stres, nöroinflamasyon, mitokondriyal disfonksiyon ve sinaptik plastisite değişikliklerinin karşılıklı etkileşimiyle ortaya çıkan çok boyutlu bir patofizyoloji ile de ilişkilidir (Liang ve ark., 2024).



Şekil 2. Östrojen eksikliğini takiben nöroinflamatuvar yol (Liang ve ark.,2024)

Şekil 2 açıklaması;

1. Östrojen, T lenfositler ve makrofajlar tarafından inflammatuar faktörlerin salınımını baskılayabilmektedir. Östrojen düzeylerindeki azalma, özellikle perimenopoz döneminde, kronik inflammatuar bir duruma yol açarak periferik dolaşımda inflammatuar medyatörlerin artmasına neden olur.
2. Artan bu periferik sitokinler, özgül ya da özgül olmayan çeşitli yollarla doğrudan veya dolaylı olarak beyne ulaşabilmektedir.
3. Premenopozal dönemde, β -östradiol; mikrogliya aracılı astrosit aktivasyonunu inhibe ederek nöroinflamasyonu ve mikrogliya kaynaklı inflammatuar medyatör salınımını baskılar. Buna karşılık, perimenopozda östrojen eksikliği, inflammatuar sitokinlerin mikrogliaları aktive etmesine ve ikincil inflammatuar medyatör üretiminin artmasına izin verir.
4. IL-1 β , IL-6 ve TNF- α , indolamin-2,3-dioksijenaz (IDO) enzimini uyarak serotonin (5-HT) sentezinin azalmasına yol açar.
5. IDO aktivasyonu, triptofanın kinürenine dönüşmesini artırır ve kinürenin yolunun aktive olması, reaktif oksijen türleri (ROS) ve reaktif azot türleri (RNS) üretimini tetikler. Buna ek olarak, süperoksit anyon radikalleri kinürenin yolunun süperindüksiyonuna neden olabilir.

6. Artan ROS ve RNS, IDO aktivitesini ve kinürenin yolunu daha da uyararak 5-HT sentezini baskılar.
7. Nöroglial hücreler, serotonin salınımına katkıda bulunur ve bu durum beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF) salınımını destekler.
8. Benzer şekilde, östrojen BDNF sentezini ve salınımını artırıcı etki gösterir; menopoz sonrası dönemde östrojen yetersizliği, BDNF düzeylerinde azalma ile sonuçlanır.
9. IL-1 β , IL-6 ve TNF- α , BDNF'nin nöroprotektif etkilerini baskılayarak nöronal dayanıklılığı azaltır.
10. Bu sitokinler ayrıca mitokondriyal ROS üretimini artırabilir; artan ROS ise inflamatuvar faktörlerin sentez ve salınımını daha da güçlendirir.
11. Östrojen, antioksidan enzimlerin sentezini uyararak ROS üretimini azaltıcı etki gösterir; perimenopoz dönemindeki östrojen eksikliği ise oksidatif stresin artmasına yol açar.
12. Artmış ROS düzeyleri, beyinde lipid peroksidasyonu, DNA hasarı ve protein oksidasyonu gibi yapısal ve işlevsel bozukluklara neden olur.
13. ROS, monoaminergic nörotransmitterlerin ve diğer amin türevli bileşiklerin sentezini azaltarak nörotransmisyonu olumsuz etkiler.
14. IL-1 β , noradrenalin sentezinde hız kısıtlayıcı enzimlerin aktivitesini azaltır.
15. IL-1 β , IL-6 ve TNF- α , GABAergic inhibitör iletimi baskılayarak santral sinir sisteminde uyarılabilirliği artırır (Liang ve ark., 2024).

5. Menopoz Döneminde Görülen Ruhsal Sorunlar

Erken perimenopozal ve postmenopozal kadınlar arasında algılanan stres düzeyleri ile depresyon ve anksiyete belirtilerinin yarattığı öznel rahatsızlık açısından anlamlı farklılıklar bulunduğu bildirilmektedir (Kuck & Hogervorst, 2024). Menopoz geçişi, birçok kadın için psikolojik ve duygusal değişimlerin yoğunlaştığı kritik bir dönem olup; özellikle depresyon, anksiyete, stres, bilişsel yakınmalar ve azalmış öz yeterlilik ile ilişkilendirilmektedir. Güncel bulgular, erken perimenopoz evresindeki kadınların, menopoz sonrası dönemdeki kadınlara kıyasla daha yüksek düzeyde stres ve anksiyete bildirdiğini göstermektedir (Kuck & Hogervorst, 2024). Ancak analizlere yaş değişkeni dahil edildiğinde, menopoz evresinin psikolojik belirtiler üzerindeki etkisinin zayıfladığı görülmekte; bu durum

önceki geniş ölçekli epidemiyolojik çalışmalarla da uyumludur. Yaş ilerledikçe algılanan stres düzeyinin azalması; gelişmiş duygu düzenleme becerileri, artan yaşam deneyimi ve güçlenen sosyal bağlanma kaynakları ile ilişkilendirilmektedir ((Kuck & Hogervorst, 2024). Bununla birlikte, literatürde menopoz dönemine özgü bir ruhsal duyarlılık sürecinin varlığına dikkat çekilmekte ve bu dönem “hassasiyet penceresi (window of vulnerability)” olarak tanımlanmaktadır (Alblooshi ve ark., 2023). Bu yaklaşıma göre, özellikle hormonal dalgalanmaların belirgin olduğu perimenopozal evrede, depresyon gelişme riski anlamlı ölçüde artmaktadır (Bromberger ve ark., 2019; Çuvadar, 2022b, De Kruif ve ark., 2016).

Perimenopozal depresyonun ayrı bir klinik alt grup olarak değerlendirilmesi gerektiğine ilişkin kanıtlar artmakla birlikte, literatürdeki bulgular yöntemsel heterojenite göstermektedir. Bazı çalışmalar menopoz geçişinin ruhsal belirtileri artırdığını bildirirken, bazıları menopoz evreleri arasında anlamlı fark saptamamıştır (Alblooshi ve ark., 2023). Bu farklılıkların; kullanılan ölçüm araçları, kültürel bağlam ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Kuck & Hogervorst, 2024).

Menopoz sürecinde ruhsal belirtilerle birlikte sık bildirilen bir diğer yakınma ise öznel bellek ve bilişsel performans güçlükleridir. Bu yakınmalar çoğunlukla stres düzeyi ile ilişkili olup, her zaman objektif bilişsel bozuklukla örtüşmeyebilir (Kuck & Hogervorst, 2024).

Sonuç olarak, menopoz döneminde görülen ruhsal belirtiler; biyolojik (hormonal dalgalanmalar), psikolojik (baş çıkma becerileri, önceki depresyon öyküsü) ve sosyal faktörlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkan çok boyutlu bir yapı sergilemektedir. Güncel çalışmalar, bilişsel davranışçı terapi, stres yönetimi yaklaşımları, dayanıklılığı ve öz yeterliliği güçlendirmeye yönelik müdahalelerin, menopoz dönemindeki psikolojik şikâyetlerin azaltılmasında etkili olabileceğini göstermektedir (Hogervorst ve ark., 2023; Kuck & Hogervorst, 2024).

6. Yönetim ve Tedavi Yaklaşımları

Menopozdaki ruhsal belirtilerin tedavisinde kişiselleştirilmiş ve bütüncül yaklaşım önerilmektedir (Borozan ve ark., 2024).

6.1 Hormon Replasman Tedavisi (HRT)

Menopoz döneminde ortaya çıkan semptomların yönetiminde bütüncül ve kanıta dayalı bir yaklaşım benimsenmesi önerilmektedir. Tedavi seçenekleri arasında hormon replasman tedavisi (HRT), hormonal olmayan farmakolojik ajanlar ve bilişsel davranışçı terapi, yaşam tarzı düzenlemeleri ile öz bakım

programları gibi farmakolojik olmayan müdahaleler yer almaktadır (Liu ve ark., 2023; Prior ve ark., 2022). Tedavi planı oluşturulurken semptomların şiddeti, bireyin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi ve kardiyovasküler hastalıklar ile östrojene duyarlı maligniteler gibi bireysel risk faktörleri mutlaka dikkate alınmalıdır (Kuck & Hogervorst, 2024).

Son yıllarda HRT'nin etkinliği ve güvenilirliği üzerine tartışmalar sürmekle birlikte, güncel kanıtlar uygun hasta seçimi ve bireyselleştirilmiş doz ayarlaması yapıldığında HRT'nin vazomotor semptomlar, duygudurum değişiklikleri ve bilişsel yakınmalarda anlamlı iyileşme sağladığını göstermektedir (Çuvadar, 2025; Liu ve ark., 2023). Tedavide en düşük etkili dozun tercih edilmesi ve yaş, menopoz süresi ile eşlik eden hastalıklara göre düzenleme yapılması önerilmektedir (Prior ve ark., 2022). Uterusu olan kadınlarda östrojen tedavisinin mikronize progesteron ile kombine edilmesi gerekmektedir. Uygulama yolu seçilirken venöz tromboembolizm (VTE) riski göz önünde bulundurulmalı; transdermal östrojen preparatlarının bu riski azalttığı bildirilmektedir (Kuck & Hogervorst, 2024). “Zamanlama hipotezi” doğrultusunda, HRT'den en fazla yarar sağlayan grubun 60 yaş altındaki ve menopoz başlangıcının üzerinden 10 yıldan az süre geçmiş kadınlar olduğu belirtilmektedir (Liu et al., 2023). Randomize kontrollü bir çalışma, bu zaman diliminde başlanan HRT'nin menopozun erken dönem semptomlarında belirgin düzelme sağladığını desteklemektedir (Prior ve ark., 2022).

HRT'nin kontrendikasyonları arasında östrojen duyarlı maligniteler, ciddi karaciğer hastalığı, inme, koroner arter hastalığı ve yüksek tromboembolik risk yer almaktadır. Bu nedenle tedavi sürecinde düzenli jinekolojik ve onkolojik izlem büyük önem taşımaktadır (Kuck & Hogervorst, 2024). Son dönem bulgular, kısa süreli HRT'nin uyku kalitesini artırdığını ve ruh hali dalgalanmalarını azalttığını göstermektedir. Dayanmasıcut çalışmaların çoğunun kısa süreli izlem verilerine dayanması nedeniyle, HRT'nin uzun dönem etkilerinin dikkatle izlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Liu ve ark., 2023).

6.2 Psikoterapi

Menopoz döneminde görülen psikolojik belirtilerin yönetiminde, farmakolojik tedavilere ek olarak psikoterapötik müdahaleler önemli bir yer tutmaktadır (Drake ve ark., 2019). Bu bağlamda Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), kadınların menopoz geçişi, menopoz ve sonrasındaki süreçlerde ortaya çıkan semptomlarla etkili biçimde başa çıkmalarını sağlayan yapılandırılmış baş etme stratejilerini içermektedir. BDT'nin, özellikle grup temelli uygulamalarda, menopozdaki kadınlarda olumsuz duygudurumun

azaltılmasında en etkili yöntemlerden biri olduğu bildirilmektedir (Mollaahmadi ve ark., 2019). Yüksek kanıt düzeyine sahip çalışmalar, BDT'nin menopoz dönemine özgü fiziksel ve duygusal belirtilerin azaltılmasında etkili olduğunu; ayrıca uyku bozuklukları, anksiyete ve depresif semptomlarda anlamlı iyileşmeler sağladığını göstermektedir (Drake ve ark., 2019; Ye ve ark., 2022). De Kruif ve arkadaşlarının ifade ettiği üzere, “menopoz geçişi, deveye son darbeyi vuran saman çöpü olarak görülebilir”. Bu yaklaşım, erken perimenopoz döneminde hormon düzeylerindeki değişimlerle ilişkili olarak artan depresif yakınmaların, menopozun başlangıcıyla birlikte yükselen stres ve anksiyete düzeyleriyle, aynı zamanda bu yaş dönemine özgü psikososyal stresörlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. İş yaşamındaki artan baskılar, aile yapısındaki değişimler (yaşlı ebeveynlere bakım, kayıplar, ergen çocuklarla ilişkiler, boş yuva sendromu), evlilik sorunları ve azalan cinsel istek gibi faktörler bu süreçte eşlik edebilmektedir (De Kruif ve ark., 2016). Bu nedenle gelecekteki araştırmaların, menopoz dönemindeki psikolojik şikâyetleri değerlendirirken menopoz geçişini, olumsuz yaşam olaylarını ve sosyal destek düzeylerini bütüncül biçimde ele alması önerilmektedir. Ayrıca, müdahale çalışmalarında öz yeterlilik ve psikolojik direnç kavramlarının hedeflenmesi önem taşımaktadır; nitekim psikolojik direncin, genel öz yeterlilik ile ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi anlamlı biçimde etkilediği gösterilmiştir (Qin ve ark., 2023).

BDT'ye ek olarak, mindfulness temelli müdahalelerin de menopoz döneminde stres ve duygusal düzensizlik üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır. Mindfulness Temelli Stres Azaltma (MBSR) programlarının menopozal semptomları anlamlı düzeyde azalttığı; mindfulness uygulamalarının özellikle duygu düzenleme ve anksiyetenin azaltılmasında orta düzeyde etkili olduğu bildirilmektedir (Liu ve ark., 2023; Van Driel ve ark., 2018). Bunun yanı sıra, destekleyici psikoterapi ve psiko-eğitim programlarının, menopozun doğal bir yaşam geçişi olarak kabul edilmesini kolaylaştırdığı, öz yeterlilik algısını ve baş etme becerilerini güçlendirdiği belirtilmektedir (Cowell ve ark., 2024).

Genel olarak değerlendirildiğinde, menopoz semptomlarının klinik yönetiminde psikoterapötik yaklaşımlar, bireyselleştirilmiş bir bakım modeli içinde ele alındığında etkili ve klinik açıdan anlamlı bir seçenek sunmaktadır (Stubbs ve ark., 2017).

6.3 İlaç Tedavileri (Non-Hormonal)

SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) ve SNRI'ler (Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü) menopoz döneminde vazomotor

semptomların ve eşlik eden ruhsal bozuklukların yönetiminde yararlı, kanıta dayalı seçeneklerdir. Gabapentin ve klonidin gibi alternatifler ise seçilmiş durumlarda değerlendirilmektedir. İlacın seçimi bireysel risk-fayda profiline ve eşlik eden psikiyatrik/medikal durumlara göre yapılmalıdır (Stubbs ve ark., 2017).

6.4 Yaşam Tarzı Müdahaleleri

Menopoz sürecindeki kadınlarda, hormonal değişimlere bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik semptomların yönetiminde yalnızca farmakolojik tedaviler değil, yaşam tarzı temelli müdahaleler de önemli bir rol oynamaktadır. Düzenli fiziksel aktivite, dengeli beslenme, sosyal destek ve uyku hijyenine yönelik uygulamalar, kadınların metabolik ve hormonal dengenin korunmasına katkı sağlarken; aynı zamanda ruhsal denge, uyku kalitesi ve genel yaşam kalitesinin sürdürülmesini desteklemektedir (Akkaya & Dağlar, 2025; McNulty ve ark., 2025).

Menopoz döneminde uygulanan orta-şiddetli aerobik egzersizlerin, uyku bozukluklarını iyileştirdiği ve ruhsal semptomların azalmasına anlamlı katkı sağladığı bildirilmektedir (McNulty ve ark., 2025). Bunun yanı sıra yoga, pilates ve yürüyüş gibi düzenli egzersiz programlarının, uyku kalitesini artırdığı ve kadınların günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerini kolaylaştırdığı belirtilmektedir (Akkaya & Dağlar, 2025). Beslenme alışkanlıkları da menopozal semptomların şiddeti üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Bitki ağırlıklı, sebze, baklagil ve yağlı tohumlardan zengin diyet modellerinin (örneğin Akdeniz diyeti), menopoz sonrası kadınlarda oksidatif stres belirteçlerini azalttığı, kilo kontrolünü desteklediği ve böylece hem metabolik hem de ruhsal iyilik hâline katkı sunduğu bildirilmektedir (Gonçalves ve ark., 2024). Buna ek olarak, sosyal destek ve sosyal etkileşim, arkadaş ve aile ilişkilerinin sürdürülmesi, grup etkinliklerine katılım ve stres yönetimi becerilerinin geliştirilmesi, menopoz döneminde psikolojik dayanıklılığı artırmaktadır. Ayrıca menopoza karşı olumlu tutum sergileyen bireylerde de menopozal semptomların daha hafif düzeyde seyrettiği bildirilmektedir (Çuvadar ve ark., 2025; Yaşar & Yeyğel, 2024). Bu faktörler; yalnızlık, sosyal izolasyon, rol değişiklikleri ve yaşam doyumunda azalma gibi riskleri azaltarak ruhsal şikâyetlerin şiddetinin düşürülmesine katkı sağlamaktadır (McNulty ve ark., 2025).

7. Sonuç

Menopoz dönemi, kadınların biyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda çok boyutlu değişimler yaşadığı; bu nedenle ruhsal sağlık açısından hassas bir geçiş süreci olarak kabul edilmektedir. Hormon düzeylerindeki dalgalanmalar,

özellikle östrojen ve progesteron düzeylerindeki azalmaya bağlı olarak depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları ve duygudurum dalgalanmalarının ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (Kuck & Hogervorst, 2024). Bununla birlikte, ruhsal belirtilerin şiddeti yalnızca biyolojik değişimlerle açıklanamayıp; bireysel farklılıklar, yaşam tarzı özellikleri, sosyokültürel faktörler, sosyal destek düzeyi ve bireyin sağlık algısı gibi psikososyal değişkenlerden önemli ölçüde etkilenmektedir (Freeman ve ark., 2014).

Menopoz döneminde ruhsal semptomların yönetiminde kanıta dayalı ve bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarının benimsenmesi önerilmektedir. Bu kapsamda, hormon replasman tedavisi, bilişsel davranışçı terapi, mindfulness temelli uygulamalar ve SSRI/SNRI grubu farmakolojik tedaviler gibi seçeneklerin, bireyin semptom profili ve risk faktörleri doğrultusunda planlanması gerekmektedir. Etkili bir yönetim süreci, yalnızca farmakolojik müdahalelerle sınırlı kalmamalı; psikolojik destek, yaşam tarzı düzenlemeleri ve sosyal kaynakların güçlendirilmesini içeren bütüncül bir bakım modeli çerçevesinde ele alınmalıdır (Chen ve ark., 2021; Drake ve ark., 2019).

Sonuç olarak, menopoz döneminde ruhsal sağlığın korunması ve geliştirilmesi; multidisipliner bir yaklaşım gerektiren, bireyin özgün ihtiyaçlarına göre şekillendirilen ve güncel bilimsel kanıtlarla desteklenen kapsamlı bir süreç olarak değerlendirilmelidir (Chen ve ark., 2021).

Kaynaklar

- Akkaya, E., & Dağlar, Ö. Ş. (2025). Menopozal dönemlerde uygulanan egzersiz türlerinin uyku kalitesine etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 41(1), 156–164. <https://doi.org/10.53490/egchemsirc.1299985>.
- Alblooshi, S., Taylor, M., & Gill, N. (2023). Does menopause elevate the risk for developing depression and anxiety? Results from a systematic review. *Australasian Psychiatry*, 31(2), 165–173. <https://doi.org/10.1177/10398562231165439>.
- Badawy, Y., Spector, A., Li, Z., & Desai, R. (2024). The risk of depression in the menopausal stages: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 357, 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.041>.
- Belujon, P., & Grace, A. A. (2017). Dopamine system dysregulation in major depressive disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 20(12), 1036–1046. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyx056>.
- Bendis, P. C., Zimmerman, S., Onisiforou, A., Zanos, P., & Georgiou, P. (2024). The impact of estradiol on serotonin, glutamate, and dopamine systems. *Frontiers in Neuroscience*, 18, 1348551. <https://doi.org/10.3389/fnins.2024.1348551>.
- Borozan, S., Kamrul-Hasan, A. B. M., & Pappachan, J. M. (2024). Hormone replacement therapy for menopausal mood swings and sleep quality: The current evidence. *World Journal of Psychiatry*, 14(10), 1605–1610. <https://doi.org/10.5498/wjp.v14.i10.1605>.
- Chen, T. L., Chang, S. C., Huang, C. Y., & Wang, H. H. (2021). Effectiveness of mindfulness-based interventions on quality of life and menopausal symptoms in menopausal women: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 147, 110515. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110515>.
- Cowell, A. C., Gilmour, A., & Atkinson, D. (2024). Support mechanisms for women during menopause: Perspectives from social and professional structures. *Women*, 4(1), 53–72. <https://doi.org/10.3390/women4010005>.
- Çuvadar, A. (2022a). Menopozal semptomlar ve refleksoloji. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 4(2), 116–120.
- Çuvadar, A. (2022b). Yaşam dönemlerine göre kadın ruh sağlığı. In *Sağlık bilimlerinde araştırma ve değerlendirmeler-II* (ss. 331–345). Gece Kitaplığı.
- Çuvadar, A. (2025). Jinekolojik diğer uygulamalarda etik. In P. Calpbiniçi (Ed.), *Kadın sağlığında etik* (Bölüm 11). <https://doi.org/10.37609/akya.3702>.
- Çuvadar, A., Demir, M., Orhan, Y. E., & Baş, Y. Ç. (2025). Menopoz dönemindeki kadınların menopoza karşı tutumlarının yaşam kalitesi ile ilişkisi: Menopoz algısının yaşam kalitesine etkisi. *Journal of 5N1Quality*, 3(2), 32–41. <https://doi.org/10.5281/zenodo.16921149>.

- Çuvadar, A., Aksoy, B., Öztürk, C., Taylan, G. (2024). The impact of cardiac pacemaker education provided to women during menopause on quality of life: A randomized controlled study. *International Journal of Caring Sciences*, 17(1), 413–425.
- De Kruif, M., Spijker, A. T., & Molendijk, M. L. (2016). Depression during the perimenopause: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 206, 174–180. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.040>.
- Drake, C. L., Kalmbach, D. A., Arnedt, J. T., Cheng, P., Tonnu, C. V., & Cuamatzi-Castelan, A. (2019). Treating chronic insomnia in postmenopausal women: A randomized clinical trial. *Sleep*, 42(2), zsy217. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsy217>.
- Dreher, J. C., Schmidt, P. J., Kohn, P., Furman, D., Rubinow, D., & Berman, K. F. (2007). Menstrual cycle phase modulates reward-related neural function in women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(7), 2465–2470.
- Freeman, E. W., Sammel, M. D., Liu, L., Gracia, C. R., Nelson, D. B., & Hollander, L. (2004). Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. *Archives of General Psychiatry*, 61(1), 62–70. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.1.62>.
- Gjerstad, J. K., Lightman, S. L., & Spiga, F. (2018). Role of glucocorticoid negative feedback in HPA axis pulsatility. *Stress*, 21, 403–416. <https://doi.org/10.1080/10253890.2018.1470238>.
- Gonçalves, C., Moreira, H., & Santos, R. (2024). Systematic review of Mediterranean diet interventions in menopausal women. *AIMS Public Health*, 11(1), 110–129. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2024005>.
- Goncharova, N. D. (2013). Stress responsiveness of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis. *Frontiers in Endocrinology*, 4, 26. <https://doi.org/10.3389/fendo.2013.00026>.
- Hantsoo, L., Jagodnik, K. M., Novick, A. M., Baweja, R., di Scalea, T. L., Ozerdem, A., McGlade, E. C., Simeonova, D. I., Dekel, S., Kornfield, S. L., Nazareth, M., & Weiss, S. J. (2023). The role of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis in depression across the female reproductive lifecycle: Current knowledge and future directions. *Frontiers in Endocrinology*, 14, Article 1295261. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1295261>.
- Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., et al. (2012). Executive summary of the STRAW+10. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(4), 1159–1168. <https://doi.org/10.1210/jc.2011-3362>.
- Hernández-Hernández, O. T., Martínez-Mota, L., Herrera-Pérez, J. J., & Jiménez-Rubio, G. (2019). Role of estradiol in serotonin neurotransmission. *Current Neuropharmacology*, 17(5), 459–471. <https://doi.org/10.2174/1570159X16666180628165107>.

- Hwang, W. J., Lee, T. Y., Kim, N. S., & Kwon, J. S. (2020). The role of estrogen receptors and their signaling across psychiatric disorders. *International journal of molecular sciences*, 22(1), 373.
- Infurna, F. J., Gerstorf, D., & Lachman, M. E. (2020). Midlife in the 2020s: Opportunities and challenges. *American Psychologist*, 75(4), 470–485. <https://doi.org/10.1037/amp0000591>.
- Kandasamy, G., Almaghaslah, D., & Almanasef, M. (2024). Anxiety and depression symptoms among menopausal women. *Frontiers in Public Health*, 12, 1467731. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1467731>.
- Keller, J., Gomez, R., Williams, G., et al. (2017). HPA axis in major depression. *Molecular Psychiatry*, 22(4), 527–536. <https://doi.org/10.1038/mp.2016.120>.
- Kuck, M. J., & Hogervorst, E. (2024). Stress, depression, and anxiety across menopausal stages. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1323743. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1323743>.
- Labad, J., Soria, V., Salvat-Pujol, N., et al. (2018). HPA axis activity in OCD and major depression. *Psychoneuroendocrinology*, 93, 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.04.008>.
- Liang, G., Kow, A. S. F., Yusof, R., et al. (2024). Menopause-associated depression. *Biomedicines*, 12(1), 184. <https://doi.org/10.3390/biomedicines12010184>.
- Liu, H., Cai, K., Wang, J., & Zhang, H. (2023). Mindfulness-based interventions for menopausal women. *Frontiers in Public Health*, 10, 1045642. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1045642>.
- Liu, Q., Huang, Z., & Xu, P. (2024). Effects of hormone replacement therapy on mood and sleep quality. *World Journal of Psychiatry*, 14(7), 1087–1094. <https://doi.org/10.5498/wjp.v14.i7.1087>.
- McNulty, K. L., Murphy, M., Flynn, E., et al. (2025). Lifestyle interventions during perimenopause. *Journal of Aging and Physical Activity*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1123/japa.2024-0226>.
- Mikulska, J., Juszczak, G., Gawrońska-Grzywacz, M., & Herbet, M. (2021). HPA axis in depression and schizophrenia. *Brain Sciences*, 11(10), 1298. <https://doi.org/10.3390/brainsci11101298>.
- Mollaahmadi, L., Keramat, A., Changizi, N., Yazdkhasti, M., & Afshar, B. (2019). CBT for climacteric symptoms. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*, 20(3), 178–195. <https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2019.2018.0170>.
- Prior, J. C., Cameron, A., Fung, M., et al. (2023). Oral micronized progesterone for perimenopausal symptoms. *Scientific Reports*, 13, 9082. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-35826-w>.
- Russell, J. K., Jones, C. K., & Newhouse, P. A. (2019). The role of estrogen in brain and

- cognitive aging. *Neurotherapeutics*, 16(3), 649-665.
- Qin, L. L., Peng, J., Shu, M. L., et al. (2023). Psychological resilience and mental health. *Healthcare*, 11(3), 420. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030420>.
- Sacher, J., Zsido, R. G., Barth, C., et al. (2023). Serotonin transporter binding across menstrual cycle. *Biological Psychiatry*, 93(12), 1081-1088. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2022.12.023>.
- Speroff, L., & Fritz, M. A. (2005). *Clinical gynecologic endocrinology and infertility* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Stubbs, C., Mattingly, L., Crawford, S. A., et al. (2017). SSRIs and SNRIs for hot flashes. *Journal of the Oklahoma State Medical Association*, 110(5), 272-274.
- Takahashi, T. A., & Johnson, K. M. (2015). Menopause. *Medical Clinics of North America*, 99(3), 521-534. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2015.01.006>.
- Ueda, K., Adachi, Y., Liu, P., Fukuma, N., & Takimoto, E. (2020). Regulatory actions of estrogen receptor signaling in the cardiovascular system. *Frontiers in Endocrinology*, 10, 909.
- Van Driel, C., de Bock, G. H., Schroevers, M. J., & Mourits, M. J. (2019). Mindfulness-based stress reduction for menopausal symptoms. *BJOG*, 126(3), 402-411. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15471>.
- Vaziri-Harami, R., Kazemi, S. N., Vaziri-Harami, S., et al. (2024). Prevalence of depression and anxiety in menopausal women. *Health Science Reports*, 7(7), e2267. <https://doi.org/10.1002/hsr2.2267>.
- Yaşar & Yeyğel, 2024 Yaşar, Ö., & Yeyğel, Ç. (2024). 45-60 yaş arası kadınlarda menopoz semptomları ve menopoz tutumu ile yaşam doyumunun incelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21, 1097-1111. <https://doi.org/10.38079/igusabder.1231948>
- Ye, M., Shou, M., Zhang, J., et al. (2022). Cognitive and behavioral therapy for menopausal symptoms. *Psychological Medicine*, 52(3), 433-445. <https://doi.org/10.1017/S0033291721005407>.
- Yüctürk, S., Çuvadar, A., Özçalkap, N., & Baş, Y. Ç. (2025). Cinsel gelişim. In *Ebelik öğrencileri için cinsel sağlık ve üreme sağlığı* (Bölüm 2). Akademisyen Yayınevi. ISBN: 978-625-375-583-6.

Ebeler ve Ebelik Öğrencilerinde Meme Kanseri Farkındalığı ve Kendi Kendine Meme Muayenesi

Feyza Nur Altınbaş¹, Nurten Özçalkap², Kübra Nur Kılıç³

Özet

Türkçe Meme kanseri, dünya genelinde kadınlarda en sık görülen kanser türü olup önemli bir halk sağlığı sorunu olarak varlığını sürdürmektedir. Hastalığın insidans ve mortalite oranlarındaki artış, erken tanı ve tarama programlarının etkin biçimde uygulanmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Meme kanserinde erken tanı; kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi ve mamografi gibi yöntemlerle mümkün olmakta; bu yöntemlerin düzenli ve doğru uygulanması sağkalımı artırmakta ve tedavi başarısını olumlu yönde etkilemektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan ebeler, kadınlarla sürekli ve doğrudan temas hâlinde olmaları nedeniyle meme kanserine yönelik farkındalığın artırılması, erken tanı davranışlarının kazandırılması ve tarama programlarına katılımın teşvik edilmesinde kritik bir role sahiptir. Bu kitap bölümünde, ebelerin meme kanseri ve KKMM konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları güncel literatür ışığında ele alınmıştır. İncelenen çalışmalar, ebelerin ve ebelik öğrencilerinin meme kanseri hakkında belirli bir bilgi düzeyine sahip olduklarını; ancak bu bilginin her zaman düzenli ve sürdürülebilir bir davranışa dönüşmediğini göstermektedir. Özellikle öz-yeterlilik algısı, algılanan duyarlılık, motivasyon ve sağlık inançları gibi psikososyal faktörlerin KKMM uygulama davranışı üzerinde belirleyici olduğu görülmektedir. Ayrıca, ebelik öğrencilerinin mesleki kimlik gelişimi sürecinde kazandıkları sağlık davranışlarının mezuniyet sonrası bakım uygulamalarına ve toplum eğitimlerine yansıyabileceği vurgulanmaktadır. Sonuç olarak, ebelerde ve ebelik öğrencilerinde KKMM uygulama davranışlarını artırmaya yönelik girişimlerin yalnızca bilgi aktarımına odaklanmaması; tutum ve davranış değişikliğini destekleyen, öz-yeterliliği güçlendiren ve uygulamalı eğitim yaklaşımlarını içeren programlar şeklinde planlanması gerektiği değerlendirilmektedir. Bu yaklaşımın, toplum temelli erken tanı davranışlarının yaygınlaştırılmasına ve meme kanserine bağlı mortalitenin azaltılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

- 1 YI Öğrencisi, Karabük Üniversitesi, feyzanuraltinbaş14@gmail.com, 0009-0000-1676-0336
- 2 Dr. Öğr. Üyesi, Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, nozcalkap@agri.edu.tr, 0000-0003-2440-968X
- 3 Araş. Gör., Karabük Üniversitesi, kubranurkilig@karabuk.edu.tr, 0000-0003-4261-808x

1. Giriş

Meme kanseri, dünya genelinde kadınlarda en sık görülen kanser türü olup küresel ölçekte önemli bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization [WHO]) verilerine göre meme kanseri, kadınlarda kansere bağlı ölümlerin başlıca nedenleri arasında yer almakta ve bu durum küresel sağlık yükünü önemli ölçüde artırmaktadır (WHO, 2025). Güncel epidemiyolojik veriler, yaklaşık her on iki kadından birinin meme kanseri nedeniyle yaşamını yitirdiğini göstermektedir (Bray et al., 2024). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'nın (International Agency for Research on Cancer [IARC]) GLOBOCAN 2022 raporu, meme kanseri insidansının dünya genelinde artmaya devam ettiğini ve özellikle erken tanı programlarının yetersiz olduğu ülkelerde mortalite oranlarının daha yüksek seyrettiğini ortaya koymaktadır (IARC, 2022). Türkiye'de de benzer bir eğilim görülmekte olup, Türkiye Kanser İstatistikleri'ne göre meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü [HSGM], 2018).

2. Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Yaklaşımları

Meme kanseri taraması, Türkiye'de ulusal nüfus tabanlı tarama programına dahil edilen kanserler arasındadır (Özdemir vd., 2020). Meme kanserinde erken tanı, belirti ve semptomlara yönelik farkındalığın artırılması, meme dokusunda ortaya çıkan anormal bulguların erken dönemde fark edilmesi ve bu bulguların tespiti halinde gecikmeden sağlık kuruluşlarına başvurulması ile mümkün olabilmektedir (WHO, 2023). Bu süreçte kadınların kendi vücutlarını tanımaları ve meme dokusunda meydana gelen fizyolojik değişiklikler ile patolojik bulguları ayırt edebilmeleri büyük önem taşımaktadır. Erken tanının sağlanmasında, kadınların ayda bir kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapmaları, yılda bir klinik meme muayenesinden geçmeleri ve 40–69 yaş arası kadınlara iki yılda bir mamografi taraması uygulanması temel yöntemler arasında yer almaktadır (HSGM, n.d.-b).

Bu tarama yöntemlerinin düzenli ve doğru biçimde uygulanması, meme dokusunda meydana gelen kitle, sertlik, şekil değişikliği, ciltte çekinti veya akıntı gibi anormal bulguların erken dönemde saptanmasına olanak tanımakta; böylece tanı süreci hızlanmakta ve hastalığın daha erken evrede yakalanması mümkün olmaktadır (Çuvadar vd., 2025). Erken evrede tanı alan olgularda tedavi seçeneklerinin çeşitliliği artmakta, daha az invaziv girişimlerle tedavi sağlanabilmekte ve sağkalım oranları belirgin biçimde yükselmektedir. Bununla birlikte, erken tanı uygulamalarının etkinliği

yalnızca sağlık sisteminin sunduğu tarama olanaklarına değil, aynı zamanda bireylerin bu hizmetlere erişimi, tarama programlarına katılımı ve önerilen uygulamaları sürdürme davranışlarına da bağlıdır. Bu nedenle erken tanıya yönelik yaklaşımların, bireysel farkındalığı artıran ve düzenli tarama davranışlarını destekleyen bütüncül halk sağlığı stratejileri çerçevesinde ele alınması gerekmektedir (Bray, et al., 2024; Canelo-Aybar et al., 2021; Shi, et al., 2025).

3. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization [WHO]) verilerine göre meme kanseri, 185 ülkenin 157'sinde kadınlarda en sık görülen kanser türü olup dünya genelinde her yıl yaklaşık 670.000 ölüme neden olarak önemli bir küresel sağlık sorunu olmaya devam etmektedir (WHO, 2023). Küresel ölçekte meme kanseri insidansı artış göstermekte olup bu artışın özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde daha belirgin olduğu bildirilmektedir. Bu durum, erken tanı ve tarama hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler ile ilişkilendirilmektedir (Bray et al., 2024). Meme kanseri çoğunlukla kadınlarda görülmekle birlikte, olguların yaklaşık %0,5–1'inin erkeklerde ortaya çıkabildiği ve erkeklerde görülen olguların genellikle daha geç evrede tanı aldığı bildirilmektedir (WHO, 2023).

Meme dokusundaki kontrolsüz hücre çoğalması ile karakterize olan meme kanseri, yalnızca yüksek görülme sıklığı nedeniyle değil; aynı zamanda erken evrelerde çoğu zaman belirgin semptom vermemesi nedeniyle de halk sağlığı açısından ciddi bir yük oluşturmaktadır. Erken evrede saptanamayan olgular, ileri evrede tanı almakta; bu durum hem tedavi maliyetlerini artırmakta hem de sağkalım oranlarını olumsuz etkilemektedir (Bray et al., 2024).

Meme kanseri risk faktörleri genel olarak değiştirilemez ve değiştirilebilir olmak üzere iki ana grupta ele alınmaktadır. Değiştirilemez risk faktörleri arasında ileri yaş, kadın cinsiyet, genetik yatkınlık (BRCA1 ve BRCA2 mutasyonları), ailede meme kanseri öyküsü, erken menarş ve geç menopoz gibi hormonal özellikler yer almaktadır. Bu faktörler bireyin kontrolü dışında olmakla birlikte, risk düzeyinin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır (Knowledge for Policy, 2024).

Değiştirilebilir risk faktörleri ise yaşam tarzı ve çevresel etmenleri kapsamaktadır. Obezite, fiziksel aktivite yetersizliği, sağlıksız beslenme, alkol tüketimi, sigara kullanımı ve uzun süreli hormonal tedaviler meme kanseri riskini artıran başlıca faktörler arasında yer almaktadır. Güncel epidemiyolojik veriler, özellikle sedanter yaşam tarzının yaygınlaşması ve obezite prevalansındaki artışın meme kanseri insidansındaki yükselişle

yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, değiştirilebilir risk faktörlerine yönelik koruyucu sağlık yaklaşımları ve yaşam tarzı müdahaleleri, meme kanseriyle mücadelede önemli bir strateji olarak değerlendirilmektedir (Tuncer, 2025).

Sonuç olarak meme kanserinin epidemiyolojisi ve risk faktörleri birlikte ele alındığında, hastalığın yalnızca biyolojik değil; aynı zamanda sosyal, çevresel ve davranışsal boyutları olan çok yönlü bir halk sağlığı sorunu olduğu görülmektedir. Bu nedenle meme kanseriyle mücadelede erken tanı ve tarama programlarının yanı sıra risk faktörlerine yönelik koruyucu ve önleyici stratejilerin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır (Bray et al., 2024; Tuncer, 2025).

4. Türkiye’de Meme Kanseri Tarama Programları

Erken tanı ve düzenli tarama programları, meme kanserine bağlı mortalite ve morbiditenin azaltılmasında belirleyici bir role sahiptir. Klinik ve epidemiyolojik kanıtlar, tarama programlarının özellikle hastalığın erken evrede saptanmasına olanak sağlayarak daha etkili, daha az invaziv ve maliyet-etkin tedavi seçeneklerinin uygulanmasını mümkün kıldığını göstermektedir (Canelo-Aybar et al., 2021; Shi et al., 2025). Erken evrede tanı alan olgularda sağkalım oranlarının anlamlı biçimde arttığı, ileri evre hastalık yükünün ve tedaviye bağlı komplikasyonların ise azaldığı bildirilmektedir (Bray et al., 2024). Bu doğrultuda uluslararası klinik rehberler, 40–69 yaş arası kadınlar için düzenli mamografi taramasını temel tarama yöntemi olarak önermekte; uygun yaş gruplarında klinik meme muayenesini ve genç yaş gruplarında bireyin kendi meme dokusunu tanımasını amaçlayan kendi kendine meme muayenesi (KKMM) uygulamasını erken farkındalık yaklaşımı olarak desteklemektedir (Canelo-Aybar et al., 2021; WHO, 2023).

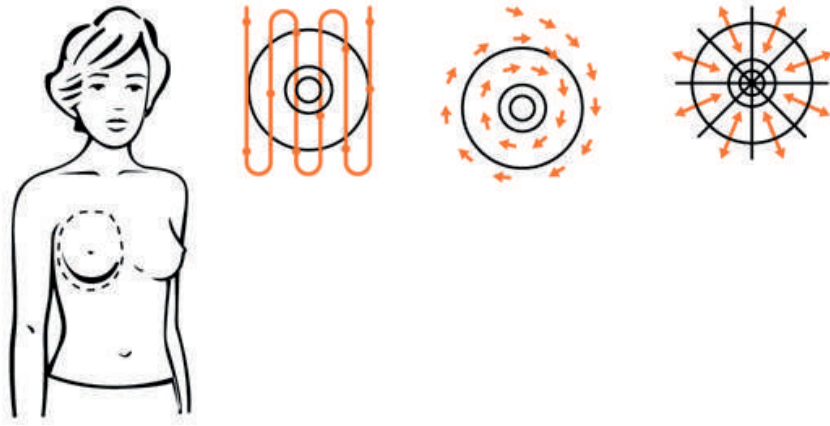
Türkiye’de meme kanserine yönelik tarama hizmetleri, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM) tarafından yürütülen Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında, toplum temelli ve ücretsiz bir yaklaşımla sunulmaktadır. Program doğrultusunda kadınlara ayda bir KKMM yapmaları öğretilmekte, yılda bir klinik meme muayenesi önerilmekte ve 40–69 yaş arasındaki tüm kadınlara iki yılda bir ücretsiz mamografi taraması sağlanmaktadır (HSGM, 2025). Tarama hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleriyle entegre biçimde; aile sağlığı merkezleri, sağlıklı hayat merkezleri ve Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) aracılığıyla yürütülmektedir. Bu örgütlenme modeli, tarama hizmetlerinin erişilebilirliğini artırmayı, sosyoekonomik eşitsizlikleri azaltmayı ve toplumun geniş kesimlerine ulaşmayı hedeflemektedir (Canelo-Aybar et al., 2021).

Ulusal tarama programlarının temel amaçları arasında; meme kanserinin erken evrede saptanması, tanı ve tedavi sürecinin hızlandırılması, hastalığa bağlı komplikasyonların ve yaşam kayıplarının azaltılması yer almaktadır. Bununla birlikte, tarama programlarının etkinliği yalnızca programın varlığıyla sınırlı olmayıp; kadınların tarama hizmetlerine katılımı, önerilen aralıklarla taramaları sürdürme davranışı ve sağlık profesyonellerinin bilgilendirme, danışmanlık ve yönlendirme rollerini etkin biçimde yerine getirmeleriyle doğrudan ilişkilidir (WHO, 2023). Bu bağlamda birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan ebe ve hemşirelerin, kadınları tarama programlarına yönlendirmede, tarama sürecine katılımı artırmada ve sürdürülebilir erken tanı davranışlarının kazandırılmasında kilit bir role sahip olduğu vurgulanmaktadır (Bray et al., 2024)..

Genel olarak değerlendirildiğinde, Türkiye'nin ulusal meme kanseri tarama protokolleri; KKMM eğitimi, klinik meme muayenesi ve mamografinin düzenli uygulanmasını bütüncül bir yaklaşımla ele alarak meme kanserinde erken tanıyı güçlendirmeyi hedeflemektedir. Bu programların sürdürülebilirliğinin sağlanması, hizmetlere katılım oranlarının artırılması ve sağlık profesyonellerinin aktif katkısının desteklenmesi, meme kanserine bağlı mortalitenin azaltılması açısından kritik öneme sahiptir (Bray et al., 2024; Shi et al., 2025).

5. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Kendi kendine meme muayenesi (KKMM), kadının kendi meme dokusunu tanımasını amaçlayan, kolay uygulanabilir, invaziv olmayan ve maliyeti düşük bir erken farkındalık yöntemidir. Özellikle sağlık hizmetlerine erişimin sınırlı olduğu durumlarda, kadınların meme sağlığına ilişkin farkındalık kazanmalarını destekleyen önemli bir öz-bakım davranışı olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte KKMM, tek başına bir tanı yöntemi olmaktan ziyade, meme dokusunda meydana gelen değişikliklerin erken fark edilmesini sağlayan tamamlayıcı bir yaklaşım olarak ele alınmaktadır (HSGM, n.d.-a).



Şekil 1. Kendi Kendine Meme Muayenesi

(<https://memeder.org/meme-sagligi/kendi-kendine-muayene/kendi-kendine-meme-muayenesi-nedir/>).

KKMM'nin etkinliği, uygulamanın düzenli aralıklarla ve doğru teknikle yapılmasına doğrudan bağlıdır. Kadının meme dokusundaki normal yapıyı tanınması, zaman içinde ortaya çıkabilecek kitle, sertlik, şekil değişikliği, ciltte çekinti, kızarıklık ya da meme başı akıntısı gibi anormal bulguları erken dönemde fark edebilmesini mümkün kılmaktadır. Bu sayede kadınların sağlık kuruluşlarına daha erken başvurusu sağlanmakta ve tanı süreci hızlanabilmektedir. Ancak literatürde, KKMM'nin düzenli uygulanma oranlarının istenilen düzeyde olmadığına ve uygulamanın çoğu zaman düzensiz biçimde gerçekleştirildiğine dikkat çekilmektedir (Özen et al., 2013)

Yapılan çalışmalarda, kadınların önemli bir bölümünün KKMM'ye ilişkin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu, uygulama sıklığı ve doğru teknik konusunda eksiklikler yaşadığı ve meme dokusundaki normal ile anormal bulguları ayırt etmekte zorlandığı bildirilmektedir (Özen et al., 2013; Yıldırım & Özyayın, 2011). Ayrıca kadınların KKMM'ye yönelik bilgilerini çoğunlukla sosyal medya, çevre ve informal kaynaklardan edindikleri; sağlık profesyonellerinden alınan yapılandırılmış eğitimlerin sınırlı olduğu belirtilmektedir. Bu durum, yanlış veya eksik bilgilerin yaygınlaşmasına ve KKMM'nin etkinliğinin azalmasına yol açabilmektedir (Yıldırım & Özyayın, 2011).

Güncel yaklaşımlar, KKMM'nin kadınlara doğru teknikle ve uygun sıklıkta öğretilmesini, uygulamanın klinik meme muayenesi ve mamografi gibi tarama yöntemleriyle birlikte ele alınmasını önermektedir. Bu bağlamda, KKMM'nin etkinliğini artırmaya yönelik girişimlerde, kadınların

bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi, uygulamalı eğitimlerin planlanması ve eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması önem taşımaktadır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan ebe ve hemşirelerin, KKMM eğitiminde aktif rol almaları; kadınların doğru bilgiye ulaşmalarını ve bu davranışı düzenli olarak sürdürmelerini destekleyici bir etki yaratmaktadır (Özen et al., 2013; Yıldırım & Özaydın, 2011).

6. Ebelerin Meme Kanseri ve KKMM'deki Rolü

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan ebeler, kadınlarla yaşam döngüsünün her evresinde sürekli ve doğrudan temas hâlinde olan sağlık profesyonelleridir. Bu özellikleri nedeniyle ebeler; meme kanserine yönelik farkındalığın artırılması, erken tanı davranışlarının kazandırılması ve tarama programlarına katılımın teşvik edilmesi sürecinde önemli sorumluluklar üstlenmektedir. Toplum temelli sağlık hizmetlerinin merkezinde yer alan ebeler, kadınların sağlık davranışlarını şekillendirmede güvenilir bilgi kaynağı ve danışman olarak kritik bir konuma sahiptir. Bu bağlamda ebelerin etkin rol üstlenmesi, toplumda erken tanı davranışlarının yaygınlaştırılması, bilgi düzeyinin artırılması ve meme kanserine bağlı mortalitenin azaltılması açısından belirleyici olmaktadır (Kabacaoğlu & Karaca, 2020; Meram et al., 2025).

Türkiye’de meme kanseri olgularında memedeki değişikliklerin çoğunlukla kadınların kendileri tarafından fark edildiği dikkate alındığında, risk faktörleri, erken tanı yöntemleri ve özellikle kendi kendine meme muayenesine (KKMM) yönelik eğitimlerin yaygınlaştırılmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu süreçte ebe ve hemşirelerin, kadınlara doğru ve güncel bilgi aktarmaları, tarama yöntemlerinin önemini vurgulamaları ve düzenli tarama davranışlarını teşvik etmeleri büyük önem taşımaktadır. Literatür, yapılandırılmış ve uygulamalı eğitimlerin, kadınların KKMM bilgi ve uygulama düzeylerini anlamlı biçimde artırdığını göstermektedir (Açıkgöz et al., 2015).

Ebelerin KKMM eğitiminde aktif rol almaları, yalnızca bilgilendirme ile sınırlı kalmamalı; uygulamaya dayalı öğretim yöntemleriyle desteklenmelidir. Broşür, afiş, görsel materyaller ve medya içerikleri gibi destekleyici eğitim araçlarının kullanımı, öğrenmenin kalıcılığını artırmakta ve kadınların KKMM’yi düzenli bir sağlık davranışı hâline getirmelerini kolaylaştırmaktadır. Ayrıca ebelerin ve hemşirelerin, rol model olma sorumluluğu çerçevesinde KKMM’yi kendi yaşamlarında düzenli olarak uygulamaları, klinik meme muayenesi ve mamografi kontrollerini aksatmamaları ve güncel tarama kılavuzlarına hâkim olmaları, verdikleri eğitimin güvenilirliğini ve etkinliğini güçlendirmektedir (Madanat & Merrill, 2002).

Sonuç olarak ebeler, meme kanserinde erken tanı sürecinin yalnızca uygulayıcıları değil, aynı zamanda farkındalık oluşturan, davranış değişikliğini destekleyen ve kadınların sağlık okuryazarlığını geliştiren kilit aktörlerdir. Bu nedenle ebelerin bilgi ve becerilerinin güncel tutulması ve eğitim rollerinin güçlendirilmesi, meme kanseriyle mücadelede etkili bir halk sağlığı stratejisi olarak değerlendirilmelidir (Açıkgöz et al., 2015; Kabacaoğlu & Karaca, 2020).

7. Ebelik Öğrencileri ve Erken Tanı Davranışları

Meme kanserinde erken tanının yaygınlaştırılmasında yalnızca aktif olarak çalışan ebelerin değil, geleceğin sağlık profesyonelleri olan üniversite öğrencilerinin de bilgi, tutum ve davranış düzeylerinin değerlendirilmesi giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Özellikle ebelik öğrencileri, mesleki eğitim sürecinde edindikleri bilgi ve sağlık davranışlarını mezuniyet sonrasında hem klinik bakım uygulamalarına hem de toplum temelli sağlık eğitimlerine yansıtmaya potansiyeline sahip olmaları nedeniyle kritik bir grubu oluşturmaktadır. Bu dönemde kazanılan erken tanı davranışları, ebelik mesleki kimliğinin gelişimi açısından da belirleyici bir rol oynamaktadır (Meram et al., 2025).

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda, meme kanseri konusunda belirli bir bilgi düzeyine sahip olunmasına karşın, erken tanı yöntemlerinin özellikle kendi kendine meme muayenesinin (KKMM) düzenli ve sürdürülebilir biçimde uygulanmadığı bildirilmektedir. Bu durum, bilgi düzeyinin tek başına davranış değişikliği için yeterli olmadığını ve erken tanı uygulamalarının benimsenmesinde psikososyal etkenlerin önemli olduğunu göstermektedir (Kiyat & Akyüz, 2025).

Sağlık İnanç Modeli temelli araştırmalarda, KKMM yapma davranışının algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar ve algılanan engeller gibi sağlık inancı bileşenleriyle anlamlı biçimde ilişkili olduğu saptanmıştır. Özellikle öz-yeterlilik düzeyi yüksek olan bireylerin KKMM'yi daha düzenli uyguladıkları, engel algısı yüksek olan öğrencilerde ise bu davranışın belirgin biçimde azaldığı bildirilmektedir (Eyi et al., 2024). Ebelik öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda da benzer bulgular elde edilmiş; öz-yeterlilik algısı yüksek olan öğrencilerin KKMM yapma oranlarının daha yüksek olduğu, buna karşın uygulamanın çoğu zaman süreklilik göstermediği belirtilmiştir (Meram et al., 2025).

Bu bulgular, ebelik öğrencilerine yönelik planlanacak eğitim programlarının yalnızca bilgi aktarımına odaklanmaması gerektiğini ortaya koymaktadır. Eğitimlerin, öğrencilerin risk algısını güçlendiren,

öz-yeterliliklerini artıran ve davranış değişikliğini destekleyen uygulamalı yaklaşımlarla yapılandırılması önem taşımaktadır. Bu yaklaşım, öğrencilerin erken tanı davranışlarını bireysel yaşamlarına entegre etmelerini sağlarken, mezuniyet sonrası dönemde toplum temelli erken tanı farkındalığının artırılmasına da katkı sunacaktır (Eyi et al., 2024; Kiyat & Akyüz, 2025).

8. Sonuç

Bu kitap bölümünde incelenen çalışmalar, ebelerin ve ebelik öğrencilerinin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine (KKMM) ilişkin bilgi düzeylerinin genel olarak yeterli olduğunu; ancak bu bilginin düzenli, sürekli ve sürdürülebilir bir sağlık davranışına dönüşmesinde önemli sınırlılıklar bulunduğunu ortaya koymaktadır. Literatür, bilgi sahibi olmanın tek başına erken tanı davranışlarının benimsenmesi için yeterli olmadığını; bireylerin bu bilgiyi günlük yaşamlarına entegre edebilmelerinde psikososyal etkenlerin belirleyici rol oynadığını göstermektedir (Meram et al., 2025; Kiyat & Akyüz, 2025).

Özellikle Sağlık İnanç Modeli çerçevesinde yapılan değerlendirmelerde, algılanan duyarlılık, algılanan yarar, algılanan engeller, motivasyon ve öz-yeterlilik düzeylerinin KKMM uygulama davranışı üzerinde güçlü etkileri olduğu bildirilmektedir. Öz-yeterlilik algısı yüksek olan bireylerin KKMM'yi daha düzenli uyguladıkları; buna karşılık engel algısı ve motivasyon eksikliği yaşayan bireylerde bu davranışın süreklilik göstermediği saptanmıştır (Eyi et al., 2024). Bu durum, erken tanı davranışlarının geliştirilmesinde bilişsel faktörlerin yanı sıra duygusal ve davranışsal boyutların da dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Bu doğrultuda ebeler ve ebelik öğrencileri, yalnızca bilgi aktaran veya eğitici rol üstlenen sağlık profesyonelleri olarak değil; aynı zamanda desteklenmesi, güçlendirilmesi ve davranış değişikliği açısından teşvik edilmesi gereken bir hedef grup olarak ele alınmalıdır. Ebelerin öz-yeterliliklerini artıran, motivasyonlarını destekleyen ve sağlık inançlarını olumlu yönde etkileyen eğitim ve destek programlarının planlanması, hem bireysel erken tanı davranışlarının geliştirilmesine hem de toplum temelli farkındalığın artırılmasına katkı sağlayacaktır. Bu yaklaşımın, meme kanserinde erken tanı oranlarının yükseltilmesi ve hastalığa bağlı mortalitenin azaltılmasında önemli bir halk sağlığı stratejisi olduğu değerlendirilmektedir.

Kaynaklar

- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(3), 229–263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>.
- Canelo-Aybar, C., Ferreira, D. S., Ballesteros, M., Posso, M., Montero, N., Solà, I., Saz-Parkinson, Z., Lerda, D., Rossi, P. G., Duffy, S. W., Follmann, M., Gräwingholt, A., & Alonso-Coello, P. (2021). Benefits and harms of breast cancer mammography screening for women at average risk of breast cancer: A systematic review for the European Commission Initiative on Breast Cancer. *Journal of Medical Screening*, 28(4), 389–404. <https://doi.org/10.1177/09691413211993866>.
- Çuvadar, A., Ertürk Balcı, E.G., Ovezova, M., Habergötüren, T., Çuvadar Baş, Y. (2025). 40-69 yaş arası kadınlarda meme kanseri korkusu ile farkındalık arasındaki ilişki: Kesitsel bir çalışma. *JHSS*, 8(2), 109-124. <https://doi.org/10.71416/jhss.1715625>.
- Eyi, S., Kaya, N., & Aydın, D. (2024). Health belief model and breast self-examination behavior among university students. *Journal of Public Health Nursing*, 41(2), 145–153. <https://doi.org/10.1111/phn.13112>.
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). *Türkiye kanser istatistikleri 2018* [PDF]. T.C. Sağlık Bakanlığı. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Istatistikler/Kanser_Rapor_2018.pdf.
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2025). *Kanser taramaları*. T.C. Sağlık Bakanlığı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari.html>.
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (n.d.-a). *Ekim meme kanseri farkındalık ayı*. T.C. Sağlık Bakanlığı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-kanser/ekim-meme-kanseri-farkindalik-ayi.html>.
- IARC. (2022). *New report on global cancer burden in 2022 by world region and human development level*. <https://www.iarc.who.int/news-events/new-report-on-global-cancer-burden-in-2022-by-world-region-and-human-development-level>.
- Kabacaoğlu, C., & Karaca, A. (2020). Midwives' and nurses' roles related to primary and secondary prevention measures in breast cancer. *Journal of Academic Research in Nursing*, 6(3), 357–364. <https://doi.org/10.5222/jaren.2020.69885>.
- Kiyat, İ., & Akyüz, N. (2025). Kadınların sağlık okuryazarlığı ile meme kanseri farkındalığı arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 7(1), 31–37. <https://doi.org/10.54061/jphn.1590730>.
- Knowledge for Policy. (2024). *Breast cancer prevention – Modifiable and non-modifiable risk factors*. European Commission. https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/breast-cancer-prevention_en.

- Meram, H. E., Bekmezci, E., Karakoç, H., & Yavuz, B. (2025). The relationship between nursing and midwifery undergraduate students health beliefs and breast cancer knowledge levels and their breast self-examination behavior. *Journal of Public Health*, 33(11), 2523–2531. <https://doi.org/10.1007/s10389-024-02221-2>.
- Özdemir, R., Çevik, F. T., Duygu, K. E. S., Karacali, M., & Özgüner, S. (2020). Level and Factors Associated with Participation in Population-Based Cancer Screening in Safranbolu District of Karabük, Turkey. *Iranian journal of public health*, 49(4), 663. PMCID: PMC7283187 PMID: 32548046.
- Özen, B., Zincir, H., Kaya Erten, Z., Özkan, F., & Elmalı, F. (2013). Knowledge and attitudes of women about breast cancer, breast self-examination, and healthy lifestyle behaviours. *Journal of Breast Health*, 9(4), 200–204. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2013.33>.
- Shi, J., Li, J., Gao, Y., Chen, W., Zhao, L., Li, N., Tian, J., & Li, Z. (2025). The screening value of mammography for breast cancer: An overview of 28 systematic reviews with evidence mapping. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 151(3), Article 102. <https://doi.org/10.1007/s00432-025-06122-z>.
- Şekil 1. Kendi Kendine Meme Muayenesi. (<https://memeder.org/meme-sagligi/kendi-kendine-muayene/kendi-kendine-meme-muayenesi-nedir/>).
- Tuncer, A. (2025, February 24). 25 yıl içinde meme kanserinden ölenlerde yüzde 68 artış yaşanacak. *Euronews*. <https://tr.euronews.com/saglik/2025/02/24/25-yil-icinde-meme-kanserinden-olenlerde-yuzde-68-artis-yasanacak>.
- World Health Organization. (2023). *Breast cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>.
- World Health Organization. (2025). *Cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Yıldırım, A. D., & Özaydın, A. (2011). *İstanbul/Moda’da oturan kadınların meme kanseri bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları ve meme sağlığı ile ilgili uygulamaları* (Yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi. <https://avesis.marmara.edu.tr/yonetilen-tez/cf97208c-46bb-4d79-a8e8-7ac31cf61379>.

Üreme Sağlığı ve Aile Planlamasında Ebelerin Rolü

Maral Ovezova¹,
Kübra Nur Kılıç²

Özet

Üreme sağlığı, bireylerin yalnızca hastalık veya yetersizlikten uzak olması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hâlini ifade eden temel bir insan hakkıdır. Aile planlaması ise üreme sağlığının ayrılmaz bir bileşeni olup, bireylerin istedikleri zamanda ve sayıda çocuk sahibi olabilmelerini sağlayan bilgi, hizmet ve yöntemleri kapsamaktadır. Bu bağlamda ebeler, gebelik öncesi danışmanlık, antenatal ve postnatal bakım, doğum kontrol yöntemleri hakkında danışmanlık ve cinsel sağlık eğitimi sunarak anne, bebek ve toplum sağlığının geliştirilmesinde kilit bir rol üstlenmektedir. Ebelerin rolü yalnızca klinik uygulamalarla sınırlı olmayıp; eğitim, danışmanlık, savunuculuk ve araştırma boyutlarını da içermektedir. Toplum temelli çalışmaları sayesinde istenmeyen gebeliklerin önlenmesine katkı sağlamakta, bireylerin bilinçli ve hak temelli kararlar almasını desteklemektedirler. Ayrıca göçmenler ve dezavantajlı gruplar gibi kırılgan nüfuslara yönelik kültürel açıdan duyarlı hizmet sunarak sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına katkıda bulunmaktadır. Güncel yaklaşımlar kapsamında dijital sağlık uygulamaları ve yenilikçi eğitim modelleri, ebelerin hizmet sunum kapasitesini artırmaktadır. Sonuç olarak, ebelerin çok boyutlu rolleri sürdürülebilir sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi, anne-bebek ölümlerinin azaltılması ve toplum sağlığının geliştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

1. Giriş

Üreme sağlığı, bireylerin yaşamlarının her evresinde fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmalarını ve üreme işlevleriyle ilgili haklarını özgürce kullanabilmelerini ifade eden temel bir insan hakkıdır.

1 Uzm. Ebe, ovezova773@gmail.com, 0009-0008-8639-2661

2 Araş. Gör., Karabük Üniversitesi, kubranurkilig@karabuk.edu.tr, 0000-0003-4261-808x

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) üreme sağlığını, “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil; bireyin üreme sistemiyle ilgili tüm süreçlerde tam bir iyilik halinde olması” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2025). Üreme sağlığı, bireylerin güvenli, tatmin edici ve özgür iradeye dayalı bir cinsel yaşama sahip olmalarını ve çocuk sahibi olup olmamaya bilinçli şekilde karar verebilmelerini kapsar (UNFPA, 2022).

Aile planlaması, üreme sağlığının ayrılmaz bir bileşenidir. DSÖ, aile planlamasını bireylerin istedikleri sayıda ve istedikleri zamanda çocuk sahibi olmalarını sağlayan bilgi, beceri, hizmet ve yöntemlerin bütünlüğü olarak tanımlamaktadır (WHO, 2025). Etkin aile planlaması hizmetleri, anne ve bebek ölümlerinin azaltılması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların kontrolü ve kadınların eğitim ile iş yaşamına katılımının artırılması açısından büyük önem taşımaktadır (UNFPA, 2022).

Ebelik mesleği, üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinde temel bir rol üstlenmektedir. Ebe; gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerinde kadınlara bakım sunmanın yanı sıra, bireylere cinsel sağlık ve aile planlaması konularında eğitim ve danışmanlık hizmeti verir. Bu kapsamda ebe, hem klinik uygulamalarda hem de toplum temelli hizmetlerde aktif olarak yer alarak, bireylerin bilinçli kararlar almasına, sağlıklı üreme davranışları geliştirmesine ve yaşam kalitesinin yükseltilmesine katkıda bulunur (Taşkın, 2022).

2. Üreme Sağlığı Kavramı

2.1 Üreme Sağlığının Bileşenleri

Üreme sağlığı, insanların güvenli ve tatmin edici bir cinsel yaşam sürdürebilmeleri, üreme yeteneklerini koruyabilmeleri ve çocuk sahibi olup olmama ve ne zaman çocuk sahibi olacakları konusunda bağımsız kararlar verebilmeleri durumunu ifade eder. Bu kapsamda üreme sağlığının temel bileşenleri; aile planlaması hizmetlerine ve etkili doğum kontrol yöntemlerine erişimi, güvenli gebelik ve doğum bakımını ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi, tespiti ve tedavisine yönelik hizmetleri içerir. Üreme sağlığı ayrıca yardımcı üreme desteğini, güvenli kürtajı ve kürtaj sonrası bakımı, kapsamlı cinsel sağlık eğitimini, cinsiyete dayalı şiddetten korunmayı ve üreme sistemini etkileyen kanserlerin önlenmesini ve erken teşhisini de kapsar (Sully vd. 2020; UNFPA, 2022). Bileşenler arasında olan doğum öncesi bakım, gebelik süresince anne ve fetüsün sağlık durumunun izlenmesini, komplikasyonların erken tanısını ve önleyici müdahaleleri kapsar (WHO, 2025). Doğum sonrası bakım ise, annenin

fiziksel ve ruhsal iyileşmesini destekler, emzirme danışmanlığı ve yeni doğan izlemi sunar (UNFPA, 2022). Aile planlaması hizmetleri, bireylere çocuk sahibi olma zamanlamasında bilinçli karar alma imkânı sunarak istenmeyen gebelikleri önler (WHO, 2025).

Üreme sağlığı hizmetleri, bireylerin temel haklarını gözeterek kapsamlı bilgiye ve kaliteli sağlık hizmetine erişebilmelerini sağlamayı amaçlamaktadır. Bu hizmetler, özellikle gençler ve kadınlar arasında cinsel sağlık eğitime, güvenilir bilgiye erişime, iletişim ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesine, cinsel özerkliğe ve cinsiyet eşitliğine büyük önem vermektedir. Ayrıca, erkeklerin üreme sağlığı hizmetlerine aktif katılımı, geleneksel cinsiyet rollerinin yeniden tanımlanması ve aile planlamasında sorumluluğun paylaşılması da temel bileşenler olarak kabul edilmektedir. Sonuç olarak, üreme sağlığının korunması ve geliştirilmesi, bireysel, toplumsal ve küresel düzeylerde işleyen çok boyutlu, bütüncül ve hak temelli bir yaklaşım gerektirmektedir (Desrosiers vd. 2020; Gottert vd. 2025; Sully vd. 2020).

2.2 Üreme Sağlığına Etki Eden Faktörler

Üreme sağlığı çok boyutlu olup, yalnızca biyolojik etkenlerden etkilenmez; kültürel, ekonomik ve sosyolojik faktörler de kritik rol oynar (WHO, 2025).

Çevresel Faktörler; endokrin bozucu kimyasallar ve hava kirliliği gibi çeşitli çevresel faktörler, hem kadınlarda hem de erkeklerde üreme sağlığını olumsuz etkileyebilir. Bu maruziyetler kadınlarda overlerin rezervinde, oosit kalitesinde ve erkeklerde sperm fonksiyonunda bozulmalara yol açar (Evangelinakı vd. 2024; Skakkebak vd. 2022).

Biyolojik faktörler; yaş, hormonal durum, genetik yatkınlık ve genel sağlık durumunu kapsar (Taşkın, 2022). Kadınlarda genetik yapıdaki farklılıklar ovaryan rezervini ve adet döngüsü düzenini etkilerken, erkeklerde genetik ve epigenetik süreçler sperm kalitesini ve genel doğurganlığı belirlemede önemli rol oynar (Long vd. 2024; Montagnoli vd. 2021).

Yaşam tarzı ve beslenme; obezite, sigara ve alkol kullanımı, yetersiz fiziksel aktivite ve sağlıksız üreme alışkanlıkları hem kadınlarda hem de erkeklerde üreme sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir (Barbouni vd. 2025; Donato vd. 2025).

Kültürel ve sosyal faktörler; aile yapısı, gelenekler, toplumun cinsiyet rolleri, cinsiyet eşitsizliği, dini inançlar, toplumsal destek ve toplumsal normlar bireylerin üreme sağlığı davranışlarını ve hizmetlere erişimini doğrudan etkiler (UNFPA, 2022).

Psikososyal ve Davranışsal Faktörler; stres, şiddet, göç ve psikososyal zorluklar bireyler üzerinde olumsuz etkilere neden olur. Özellikle stres, hormonal dengeyi bozarak hem kadın hem de erkeklerin üreme sağlığını olumsuz etkiler (Habibi vd. 2023).

Ekonomik faktörler; bireyin gelir düzeyi, eğitim seviyesi ve sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgilidir; düşük ekonomik düzey, hizmet kullanımını sınırlayabilir (WHO, 2025).

2.3 Üreme Hakları ve Cinsel Sağlık

Üreme ve cinsel sağlık hakları, 1995 yılında Pekin’de gerçekleştirilen IV. Dünya Kadın Konferansı ile 2000 yılında düzenlenen Pekin+5 izleme toplantısında insan haklarının ayrılmaz bir parçası olarak ele alınmıştır. Bu çerçevede üreme hakları; bireylerin çocuk sahibi olma konusunda özgür ve sorumlu biçimde karar verebilmelerini, bu kararları alabilmek için gerekli bilgi ve olanaklara erişebilmelerini ve en üst düzeyde cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanabilmelerini kapsayacak şekilde tanımlanmıştır. Bu yaklaşım, 2007 yılında üreme sağlığına evrensel erişimin Milenyum Kalkınma Hedefleri arasına alınmasıyla bir kez daha güçlendirilmiştir. Aile Planlaması Federasyonu, 1995 yılında yayımladığı ve 2003 ile 2008’de güncellediği Cinsel ve Üreme Hakları Bildirgesi kapsamında, uluslararası insan hakları temelinde gençlerin kendisi olabilme, bilgiye erişme, kendini koruma ve korunma, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve karar süreçlerine katılma haklarını tanımlamıştır. Dünya Cinsel Sağlık Derneği tarafından 1997 yılında duyurulan ve 2014’te yenilenerek 16 madde halinde onaylanan Cinsel Haklar Bildirgesinde ise, cinsel ve üreme haklarının evrensel insan haklarının ayrılmaz bir parçası olduğu vurgulanarak bireylerin cinsel sağlık, özgürlük ve eşitlik temelinde yaşamalarının desteklenmesi amaçlanmıştır. Söz konusu gelişmeler doğrultusunda üreme sağlığı kavramı, bireylerin üremeyle ilgili kararlarını özgürce verebilme hakkının yanı sıra, güvenli ve tatmin edici bir cinsel yaşama sahip olabilmelerini de içeren daha geniş bir çerçevede değerlendirilmeye başlanmıştır. Sağlıklı bir cinsel yaşam; tüm kişilerin cinsel haklarına saygı duyulduğunda, korunduğunda ve yerine getirildiğinde sağlanıp, sürdürülebilmektedir. Bu alandaki ilerlemeler kadın haklarını ve toplumsal cinsiyet eşitliğini teşvik etmekte, kadınların cinsiyet ve üreme konusunda özgür ve bilinçli seçimler yapmalarını sağlamaktadır. Zorlama, şiddet ve ayrımcılık olmaksızın birliktelikler, evlilik, cinsel ilişkiler ve çocuk sahibi olma ile ilgili karar verme, bilgi ve hizmetlere erişim hakkı, kadınların eşitliği ve refahı için temel unsurlardır (Özlem, 2017; Üçüncü vd. 2024).

Cinsel sağlık ve aile planlamasının teşvik edilmesi, cinsel işlevselliğin ve

genel yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için elzemdir (Akalin, & Bostancı, 2022). Bu hakların etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi, toplumsal damgalanmanın ortadan kaldırılmasını, doğru ve kapsayıcı sağlık bilgilerinin yaygınlaştırılmasını ve sağlık hizmetlerine erişimdeki engellerin kaldırılmasını gerektirir. Sonuç olarak, cinsel ve üreme hakları sağlıklı, güvenli ve onurlu bir yaşamın temel taşlarından birini oluşturur ve bunların korunması hem bireysel refah hem de sosyal adalet ve insan haklarının daha geniş hedefleri için hayati önem taşır (Koçak & Duman, 2019; Kudret, 2020). Bu kapsamda, ebe rolü önemlidir; ebe, bireyleri üreme hakları ve cinsel sağlık konusunda bilgilendirir, danışmanlık yapar ve sağlıklı davranışları teşvik eder (Taşkın, 2022).

3. Aile Planlamasının Tanımı ve Önemi

3.1 Aile Planlamasının Temel Amaçları

Aile planlaması, bireylerin ve çiftlerin istedikleri sayıda ve zamanda çocuk sahibi olabilmelerini sağlayan sağlık hizmetlerini kapsar (WHO, 2025). Temel amaçlarında, üreme süreçlerinin sağlıklı şekilde yürütülmesinin sağlanması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, anne ve çocuk sağlığının korunması, üreme sağlığı hizmetlerine erişimin artırılması ve toplumsal kaynakların daha etkin kullanımı yer alır (UNFPA, 2022). Aile planlaması, ayrıca bireylerin üreme kararlarını bilinçli şekilde almalarını ve aile yapısını planlamalarını sağlayarak yaşam kalitesini artırır (Taşkın, 2022).

3.2 Anne, Bebek ve Toplum Sağlığı Açısından Önemi

Aile planlaması, anne, çocuk, aile ve toplum sağlığının iyileştirilmesinde hayati bir rol oynar. Aile planlaması ile anne ve çocuk sağlığı korunur, cinsel yolla bulaşan hastalıkların tedavisi önlenir ve toplumsal sağlıklı nesillerin yetişmesine katkı sağlanır. Anne ölümleri için risk faktörü olan istenmeyen veya erken yaştaki gebelikleri engelleyerek anne sağlığını korumayı amaçlar. Gebelikler arasında yeterli aralıklar sağlayarak, aile planlaması hem anne hem de çocuk sağlığını destekler ve üreme sistemi hastalıkları ile gebelikle ilgili komplikasyonların görülme sıklığını azaltır. Ayrıca, istenmeyen gebelikle ilgili kaygıyı azaltarak daha sağlıklı cinsel ilişkileri teşvik eder ve anemi gibi sağlık sorunlarının yaygınlığını azaltır. Çocuk sağlığı açısından bakıldığında, aile planlaması daha düşük bebek ölüm oranları, azalmış beslenme yetersizlikleri ve bulaşıcı hastalık riskinin azalmasıyla ilişkilidir. Ailelerin yeterince bakabilecekleri sayıda çocuğa sahip olmalarını sağlayarak, aile planlaması yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmasını kolaylaştırır.

Böylece çocukların fiziksel, zihinsel ve bilişsel gelişimini de destekler ve sağlıklı çocukların, gelecek nesillerin, daha sağlıklı bir toplumun gelişimine katkıda bulunur. Kadınların ve çocukların nüfusun önemli bir bölümünü oluşturduğu göz önüne alındığında, aile planlaması yoluyla sağlanan iyileşmeler, daha sağlıklı bir toplumun kurulmasına doğrudan katkıda bulunur. Dahası, etkili aile planlaması uygulamaları, hızlı nüfus artışının ekonomik kalkınma, beslenme, barınma, eğitim ve çevre koşulları üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmaya yardımcı olur. Toplum açısından kapsamlı aile planlaması ekonomik kalkınmayı destekler, nüfus artışının kontrolünü, sağlık ve eğitim hizmetlerinin etkin kullanımını sağlar; bu da nihayetinde daha sağlıklı bir toplumla sonuçlanır (MEB, 2017; Starrs vd. 2018; Shinde vd. 2025; WHO, 2025).

3.3 Aile Planlaması Politikaları ve Ulusal Programlar (Türkiye Örneği)

Türkiye’de aile planlaması politikaları, toplumsal değişimlere ve demografik hedeflere bağlı olarak tarihsel süreçte farklı yaklaşımlar göstermiştir. 1965 yılında kabul edilen Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile modern ve geleneksel yöntemlerin yaygınlaştırılması ve aile planlaması hizmetlerine erişimin artırılması amaçlanmıştır (Karadon vd. 2021). Türkiye’de yıllar içinde AP yöntemi kullanımı önemli ölçüde artmakla birlikte hala istenmeyen gebelikler ortaya çıkmaya devam etmektedir (Karaçalı & Özdemir, 2018).

Türkiye’de aile planlaması, Sağlık Bakanlığı’nın Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Programları ile yürütülmektedir. Programın hedefleri arasında her yaştan bireyin üreme sağlığı hizmetlerine erişimini sağlamak, danışmanlık ve eğitim hizmetleri sunmak ve doğum kontrol yöntemlerini yaygınlaştırmak yer alır. Ulusal programlar kapsamında, Sağlık Bakanlığı’nın öncülüğünde, birinci basamak sağlık hizmetleri aracılığıyla ücretsiz danışmanlık hizmetleri ve yöntem temini sağlanmaktadır. Bu programlar, anne ve çocuk sağlığının iyileştirilmesine, istenmeyen gebeliklerin azaltılmasına ve toplumun genel refah seviyesinin yükseltilmesine katkı sağlamaktadır (HSGM, 2025).

Ülkemizde aile planlaması hizmetlerinin yürütülmesine ilişkin 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun kapsamında (TJOD, 2024);

- 10 haftaya kadar olan gebelikler isteğe bağlı olarak sona erdirilebilir
- 10 haftanın üzerindeki gebelikler tıbbi nedenlerle sona erdirilebilir
- Erkek ve kadınlara gönüllü cerrahi sterilizasyon uygulanabilir
- Eğitimli doktor, hemşire ve ebeler RİA gibi etkili gebeliği önleyici yöntemleri uygulayabilirler

4. Aile Planlaması Yöntemleri

4.1. Geleneksel Yöntemler

Geleneksel aile planlaması yöntemleri, modern tıbbi müdahale gerektirmeyen ve genellikle bireylerin davranış ve gözlemine dayalı uygulamalardır (WHO, 2025). Bu yöntemler, özellikle sağlık hizmetlerine erişimin sınırlı olduğu bölgelerde tercih edilmektedir.

Takvim yöntemi: Kadının adet döngüsü takip edilerek doğurgan dönem belirlenir ve bu dönemde cinsel ilişkiden kaçınılır. Bu yöntemin etkinliği, döngülerin düzenliliğine bağlıdır (Taşkın, 2022).

Vücut ısı ve servikal mukus yöntemleri: Kadınların ovulasyon döneminde vücut sıcaklığı artışı veya servikal mukusta değişiklikler gözlemlenir. Bu sayede doğurgan dönemi tahmin etmek mümkündür (UNFPA, 2022).

Geri çekme (coitus interruptus): Cinsel ilişki sırasında ejakülasyonun vajina dışında yapılması esasına dayanır. Kullanımı oldukça yaygın olmakla birlikte, hataya açık bir yöntemdir ve etkinliği düşüktür (WHO, 2025).

Geleneksel yöntemlerin avantajları; maliyetsizdir, yan etkisi yoktur ve aile planlamasına başlamak için sağlık kuruluşuna gerek yoktur. Dezavantajları ise gebelikten korunma oranı düşük ve bireylerin dikkatli takip gerektirir. Ayrıca düzensiz döngüye sahip kadınlarda etkinliği çok daha düşüktür (Taşkın, 2022). Bu yöntemler, bireylerin doğurganlık hakkında farkındalığını artırmak açısından önemlidir, ancak modern yöntemlerin sağladığı güvenilirliği ve korumayı tek başına sunamaz.

4.2 Modern Yöntemler

Modern aile planlaması yöntemleri, bilimsel temellere dayanır ve yüksek etkinlik ile gebelikten korunma sağlar (WHO, 2025). Bu yöntemler hem birey hem de toplum sağlığı açısından kritik öneme sahiptir.

Hormonal yöntemler: Doğum kontrol hapları, implantlar ve enjeksiyonlar; yumurtlamayı önleyerek veya rahim ortamını gebeliğe uygun olmayan bir duruma getirerek koruma sağlar (UNFPA, 2022). Hormon içeren yöntemler ayrıca adet düzeni sağlama ve bazı durumlarda ağrılı adetleri hafifletme gibi ek avantajlar sunar.

Rahim içi araçlar (RİA): Uzun süreli ve geri dönüşü olmayan olmayan etkili korunma sağlar. Bakır RİA ve hormonlu RİA seçenekleri mevcuttur; her iki tür de gebeliği önleme mekanizmasına sahiptir (Taşkın, 2022).

Bariyer yöntemler: Kondomlar hem gebelikten koruma hem de cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı korunma sağlar. Kadın kondomu da benzer şekilde kullanılabilir ve güvenli cinsel ilişkiyi destekler (WHO, 2025).

Cerrahi yöntemler: Tüplerin bağlanması (kadınlarda) ve vazektomi (erkeklerde) kalıcı yöntemlerdir. Geri dönüşleri sınırlıdır ve aile planlamasında son çare olarak tercih edilir (UNFPA, 2022).

Modern yöntemlerin etkinliği, doğru ve düzenli kullanım ile doğrudan ilişkilidir. Danışmanlık ve eğitim, bireylerin yöntemleri doğru kullanmasını sağlayarak başarının artmasını destekler (Taşkın, 2022).

1.3 Aile Planlaması Yöntemlerinin Koruma Derecesi

Aile planlaması yöntemlerinin etkinliği, genellikle “ideal kullanım” ve “gerçek yaşam kullanımı” olarak iki şekilde değerlendirilir. İdeal kullanım, yöntemin tam talimatına uygun ve düzenli kullanımını ifade ederken. Gerçek yaşam kullanımı ise günlük hayatta hatalar veya düzensizlikler nedeniyle etkinliğin düştüğü durumları ifade eder. Geleneksel yöntemlerde gerçek kullanım etkinliği genellikle düşüktür çünkü günlük hayatta hatalar sık görülür. Geleneksel yöntemler, düşük maliyetli ve yan etkisiz olsa da etkinliği sınırlıdır ve dikkatli kullanım gerektirir. Modern yöntemler, doğru kullanıldığında hem yüksek koruma sağlar hem de ek avantajlar sunar. Danışmanlık ve takip, başarının artmasında kritik rol oynar. Modern yöntemler, yüksek etkinlik, uzun süreli koruma ve ek sağlık avantajları sağlar. Bireyler ve çiftler için danışmanlık ve eğitim, yöntem seçiminde doğru karar verilmesini ve etkin kullanımın sağlanmasını destekler (Taşkın, 2022; UNFPA, 2022; WHO, 2025).

Geleneksel Yöntemler	İdeal Kullanım Koruma	Gerçek Kullanım Koruma	Açıklama
Takvim/Ritim yöntemi	%95	%76	Düzenli döngüye sahip kadınlarda etkin, düzensiz döngüde risk artar
Vücut ısısı/mukus yöntemi	%98	%75	Ovulasyon doğru takip edilirse etkili, ancak dikkat ve disiplin gerekir
Geri çekme (coitus interruptus)	%96	%78	Partnerin kontrolüne bağlı, hata riski yüksek

Modern Yöntemler	İdeal Kullanım Koruma	Gerçek Kullanım Koruma	Açıklama
Doğum kontrol hapı	%99	%91	Düzenli alındığında yüksek koruma sağlar
Hormonal implant	%99	%99	Takıldıktan sonra uzun süre koruma sağlar, kullanıcı hatası az
Rahim içi araç (RİA)	%99	%99	Uzun süreli koruma, kullanıcıya bağlı hata yok
Kondom (erkek)	%98	%85	Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan da korur, kullanım hatasına açık
Tüplerin bağlanması / Vazektomi	%99+	%99+	Kalıcı yöntemler, etkisi uzun süreli ve yüksek
Enjeksiyon (hormonal)	%99	%94	Düzenli yapılırsa çok etkili, gecikme olursa etkinlik düşer

5. Ebeğin Üreme Sağlığı ve Aile Planlamasındaki Rolü

Ebe, üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinde merkezi bir rol oynar. Rolü yalnızca klinik uygulamalarla sınırlı olmayıp, eğitim, danışmanlık, savunuculuk ve araştırma alanlarını kapsar. Ebe hem bireylerin hem de toplumun sağlığını koruma ve geliştirme sorumluluğunu üstlenir (UNFPA, 2022).

5.1 Yöntem Seçiminde Ebe Rolü

Ebeler, aile planlamasında, özellikle uygun doğum kontrol yöntemlerinin seçiminde rehberlik etme konusunda merkezi ve giderek daha fazla kabul gören bir role sahiptir. Ebeler, özellikle doğum öncesi, doğum sonrası ve toplum temelli bakım sırasında kadınlar için genellikle ilk ve en güvenilir temas noktası oldukları için, bilinçli ve özerk karar vermeyi destekleyen, kişiselleştirilmiş, bütüncül doğum kontrol danışmanlığı sunmak için benzersiz bir konumdadırlar. Ebeler, modern ve geleneksel yöntemlerin

yararları ve sınırlamaları da dahil olmak üzere açık ve anlaşılır açıklamalarla, kadınların sağlık durumlarına, yaşam tarzlarına ve kişisel tercihlerine uygun yöntemi seçmelerine yardımcı olurlar. Kadınların özellikle aileleri veya toplulukları tarafından doğum kontrol yöntemleri hakkında doğru bilgileri kolayca elde edilemediği durumlarda, ebelerin önerilerine olan güvenleri daha da artmaktadır. Ayrıca, kontraseptif seçimi bölgesel, sosyoekonomik ve sosyokültürel faktörlerden güçlü bir şekilde etkilenmektedir; geleneksel yöntemler birçok gelişmekte olan ülkede yaygın olmaya devam etmekte ve nesiller arası aktarım aile planlaması ve cinsel sağlığa yönelik tutumları şekillendirmektedir. Sonuç olarak, ebelerin danışmanlık uygulamalarına bölgesel farklılıklar ve nesiller arası etkiler konusunda farkındalık katmaları ve aynı zamanda eğitim ve erişimi geliştirmek için dijital teknolojileri kullanmaları çok önemlidir. Ancak, ebelerin yöntem seçimindeki etkinliği, eğitim düzeyleri, sürekli eğitimleri ve kurumsal destekle yakından bağlantılıdır. Bu nedenle, destekleyici politikalar, genişletilmiş eğitim fırsatları ve meslekler arası işbirliği yoluyla ebelerin rollerini güçlendirmek, aile planlaması hizmetlerinin kalitesini, erişilebilirliğini ve çeşitliğini iyileştirmek için çok önemlidir (Yıldırım vd. 2023; WHO, 2025; Walker vd. 2021).

5.2 Eğitim ve Danışmanlık Rolü

Aile planlaması yöntemlerinin kullanımının artırılması ve aile planlaması hizmetlerine yönelik karşılanmamış ihtiyaçların azaltılması, büyük ölçüde uygun zamanda ve uygun şekilde danışmanlık sağlanmasına bağlıdır. Doğum öncesi ve sonrası dönemler, kadınların sağlık hizmetlerine daha sık eriştiği ve bu aşamalarda aile planlaması danışmanlığına genellikle daha açık olduğu için kritik dönemlerdir. Bu nedenle, sağlık hizmeti sağlayıcılarının bu dönemde rehberlik sunarken belirli koşullarda hangi kontraseptif yöntemlerin uygun olduğunu anlamaları çok önemlidir (Erenel & Sezer, 2017). Bu bağlamda, ebeler cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinin birincil sağlayıcıları ve kadınların ve çiftlerin bilinçli ve özerk üreme seçimleri yapmalarını destekleyen danışmanlar olarak çok önemli bir rol oynamaktadır. Etkili danışmanlık, teknik bilgi sağlamanın ötesine geçer ve kadınların çeşitli sosyal, kültürel ve bireysel ihtiyaçlarını kabul eden, kültürel açıdan duyarlı, kişiselleştirilmiş iletişim yoluyla güven, saygı ve güçlendirmeyi teşvik eder. Ebeler, klinik yeterlilik ile empati arasında denge kurmalı, danışmanlığın kapsayıcı, destekleyici ve bireysel tercihlere saygılı olmasını sağlamalıdır. Bu da üreme sağlığı hizmetlerinin etkinliğini artırır ve çiftler arasında sorumlu karar vermeyi teşvik eder. Bu nedenle, onların güveni, yeterliliği ve sürekli mesleki gelişim ve yansıtıcı uygulamaya olan bağlılıkları, aile planlaması

girişimlerinin başarısı için çok önemlidir (Bradfield vd. 2021; Höglund & Larsson, 2019; Kolak vd. 2022; UNFPA, 2021). Bu merkezi rolü, 2024 yılında ülkemizde yayınlanan ebeler yönetmeliği de, ebelerin “doğurganlığın düzenlenmesinde çiftlere eğitim ve danışmanlık hizmetleri verir” maddesinde açıkça belirtir ve aile planlaması danışmanlığını görev ve sorumluluklarının bir parçası olarak resmi olarak tanımlar (Resmi Gazete, 2024). Bu bağlamda kadın sağlığı hizmetlerinin temel taşı olan ebeler, özellikle cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanlarında kişilere ve topluma yönelik bütüncül bir bakım sunmaktadır ve aynı zamanda kadınların üreme haklarının, refahının ve toplum sağlığı sonuçlarının daha geniş çapta teşvik edilmesine de katkıda bulunmaktadır (Yüçetürk vd. 2025).

5.3 Klinik Uygulama Rolü

Ebeler, sağlık kuruluşlarında üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin uygulamasında öncü bir rol oynar ve gebelik döneminin ötesine geçerek gebelik öncesi ve sonrası dönemleri de kapsayan bakımın sürekliliğini sağlar. Klinik sorumlulukları arasında aile planlaması yöntemlerinin uygulanması, gebelik öncesi danışmanlık hizmeti verilmesi, üreme sağlığı risklerinin değerlendirilmesi ve erken müdahale gerektiren durumların belirlenmesi yer alır. Gebelik öncesi bakım çalışmalarından elde edilen kanıtlar, çiftlere yönelik ebe liderliğindeki danışmanlığın etkinliğini vurgulamaktadır (Karaca Saydam, 2018). Bu kapsamlı rol, ebeler aile planlaması hizmetlerinin birincil sağlayıcıları olarak tanımlayan uluslararası ve ulusal kılavuzlarla daha da güçlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ebelerin entegre üreme sağlığı hizmetlerinin bir parçası olarak, rahim içi araçların takılması ve çıkarılması, enjekte edilebilir ve implante edilebilir kontraseptiflerin uygulanması ve oral ve bariyer yöntemlerin sağlanması dahil olmak üzere, çok çeşitli kontraseptif yöntemleri uygulamak için yeterli eğitim ve yetki ile donatılmaları gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca ebelerden bireylerin ihtiyaçlarını değerlendirmeleri, yönetime özgü bilgiler sunmaları, bilinçli karar vermeyi desteklemeleri ve kontraseptif kullanımıyla ilgili küçük komplikasyonları yönetmeleri beklenmektedir (WHO, 2018). Benzer şekilde, Türkiye Sağlık Bakanlığı da ebelerin aile planlaması uygulamalarındaki yetkinliğini tanımaktadır. Bu kapsamda ebelere bireylere ve çiftlere danışmanlık hizmeti verme, uygun eğitim aldıktan sonra rahim içi araç takma ve çıkarma işlemlerini yapma, hem hastanelerde hem de birinci basamak sağlık hizmetlerinde kontraseptif yöntemlerin güvenli bir şekilde sağlanması ve takibini yapma yetkisi vermektedir (HSGM, 2025; Resmi Gazete, 2023). Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM) ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) da, doğumdan doğum sonrası döneme ve ötesine

kadar bakımın sürekliliğini teşvik ederek, kontraseptif hizmetlerin ebeler tarafından sağlanan rutin anne ve yenidoğan bakımına entegre edilmesini savunmaktadır. Bu çerçeveler topluca, ebelerin aile planlamasındaki klinik rolünün danışmanlığın ötesine geçerek pratik kontraseptif yönetimini de kapsadığını ve böylece kadınların üreme özerkliğini, sağlığını ve genel refahını desteklediğini göstermektedir (ICM, 2024; UNFPA, 2021).

5.3. Savunuculuk ve Toplum Sağlığı Rolü

Ebeler, kadın, anne, bebek, aile ve toplumun savunuculuğunu profesyonel ebelik uygulamasının temel bir bileşeni olarak kabul eden ve kadınların seçimlerini aktif olarak savunan sağlık profesyonelleridir. Bu savunuculuk rolü, kanıta dayalı bakım yoluyla yüksek mesleki standartların korunmasını, halk sağlığının korunmasını, kadınların ve ailelerinin mevcut seçenekler hakkında bilgilendirilmesini, öğrenmeye teşvik edilmesini ve sağlık hizmetlerine eşit erişim sağlamada desteklenmesini sağlar (Yücel vd. 2018). Özellikle ebeler görev yaptıkları kırsal ve yetersiz hizmet alan bölgelerde bakımın kalitesinin ve erişiminin iyileştirilmesine katkıda bulunurlar. Bu ortamlarda ebeler, programlara erişilebilirliği güçlendirmek ve eşitsizlikleri azaltmak için politika yapıcılar ve sağlık kuruluşlarıyla işbirliği yapabilirler. Savunuculuk faaliyetleri, cinsiyet eşitliğinin teşvik edilmesi ve erkek partnerlerin katılımının desteklenmesi gibi daha geniş sosyal hedeflere de uzanmaktadır. Bu tür faaliyetler daha kapsayıcı ve dengeli karar alma süreçlerini teşvik ederek aile planlaması girişimlerinin genel etkinliğini artırır. Savunuculuk faaliyetleri ebelerin, politika geliştirme, hizmet planlama ve üreme sağlığı konusunda bilgi ve hak temelli yaklaşımların benimsenmesini etkiler, böylece sağlık sistemlerini güçlendirir ve bireylerin kendi bedenleri üzerindeki özerkliğini korur. Bu çok yönlü rol sadece aile planlaması hizmetlerinin genişlemesine değil, aynı zamanda istenmeyen gebeliklerin önlenmesine ve nüfus düzeyinde anne ölümlerinin azaltılmasına da katkıda bulunur (Kowalczyk, 2025; UNFPA, 2021; WHO, 2018).

5.5 Araştırma ve Eğitimdeki Rolü

Ebeler, aile planlaması hizmetlerinin sunulmasında değil, aynı zamanda yüksek kaliteli üreme sağlığı hizmetlerinin temelini oluşturan araştırma ve eğitimin geliştirilmesinde de temel bir rol oynamaktadır. Uluslararası Ebeler Konfederasyonu'na göre, ebeler, bireyler ve topluluklar için sonuçları iyileştirmek amacıyla kanıta dayalı bilgi üretmek, uygulamak ve yaymak, araştırmalara katkıda bulunmak ve araştırma bulgularını uygulamaya dönüştürmek gibi mesleki sorumluluklara sahiptir (ICM, 2025). Araştırma tasarımı, veri toplama ve değerlendirme süreçlerine katılımları sayesinde

ebeler, aile planlaması hizmetlerindeki eksiklikleri belirlemeye ve etik araştırma ilkelerine bağlı kalarak erişilebilirliği, kullanımı ve memnuniyeti artıran çözümler geliştirmeye yardımcı olurlar. Araştırma rollerinin yanı sıra ebeler, kayıt öncesi ve sonrası programlarda resmi eğitimci ve aile planlaması ve üreme sağlığı konusunda bireyselleştirilmiş danışmanlık sağlayan ön saflardaki eğitimciler olarak da önemli eğitimcilerdir. Kanıtlar, ebeler tarafından verilen eğitimin kadınların sağlık okuryazarlığını geliştirdiğini, bilinçli karar vermeyi desteklediğini ve aile planlaması yöntemlerinin etkili bir şekilde benimsenmesini kolaylaştırdığını göstermektedir (Bradfield vd. 2022). Araştırma ve eğitim doğası gereği birbiriyle bağlantılıdır: araştırma ne öğretilmesi gerektiğini belirlerken, eğitim kanıta dayalı uygulamaların geniş çapta yayılmasını ve sürdürülebilir bir şekilde uygulanmasını sağlar. Bu tamamlayıcı roller sayesinde ebeler, sağlık politikalarının geliştirilmesine, toplumun ihtiyaçlarının belirlenmesine ve yenilikçi programların tasarlanmasına katkıda bulunurlar ve sonuçta sağlık sistemlerini güçlendirir, aile planlaması hizmetlerine eşit erişimi teşvik eder ve üreme sağlığı hizmetlerinin genel kalitesini ve etkinliğini artırır (UNFPA, 2021).

6. Ebelik Uygulamalarında İletişim ve Etik Yaklaşımlar

Ebelik uygulamalarında iletişim ve etik yaklaşım, hem bireylerin güvenliğini sağlamak hem de kaliteli bakım sunmak açısından kritik bir öneme sahiptir. Ebe, sadece teknik bilgiye sahip olmakla kalmaz; danışanla etkili iletişim kurma, kültürel değerleri gözetme ve etik standartlara uygun davranma becerilerini de geliştirmelidir (UNFPA, 2021).

6.1 İletişim Becerileri

Danışmanlık sürecinde etkili iletişim, ebe ile danışan arasında güven ortamı oluşturur. Ebe; açık, anlaşılır ve empatik bir dil kullanarak danışanın ihtiyaçlarını doğru anlamalı ve uygun çözüm önerileri sunmalıdır (Karaca Saydam, 2018).

İletişim becerileri şunları içerir:

Aktif dinleme: Danışanın sözlerini kesmeden ve yargılamadan dinlemek.

Empati: Danışanın duygularını ve kaygılarını anlamak.

Bilgilendirme: Aile planlaması, gebelik bakımı ve doğum sonrası konularda açık ve doğru bilgi vermek.

Geri bildirim: Danışanın sorularına açıklıkla yanıt vermek ve kararlarını desteklemek

Bu beceriler, özellikle aile planlaması danışmanlığında önemlidir;

çünkü danışan, yöntem seçimi ve sağlık kararlarını bilinçli olarak almalıdır (UNFPA, 2021).

6.2 Gizlilik, Mahremiyet ve Etik İlkeler

Ebe, danışanın gizliliğini ve mahremiyetini korumakla yükümlüdür. Bu, hem yasal hem de etik bir zorunluluktur. Danışanın bilgileri, rızası olmadan paylaşılmamalıdır ve bakım sürecinde mahremiyeti sağlamak için uygun ortamlar oluşturulmalıdır (Karaca Saydam, 2018).

Etik ilkeler, ebelik uygulamalarında şunları kapsar:

Otonomi: Danışanın kendi kararlarını alma hakkına saygı göstermek.

Zarar vermeme: Danışana fiziksel veya psikolojik zarar vermemek.

Yarar sağlama: Sağlık hizmetinin danışan ve topluma fayda sağlaması.

Adalet: Hizmetlerin eşit ve adil bir şekilde sunulması (UNFPA, 2021).

Bu ilkeler, özellikle hassas konular olan gebelik, doğum ve cinsel sağlık hizmetlerinde önem kazanır.

7. Güncel Yaklaşımlar ve Yenilikçi Uygulamalar

Ebelik uygulamaları, üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini güçlendirmeyi ve halk sağlığı sonuçlarını iyileştirmeyi amaçlayan yeniliklere ve çağdaş yaklaşımlara yanıt olarak sürekli olarak gelişmektedir (WHO, 2021). Bu süreçte, dijital sağlık uygulamaları ve yenilikçi eğitim modelleri giderek daha fazla etki kazanmaktadır (Singh vd. 2022). Teknolojinin sağlık hizmetlerine giderek daha fazla entegre edilmesi, özellikle bireylerin doğum kontrol yöntemleri hakkında bilgi edinmelerini, gebelik ile ilgili göstergeleri izlemelerini ve sağlık profesyonelleriyle uzaktan iletişim kurmalarını sağlayan mobil uygulamalar ve tele-sağlık platformları aracılığıyla üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerine erişimi önemli ölçüde artırmıştır. Bu dijital çözümler, yüz yüze hizmetlere erişimin sınırlı olabileceği kırsal veya yetersiz hizmet alan bölgelerde yaşayan insanlar için özellikle faydalıdır. Görsel ve işitsel materyallerle desteklenen tele-sağlık temelli danışmanlık, ebelerin kadınlara aile planlaması yöntemleri hakkında bilinçli kararlar vermelerinde rehberlik etmelerini ve düzenli takip yoluyla bakımın sürekliliğini sağlamalarını mümkün kılarak, güvenli ve etkili kontraseptif kullanımını desteklemektedir (DeNicola, 2020; Nguyen, 2021; WHO, 2019). Buna paralel olarak, ebelik eğitimindeki yenilikçi modeller, klinik yeterliliğin ve üreme sağlığı hizmetlerinin genel kalitesinin iyileştirilmesine katkıda bulunur. Simülasyon tabanlı eğitim, vaka tabanlı öğrenme ve dijital eğitim platformları, öğrencilerin gerçekçi klinik senaryolarla ilgilenmelerine

olanak tanıyarak, karar verme ve danışmanlık becerilerini geliştirirken teorik bilgilerini pekiştirir. Aile planlaması yöntemleri, üreme sağlığı riskleri ve iletişim konularında etkileşimli dijital modüller, kendi hızında öğrenmeyi daha da desteklemekte ve bilgi eksikliklerinin giderilmesine yardımcı olmaktadır. Bu teknolojik ve eğitimsel yenilikler, ebelerin etkili, erişilebilir ve kişi merkezli üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetleri sunma kapasitesini artırarak, istenmeyen gebeliklerin azalmasına ve anne sağlığı sonuçlarının iyileşmesine katkıda bulunmaktadır (DeNicola, 2020; Hazar & Gültekin, 2019; Lopez vd. 2022).

8. Göçmen ve Kırılgan Gruplarda Üreme Sağlığı Hizmetleri

Göçmenler, mülteciler ve diğer savunmasız gruplar, dil zorlukları, kültürel farklılıklar, mali sınırlamalar ve mevcut bakım hizmetleri hakkında sınırlı farkındalık gibi üreme sağlığı hizmetlerine erişimde genellikle önemli engellerle karşılaşmaktadır. Bu zorluklara yanıt olarak, ebeler, bu grupların özel ihtiyaçlarını karşılayan kültürel açıdan duyarlı, empatik ve kapsayıcı yaklaşımlar benimseyerek üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerine eşit erişimi sağlamada kritik bir rol oynamaktadır. Kadınlara gebelikleri ile ilgili risk faktörleri, doğum öncesi bakım ve mevcut aile planlaması seçenekleri hakkında bilgi vermek için mülteci kampları gibi ortamlarda düzenli eğitim oturumları düzenlemeyi içerebilir. Çeviri hizmetleri, tercümanlar ve görsel destekli eğitim materyallerinin kullanılması, iletişimi daha da geliştirebilir, yanlış anlamaları azaltabilir ve sağlık hizmetlerine katılımı kolaylaştırabilir. Sağlık okuryazarlığını geliştirerek ve savunmasız topluluklar içinde güveni teşvik ederek, ebeler sadece bireysel düzeyde bilinçli karar vermeyi desteklemekle kalmaz, aynı zamanda halk sağlığı sonuçlarının iyileştirilmesine ve üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin uzun vadeli sürdürülebilirliğine de katkıda bulunurlar (Homer vd. 2022; Larrea-Schiavon vd. 2022; Pérez-Sánchez, 2024; Redden vd. 2021).

9. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri Bağlamında Ebelik

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH), üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin merkezi önemini vurgulamaktadır. Hedef 3 (Sağlık ve Refah) ve Hedef 5 (Cinsiyet Eşitliği), ebelik mesleğinin toplumsal etkisini en doğrudan yansıtan hedeflerdir. Ebeler tarafından sağlanan kontraseptif bakım ve eğitim, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları önlemek, anne ve çocuk sağlığını iyileştirmek ve bireylerin cinsel ve üreme haklarını desteklemek için belirlenen küresel hedeflerle de yakından uyumludur. Sağlık sonuçlarının ötesinde, aile planlaması hizmetleri, bireylerin ve çiftlerin çocuk sayısını ve zamanlamasını özgürce belirlemelerine olanak tanıyarak ekonomik istikrarı

güçlendirip sürdürülebilir geçim kaynaklarını destekleyerek Hedef 1'e (Yoksulluğun Ortadan Kaldırılması) katkıda bulunur. Ebeler tarafından sağlanan kontraseptif bakım, dezavantajlı nüfus gruplarının hizmetlere erişimini iyileştirerek Hedef 10'u (Eşitsizliklerin Azaltılması) ve sürdürülebilir nüfus artışı ve kaynak kullanımını destekleyerek Hedef 12'yi (Sorumlu Tüketim ve Üretim) daha da ilerletir. Bu geniş etki göz önüne alındığında, ulusal hükümetlerin, doğum kontrol hizmetlerinde ebelerin yetkilerini ve sorumluluklarını açıkça tanımlayan ve destekleyen yeterli bütçeler, politikalar ve düzenleyici çerçeveler geliştirmeleri teşvik edilmektedir. Bu katkılar, kanıta dayalı, hak odaklı aile planlaması hizmetleri aracılığıyla üreme sağlığı, cinsiyet eşitliği, sosyal eşitlik ve sürdürülebilir kalkınmayı birbirine bağlayarak ebelerin SKH'lerin gerçekleştirilmesinde kilit aktörler olarak konumlanmasını sağlamaktadır (Binfa, 2025; Serhatioğlu & Ceri, 2024).

10. Geleceğe Yönelik Öneriler ve Politika Vurguları

Ebelerin üreme sağlığı ve aile planlamasındaki etkisinin artırılması için şu stratejiler önemlidir: (Chen vd. 2025; Georgieva-Tsaneva vd. 2025; Marbun vd. 2023; WHO, 2019).

1. Ebelik Eğitiminde Yenilikçi Yaklaşımlar: Simülasyon, interaktif vaka çalışmaları ve dijital öğrenme platformları, ebelerin klinik yeterliliklerini artırmak için uygulanmalıdır.

2. Toplumsal Erişimin Güçlendirilmesi: Özellikle kırsal alanlar ve kırılgan gruplar için mobil sağlık hizmetleri ve tele-danışmanlık sistemleri geliştirilmelidir.

3. Politika ve Stratejik Planlama: Ulusal ve bölgesel sağlık politikalarında ebelik hizmetleri öncelikli bir alan olarak tanımlanmalı, aile planlaması ve üreme sağlığı programları sürdürülebilir şekilde desteklenmelidir.

4. Toplum Katılımının Artırılması: Ebeler, toplum temelli eğitim ve farkındalık programları aracılığıyla, bireylerin üreme sağlığı konusundaki bilgi ve davranışlarını olumlu yönde etkileyebilir.

11. Sonuç

Ebeler, üreme sağlığı ve aile planlamasında önemli bir rol oynayarak hem bireysel refaha hem de halk sağlığı sonuçlarına önemli katkılarda bulunurlar. Gebelik öncesi danışmanlık, doğum öncesi ve sonrası bakım, doğum kontrol danışmanlığı ve sağlık eğitimi yoluyla ebeler, anne ve bebek sağlığını doğrudan iyileştirir ve bilinçli üreme kararları alınmasını destekler. Toplum temelli müdahaleleri, istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde, sağlık okuryazarlığının

artırılmasında ve cinsel ve üreme haklarının teşvik edilmesinde özellikle etkilidir; bunların tümü anne ve yenidoğan ölüm oranlarının azalmasına katkıda bulunur. Genel olarak, ebelerin klinik bakım, eğitim, danışmanlık ve savunuculuğu birleştiren çok boyutlu rolü, sürdürülebilir sağlık sistemleri ve daha sağlıklı toplumlar için elzemdir. İleriye dönük olarak, ebelik eğitiminin güçlendirilmesi, yenilikçi teknolojilerin entegre edilmesi ve destekleyici sağlık politikalarının hayata geçirilmesi, ebelerin üreme sağlığı ve aile planlaması alanındaki etkisini daha da artıracak ve gelecek nesiller için eşitlikçi, kanıta dayalı ve kişi merkezli bakımın sağlanmasını güvence altına alacaktır.

Kaynaklar

- Akalın, A., & Bostancı, Ş. (2022). Aile planlaması yöntemi kullanan üreme çağındaki kadınlarda cinsel fonksiyonlar ve cinsel yaşam kalitesi. *Androloji Bülteni (Andrology Bulletin)*, 24(2).
- Barbouni, K., Jotautis, V., & Metallinou, D. (2025). When weight matters: how obesity impacts reproductive health and pregnancy—a systematic review. *Curr Obes Rep* 14 37.
- Binf, L., Pantoja, L., & Escuriet, R. (2025). Cinsel ve üreme sağlığı bakımının kalitesi: ebelik bakımı için güçlü yönler, eksiklikler ve zorluklar. *Frontiers in Global Women's Health*, 6, 1546264.
- Bradfield, Z., Officer, K., Barnes, C., Mignacca, E., Butt, J., & Hauck, Y. (2021). Sexual and reproductive health education: Midwives' confidence and practices.. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*.
- Bradfield, Z., Officer, K., Barnes, C., Mignacca, E., Butt, J., & Hauck, Y. (2022). Sexual and reproductive health education: Midwives' confidence and practices. *Women and birth*, 35(4), 360-366.
- Chen, S. H., Lin, B. B., Wang, X. Y., Xu, G. R., & Song, J. H. (2025). Construction and implementation of a comprehensive midwifery skills practice course based on scenario simulation teaching: An action research. *Nurse Education Today*, 106754.
- DeNicola, N., Grossman, D., Marko, K., Sonalkar, S., Tobah, YSB, Ganju, N., ... & Lowery, C. (2020). Obstetrik ve jinekolojik sağlık sonuçlarını iyileştirmek için tele sağlık müdahaleleri: sistematik bir inceleme. *Obstetrik ve Jinekoloji*, 135 (2), 371-382.
- Desrosiers, A., Betancourt, T., Kergoat, Y., Servilli, C., Say, L., & Kobeissi, L. (2020). A systematic review of sexual and reproductive health interventions for young people in humanitarian and lower-and-middle-income country settings. *BMC public health*, 20(1), 666.
- Donato, M., Capalbo, A., Morizio, E., Fratini, R. M., Pilenzi, L., D'Antonio, F., ... & Konstantinidou, F. (2025). The Role of Lifestyle Intervention in Female Fertility: A Modifiable Factor for Preconception Health. *Nutrients*, 17(13), 2101.
- Erenel, A. Ş., & Sezer, N. Y. (2017). Doğum Sonu Dönemde Kullanılabilecek Aile Planlaması Yöntemleri Vc Hemşirelerin Roller. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 32-38.
- Evangelinakis, N., Geladari, E. V., Geladari, C. V., Kontogeorgi, A., Papaioannou, G. K., Pepp, M., & Kalantaridou, S. (2024). The influence of environmental factors on premature ovarian insufficiency and ovarian aging. *Maturitas*, 179, 107871.
- Georgieva-Tsaneva, G., Serbezova, I., & Serbezova-Velikova, M. (2025). Evaluating Nursing and Midwifery Students' Self-Assessment of Clinical Skills Following a Flipped Classroom Intervention with Innovative Digital Technologies in Bulgaria. *Nursing Reports*, 15(8), 285.

- Gotttert, A., Pulerwitz, J., Weiner, R., Okondo, C., Werner, J., Magni, S., & Mathur, S. (2025). Systematic review of reviews on interventions to engage men and boys as clients, partners and agents of change for improved sexual and reproductive health and rights. *BMJ open*, 15(1), e083950.
- Habibi, F., Khani, S., & Ahmadi, M. (2023). Social Determinants of Reproductive Age Women's Sexual Health: A Scoping Review. *Journal of Nursing & Midwifery Sciences*, 10(4).
- Hazar, H. U., & Gültekin, S. (2019). Ebelik eğitiminde simülasyon kullanımı. *Life Sciences*, 14(3), 74-83.
- Homer, C. S., Turkmani, S., Wilson, A. N., Vogel, J. P., Shah, M. G., Fogstad, H., & Langlois, E. V. (2022). Enhancing quality midwifery care in humanitarian and fragile settings: a systematic review of interventions, support systems and enabling environments. *BMJ Global Health*, 7(1).
- Höglund, B., & Larsson, M. (2019). Midwives' work and attitudes towards contraceptive counselling and contraception among women with intellectual disability: focus group interviews in Sweden. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 24, 39 - 44.
- ICM (International Confederation of Midwives). (2024). Essential Competencies for Midwifery Practice. (Erişim tarihi: 13 Aralık 2025). <https://internationalmidwives.org/resources/essential-competencies-for-midwifery-practice/>
- ICM (International Confederation of Midwives). (2025). Role of the midwife in research. (Erişim tarihi: 13 Aralık 2025). <https://internationalmidwives.org/resources/role-of-the-midwife-in-research/>
- Karaca Saydam, B. (2018). Prekonsepsiyonel bakımın önemi ve ebelerin danışmanlık rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34(1), 1-9.
- Karaçalı M, Özdemir R. (2018). Karabük ilinde 15-49 yaş grubu evli kadınların aile planlaması hizmetlerine erişimini etkileyen faktörler, *Türk J PublicHealth* 16(2), 131-145.
- Karadon, D., Esmer, Y., Okcuoglu, BA, Kurutas, S., Baykal, SS, Huber-Krum, S., ... & Shah, I. (2021). Aile planlaması karar verme sürecini anlamak: İstanbul, Türkiye'den sağlık hizmeti sağlayıcıları ve toplum paydaşlarının bakış açıları. *BMC kadın sağlığı*, 21 (1), 357.
- Koçak, D.Y., Duman, N.B. (2019). Türkiye'de Sponsorluk Alanında Üreme Sağlığı-Cinsel Sağlık İşlemleri Yapılmış Olan Tezlerin İçerik Açısından İncelenmesi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10 (2), 265-270.
- Kolak, M., Löfgren, C., Hansson, S., Rubertsson, C., & Agardh, A. (2022). Immigrant women's perspectives on contraceptive counselling provided by midwives in Sweden – a qualitative study. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 30.
- Kowalczyk, K. (2025). The contribution of midwives to family planning services in rural communities. *International Journal of Midwifery and Nursing Practice*, 8(1), 49-55.

- Kudret, H. A. (2020). Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi ve Türk Anayasa Mahkemesi Kararları Işığında Yasaklanan Ayrımcılık Temeli Olarak Cinsel Yönelim. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi, 26(2), 1079-1110.
- Larrea-Schiavon, S., Vázquez-Quesada, L. M., Bartlett, L. R., Lam-Cervantes, N., Sripad, P., Vicitez, I., & Coutiño-Escamilla, L. (2022). Interventions to improve the reproductive health of undocumented female migrants and refugees in protracted situations: A systematic review. *Global Health: Science and Practice*, 10(6), 1-15.
- Marbun, M., Khasanah, N., Irwandi, I., Ariani, N., & Widiawati, I. (2023). Latest Innovations in Midwifery Practice to Raise Family Planning and Reproductive Health Awareness. *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan*. 8(2).
- MEB (Milli Eğitim Bakanlığı). (2017). Sağlık Hizmetleri, Aile Planlaması. (Erişim tarihi: 12 Aralık 2025). https://acgmtal.meb.k12.tr/mcb_iys_dosyalar/35/06/745822/dosyalar/2021_04/22104922_26215208_Aile_PlanlamasY.pdf
- Montagnoli, C., Ruggeri, S., Cinelli, G., Tozzi, A. E., Bovo, C., Bortolus, R., & Zanconato, G. (2021). Anything new about paternal contribution to reproductive outcomes? A review of the evidence. *The world journal of men's health*, 39(4), 626.
- Özlem, A. Ş. C. I. (2017). Etik yönleriyle üreme hakları ve cinsel haklar. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 3(3), 151-62.
- Pérez-Sánchez, M., Immordino, P., Romano, G., Giordano, A., García-Gil, C., & Morales, F. (2024). Access of migrant women to sexual and reproductive health services: A systematic review. *Midwifery*, 139, 104167.
- Redden, K., Safarian, J., Schoenborn, C., Shortall, C., & Gagnon, A. J. (2021). Interventions to support international migrant women's reproductive health in western-receiving countries: a systematic review and meta-analysis. *Health Equity*, 5(1), 356-372.
- Resmi Gazete. (2024). Ebelik Yönetmeliği. (Erişim tarihi: 13 Aralık 2025). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2024/12/20241203-2.htm>
- Shinde, S., Yelverton, C., Ali, N. B., Partap, U., Ouédraogo, M., Yusufu, I., ... & Fawzi, W. (2025). Integrating family planning with nutrition and other sexual and reproductive health services in low-income and middle-income countries: findings from a scoping review. *BMJ Global Health*, 10(Suppl 1).
- Skakkebaek, N. E., Lindahl-Jacobsen, R., Levine, H., Andersson, A. M., Jørgensen, N., Main, K. M., ... & Juul, A. (2022). Environmental factors in declining human fertility. *Nature Reviews Endocrinology*, 18(3), 139-157.
- Starrs, A. M., Ezech, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., ... & Ashford, L. S. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The lancet*, 391(10140), 2642-2692.
- Sully, E. A., Biddlecom, A., Darroch, J. E., Riley, T., Ashford, L. S., Lince-Deroche, N., ... & Murro, R. (2020). Adding it up: investing in sexual and reproductive health 2019. (Erişim tarihi: 11 Aralık 2025). <https://www.guttmacher.org/>

report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019?utm_source=Guttmacher+Email+Alerts&utm_campaign=f2f2c89da2-AIU2020+GUpdate+no+usintlonly&utm_medium=email&utm_term=0_9ac83dc920-f2f2c89da2-244263581

- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2025). Aile Hekimliği Rehberi Uygulamalar ve Mevzuat. (Erişim tarihi: 12 Aralık 2025). https://hsqm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Rehberler/AILE_HEKIMLIGI_REHBERI_2025.pdf
- Taşkın, L. (2022). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Akademisyen Kitabevi.
- TJOD (Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği). (2024). 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. (Erişim tarihi: 12 Aralık 2025). <https://www.tjod.org/2827-sayili-nufus-planlamasi-hakkinda-kanun-2/>
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2021). State of the world's midwifery 2021: Building a health workforce to meet the needs of women, newborns and adolescents everywhere. United Nations Population Fund. <https://www.unfpa.org/sowmy>
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2022). Sexual and Reproductive Health. Retrieved From. (Erişim tarihi: 10 Aralık 2025). <https://www.unfpa.org/sexual-and-reproductive-health-1>
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2022). State of World Population 2022: Seeing the Unseen – The Case for Action in the Neglected Crisis of Unintended Pregnancy. (Erişim tarihi: 10 Aralık 2025). https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SWP22%20report_0.pdf
- Üçüncü, İ.K., Canbaz, S., & Özgülner, N. (2024). Üreme sağlığı ve cinsel sağlık. In Halk Sağlığı: Bugün ve Her Zaman (Bölüm 7). İstanbul: Liberte Yayınları.
- Walker, S. H., Hooks, C., & Blake, D. (2021). The views of postnatal women and midwives on midwives providing contraceptive advice and methods: a mixed method concurrent study. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 411.
- WHO (World Health Organization). (2018). Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration, 3rd ed. (Erişim tarihi: 12 Aralık 2025). <https://www.who.int/publications/i/item/9780999203705>
- WHO (World Health Organization). (2019). Recommendations on digital interventions for health system strengthening – Executive summary. (Erişim tarihi: 12 Aralık 2025). <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-19.8>
- WHO (World Health Organization). (2025). Family planning/Contraception fact sheet. (Erişim tarihi: 11 Aralık 2025). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- WHO (World Health Organization). (2025). Sexual and Reproductive Health and Research (SRH). (Erişim tarihi: 11 Aralık 2025). <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>
- Yıldırım, A. D., Esencan, T. Y., Güder, A., & Aydın, F. N. (2023). Türkiye’de

Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanımı ve Kuşaklar Arası Aktarımının Değerlendirilmesi: Nitel Araştırma. Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences/ Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(4).

Yücel, U., Kurt, A., & Cansever, S. M. (2018). Ebelikte yönetim ve liderlik. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(3), 93-100.

Yüctürk, S., Çuvadar, A., Özçalkap, N., Baş, Y.Ç. (2025) “Ebelik Öğrencileri İçin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı”, Cinsel Gelişim (Bölüm 2), Akademisyen Yayınevi, ISBN: 978-625-375-583-6.

Ebelikte Afet Farkındalığı ve Hazır Bulunuşluk

Hilal Kabakçı¹,
Reyhan Aydın Doğan²

Özet

Afetler, ani ve uzun süreli etkileriyle sağlık sistemlerini zorlamakta ve özellikle gebeler, lohusalar, yenidoğanlar ve çocuklar gibi kırılgan grupların sağlık hizmetlerine erişimini ciddi biçimde etkilemektedir. Afet yönetimi yalnızca müdahale odaklı bir süreç olmayıp; risk analizi, hazırlık, müdahale ve yeniden iyileştirme evrelerini kapsayan bütüncül bir yaklaşımı gerektirmektedir. Bu süreçte afet farkındalığı ve hazır bulunuşluk, sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve olumsuz sağlık sonuçlarının azaltılması açısından temel unsurlar arasında yer almaktadır. Ebelik mesleği, kadın, anne ve çocuk sağlığına yönelik uzmanlığı nedeniyle afet yönetiminin tüm aşamalarında stratejik bir role sahiptir. Ebeler; afet öncesinde risklerin belirlenmesi ve koruyucu hizmetlerin planlanması, afet sırasında güvenli doğum ve acil obstetrik bakımın sürdürülmesi, afet sonrasında ise anne ve bebek sağlığının izlenmesi ile psikososyal desteğin sağlanmasında aktif görev üstlenmektedir. Afet koşullarının gebelik ve doğum sürecini travmatik hâle getirebilmesi, nitelikli ve empatik ebelik bakımının önemini daha da artırmaktadır. Bu doğrultuda, ebelik eğitiminde afet farkındalığı ve hazır bulunuşluğun güçlendirilmesi, maternal ve neonatal sağlık çıktılarının iyileştirilmesi açısından kritik bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir

1. Giriş

Toplunun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğa,

- 1 Yüksek Lisans Öğrencisi, Karabük Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Orcid: 0009-0002-0441-0894
- 2 Doç. Dr. Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Orcid: 0000-0003-4950-3699

teknoloji veya insan kaynaklı olay. Afet bir olayın kendisi değil, doğurduğu sonuçtur (*Açıklamalı afet yönetimi terimleri sözlüğü*, 2014).

Afetler, ortaya çıkardıkları ani ve uzun süreli etkiler nedeniyle sağlık sistemleri üzerinde ciddi baskı oluşturarak, özellikle kırılgan grupların sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştırmaktadır. Bu durum, afetlere yönelik yalnızca müdahale odaklı değil, aynı zamanda hazırlık ve farkındalık temelli bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesini gerekli kılmaktadır. Afet farkındalığı ve hazır bulunuşluk, sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması ve afetlerin yol açabileceği can kayıplarının en aza indirilmesi açısından temel kavramlar arasında yer almaktadır (Gerçek Öter et al., 2023).

Ebelik mesleği; gebeler, lohusalar, yenidoğanlar ve çocuklar gibi afetlerden orantısız biçimde etkilenen gruplara yönelik bakım ve danışmanlık hizmetleri sunması nedeniyle afet yönetimi süreçlerinde stratejik bir konuma sahiptir. Afet öncesinde risklerin belirlenmesi ve koruyucu hizmetlerin planlanması, afet sırasında güvenli doğum ve acil obstetrik bakımın sürdürülmesi, afet sonrasında ise anne ve bebek sağlığının izlenmesi ve psikososyal desteğin sağlanması, ebelerin temel sorumluluk alanları arasında yer almaktadır. Bu bağlamda ebelerin afet farkındalığına sahip olması ve afetlere yönelik bireysel ve mesleki açıdan hazır bulunmaları, maternal ve neonatal morbidite ile mortalitenin azaltılmasında belirleyici bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

1.1. Afet Türleri

Afetler, doğal ve insan kaynaklı olmak üzere iki ana grupta ele alınmaktadır. Doğal afetler kendi içinde yavaş gelişen ve ani gelişen afetler olarak sınıflandırılmaktadır. Yavaş gelişen doğal afetler arasında şiddetli soğuklar, kuraklık ve kıtlık yer alırken; deprem, sel ve su taşkınları, toprak kaymaları, kaya düşmeleri, çığ, fırtına ve hortumlar, volkanik patlamalar ile yangınlar ani gelişen doğal afetler arasında bulunmaktadır. Bunun yanı sıra insan kaynaklı afetler; nükleer, biyolojik ve kimyasal kazalar, taşımacılık ve endüstriyel kazalar, aşırı kalabalıklardan kaynaklanan olaylar ile göç ve yerinden edilme süreçleri gibi durumları kapsamaktadır.

1.2. Türkiye’de Afet İstatistikleri

2024 yılında Türkiye genelinde çeşitli doğal afetler meydana gelmiş ve yıl boyunca toplam 7.767 afet olayı kaydedilmiştir. Bu olaylar arasında çığ ve aşırı kar-tipi yağışları 83, deprem 194, heyelan 332, orman yangınları 5.321, maden kazaları 19 ve su baskınları 1.818 vaka ile temsil edilmiştir. Özellikle orman yangınları ve su baskınlarının yıl içinde en yüksek sıklıkta görülen afet türleri olduğu dikkat çekmekte; bu durum iklim değişikliği, kuraklık, plansız

yerleşim ve artan çevresel risklerin afet sıklığı üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. Genel tablo, 2024 yılının ülke açısından afet yoğunluğu yüksek bir yıl olduğunu göstermekte ve afet yönetimi, risk azaltma çalışmaları ile hazırlıklı olma düzeyinin önemini bir kez daha vurgulamaktadır. (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı [AFAD], 2024)

2. Afet Yönetimi

Afetlerin önlenmesi ve zararlarının azaltılması, afet sonucunu doğuran olaylara zamanında, hızlı ve etkili olarak müdahale edilmesi ve afetten etkilenen topluluklar için daha güvenli ve gelişmiş yeni bir yaşam çevresi oluşturulabilmesi için toplumca yapılması gereken topyekûn bir mücadele süreci. Afetlerin önlenmesi ve zararların azaltılması amacıyla, afet öncesi, sırası ve sonrasında alınması gereken önlemler ve yapılması gereken çalışmaların planlanması, yönlendirilmesi, koordine edilmesi, desteklenmesi ve etkin olarak uygulanabilmesi için toplumun tüm kurum ve kuruluşlarıyla, imkan ve kaynaklarının belirlenen stratejik hedefler ve öncelikler doğrultusunda kullanılmasını gerektiren, çok yönlü, çok disiplinli ve çok aktörlü, dinamik ve karmaşık bir yönetim sürecidir. (T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı [AFAD], 2025)

2.1. Afet Yönetim Süreci

Risk analizi ve zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve yeniden iyileştirme olmak üzere birbiriyle ilişkili dört temel evreden oluşan bir süreçtir.

Risk analizi ve zarar azaltma evresi, tehlikelerin belirlenmesi, risklerin değerlendirilmesi ve bu risklerin etkilerini azaltmaya yönelik yapısal ve yapısal olmayan önlemlerin alınmasını kapsamakta olup afet yönetiminin en kritik aşamasını oluşturmaktadır.

Hazırlık evresi, olası afet durumlarına karşı bireylerin, kurumların ve toplumun bilgi, beceri ve kapasitesinin artırılmasını; eğitimler, tatbikatlar ve afet planlarının oluşturulmasını içermektedir.

Müdahale evresi, afetin meydana gelmesinin hemen ardından başlatılan arama-kurtarma, acil sağlık hizmetleri, barınma ve temel ihtiyaçların karşılanmasına yönelik faaliyetleri kapsamaktadır.

Yeniden iyileştirme evresi ise afet sonrası dönemde fiziksel, sosyal ve psikolojik iyileşmenin sağlanmasını, zarar gören altyapının onarılmasını ve toplumun afet öncesine benzer ya da daha dirençli bir yapıya kavuşturulmasını hedeflemektedir. Bu evrelerin her biri birbiriyle bağlantılı olup afetlere karşı etkin ve sürdürülebilir bir yönetim anlayışı için bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır. (TÜBİTAK. (2022). *Afet yönetimi*. Ansiklopediler.)

2.2. Afet Farkındalığı

Afet farkındalığı, bireylerin ve toplumların olası afet risklerini tanıma, bu risklerin olası sonuçlarını anlama ve uygun önleyici davranışlar geliştirme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram, sadece afetlerin meydana gelmesini beklemek yerine, önleyici ve hazırlayıcı stratejilerin benimsenmesini sağlar ve afetlerin can ve mal kaybı üzerindeki etkilerini azaltmada kritik bir rol oynar. Yüksek düzeyde afet farkındalığına sahip bireyler, erken uyarı sistemlerini takip etme, acil durum planlarını bilme ve güvenli davranışları uygulama konusunda daha yetkin oldukları için, afetler sırasında hem kendi güvenliklerini hem de çevrelerindeki insanların güvenliğini artırabilirler. Sağlık alanında, özellikle ebelik gibi kritik hizmet sunan meslek gruplarında, afet farkındalığı; riskli gebelerin, lohusaların ve yenidoğanların korunmasında, acil müdahale ve bakım süreçlerinin etkinliğinde doğrudan etkili olmaktadır. Bu nedenle afet farkındalığı, sadece bireysel bilinçlenme değil, aynı zamanda kurumsal ve toplumsal hazırlığın da temel bileşeni olarak kabul edilmektedir (TÜBİTAK. (2022). *Afet yönetimi*. Ansiklopediler.).

Ebelikte afet farkındalığı; ebelerin olası afet durumlarını tanıma, riskleri değerlendirme ve afet sırasında kritik kararları alma kapasitesini ifade eder. Ebeler, özellikle gebeler, lohusalar ve yenidoğanlar gibi yüksek risk grubundaki bireylerle yakın çalıştıkları için afet farkındalığına sahip olmaları hem bireysel hem de toplumsal sağlık sonuçlarını doğrudan etkiler. Literatür, afet farkındalığı yüksek olan ebelerin, afet öncesinde riskli durumları belirleyip önleyici önlemler alabilme, afet sırasında güvenli ve etkin müdahale gerçekleştirebilme ve afet sonrasında bakım ve psikososyal destek sağlama konusunda daha yetkin olduklarını göstermektedir. Bu nedenle ebelik eğitim programlarında afet farkındalığının artırılması, simülasyon ve tatbikat uygulamalarıyla desteklenmesi, mesleki yeterlilik ve toplumsal direnç açısından kritik bir gereklilik olarak kabul edilmektedir

2.3. Afetlerde Hazır Bulunuşluk

Afetlere hazırlık sürecinde bireysel ve kurumsal hazır bulunuşluk, farklı düzeylerde risklerin tanımlanması ve yönetilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Bireysel hazır bulunuşluk, bireylerin afet öncesinde tehlikeleri tanıma, gerekli kaynak ve bilgiye ulaşma, kendi güvenliklerini sağlayacak davranışları sergileme ve afetin ilk kritik döneminde kendi kendine yetebilme kapasitesini ifade eder; bu kapasite, afet planlaması ve kültürel bağlamda risk algısı, önceki afet deneyimi, bilgi ve öz-etkililik gibi faktörlerden etkilenmektedir. Ayrıca birey düzeyinde hazırlığın güçlendirilmesi, sadece kendi güvenliğini sağlamakla kalmaz, aynı zamanda toplumun genel dayanıklılığına katkı

sağlar. Buna karşılık kurumsal hazır bulunuşluk, örgütlerin afet öncesinde stratejik planlama, risk analizleri, kaynak tahsisi ve eğitim programları aracılığıyla afetlere karşı sistematik bir savunma mekanizması geliştirmesini kapsar; bu bağlamda kurum kültürü, bilgi yönetimi, liderlik ve kriz iletişimi gibi faktörler, organizasyon içindeki afet hazırlık kapasitesini doğrudan biçimlendirir.

Kurumsal düzeyde gerçekleştirilen hazırlık faaliyetleri, afet yönetim sisteminin bütünlüğünü ve sürekliliğini artırarak toplumsal müdahale etkinliğini güçlendirir ve kurumların hem kendi personelini hem de hizmet verdikleri toplulukları afetlere karşı daha dirençli hâle getirmesine olanak tanır. Bu iki düzeydeki hazır bulunuşluk türü, afet yönetiminin ayrılmaz parçaları olarak görülmeli ve koordineli planlama ile sürekli eğitim programları aracılığıyla desteklenmelidir (Sadiq vd., 2025).

3. Afet ve Acil Durumlarda Ebelik Hizmetlerinin Önemi

Afet tıbbi yardım ekipleri, toplumun acil sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla farklı disiplinlerden uzmanların bir araya gelmesiyle oluşturulmaktadır. Bu ekiplerde görev alan personelin, afet koşullarında hızlı, güvenli ve nitelikli bakım sunabilme becerisine sahip olması temel bir gerekliliktir. Ebeler, kadın, yenidoğan ve çocuk sağlığına ilişkin uzmanlıkları nedeniyle bu ekiplerin vazgeçilmez bir bileşeni olarak kabul edilir ve savunmasız grupların korunmasında kritik bir rol üstlenir (Durmuş vd., 2025).

Ebelik mesleği, afet yönetiminin tüm aşamalarında aktif bir şekilde yer almakta; gebeler, lohusalar, yenidoğanlar, çocuklar ve cinsel şiddet mağdurlarına yönelik bakımın sürekliliğini sağlayarak maternal ve neonatal morbidite ile mortalitenin azaltılmasına doğrudan katkı sunmaktadır. Güvenli doğum hizmetleri, emzirme danışmanlığı, üreme sağlığı, aile planlaması ve enfeksiyonların önlenmesi gibi temel sağlık hizmetlerinin kesintiye uğramaması, toplum sağlığı açısından hayati öneme sahiptir. Ayrıca, afetlerde ebelik hizmetlerinin sürdürülmesi yalnızca klinik bakım ile sınırlı kalmayıp, kadınların güvenli bir ortamda desteklenmesi, psikososyal ihtiyaçlarının karşılanması ve sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolaylaştırılmasını da kapsamaktadır. Bu nedenle afet planlarında ebelerin görevlerinin açık bir şekilde tanımlanması, gerekli eğitim ve ekipman desteğinin sağlanması ve sahadaki etkin çalışmalarının desteklenmesi zorunludur (Durmuş vd., 2025).

Afetler tüm toplumu etkilese de, gebeler, lohusalar, yenidoğanlar ve çocuklar gibi kırılgan gruplar bu süreçlerden çok daha ağır şekilde etkilenmektedir. Afetlere bağlı ölümlerin önemli bir bölümünün bu gruplarda

görülmesi, özel sağlık hizmetlerinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Afet yönetiminde görev alan ebeler; afet bölgelerinde temel ebelik bakımının sürdürülmesi, cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerinin devamlılığının sağlanması, anne-yenidoğan-çocuk sağlığına yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin yürütülmesi ve ilgili kurumlarla iş birliği içinde çalışılması gibi kritik sorumluluklar üstlenmektedir (Durmuş vd., 2025).

Travmatik yaşam olayları ve olumsuz koşullar, normal ve fizyolojik bir süreç olan doğumun travmatik bir deneyime dönüşmesine neden olabilir. Bu noktada ebelik bakımının niteliği belirleyici bir rol oynar. Ebe; antenatal ve postnatal dönemde düzenli ve kaliteli izlem yapmalı, olası riskleri erken dönemde fark edebilmelidir. Bakım süreci, kadının yaşadığı deneyimlere ve kültürel özelliklerine uygun şekilde planlanmalı; empatik ve destekleyici bir iletişim yaklaşımı benimsenmelidir (Mucuk ve Özkan, 2021).

Kadının anksiyetesini azaltmaya ve baş etme becerilerini geliştirmeye yönelik girişimler öğretilmeli, doğum süreci boyunca sürekli destekleyici ebelik bakımı sağlanmalıdır. Duygusal destek kapsamında refakatçi desteğinin sunulması, kadının kendini güvende hissetmesine katkı sağlar. Yapılan araştırmalar, doğum desteğinin artırılmasının anksiyeteyi azalttığını ve kadınların doğum deneyiminden duyduğu memnuniyeti yükselttiğini göstermektedir (Mucuk ve Özkan, 2021).

Afetler, gebe kadınların fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir. Afet sonrası barınma, ekonomik sorunlar ve yer değiştirme gibi etkenler sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştırmakta, stres düzeyini artırmakta ve sağlıksız davranışlara yol açabilmektedir. Bu durum anne ve bebek sağlığı açısından ek riskler oluşturmaktadır. Bu nedenle ebelerin afet sonrası dönemde gebelere yönelik gebelik izlemi, doğum ve emzirme desteği ile birlikte sağlık ve sosyal hizmetleri kapsayan bütüncül bir bakım sunması büyük önem taşımaktadır. (Ekinci & Ipek, 2023)

4.Sonuç

Afetler, toplumun tamamını etkilemekle birlikte, gebeler, lohusalar ve yenidoğanlar üzerinde daha ağır ve kalıcı sağlık sonuçlarına yol açmaktadır. Bu durum, afet yönetimi süreçlerinde ebelik hizmetlerinin vazgeçilmez bir bileşen olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Ebelerin afet öncesi, sırası ve sonrasındaki rolleri; güvenli doğum hizmetlerinin sürdürülmesi, anne ve bebek sağlığının korunması, psikososyal desteğin sağlanması ve sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin güvence altına alınması açısından hayati öneme sahiptir.

Bu bağlamda, afet planlarının obstetrik ve neonatal bakım odaklı olarak yapılandırılması, ebelerin görev tanımlarının afet yönetimi içinde net bir şekilde belirlenmesi ve sahada etkin görev alabilmeleri için gerekli eğitim, tatbikat ve ekipman desteğinin sağlanması gerekmektedir. Ayrıca lisans ve lisansüstü ebelik müfredatına afetlerde ebelik konularının entegre edilmesi, mesleki yeterliliği artırarak toplumsal direnç düzeyine katkı sağlayacaktır. Afetlere karşı güçlü ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturulmasında, afet farkındalığı yüksek ve hazır ebelerin varlığı temel belirleyicilerden biridir.

Kaynaklar

- Açıklamalı afet yönetimi terimleri sözlüğü. (2014). Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı.
- Durmuş, M., Durmuş, A., & Demiralp, N. (2025). Ebelik öğrencilerinde afet bilinci algısı ve afete müdahale öz yeterlilik durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Black Sea Journal of Health Science*, 8(6), 283–289. <https://doi.org/10.19127/bshealthscience.1750385>
- Ekinci, N., & İpek, C. (2023). Kahramanmaraş depremlerinde yıkılan binaların temel nedenleri.
- Sadiq, A.-A., Dougherty, R. B., Entress, R., Adhikari, B., McCoy, K. W., Rott, E., Chikoto-Schultz, G. L., & Maharajh, S. (2025). Mitigating and preparing for disasters at the organizational level: A global systematic literature review. *International Journal of Disaster Risk Science*, 16(2), 201–213. <https://doi.org/10.1007/s13753-025-00630-9>
- T.C. İşleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD). (2025). *Afet türleri*. <https://www.afad.gov.tr/afet-turleri>
- TÜBİTAK. (2022). *Afet yönetimi*. TÜBİTAK Ansiklopediler. <https://ansiklopedi.tubitak.gov.tr>

Kadın Sağlığı Perspektifinden Emzirme Süreci ve Ebelik

Müge DEMİR¹,
Merve AKINCI²

Özet

Emzirme süreci, kadının doğum sonrası dönemde yaşadığı fiziksel ve ruhsal değişimlerin kesişim noktasında yer alan çok boyutlu bir adaptasyon sürecidir. Bu kitap bölümünde, emzirme sürecinin kadın sağlığı üzerine etkileri anlatılmıştır. Emzirmenin metabolik ve endokrin düzen, kardiyovasküler sistem fonksiyonları, kemik metabolizması ve kalsiyum dengesi, immün ve inflamatuvar yanıt ile uterin involüsyon süreci üzerindeki fizyolojik etkileri ayrıntılı olarak incelenmiştir. Ayrıca emzirmenin anne ruh sağlığı üzerindeki etkileri değerlendirilerek, postpartum dönemde psikolojik iyilik hâlinin korunmasındaki rolü tartışılmıştır. Bölümde emzirme sürecini etkileyen anneye bağlı bireysel ve çevresel faktörler ele alınmış; emzirme sırasında karşılaşılan sorunlar ve bu sorunlara yönelik çözüm yaklaşımları kadın sağlığı perspektifinden değerlendirilmiştir. Son olarak, emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi ve emzirme sorunlarının önlenmesinde ebelerin danışmanlık, izlem ve destek rollerinin önemi vurgulanarak, nitelikli ebelik bakımının kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesindeki belirleyici rolü ortaya konmuştur.

Giriş

Emzirme süreci, kadının doğum sonrası dönemde yaşadığı fiziksel ve ruhsal değişimlerin kesişim noktasında yer alan çok boyutlu bir adaptasyon sürecidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012). Gebelik boyunca anne bedeni, fetüsün gelişimini desteklemeye yönelik hormonal ve yapısal değişimlere

- 1 Yüksek Lisans Öğrencisi, Karabük Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Karabük/Türkiye, dmr.muge@gmail.com, Orcid Id: 0009-0007-1903-0532
- 2 Dr. Öğretim Üyesi, Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Karabük/Türkiye, merveakinci@karabuk.edu.tr, Orcid Id: 0000-0002-9514-2698

uğrarken doğumla birlikte bu fizyolojik düzen laktasyon sürecine uyum sağlayacak biçimde yeniden yapılanmaktadır. Bu bağlamda emzirme yalnızca yenidoğan beslenmesini sağlayan bir süreç değil, kadının bedeninin gebelik sonrası dönemde yeniden dengeye ulaşmasını sağlayan temel biyolojik süreçlerden biri olarak ele alınmaktadır (Del Ciampo & Del Ciampo, 2018).

Emzirme sırasında salgılanan oksitosin ve prolaktin hormonları, süt üretimi ve salınımının yanı sıra uterin involüsyonun desteklenmesi, postpartum kanamanın azalması ve annenin nöroendokrin dengesinin korunmasında rol oynamaktadır (Rukmawati & Fatimah, 2025). Ayrıca emzirme, doğum sonrası dönemde enerji metabolizmasının düzenlenmesine katkı sağlamakta ve uzun vadede meme ve over kanseri riskinin azalması gibi olumlu sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmektedir (ACOG, 2023; Dönmez & Yeyğel, 2022). Bununla birlikte emzirme süreci, kadına ait faktörlerden etkilenmektedir ve her kadın için sorunsuz ilerleyen bir süreç olmayabilmektedir. Bu nedenle emzirmenin kadın sağlığı üzerindeki etkileri göz önünde bulundurularak ebeler tarafından kadınlara destek sağlanması gerekmektedir (Dündar, 2021; Erçin & Köseoğlu, 2022).

Bu kitap bölümünde, emzirme sürecinin kadın sağlığı üzerine etkileri, emzirmeyi etkileyen faktörler ve emzirmede karşılaşılan zorluklar kadın sağlığı açısından değerlendirilerek detaylı olarak anlatılacaktır. Ayrıca bu süreçlerde ebelerin rollerinden bahsedilecektir.

Emzirme Sürecinin Kadın Sağlığı Üzerindeki Etkileri

Emzirme, kadının doğum sonrası dönemde fizyolojik ve ruhsal sağlığını destekleyen çok boyutlu bir adaptasyon sürecidir. Bu süreç, hormonal düzenin korunması, immün yanıtın güçlenmesi, kardiyovasküler fonksiyonların dengelenmesi ve uterin involüsyonun hızlanması gibi fizyolojik etkiler yaratırken, aynı zamanda annenin psikolojik iyilik hâlinin sürdürülmesinde kritik rol oynar. Emzirme sürecini etkileyen bireysel ve çevresel faktörlerin anlaşılması, kadın sağlığının bütüncül değerlendirilmesini ve nitelikli ebelik bakımıyla desteklenmesini mümkün kılar. Bu bağlamda, hem fizyolojik hem psikolojik boyutlarıyla emzirme, kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesinde merkezi bir öneme sahiptir (Arça & Işık, 2019; Dönmez & Yeyğel, 2022; Konukbay vd., 2023; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

1.1 Fiziksel Etkileri

1.1.1 Metabolik ve Endokrin Düzen

Emzirme, doğum sonrası dönemde maternal metabolizmanın yeniden

denetlenmesinde önemli bir fizyolojik süreç olup etkileri yalnızca glukoz metabolizması ile sınırlı değildir. Laktasyon sırasında artan enerji gereksinimi maternal yağ depolarının mobilizasyonunu artırarak lipid metabolizmasının yeniden düzenlenmesine katkı sağlamaktadır. Bu süreç dolaşımdaki trigliserid ve diasilgliserol düzeylerinde azalma ile sonuçlanmakta, hücre membranı bütünlüğü, insülin sinyal iletimi ve inflamatuvar yanıtların düzenlenmesinde rol oynayan fosfolipid ve sfingolipid düzeylerinde artış gözlenmektedir. Lipid profilinde meydana gelen bu değişim, metabolik düzenlenmenin lipogeneze ilişkili zararlı lipidlerden yapısal ve düzenleyici lipidler yönüne kaydığını göstermekte ve emzirmenin metabolik etkilerinin glisemik kontrolün ötesine geçtiğini ortaya koymaktadır (Zhang vd., 2022). Bu metabolik çerçevenin anlaşılması, prolaktin hormonunun rolünü daha iyi değerlendirmeyi gerektirmektedir. Prolaktin, laktasyonun başlatılması ve sürdürülmesinde temel bir rol üstlenmekte olup düzeylerindeki artış glisemik kontrol veya insülin duyarlılığı üzerinde doğrudan ve tek başına belirleyici bir etki göstermemektedir. Bu nedenle emzirmenin metabolik açıdan sağladığı olumlu etkiler, prolaktin artışından bağımsız olarak artan enerji harcaması, yağ dokusunun mobilizasyonu ve metabolik süreçlerin çoklu fizyolojik mekanizmalar aracılığıyla açıklanmaktadır. Ayrıca metabolik etkilerin yalnızca enerji ve hormonlarla sınırlı kalmadığı görülmektedir. (Oliveira vd., 2023).

Emzirme, diğer endokrin sistemleri de etkileyerek tiroit ve adrenal hormonların doğum sonrası metabolik hız ve enerji dengesini düzenlemesine katkı sağlamaktadır (Strathearn vd., 2009). Bu bütüncül hormonal düzenleme özellikle gestasyonel diyabet öyküsü bulunan kadınlarda klinik olarak da gözlemlenmektedir. Emzirme yoğunluğunun artması, doğum sonrası glukoz toleransının iyileşmesi ve insülin direncinin azalması ile ilişkilendirilmektedir. Bu sayede açlık glukozu ve glukoz yüklemesi sonrası kan şekeri düzeyleri daha düşük seyretmektedir (Gunderson vd., 2012). Uzun süreli emzirme, yalnızca metabolik açıdan değil aynı zamanda endokrin açıdan da fayda sağlamaktadır. Östrojen maruziyetini azaltmakta, menstrüasyon döngüsünü etkilemekte ve kemik sağlığı ile meme kanseri riskini düzenleyen endokrin mekanizmaları desteklemektedir. Tüm bunlar emzirmenin doğum sonrası dönemde anne sağlığının korunmasında yalnızca metabolik ve endokrin süreçleri düzenlemekle kalmayıp aynı zamanda çok boyutlu ve bütüncül bir fizyolojik etki sağladığını ortaya koymaktadır (ACOG, 2016; Dönmez & Yeyğel, 2022).

1.1.2 Kardiyovasküler Sistem

Emzirme, maternal kardiyovasküler sağlığı destekleyen koruyucu bir

süreç olarak değerlendirilmektedir. Laktasyon sırasında kan basıncının düzenlenmesi, HDL kolesterol düzeyinin artması ve trigliserid düzeylerinin azalması gibi gözlemler, ateroskleroz riskini azaltmakta ve uzun vadede kardiyovasküler hastalık gelişme olasılığını düşürmektedir (Zachou vd., 2019). Uzun süreli emzirme, annelerde hipertansiyon riskinin azalması ile ilişkilendirilmekte ve tip 2 diyabet riskinin düşmesi, dolaylı olarak kardiyovasküler sağlığı destekleyen bir avantaj olarak değerlendirilmektedir (Rameez vd., 2019). Bu etkilerin bir kısmı, gebelik sırasında biriken visceral yağ ve metabolik yükün mobilizasyonuna bağlı olarak ortaya çıkmakta olup, artan oksitosin ve prolaktin düzeylerinin damar tonusunu düzenleyerek periferik direnç ve parasempatik aktiviteyi etkileyebileceği düşünülmektedir (Yeşilçicek Çalık, 2020). Sistematik bir derleme, emzirme geçmiş ve süresinin hipertansiyon riskini azaltmada ve kan basıncının düzenlenmesine katkıda bulunmada önemli olduğunu göstermekte, uzun süreli emzirmenin elverişli lipid profilleri ve metabolik göstergeler ile ilişkili olabileceğini ortaya koymaktadır (Nguyen vd., 2017). Bununla birlikte mevcut bulguların çoğu gözlemsel çalışmalara dayanmaktadır ve kardiyovasküler sistem üzerindeki etkilerin altında yatan biyolojik mekanizmalar hâlen netleşmemiştir. Tüm bu veriler, emzirmenin doğum sonrası dönemde maternal kardiyovasküler sağlığın korunmasında bağımsız ve koruyucu bir rol oynadığını ortaya koymaktadır.

1.1.3 Kemik Metabolizması ve Kalsiyum Dengesi

Emzirme, maternal kemik sağlığında geçici değişikliklere yol açabilmektedir (Kalkwarf & Specker, 1995). Laktasyon sırasında süt üretimi için artan kalsiyum talebi, özellikle omurga ve kalça bölgelerinde kemik mineral yoğunluğunda %4–6 oranında azalmaya neden olmaktadır. Bu düşüş, özellikle ilk 6 aylık yoğun emzirme döneminde belirginleşmekte olup, östrojen düzeylerindeki azalmanın ve PTHrP hormonunun kemiklerden süte kalsiyum geçişini kolaylaştırmasının bir sonucu olarak gerçekleşmektedir (Salari & Abdollahi, 2014). Menstruasyonun erken dönemde geri başlaması ve süttan kesme dönemi, kemik mineral yoğunluğunun yeniden kazanılmasına katkı sağlamakta ve çoğu kadın için 6–12 ay içinde başlangıç seviyelerine ulaşması mümkün olmaktadır. Bu süreçte meydana gelen kemik kaybı genellikle geçici ve reversibl olup uzun vadede maternal kemik sağlığını olumsuz etkilememektedir. Yoğun ve uzun süreli emzirme döneminde dahi anne kemik sağlığı büyük ölçüde korunmaktadır (Grizzo vd., 2020).

1.1.4 İmmün ve İnflamatuvar Yanıt

Emzirme, doğum sonrası dönemde annenin bağışıklık sisteminin

denetlenmesine yardımcı olmaktadır. Bu süreç yalnızca süt üretimi ile sınırlı kalmayıp hem meme dokusundaki hem de sistemik immün yanıt üzerinde etkiler göstermektedir. Meme dokusunda bulunan makrofajlar ve T ile B hücreleri dokunun korunmasına ve süt yoluyla bebeğe immün destek sağlanmasına katkıda bulunmaktadır. Mastit gibi lokal inflamatuvar durumlar bu hücrelerin aktivitesini geçici olarak değiştirebilmekle birlikte genel bağışıklık sistemi üzerindeki etkileri sınırlı kalmaktadır. Emzirmenin immün modülasyonu hormonlar aracılığıyla gerçekleşmektedir. Prolaktin bağışıklık hücrelerinin aktivitesini artırarak anti-inflamatuvar sitokin üretimini desteklemektedir ve oksitosin stres yanıtını azaltarak inflamasyonu baskılamaktadır. Bu mekanizmalar sonucunda bazı gözlemler emziren annelerde inflamatuvar belirteçlerin (CRP, IL-6, TNF- α) seviyelerinde dolaylı azalma ve anti-inflamatuvar profilin artış gösterebileceğini ortaya koymaktadır. Ayrıca emzirmenin annenin uzun vadeli bağışıklık sağlığına potansiyel koruyucu etkiler sağladığı özellikle otoimmün hastalıklar ve inflamatuvar durumlar açısından faydalı olabileceği öne sürülmektedir (Tyldesley & Bonney, 2025).

1.1.5 Uterin İnvolüsyon Süreci

Emzirme sırasında vücutta doğal olarak salgılanan oksitosin hormonu artmakta ve bu artış, uterusun myometrium düz kaslarını uyarak doğum sonrası involüsyon sürecini hızlandırmaktadır (Amelia vd., 2019). Bu mekanizma sayesinde uterus, gebelik öncesi boyut ve yapısına daha hızlı dönmekte; düzenli emzirme uterin kasılmaları destekleyerek postpartum toparlanmayı kolaylaştırmakta ve kanama riskini azaltmaktadır (Rukmawati & Fatimah, 2025). Meme ucunun uyarılmasıyla salınan oksitosin, uterin kontraksiyonları artırmakta ve hem postpartum kan kaybı riskini azaltmakta hem de involüsyon sürecinin daha hızlı gerçekleşmesine katkı sağlamaktadır (Tuğut & Dilmien, 2023). Ayrıca, oksitosin masajı postpartum dönemde uterus involüsyonunu hızlandıran etkili bir uygulama olarak öne çıkmakta ve masaj sırasında uyarılan oksitosin salgısı, uterin myometrium düz kas hücrelerini aktive ederek kontraksiyonları artırmaktadır. Bu kontraksiyonlar plasenta yatağı ve damarlar üzerinde baskı oluşturarak postpartum kanamanın kontrolüne katkıda bulunmakta ve uterusun gebelik öncesi boyut ve yapısına daha hızlı dömesini sağlamaktadır. Böylece postpartum toparlanma süreci desteklenmekte ve lohusalarda hem hemodinamik stabilite korunmakta hem de involüsyon süreci optimize edilmektedir (Armiyanti & Nurjanah, 2023).

1.2 Ruhsal Etkileri

Emzirme süreci, annenin ruh sağlığını çok boyutlu biçimde etkileyen

karmaşık bir süreçtir. Bu süreçte gerçekleşen hormonal, psikolojik ve sosyal etkileşimler, annenin postpartum döneme uyumunu, annelik rolünü benimsemesini ve psikolojik iyi oluşunu doğrudan şekillendirmektedir. Emzirme sırasında salgılanan oksitosin ve prolaktin hormonları, stres yanıtını baskılayarak annenin sakinleşmesine katkı sağlamakta, duygusal regülasyonu desteklemekte ve anne-bebek bağlanmasının güçlenmesinde temel bir rol oynamaktadır. Oksitosin anksiyolitik ve antidepresan benzeri etkileri sayesinde emziren annelerde psikolojik iyilik halinin daha belirgin olduğu bildirilmektedir (Özkara vd., 2016; Topal vd., 2017).

Emzirme sürecine ilişkin annenin benlik algısı ve emzirme öz yeterliliği ruh sağlığı ile yakından ilişkilidir. Emzirme öz yeterliliği yüksek olan annelerin, emzirme sürecini daha olumlu deneyimledikleri, annelik rolüne daha kolay uyum sağladıkları ve anne-bebek bağlanmasının daha güçlü olduğu bildirilmiştir (Özkara vd., 2016). Buna karşın emzirme sürecinde yaşanan başarısızlık algısı ve güçlükler, annenin psikolojik yükünü artırarak stres, kaygı ve depresif belirtilerin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir. Emzirme sürecinde anne bazı fiziksel zorluklarla karşılaşabilmektedir. Bu zorluklar annenin ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Emzirme sürecinde sık görülen zorluklardan biri laktasyonel mastittir. Laktasyonel mastit, yaygın bir inflamatuvar durum olup annenin ruh sağlığını doğrudan etkileyebilmektedir (Shen vd., 2023). Mastit yaşayan annelerde depresyon semptomlarının görülme oranı, mastit yaşamayanlara göre anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuş ve postpartum depresyon riski belirgin biçimde artmıştır. Ayrıca bu kadınlarda özkıyım düşüncesi veya kendine zarar verme eğilimi riski de yükselmiştir. Bu durum, emzirme sırasında karşılaşılan fiziksel komplikasyonların ağrı, stres ve endişe ile birleşerek ruhsal yükü artırdığını ve depresif semptomların gelişmesine zemin hazırladığını göstermektedir. Postpartum depresyon, emzirme davranışı ve özgüveni üzerinde de önemli bir etkiye sahiptir; emzirme öz yeterliği düşük olan annelerde depresyon semptomları daha sık görülmekte ve bu durum emzirme süresinin kısalmasına veya eksik emzirme davranışına yol açabilmektedir (Rameez, Sadana & Kaur, 2024; Rameez vd., 2019).

Anne ruh sağlığı ile laktasyon süreci karşılıklı etkileşim içindedir; ruhsal iyi oluş emzirme deneyimini desteklerken desteklenmiş ve başarılı bir emzirme süreci de anne psikolojisini olumlu yönde etkilemektedir (Ahmadinezhad vd., 2024). Bu nedenle postpartum dönemde annelere sağlanacak rehberlik, psikososyal destek ve danışmanlık hem anne psikolojik iyi oluşunu güçlendirebilir hem de laktasyonun sürdürülebilirliğini artırabilir. Sistematik derlemeler, gebelik ve postpartum dönemde uygulanan bireyselleştirilmiş davranışsal müdahaleler, anne ruh sağlığını güçlendirmekte ve emzirme

sürekliliğini artırmaktadır (Arça & Işık, 2019; Konukbay vd., 2023). Özellikle psiko-eğitim programları, gevşeme terapileri, anne-bebek cilt teması, danışmanlık ve sosyal destek yöntemleri depresif ve anksiyete semptomlarını azaltmakta ve emzirme davranışının sürdürülebilirliğine katkı sağlamaktadır. Bu bilgiler, anneye sunulan rehberlik ve psikososyal desteğin hem ruhsal iyi oluş hem de laktasyon başarısı açısından kritik önemde olduğunu ortaya koymaktadır (Pezley vd., 2022).

Emzirme Sürecini Etkileyen Faktörler

Annenin yaşı, eğitim durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu, gelir düzeyi, emzirme bilgisi ve sağlık durumu gibi faktörler emzirmeyi etkilemektedir (Dündar, 2021; Erçin & Köseoğlu, 2022). Bu faktörlerden anne yaşı, emzirme üzerinde belirleyici etmenlerden biridir. Özellikle ileri yaş annelikte emzirme başarısı artmaktadır (Gözüyeşil vd., 2020). Ancak adolesan annelerde istenmeyen evlilik ve gebelik daha çok görüldüğü için emzirmeye başlama ve sürdürme diğer annelere göre daha zorlu olmaktadır (Conde vd., 2017; Çelik & Törüner, 2019). Yapılan bir çalışmada adolesan annelerin emzirme sürecinde diğer annelere göre daha fazla olumsuz özellik gösterdiği vurgulanmıştır (Özsoy, 2014). Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada ise adolesan yaş grubu kadınların diğer yüksek riskli yaş gruplarına göre emzirme öz yeterliliğinin ve emzirme başarısının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Gözüyeşil vd., 2020).

Annenin sağlık durumları da emzirmeyi etkilemektedir. Gebelikte sık karşılaşılan durumlardan olan preeklampsi ve gestasyonel diyabet, erken doğuma neden olmaktadır. Buna bağlı olarak yenidoğan yoğun bakımda kalış süreleri artarak emzirmeye başlama ve sürdürme süreçleri zorlaşmaktadır (Leandro vd., 2020). Aynı zamanda postpartum depresyonun da emzirme öz yeterliliğini olumsuz etkilediği literatürde belirtilmekte olup sosyal destek sağlanarak önüne geçilebileceği ön görülmektedir (Çınar vd., 2023). Annenin beslenmesi de süt üretimini etkilemektedir. Bu nedenle annenin yeterli ve dengeli beslenmesi gerekmektedir (Cangöl & Şahin, 2014). Bununla birlikte süt üretimini arttırmak için emzirme sıklığı düzenlenerek memenin tam boşaltılması desteklenmelidir (Dündar, 2021).

Annelerin ayrıca eğitim düzeyi de emzirmeyi etkilemektedir. Eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte annelerin sağlık okuryazarlığı da artarak emzirme konusunda bilgili anneler yetişmektedir (Dündar, 2021; Erçin & Köseoğlu, 2022). Yapılan bir çalışmada yüksek eğitimli annelerin, erken emzirmeye başlama olasılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tang vd., 2019). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise annelerin eğitim düzeyi

arttıkça emzirme öz-yeterliliğinin de arttığı vurgulanmıştır (Konukoğlu & Pasinlioğlu, 2021). Kadınların eğitim düzeylerinin artmasıyla birlikte iş hayatında yer alan anne sayısı da artmaktadır. Bu nedenle emzirme sürecinde çalışması gereken annelerin emzirme süreleri etkilenmektedir (Dündar, 2021).

Emzirme süreci, sosyal ve kültürel faktörlerden de etkilenmektedir. Bunların başında aile desteği gelmektedir. Özellikle eş desteği emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesinde olumlu etkiler göstermektedir. Aile bireylerinin emzirmeye karşı bilinçli ve destekleyici bir tutum sergilemesi, annenin emzirme sürecinde kendine güvenmesini ve motivasyon kazanmasını sağlamaktadır (Dündar, 2021; Erçin & Köseoğlu, 2022).

Emzirme sürecini etkileyen bir diğer faktör de annenin çalışma koşullarıdır. Özellikle doğum sonrası işe erken başlama zorunluluğu, iş yerinde emzirme alanlarının yetersizliği, uzun ve esnek olmayan çalışma saatleri annenin bebeğini yeterince emzirememesine neden olmaktadır (Sağlam vd., 2020). Bu nedenle Türkiye’de yürürlükte olan kanunla, kadın çalışanlara doğum sonrası ilk altı ay boyunca günde toplam bir buçuk saat süt izni hakkı tanınmaktadır (T.C. Cumhurbaşkanlığı, 2003). Ayrıca bazı iş yerlerinin emzirme odası bulundurması ve kreş desteği sağlaması gerektiği belirtilmiştir (T.C. Cumhurbaşkanlığı, 2013). İş yerlerinin bu tür düzenlemelere uygun hareket etmesi emzirmenin sürdürülmesini sağlayarak anne ve bebeğin sağlığını güçlendirmektedir (Sağlam vd., 2020).

Emzirme Sürecindeki Zorluklar ve Çözüm Önerileri

Emzirme, kadın sağlığı açısından birçok olumlu etki sağlasa da bu süreçte karşılaşılan bazı zorluklar emzirmeyi olumsuz yönde etkileyerek sürecin kesintiye uğramasına ve erken süttten kesmeye yol açabilmektedir. Bu zorlukları meme problemleri oluşturmaktadır (Şahin vd., 2013). Türkiye’de yapılan bir çalışmada, kadınlar memeleri ile ilgili kızarıklık /ısı değişimi (%28.8), çatlak/yara/kanama (%26.1), şişlik/dolgunluk/engorjman (%10.8), düz/çökük/küçük meme ucu (%7.7), ağrı/ hassasiyet (%3.9) ve mastit (%5.6) sorunlar yaşadıklarını belirtilmişlerdir (Karaçam & Sağlık, 2018).

Emzirme sürecinde karşılaşılan önemli zorluklardan biri düz veya çökük meme başıdır. Meme başının düz veya içe dönük olması, bebeğin memeye yerleşmesini ve etkili emmesini zorlaştırabilmektedir. Doğum sonrası erken dönemde gerçekleştirilen ten tene temas, bebeğin memeyi keşfetmesine ve doğal olarak memeye yerleşmesine fırsat tanımaktadır. İyi bir yerleşim sağlandığında, meme başının şekli fark etmeksizin bebek

emme sırasında zorluk yaşamamaktadır. Bu nedenle annelere, bebeklerin sadece meme başını değil, memenin geniş bir kısmını ağızlarına alarak emdikleri ve emme sırasında oluşturdukları negatif basınç sayesinde meme başının belirginleştiği açıklanmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025). Aynı zamanda yetersiz kavrama, bebeğin süt alımını azaltarak annenin yetersizlik hissine kapılmasına neden olabilmektedir. Bu durum beraberinde meme başı çatlakları ve ağrı oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Çerçer & Nazik, 2023; Kartal & Ateş, 2015). Dolayısıyla bu sorunla başa çıkabilmek için çeşitli girişimler önerilmektedir. En etkili yöntem piston girişi değiştirilmiş enjektörler de meme ucunun dışarı çıkarılmasıdır (Çaka vd., 2017; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025). Bir diğer önerilen yöntemde hoffman egzersizidir. Bu yöntem, meme başının işaret parmak ve başparmak arasında tutularak dışarıya doğru gerdirilmesi ile gerçekleştirilir. Böylece meme başının belirgin hale gelmesi sağlanır (Çerçer & Nazik, 2023).

Meme başı ile ilgili bir diğer karşılaşılan zorlukta çatlaklar ve buna bağlı gelişen ağrılardır. Meme başı çatlaklarının oluşumunu yanlış emzirme pozisyonları, bebeğin memeyi uygun şekilde kavrayamaması, sık emzirme, ilk doğum, bebekte dil bağı olması, memenin aşırı nemli veya kuru kalması ve meme başının enfekte olması gibi durumlar etkilemektedir. Ayrıca meme başının aşırı sürtünmeye maruz kalması da çatlakların oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Özbek & Pınar, 2023; Pawin vd., 2017). Oluşan çatlaklar sonucunda ağrı gelişmektedir ve bu ağrı anneyi strese sokarak annenin emzirmeyi istememesine ve süt miktarında azalmaya neden olmaktadır. Bu nedenle meme başı çatlaklarının oluşumu önlenmeli ve oluştuğunda erken tedavi edilmelidir. Çatlakların oluşumunu önlemek ve tedavi etmek için meme başı sade ılık su ile temizlenmeli, son süt meme başı ve etrafına sürülmeli, bebek pozisyonu sık sık değiştirilerek ve daha az ağırlı memeden başlanarak bebek sık sık emzirilmelidir. Bununla birlikte bebeğin memeyi tam kavraması sağlanmalıdır. Aynı zamanda nonfarmakolojik yöntemlerde çatlakların giderilmesinde etkili bulunmaktadır. Zeytinyağı, hindistan cevizi yağı, aloe vera jeli ve nane suyu gibi doğal ürünler anti-enflamatuar, nemlendirici ve antimikrobiyal özellikleri sayesinde iyileşmeyi desteklemektedir. Bu ürünlerin bebek için güvenli kabul edilmesi, anneler tarafından yaygın olarak tercih edilmelerini sağlamaktadır (Çaka vd., 2017; Çerçer & Nazik, 2023; Özbek & Pınar, 2023).

Emzirme sürecinde sık görülen zorluklardan biri meme dolgunluğudur (engorjman). Doğumdan sonraki erken dönemde süt üretiminin artmasıyla birlikte memelerde dolgunluk meydana gelir. Bu dolgunluk, doğumdan sonra emzirmenin geç başlatılması, emzirme süresinin az tutulması, ağırlı ve çatlak meme başları, bebeğin emme pozisyonunun yanlış olması ve sıkı

sütyen kullanımı gibi faktörler nedeniyle de oluşmaktadır. Emzirmenin devamlılığı ve meme sağlığının korunabilmesi için memelerin düzenli ve yeterli şekilde boşaltılması gerekmektedir. Sütün düzenli ve yeterli boşaltılmaması durumunda ise, memelerde dolgunluk, sertlik, sıcaklık ve ağrı ile karakterize engorjman gelişmektedir (Çerçer & Nazik, 2023; Özkaya & Körükçü, 2021). Engorjman emzirme sürecini sekteye uğratabileceği için tedavi edilmesi büyük önem taşır. Tedavideki öncelik süt üretimini düzenlemek ve memelerin yeterli boşaltmasını sağlamaktır. Bunun için, bebeğin doğru şekilde memeyi kavrayarak emmesi ve sık sık emzirme önerilmektedir. Ayrıca, gerektiğinde memelerin dolgunluğunu hafifletmek için süt sağma işlemi de etkili bir yöntemdir (Başak Çakır vd., 2022). Non-farmakolojik tedavi yöntemleri, engorjman tedavisinde etkili bir şekilde kullanılmaktadır. Bu yöntemlerden olan soğuk kompres uygulamaları, hafif masaj teknikleri ve lahana yaprağı gibi bitkisel tedaviler memelerdeki şişliği ve ağrıyı hafifleterek rahatlatma sağlamaktadır. Aynı zamanda bu yöntemler süt üretimini artırarak memeleri etkin bir şekilde boşaltmakta ve dolgunluğun azaltılmasına yardımcı olmaktadır (Başak Çakır vd., 2022; Çerçer & Nazik, 2023; Özkaya & Körükçü, 2021).

Engorjman tedavisi doğru yönetilemediğinde memelerde süt birikiminin zamanla artmasıyla süt kanallarında tıkanıklık meydana gelir. Bu durumda memede şişlik, kızarıklık ve kadında ateş görülebilmektedir. Memelerdeki tıkanıklığın tedavisi engorjman tedavisi ile aynıdır. Tıkanıklık, tedavi edilemediğinde süt akışını engelleyerek meme dokusunda inflamasyona neden olmaktadır. Bu durumda mastit oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Çerçer & Nazik, 2023).

Mastit, emziren kadınların meme dokusunun inflamasyonu ile oluşan bir sağlık problemidir. Genellikle doğumdan sonraki ilk altı hafta içinde veya emzirmenin azaltıldığı süreçte, yetersiz hijyen, ağırlı ve çatlak meme başları, tıkanmış ve dolgun memeler, sıkı sütyen kullanımı gibi faktörler nedeniyle gelişmektedir. Bu durum, meme dokusunda şişlik, ağrı, kızarıklık ve sıcaklık artışı ile birlikte, ateş, titreme ve genel vücut ağrıları gibi belirtilerle karakterizedir. Mastitin tedavisinde, memenin yeterli boşaltılması, emzirme pozisyonlarının düzeltilmesi, etkilenen memeye masaj yapılması, ılık pansuman uygulamaları, yatak istirahati, analjezik ve antibiyotik tedavisi uygulanmaktadır. Bu süreçte anne ve bebek yakından izlenerek belirtiler değerlendirilmelidir (Boran, 2020; Uyanık & Seymen, 2024).

Emzirme Sürecinde Ebeğin Rolü

Emzirme, kadının doğum sonrası dönemde fizyolojik olarak toparlanmasını

sağlayan en önemli faktörlerden biridir. Bu nedenle emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi için kadının yeterli bilgiye, beceriye ve sosyal desteğe sahip olması amacıyla nitelikli ebelerle ebeler bakımını gerektirmektedir. Bu noktada ebeler, gebelikten başlayarak doğum ve doğum sonrası dönemi kapsayan bakım sürekliliği sayesinde emzirme sürecinde kadına en erken ve en uzun süre temas eden sağlık profesyonelleridir. Bu süreklilik, kadınların bireysel ihtiyaçlarının doğru biçimde belirlenmesi açısından kritik önem taşımaktadır (Dönmez & Yeygel, 2022; WHO, 2022).

Gebelik döneminde başlayan emzirme eğitimi ile doğum sonrası emzirme başarıları etkilenmektedir (Tiryaki & Altınkaynak, 2021). Yapılan bir çalışmada, gebelik döneminde emzirme eğitimi alan annelerin %88,3'ünün, almayan annelerin ise %78,8'inin bebeklerini doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirdiği belirlenmiştir (Öztürk, 2018). Aynı zamanda doğum öncesi emzirme eğitimi ile emzirme sürecini etkileyecek faktörler erken tespit edilerek zamanında müdahale edilebilmektedir (Tiryaki & Altınkaynak, 2021). Ebelerin, bu eğitim sürecinde fiziksel ve duygusal olarak bütün bakımları içeren bir yaklaşım ile destek sunması gerekmektedir. Bu doğrultuda sunulan bakım ile gebelik döneminde yapılan bilgilendirme, annenin emzirmeye olan motivasyonunu artırmaktadır. Ayrıca doğum sonrası dönemde verilen destek ile de emzirmenin sürdürülmesi sağlanmaktadır (Arça & Işık, 2019).

Ebelerin emzirme sürecindeki rolü, öncelikle laktasyon fizyolojisinin korunması ve desteklenmesine dayanmaktadır. Doğum sonrası dönemde prolaktin ve oksitosin salınımının etkinliğinin sürdürülmesi, emzirmenin zamanında başlatılması ve düzenli devam ettirilmesi ile mümkündür. Ebeler, bu süreçte annenin doğru emzirme pozisyonlarını öğrenmesine yardımcı olur, emzirme sıklığı ve süresine ilişkin rehberlik eder (Arça & Işık, 2019; Özbek & Pınar, 2023). Özellikle erken postpartum dönemde annenin yorgunluk, ağrı ve psikolojik durumu göz önünde bulundurularak verilen destek emzirmenin kesintiye uğramasının önlemesi amacıyla kritiktir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025).

Doğum sonrası iyileşme sürecinin desteklenmesi de ebeğin temel sorumluluk alanları arasında yer almaktadır. Emzirme sırasında oksitosin salınımının artması, uterusun involüsyonun hızlanmasını ve postpartum kanamanın azalmasını sağlamaktadır. Ebe emzirmenin bu fizyolojik yararları konusunda kadını bilgilendirerek sürecin doğal iyileştirici etkilerinin fark edilmesini sağlar böylece emzirme yalnızca bebeğe yönelik bir beslenme davranışı olarak değil kadının kendi beden sağlığını destekleyen bir süreç olarak da algılanmaktadır (Arça & Işık, 2019).

Ebeler emzirme sürecinde ortaya çıkabilecek fizyolojik sorunların

önlenmesi, erken tanınması ve yönetiminde merkezi bir role sahiptir. Özellikle meme ile ilgili problemler açısından kadın yakından takip edilmeli ve oluşabilecek risklerin erken tespit edilmesi sağlanmalıdır. Bu süreçte ebe tarafından sağlanan uygun bakım, doğru emzirme pozisyonları ve meme bakımı ile oluşan sorunların kronikleşmesini ve emzirmenin sonlandırılmasını önleyici etki göstermektedir (Çerçer & Nazik, 2023).

Emzirme fiziksel bir süreç olmanın yanında psikolojik de bir süreçtir. Doğum sonrası annede hormonal değişikliklere bağlı ruh sağlığı etkilenmektedir. Bu dönemde anksiyete, yetersizlik hissi ve postpartum depresyon gibi problemler görülebilmekte olup emzirmenin sürdürülmesini olumsuz etkilemektedir. Ebeler, anneleri doğumdan sonra düzenli izleyerek ruh sağlığını etkileyen problemleri erken tespit etmelidir. Böylelikle ebeler, anneye gerekli destek sağlamak ve ihtiyaç duyulan durumlarda ilgili uzmanlara yönlendirmektedir (Arça & Işık, 2019; Topal vd., 2017).

Ebelerin eğitim ve danışmanlık rolleri emzirmenin sürdürülmesi açısından önem arz etmektedir. Kadına emzirmenin fizyolojik mekanizmaları, hormonal değişiklikler ve vücudun bu sürece nasıl uyum sağladığı konusunda verilen bilgiler, belirsizlik ve kaygıyı azaltmaktadır. Eğitim sürecinin kadının eğitim düzeyi, kültürel yapısı ve önceki deneyimleri göz önüne alınarak bireyselleştirilmesi verilen bakımın kalitesini artırmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025; Türkyılmaz, 2016). Emzirme yalnızca kadının çabasıyla değil sağlık profesyonelleri ve aile desteği ile sürdürüldüğünde kadının fiziksel ve psikolojik sağlığı korunmaktadır. Ayrıca aile desteği, annenin emzirme sürecinde kendine güvenmesini ve motivasyon kazanmasını sağlamaktadır. Bu doğrultuda ebeler aileleri de eğitime dahil ederek emzirmeye karşı bilinçli ve destekleyici bir toplum oluşmasına katkıda bulunmaktadır (Dündar, 2021; Erçin & Köseoğlu, 2022). Ebeler sonuç olarak emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi ve karşılaşılan zorluklar gibi durumlarda eğitici ve destekleyici roller üstlenmektedir (Tiryaki & Altınkaynak, 2021).

Sonuç

Emzirme, doğumdan hemen sonra başlayan ve uzun süreler kadın sağlığını etkileyen bir süreçtir. Emzirme ile kadınlarda hormonal değişiklikler yaşanarak fiziksel ve ruhsal birçok mekanizma etkilenmektedir. Emzirmenin doğum sonrası uterusun kolay toplanmasını sağlaması, kanama ve anemi riskini azaltması kadın sağlığı açısından öncelikli yararlarıdır. Bununla birlikte emzirme, meme kanseri, over kanseri, endometrium kanseri, endometriozis, diyabet, osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıklar gibi riskleri önleyebilmektedir. Bu durum, emzirmenin uzun dönemler etkili

olduğunu göstererek kadın sağlığının sürdürülmesi için önemli olduğunu göstermektedir. Emzirmenin başlatılması ile birlikte oksitosin ve prolaktin seviyeleri yükselerek annenin sakin, özgüvenli ve bebeği ile bağının güçlü olmasına katkı da bulunur. Emzirme bu yönüyle postpartum depresyonu azaltmaktadır. Bu da emzirmenin kadın ruh sağlığını olumlu etkilediğini göstermektedir. Sosyoekonomik ve kültürel faktörler de emzirme sürecinde belirleyici rol oynamaktadır. Annenin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma yaşamı, aile ve eş desteği ve geleneksellik gibi faktörler emzirme sürecini doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle emzirme sürecinde sosyal destekte önem taşımaktadır.

Emzirme süreci bazı kadınlar için sorunsuz ilerlememektedir. Emzirmede en sık memeye bağlı problemler oluşmaktadır. Bu problemlerde memelerin yeterli ve düzenli boşaltılamaması, bebeğin memeye tam oturmamasına bağlı gelişebilmektedir. Bu süreçte anneler emzirmeye devam etmek konusunda sorunlar yaşamaktadırlar. Ebelere ise, gebelik sürecinden başlayarak emzirme ile ilgili bütün süreçlerde anneleri bilgilendirerek ve destekleyerek emzirmenin devamlılığını sağlamaktadır.

Sonuç olarak emzirme, kadın sağlığını etkileyen önemli bir süreçtir ve bu süreçte ebeler eğitici rol düşmektedir. Bu nedenle doğum öncesi ve sonrası dönemlerde emzirme konusunda yapılan eğitimlerin artırılması ve ebelerin bu konuda bilgilerinin güçlendirilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

- ACOG. (2016). Optimizing Support for Breastfeeding as Part of Obstetric Practice | ACOG. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/10/optimizing-support-for-breastfeeding-as-part-of-obstetric-practice>
- ACOG. (2023). Breastfeeding Your Baby. <https://www.acog.org/womens-health/faqs/breastfeeding-your-baby>
- Ahmadinezhad, G. S., Karimi, F. Z., Abdollahi, M., & NaviPour, E. (2024). Association Between Postpartum Depression and Breastfeeding Self-Efficacy in Mothers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 273. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06465-4>
- Amelia, R., Masrul, M., & Sriyanti, R. (2019). The Effect of Breastfeeding on The Uterine Involution Post Partum Mothers. *World Journal of Research and Review*, 8(1). <https://doi.org/10.31871/WJRR.8.1.3>
- Arça, G., & Işık, H. (2019). Anne Sütü ve Emzirmeye İlişkin Ebe ve Hemşirenin Rolü. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(3), Article 3.
- Armiyanti, & Nurjanah. (2023). Effect of Oxytocin Massage on Uterine Involution in Postpartum Mothers at Rengasdengklok Health Center, Karawang Regency. *Bioscientia Medicina : Journal of Biomedicine and Translational Research*, 7(4), 3257-3259. <https://doi.org/10.37275/bsm.v7i4.810>
- Başak Çakır, H., Kaya, H. D., & Günaydin, S. (2022). Using Cabbage Leaves to Relieve Breast Engorgement. *Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi*, 3(1), 112-125. <https://doi.org/10.29228/lnursing.52513>
- Boran, P. (2020). Emzirme Sorunlarına Kanıta Dayalı Yaklaşım. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 35-40. <https://doi.org/10.20515/otd.681551>
- Cangöl, E., & Şahin, N. (2014). Emzirmeyi Etkileyen Faktörler ve Emzirme Danışmanlığı (Factors Affecting Breastfeeding and Breastfeeding Counselling). *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45(3), Article 3. <https://doi.org/10.16948/zktb.80388>
- Conde, R. G., Guimarães, C. M. de S., Gomes-Sponholz, F. A., Oriá, M. O. B., & Monteiro, J. C. dos S. (2017). Autoceficácia Na Amamentação E Duração Do Aleitamento Materno Exclusivo Entre Mães Adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30, 383-389. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700057>
- Çaka, S. Y., Topal, S., & Altınkaynak, S. (2017). Anne Sütü ile Beslenmede Karşılaşılan Sorunlar (problems Encountred During Breastfeeding). *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/319207881_Anne_Sutu_ile_Beslenmede_Karsilasilan_Sorunlar_Problems_Encountred_During_Breastfeeding
- Çelik, R., & Törüner, E. K. (2019). Adölesan Anne Bebeklerinin Anne Sütü ile Beslenmesi, Büyümesi ve Hemşirelik Bakımı.
- Çerçer, Z., & Nazik, E. (2023). Emzirme Sorunları ve Hemşirenin Roller. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 6(2), 353-365. <https://doi.org/10.54803/sauhsd.1267125>

- Çınar, N., Topal, S., Çaka, S. Y., & Altınkaynak, S. (2023). Annelerde Postpartum Depresyon, Sosyal Destek ve Emzirme Öz Yeterliliği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 32(2), Article 2. <https://doi.org/10.17942/sted.1098437>
- Del Ciamo, L. A., & Del Ciamo, I. R. L. (2018). Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. *RBGO Gynecology & Obstetrics*, 40(6), 354-359. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657766>
- Dönmez, A., & Yeygel, Ç. (2022). Kadın ve Çocuk Sağlığında Anne Sütü ve Emzirmenin Önemi. *Artuklu International Journal of Health Sciences*, 2(3), 54-58. <https://doi.org/10.58252/artukluder.1189798>
- Dündar, T. (2021). Emzirmeyi Etkileyen Faktörler. https://www.researchgate.net/publication/355790313_Emzirmeyi_Etkileyen_Faktorler
- Erçin, E., & Köseoğlu, S. Z. A. (2022). Güncel Bilgilerle Laktasyon Dönemi ve Etkileyen Faktörler. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(2), 94-99. <https://doi.org/10.47769/izufbed.1116606>
- Gözüyeşil, E., Tar, E., & Ünal, E. (2020). Yüksek Riskli Yaş Grubu Kadınlarda Emzirme Öz-Yeterliliği ile Emzirme Başarısının Değerlendirilmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), Article 3.
- Grizzo, F. M. F., Alarcão, A. C. J., Dell' Agnolo, C. M., Pedroso, R. B., Santos, T. S., Vissoci, J. R. N., Pinheiro, M. M., Carvalho, M. D. B., & Pelloso, S. M. (2020). How Does Women's Bone Health Recover After Lactation? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Osteoporosis International*, 31(3), 413-427. <https://doi.org/10.1007/s00198-019-05236-8>
- Gunderson, E. P., Hedderson, M. M., Chiang, V., Crites, Y., Walton, D., Azevedo, R. A., Fox, G., Elmasian, C., Young, S., Salvador, N., Lum, M., Quesenberry, C. P., Lo, J. C., Sternfeld, B., Ferrara, A., & Selby, J. V. (2012). Lactation Intensity and Postpartum Maternal Glucose Tolerance and Insulin Resistance in Women with Recent GDM: The SWIFT Cohort. *Diabetes Care*, 35(1), 50-56. <https://doi.org/10.2337/dc11-1409>
- Kalkwarf, H. J., & Specker, B. L. (1995). Bone Mineral Loss During Lactation and Recovery After Weaning. *Obstetrics and Gynecology*, 86(1), 26-32. [https://doi.org/10.1016/0029-7844\(95\)00083-4](https://doi.org/10.1016/0029-7844(95)00083-4)
- Karaçam, Z., & Sağlık, M. (2018). Breastfeeding Problems and Interventions Performed on Problems: Systematic Review Based on Studies Made in Turkey. *Türk Pediatri Arşivi*, 53(3), 134-148. <https://doi.org/10.5152/TurkPediatriArs.2018.6350>
- Kartal, B., & Ateş, S. (2015). Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Emzirme Özellikleri ve Bunu Etkileyen Meme Sorunları. *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/365775545_Dogum_sonu_donemdeki_kadınların_emzirme_ozellikleri_ve_bunu_ettileyen_meme_sorunları
- Konukbay, D., Eyyublu, S., & Yıldız, D. (2023). Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Emzirme Danışmanlığı Vermelerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 17(2), Article 2. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.1098360>

- Konukoğlu, T., & Pasinlioğlu, T. (2021). Gebelerde Emzirme Öz-Yeterliliği ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 4(1), Article 1.
- Leandro, C., Michael R, S., Mark B, L., & Craig A, N. (2020). Breastfeeding Initiation Among Women with Preeclampsia with Severe Features Superimposed On Diabetes Mellitus. *International Journal of Women's Health and Wellness*, 6(2). <https://doi.org/10.23937/2474-1353/1510115>
- Nguyen, B., Jin, K., & Ding, D. (2017). Breastfeeding and Maternal Cardiovascular Risk Factors and Outcomes: A Systematic Review. *PloS One*, 12(11), e0187923. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187923>
- Oliveira, J. M. de, Dualib, P. M., Ferraro, A. A., Carvalho, C. R. de S., Mattar, R., Dib, S. A., & Almeida-Pititto, B. de. (2023). Prolactin Does Not Seem to Mediate the Improvement on Insulin Resistance Markers and Blood Glucose Levels Related to Breastfeeding. *Frontiers in Endocrinology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1219119>
- Özbek, H., & Pınar, Ş. E. (2023). Emzirmede Meme Ucu Çatlaklarının Tedavisi: Alternatif Yöntemler. *Institute of Health Sciences Journal*, 8(Special Issue), Article Special Issue. <https://doi.org/10.51754/cusbed.1310699>
- Özkara, H., Fıdancı, B., Yıldız, D., & Kaymakamgil, Ç. (2016). Lactation Consult. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(6), 551. <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1436701913>
- Özkaya, M., & Körtükcü, Ö. (2021). Meme Dolgunluğu Değerlendirme Skalasının Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. *Türk Kadın Sağlığı ve Neonatoloji Dergisi*, 3(3), 67-71. <https://doi.org/10.46969/ezh.986198>
- Özsoy, S. (2014). Adölesan Annelerin Emzirmeye Yönelik Düşünce Ve Uygulamaları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(2), 84-93.
- Öztürk, R. (2018). Antenatal Dönemde Verilen Anne Sütü ve Emzirme Eğitiminin Emzirme Başarısına ve Emzirme Özyeterliliğine Etkisi [M.S.N.]. <https://www.proquest.com/docview/3110350010/abstract/4A0BBCA79DD34055PQ/1>
- Pawin, P., Panwara, P., Maysita, S., Siriwan, S., & Sukwadee, K. (2017). Nipple Pain Incidence, the Predisposing Factors, the Recovery Period After Care Management, and the Exclusive Breastfeeding Outcome. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 12. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0194>
- Pezley, L., Cares, K., Duffecy, J., Koenig, M. D., Maki, P., Odoms-Young, A., Clark Withington, M. H., Lima Oliveira, M., Loiacono, B., Prough, J., Tussing-Humphreys, L., & Buscemi, J. (2022). Efficacy of Behavioral Interventions to Improve Maternal Mental Health and Breastfeeding Outcomes: A Systematic Review. *International Breastfeeding Journal*, 17(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00501-9>
- Rameez, R. M., Sadana, D., Kaur, S., Ahmed, T., Patel, J., Khan, M. S., Misbah, S., Simonson, M. T., Riaz, H., & Ahmed, H. M. (2019). Association of Maternal Lactation With Diabetes and Hypertension: A Systematic Review and Meta-

- analysis. *JAMA Network Open*, 2(10), e1913401. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.13401>
- Rukmawati, S., & Fatimah, N. A. (2025). The Effect of Early Breastfeeding Initiation (IMD) with Uterine Involution on First Day Post Partum Mothers. *Journal for Research in Public Health*, 6(2), 65-67. <https://doi.org/10.30994/jrph.v6i2.102>
- Sağlam, H. Y., Özerdoğan, N., & Gürsoy, E. (2020). Çalışan Kadınlarda Emzirme: Emzirmenin Başlatılması ve Sürdürülmesini Etkileyen Faktörler, Emzirme Politikaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 5(2), 338-344. <https://doi.org/10.5336/healthsci.2019-70141>
- Salari, P., & Abdollahi, M. (2014). The Influence of Pregnancy and Lactation on Maternal Bone Health: A Systematic Review. *Journal of Family & Reproductive Health*, 8(4), 135-148.
- Shen, F., Zhou, X., Guo, F., Fan, K., Zhou, Y., Xia, J., Xu, Z., & Liu, Z. (2023). Increased Risk of Postpartum Depression in Women with Lactational Mastitis: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1229678>
- Strathearn, L., Mamun, A. A., Najman, J. M., & O'Callaghan, M. J. (2009). Does Breastfeeding Protect Against Substantiated Child Abuse and Neglect? A 15-Year Cohort Study. *Pediatrics*, 123(2), 483-493. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3546>
- Şahin, H., Yılmaz, M., Aykut, M., Balcı, E., Sağiroğlu, M., & Öztürk, A. (2013). Kayseri'de İki Toplum Sağlığı Merkezine Başvuran Annelerde Emzirme Sorunları Ve Risk Etmenleri. *Türk Pediatri Arşivi*, 48(02), 145-151. <https://doi.org/10.4274/tpa.1034>
- Tang, K., Wang, H., Tan, S. H., Xin, T., Qu, X., Tang, T., Wang, Y., Liu, Y., & Gaoshan, J. (2019). Association Between Maternal Education and Breast Feeding Practices in China: A Population-Based Cross-Sectional Study. *BMJ Open*, 9(8), e028485. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028485>
- T.C. Cumhurbaşkanlığı. (2003). Mevzuat Bilgi Sistemi. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4857&MevzuatTertip=5&MevzuatTur=1>
- T.C. Cumhurbaşkanlığı. (2013). Mevzuat Bilgi Sistemi. <https://mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18728&MevzuatTertip=5&MevzuatTur=7>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). Anne Sütü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025). Emzirme Danışmanlığı El Kitabı. E-Kütüphane. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/315>
- Tiryaki, Ö., & Altınkaynak, S. (2021). Emzirme Danışmanlığında Hemşirenin Rolü. *STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. <https://doi.org/10.17942/sted.627192>
- Topal, S., Çınar, N., & Altınkaynak, S. (2017). Emzirmenin Anne Sağlığına Yararları. *Journal of Human Rhythm*, 3(1), Article 1.
- Tuğut, N., & Dilmien, S. (2023). Emzirmenin Kadın Sağlığı Üzerine Yansımaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 91-98. <https://doi.org/10.51754/cusbed.1243600>

- Türkyılmaz, P. D. C. (2016). Emzirme Danışmanlığı ve Emzirmede Karşılaşılan Sorunlar. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 8(2), Article 2.
- Tyldesley, M. C., & Bonney, E. A. (2025). Breastfeeding's Impact on Postpartum Maternal Immune Homeostasis. *Medical Research Archives*, 12(10). <https://doi.org/10.18103/mra.v12i10.5691>
- Uyanık, A., & Seymen, Ö. (2024). Neden/ Ne Zaman/ Nasıl Emzirme(me)liyim? *Hitit Medical Journal*, 6(3), 356-366. <https://doi.org/10.52827/hititmedj.1291320>
- WHO. (2022). WHO Recommendations on Maternal and Newborn Care for a Positive Postnatal Experience (1st ed). World Health Organization.
- Yeşilçicek Çalık, K. Y. (2020). Kardiyovasküler Hastalıklarda Risk Faktörü Olarak Maternal Nedenler ve Emzirme Süresi. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 6(1), 64-70.
- Zachou, G., Armeni, E., & Lambrinoudaki, I. (2019). Lactation and Maternal Cardiovascular Disease Risk in Later Life. *Maturitas*, 122, 73-79. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.01.007>
- Zhang, Z., Piro, A. L., Allalou, A., Alexceff, S. E., Dai, F. F., Gunderson, E. P., & Wheeler, M. B. (2022). Prolactin and Maternal Metabolism in Women With a Recent GDM Pregnancy and Links to Future T2D: The SWIFT Study. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 107(9), 2652-2665. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac346>

Kamu ve Özel Sektörde Ebelik Hizmetleri ve Mesleki Uygulamalar

Ayşe Melike Düzyer¹,
Merve Akıncı²

Özet

Ebelik hizmetleri, yalnızca doğum sürecini kapsayan bir alan olmayıp anne ve yenidoğan sağlığının korunmasıyla birlikte toplum sağlığının güçlendirilmesinde de önemli bir işleve sahiptir. Türkiye’de ebelik mesleği, sağlık sisteminde zaman içinde gerçekleşen yapısal değişimlere paralel olarak gelişmiş ve kurumsal bir nitelik kazanmıştır. Günümüzde ebeler hem kamu hem de özel sağlık kuruluşlarında olmak üzere farklı hizmet alanlarında görev almaktadır. Bu durumda ebelik mesleğinin sadece doğum odaklı bir uygulama olmaktan çıkarak koruyucu, eğitici ve danışmanlık yönü güçlü bir sağlık hizmeti olarak ele alınmasına katkı sağlamıştır.

Bu bölümde, Türkiye’de ebelik hizmetlerinin örgütlenme biçimi ele alınmış ve kamu ile özel sektördeki uygulamalar karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Ebelerin görev ve sorumluluklarının zamanla nasıl değiştiği, mevcut mevzuat ve sağlık politikaları doğrultusunda değerlendirilmiş ve ebelik mesleğinin sağlık sistemi içindeki konumu açıklanmıştır. Kamu sektöründe hizmetlerin yaygın ve planlı bir yapı içinde sunulması ile toplum odaklı yaklaşım ön plana çıkarken, özel sektörde daha esnek hizmet modelleri, bireye yönelik bakım anlayışı ve ebe öncülüğündeki uygulamaların mesleki pratiğe etkileri üzerinde durulmuştur. Aynı zamanda da her iki sektörde ebelerin, çalışma koşulları ve üstlendikleri rollerin hizmet sunumuna etkileri ele alınmıştır. Kamu sektöründe düzenli ve standart uygulamaların sağladığı erişilebilirlik ve güvenli bakım vurgulanırken, özel sektörde daha esnek, birey ve kadın odaklı bakım anlayışı değerlendirilmiştir. Gencl olarak, ebelik hizmetlerinin kamu ve özel sektörde dengeli bir şekilde planlanmasının, bakım niteliğini yükseltmeye ve mesleki gelişimi desteklemeye katkı sağladığı sonucuna ulaşılmıştır.

- 1 Yüksek Lisans Öğrencisi, Karabük Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Karabük/Türkiye, melikeduzyer69@gmail.com, Orcid Id: 0009-0009-3481-6327
- 2 Dr. Öğretim Üyesi, Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Karabük/Türkiye, merveakinci@karabuk.edu.tr, Orcid Id: 0000-0002-9514-2698

Giriş

Ebeler, yenidoğanın bakımını üstlenen, annenin doğum sonrası iyileşme sürecini izleyen ve aileye yönelik eğitim hizmetlerini yürüten sağlık profesyonelleridir. Bu kapsamda ebelik, gebelikten doğum sonrasına uzanan süreçte yalnızca kadın sağlığının korunmasına değil, aile ve toplum sağlığının geliştirilmesine de önemli katkılar sunmaktadır (Halldorsdottir ve Karlsdottir, 2011). Modern sağlık sistemleri içerisinde ebelik mesleği, temel sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir bileşeni olarak konumlanmaktadır (Uncu, Gökçek, Beyazgül & Dinç Kaya, 2024).

Türkiye’de son yıllarda ebelik hizmetleri, eğitim altyapısının güçlenmesi ve kurumsal yapılanmanın desteklenmesiyle birlikte kamu ve özel sağlık alanında daha belirgin ve profesyonel bir nitelik kazanmıştır (Kırkız & Çoban, 2025). Sağlık hizmetlerinin yalnızca yaygınlaştırılmasına değil, aynı zamanda bakım kalitesinin artırılmasına ve hasta odaklı yaklaşımın güçlendirilmesine yönelik bu dönüşüm, ebelik mesleğinin sağlık sistemi içindeki rolünü daha görünür hâle getirmiştir (Sağiroğlu & Esencan, 2024). Mesleki rol tanımlarının netleştirilmesi, görev ve yetki sınırlarının belirlenmesi ile hizmetlerin kurumsal bir çerçevede sunulması, kamu ve özel sektörde ebelik uygulamalarının sürdürülebilirliği açısından kritik bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2023; Yücel vd., 2025).

Ebeler, yenidoğanın bakımını üstlenen, annenin doğum sonrası iyileşme sürecini izleyen ve aileye yönelik eğitim hizmetlerini yürüten sağlık profesyonelleridir. Bu kapsamda ebelik, gebelikten doğum sonrasına uzanan süreçte yalnızca kadın sağlığının korunmasına değil, aile ve toplum sağlığının geliştirilmesine de önemli katkılar sunmaktadır (Halldorsdottir ve Karlsdottir, 2011). Modern sağlık sistemleri içerisinde ebelik mesleği, temel sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir bileşeni olarak konumlanmaktadır (Uncu, Gökçek, Beyazgül & Dinç Kaya, 2024; Yücel vd., 2025).

Türkiye’de son yıllarda ebelik hizmetleri, eğitim altyapısının güçlenmesi ve kurumsal yapılanmanın desteklenmesiyle birlikte kamu ve özel sağlık alanında daha belirgin ve profesyonel bir nitelik kazanmıştır (Kırkız & Çoban, 2025; Yücel vd., 2025). Sağlık hizmetlerinin yalnızca yaygınlaştırılmasına değil, aynı zamanda bakım kalitesinin artırılmasına ve hasta odaklı yaklaşımın güçlendirilmesine yönelik bu dönüşüm, ebelik mesleğinin sağlık sistemi içindeki rolünü daha görünür hâle getirmiştir (Sağiroğlu & Esencan, 2024). Mesleki rol tanımlarının netleştirilmesi, görev ve yetki sınırlarının belirlenmesi ile hizmetlerin kurumsal bir çerçevede sunulması, kamu ve özel sektörde ebelik uygulamalarının sürdürülebilirliği açısından kritik bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Kamu ve özel sektörde sunulan hizmetlerin yapısı, ebelik uygulamalarını farklılaştırmaktadır. Kamu sektöründe standart ve koruyucu bakım öne çıkarken, özel sektörde bireysel ve kadın merkezli yaklaşımlar ağırlık kazanmaktadır. (Gao et al., 2024). Bu farklılıklar, ebelerin mesleki özerkliğini, çalışma ortamlarını ve bakım sunma biçimlerini doğrudan etkilemektedir (Nove et al., 2021). Son yıllarda yapılan mevzuat ve mesleki düzenlemeler, ebelik hizmetlerinde kalite, etik ve hasta güvenliğine verilen önemi artırmıştır. Ebelerin görev ve sorumluluklarının açıkça tanımlanması, kamu ve özel sektörde hizmetlerin daha düzenli ve tutarlı yürütülmesini sağlamıştır (Resmî Gazete, 2024; Yücel vd., 2025). Bu gelişmeler, ebelik mesleğinin yalnızca hizmet sunumunda değil, sağlık hizmetlerinin planlanması ve örgütlenmesinde de daha etkin bir rol üstlenmesine olanak sağlamaktadır.

Ebelik Hizmetlerinde Kurumsal Yapı ve Organizasyon

Ebelik hizmetleri, yaşam döngüsü içinde anne ve bebeğin sağlığını merkeze alan, gebelik öncesinden doğum sonrasına uzanan kapsamlı ve profesyonel bakım uygulamalarını içermektedir (Resmî Gazete, 2024). Bu hizmetlerin etkin bir şekilde yürütülmesi ve toplum sağlığının güvence altına alınması, iyi yapılandırılmış bir organizasyonel sistem ve düzenli işleyişle ilişkilidir. Ebelik hizmetlerinin tarihsel süreç içerisindeki gelişimi incelendiğinde, mesleğin kurumsallaşmadan önce ağırlıklı olarak geleneksel bilgi temelli uygulamalarla sürdürüldüğü görülmektedir (Aydın Kartal ve Aksoy, 2021).

Osmanlı döneminde ebelik uygulamaları büyük ölçüde geleneksel bilgiye dayalı olup formal eğitimden yoksundu. Bu nedenle ebeler, halk arasında doğum süreçlerinde aktif roller üstlenmelerine karşın mesleki standartlar ve yasal düzenlemeler sınırlı kalmıştır (Karaçam, 2016; Aydın Kartal & Aksoy, 2021). Bu dönemde ebelik, ağırlıklı olarak usta-çırak ilişkisi ve deneyim aktarımı temelinde yürütülmüş, bilimsel yaklaşımlardan ziyade toplumsal pratiklere dayalı bir meslek olarak varlığını sürdürmüştür (Aydın Kartal & Aksoy, 2021). Ebeler, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetleri sunarak toplumun sağlık gereksinimlerinin karşılanmasına katkı sağlamış olmakla birlikte, bu hizmetlerin niteliği büyük ölçüde bireysel deneyim ve yerel geleneklerle sınırlı kalmıştır (Karaçam, 2016; Aydın Kartal & Aksoy, 2021).

Cumhuriyetin ilanıyla birlikte ebelik mesleği resmi bir meslek hâline getirilmiş ve eğitim programları ile kurumsal yapılar oluşturulmuştur. Bu gelişmeler mesleğin modernleşmesini ve sağlık sistemindeki konumunun güçlenmesini sağlamıştır. Aynı zamanda ebelik hizmetlerinin ülke genelinde

örgütlenmesine ve yaygınlaştırılmasına zemin hazırlamıştır (Paksoy Erbaydar, 2018; Aydın Kartal & Aksoy, 2021).

Zaman içerisinde sağlık hizmetlerinin yalnızca kent merkezleri ile sınırlı kalmaması ve kırsal alanlara yaygınlaştırılmasıyla birlikte ebelerin kurumsal işlevleri belirginleşmiştir. Özellikle 1950’li yıllardan itibaren kırsal alanlarda sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına yönelik politikalar, ebelerin sağlık sistemi içindeki rolünü daha görünür hâle getirmiştir. 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile sağlık hizmetlerinin köylere ve tüm toplum kesimlerine eşit, erişilebilir ve yaygın biçimde ulaştırılması yasal güvence altına alınmış, ebelerin hem bireysel bakım sunumu hem de toplumsal sağlık bilincinin geliştirilmesindeki rolleri resmiyet kazanmıştır (Resmî Gazete, 1961). Bu kapsamda ebeler, sağlık ocakları ve sağlık evleri aracılığıyla gebelik izlemi, doğum ve lohusalık bakımı, hijyen, bağışıklama, beslenme ve aile planlaması hizmetleri sunarak kırsal alanlarda sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde kilit rol üstlenmiştir (Paksoy Erbaydar, 2018). Bu süreçte ebeler, hem sağlık hizmetleri organizasyonunun temel unsurlarından biri hem de kırsal düzeyde hizmetlerin yaygınlaştırılmasını sağlayan kurumsal aktörler hâline gelmiştir (Paksoy Erbaydar, 2018).

Bu gelişmeler, ebelik mesleğinin yalnızca belirli bölgelerle sınırlı kalmayıp, ülke genelinde sağlık hizmetlerinin planlanması, yürütülmesi ve standartlarının korunmasında merkezi bir işlev üstlenmesini gerekli kılmıştır. 1980’li yıllarda ebeler, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakımın yanı sıra üreme sağlığı danışmanlığı, gebelik öncesi risk değerlendirmesi, doğum sonrası izlem, emzirme desteği, aile planlaması ve halk sağlığı eğitimi gibi görevleri üstlenmişlerdir. Bu kapsamlı görev dağılımı hem bireysel bakımın kalitesini artırmış hem de kurumsal sağlık hizmetlerinin etkinliğini güçlendirmiştir (Yücel, 2016).

2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ebelerin rolü yeniden tanımlanmış ve birinci basamak sağlık hizmetlerindeki etkinlikleri artırılmıştır. Aile sağlığı merkezleri ve kadın sağlığı merkezlerinde gebelik izlemi, doğum öncesi ve sonrası bakım, emzirme desteği, üreme sağlığı danışmanlığı ve aile planlaması hizmetleri etkin bir şekilde sunulmaktadır (Yükseköğretim Kurulu, 2016; Yücel, 2016). Böylece ebeler hem kamu hem özel sektörde kurumsal bir yapı içinde görev alarak hizmet standartlarının korunmasına katkıda bulunmuştur. Ayrıca ebelerin hasta hakları çerçevesinde etik ve yasal standartlara uyması zorunlu hâle gelmiş, özel sektörde ise 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu ve Özel Hastaneler Yönetmeliği kapsamında hizmet sunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014; TJOD, 2025).

Üç Aralık 2024 tarihinde yayımlanan 32741 sayılı Ebelik Yönetmeliği ile ebelerin görev, yetki ve sorumlulukları güncel ve açık bir şekilde düzenlenmiş; normal doğum, yenidoğan ve üreme sağlığı alanlarında mesleki roller netleştirilmiştir. Yönetmelik ile sorumlu ebe, uzman ebe ve rehber ebe gibi unvanlar belirlenmiş, gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki faaliyet alanları ayrıntılı olarak düzenlenmiştir. Bu düzenlemelerle ebelik hizmetlerinin standartlaştırılması ve sunulan bakımın niteliğinin artırılması amaçlanmıştır (Resmî Gazete, 2024).

Bu çerçevede ebelik hizmetlerinde kurumsal yapı ve organizasyon, Türkiye’de mesleğin profesyonelleşmesi, hizmet kalitesinin artırılması ve hasta güvenliğinin sağlanmasında temel bir rol oynamıştır. Yasal düzenlemeler, eğitim programları ve kurumlar arası koordinasyon sayesinde ebeler hem kamu hem de özel sektörde etkin ve güvenli hizmet sunabilmiş; mesleğin kurumsal niteliği güçlendirilmiştir (Karaçam, 2016; Paksoy Erbaydar, 2018; Sağlık Bakanlığı, 2014; TJOD, 2025; Resmî Gazete, 2024).

Kamu ve Özel Sektörde Ebelik Hizmetleri

Ebelik mesleği, bireylerin, ailelerin ve toplumun gereksinimleri doğrultusunda; gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne ve yenidoğanın sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik olarak önleyici, tedavi edici, geliştirici ve rehabilite edici sağlık bakımını bilgi ve beceriye dayalı, sistematik ve profesyonel bir yaklaşımla sunan bir sağlık disiplini. (WHO, 2020). Geçmişte ebelik daha çok kamu sağlık hizmetleriyle ilişkilendirilirken, sağlık sistemindeki değişimler ve bireysel bakım beklentilerinin artması, ebelerin özel sektörde de profesyonel konumlarını güçlendirmelerine olanak sağlamıştır. Bu durum, ebelik hizmetlerinin yalnızca kurumsal yapı ve organizasyon ile sınırlı kalmayıp, farklı sağlık kurum ve işletmelerinde uygulanabilirliğinin önemini ortaya koymaktadır.

Türkiye’de ebeler, tarihsel olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel unsuru olarak kamu sektöründe görev yapmıştır. Sağlık ocakları ve ev sağlık birimleri aracılığıyla gebelik izlemi, doğum ve lohusalık bakımı, aile planlaması ve bağışıklama gibi hizmetleri sunarak devletin koruyucu sağlık politikalarını kırsal ve kentsel alanlara taşımışlardır (Paksoy Erbaydar, 2018; Sağlık Bakanlığı, 2014). Günümüzde ebeler, kamu sektöründe çok çeşitli birimlerde görev yapmaktadır. Aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, doğum hizmetlerinin sunulduğu hastane ve üniversite hastanelerinin kadın hastalıkları ve doğum klinikleri, doğum ve lohusa servisleri, ebe poliklinikleri, yenidoğan bakımı üniteleri, mobil sağlık ekipleri ve toplum tabanlı ana-çocuk sağlığı programları, ebelerin hizmet

sunduğu başlıca alanlardır. Bu birimlerde ebeler, gebelik öncesinden doğum sonrası döneme kadar geniş bir yelpazede hizmet vererek gebelik izlemi, risk değerlendirmesi, doğum takibi, komplikasyon önleme, emzirme desteği, aile planlaması ve sağlık eğitimi gibi kapsamlı bakım sağlar; standart protokoller çerçevesinde bireysel ve aile sağlığını desteklemektedir (Özentürk, Yücel & Meseri, 2019; Resmî Gazete, 2024). Ayrıca ebeler, klinik bakımın ötesinde yönlendirici ve koordine edici görevler üstlenir, gerektiğinde gebe veya aileyi ilgili uzmanlara sevk ederek daha ileri düzeyde bakımın sağlanmasına katkıda bulunur. Bu çalışma alanları hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetlerinin etkin yürütülmesini mümkün kılmaktadır (Baran vd., 2025; Kırkız & Çoban, 2025).

Özel sektördeki ebelik uygulamaları, doğum merkezleri, özel hastaneler ve serbest ebelik hizmeti sunan bağımsız kuruluşlar aracılığıyla çeşitlenmiştir. Bu ortam, ebelerin bireysel ve kadın merkezli bakım sunmalarına imkân tanımakta, müdahaleleri en aza indirme ve anne-bebek sağlığını optimize etme hedeflerine katkı sağlamaktadır (Gao et al., 2024; Nove et al., 2021). Özellikle doğum servislerinde uygulanan ebe odaklı bakım modelleri (midwife-led care), gebelik ve doğum sürecinde gereksiz tıbbi müdahaleleri azaltmak ve spontan vajinal doğumu desteklemek ile ilişkilendirilmiştir. Bu modeller hem klinik sonuçları iyileştirmekte hem de kadınların bakım deneyimlerini artırmaktadır (Fikre, 2023).

Ebelik odaklı bakım modelleri, bebeklerin yaşamını korumakta, erken doğum riskini azaltmakta, müdahale gereksinimini düşürmekte ve kadınların deneyimleri ile klinik sonuçlarını iyileştirmektedir (Sandall vd., 2016). Uluslararası uygulamalar, ebelerin bakım rolünü destekleyen sistemlerin varlığını göstermektedir. Hollanda'da doğum bakım modeli, gebelikten lohusalığa kadar süreci fizyolojik bir olay olarak ele almakta ve ebelerin bakımın merkezi sağlayıcısı olmasını temel ilke olarak benimsemektedir. Norveç ve İngiltere'de ise ebeler hem kamu hem özel sektörde doğum takibi ve kadın danışmanlığı görevini yürütmektedir (Sağıroğlu & Esencan, 2024; Remvik-Larsen et al., 2023). Bu modeller, Türkiye'de hem kamu hem özel sektörde ebelik hizmetlerinin geliştirilmesi açısından yol gösterici nitelik taşımaktadır.

Sonuç olarak, kamu ve özel sektördeki ebelik hizmetleri birbirini tamamlayan bir yapı oluşturmaktadır. Kamu sektörü standartları belirleyip hizmetleri örgütlerken, özel sektör ve serbest ebelik modelleri, bireysel ve kadın merkezli bakım sunarak mesleğin profesyonel kapsamını genişletmekte ve hizmet kalitesini artırmaktadır.

1.1. Kamu ve Özel Sektörde Ebelik Uygulamaları: Benzerlikler, Farklılıklar ve Hizmet Alanları

Kamu ve özel sektörde ebelik hizmetleri, temel amaçları bakımından benzerlik göstermesine rağmen, uygulama biçimleri ve hizmet alanları açısından farklılıklar taşımaktadır. Her iki sektörde de ebeler, anne ve bebek sağlığını korumak, güvenli doğum sağlamak ve koruyucu hizmetler sunmak gibi ortak görevler üstlenmektedir (WHO, 2023).

Kamu sektöründe ebeler, devlet hastaneleri, aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı birimleri gibi geniş erişimli ve protokollere dayalı ortamlarda hizmet vermektedir. Özel sektörde ise ebeler, hastane bazlı doğum hizmetleri, doğum merkezleri, evde doğum uygulamaları ve bireyselleştirilmiş danışmanlık gibi daha esnek ve çeşitlenmiş hizmet alanlarında çalışabilmektedir (Fikre et al., 2023). Bu farklılık, hizmetin kişiselleştirilmesi ve ebeğin profesyonel özerkliğinin sağlanması açısından önemli bir avantaj sunmaktadır.

Her iki sektördeki benzerlikler özellikle ebe liderli bakım modelleri ve sürekli bakım yaklaşımlarında ortaya çıkmaktadır. Kamu veya özel sektörde olsun, aynı ebe tarafından gebelikten lohusalığa kadar takip edilen kadınlarda müdahale oranlarının düştüğü ve doğum deneyiminden alınan memnuniyetin arttığı gözlemlenmektedir (Kacprzyk et al., 2024).

Sektörler arasındaki temel farklılıklar, hizmetin kişiye özel olması, ekonomik ulaşılabilirlik ve ebeğin özerkliği üzerinden belirginleşmektedir. Özel sağlık kuruluşları daha esnek ve hasta merkezli bir yaklaşım sergilerken, hizmetlerin yüksek maliyeti ve yasal-etik sorumlulukların net olmaması dezavantaj yaratmaktadır (Türken & Çalım, 2022). Kamu sektöründe ise standart protokoller, eşit erişim ve denetim ön planda bulunmakla birlikte, yüksek hasta yükü ve yoğun hizmet temposu bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarını sınırlayabilmektedir. Tüm bunlar doğrultusunda kamu ve özel sektördeki ebelik uygulamaları birbirini tamamlayıcı nitelik taşımaktadır. Her iki sektörde de ebe liderli bakım, süreklilik odaklı takip ve hasta memnuniyetini artırıcı uygulamalar ön plana çıkarken, farklılıklar erişim, hizmet esnekliği ve mesleki özerklik üzerinden ortaya çıkmaktadır (Sandall et al., 2016; WHO, 2020; Nove et al., 2021).

1.2. Kamu Sektöründe Ebelik Mesleğinin Avantajları ve Dezavantajları

Kamu sektöründe ebelik mesleği hem bireysel hem de toplumsal sağlık açısından önemli avantajlar sunmaktadır. Kamu sektöründe görev yapan ebeler, devletin sağladığı uzun vadeli istihdam, sabit maaş, sosyal güvenlik

ve emeklilik hakları gibi finansal ve mesleki güvencelerden yararlanmaktadır (Güner vd., 2015; Serpil & Handan, 2024; Kırkız & Çoban, 2025; Fraser, 2024). Bu güvenceler, ebelerin mesleklerini daha istikrarlı ve odaklanmış bir şekilde sürdürmelerine olanak tanımakta ve mesleki motivasyonu artırmaktadır (Paksoy Erbaydar, 2018).

Kamu sektöründe çalışma aynı zamanda sürekli mesleki gelişim ve eğitim olanakları ile desteklenmektedir. Ebeler, hizmet içi eğitimler ve standart protokoller çerçevesinde çalışarak bilgi ve becerilerini güncel tutabilmekte, mesleki rolleri ile uyumlu klinik deneyim kazanabilmektedir (Fraser, 2024; McNeill, 2012; Kırkız & Çoban, 2025). Birden fazla bakım alanında görev almak, deneyimlerini bütüncül biçimde artırarak profesyonel öz değerlerini güçlendirmekte ve mesleklerini severek icra etmelerini sağlamaktadır (Sökmen & Taşpınar, 2021).

Kamu sektöründe görev yapan ebeler, farklı risk profillerine sahip gebelerle çalışarak klinik karar verme becerilerini geliştirme imkânına sahiptir (Mattison et al., 2020). Standart protokoller ve düzenli eğitimler sayesinde bakım kalitesi güvence altına alınmakta, ebelerin teknik ve iletişimsel yeterlikleri güçlenmektedir (Fraser, 2024; McNeill, 2012; Kırkız & Çoban, 2025). Ayrıca kamu sektöründe ebeler, toplum temelli programlar ve aşı kampanyaları gibi girişimlerde yer alarak liderlik becerilerini geliştirmekte ve toplumsal sağlık üzerinde etkili olmaktadır (Mattison et al., 2020; Paksoy Erbaydar, 2018; Yıldırım & Esencan, 2023). Afet, salgın veya toplumsal kriz dönemlerinde kamu sağlık hizmetlerinin merkezinde bulunmaları, ebelerin kriz yönetimi deneyimi kazanmalarını ve yenidoğan ile çocuk sağlığının korunmasına etkin katkıda bulunmalarını sağlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014; Hacivelioglu & Demirci, 2022; Yıldırım & Esencan, 2023; Kaya, Ekşioğlu, & Yücel, 2025; Özhüner & Akıncı, 2025).

Bütün bu avantajlar, kamu sektöründe ebelerin hem bireysel bakım sağlama hem de toplum sağlığını güçlendirme rolünü etkin biçimde yerine getirebilmesini mümkün kılmaktadır. Devlet destekli hizmetler sayesinde ebeler, özellikle dezavantajlı gruplara ücretsiz veya düşük maliyetli bakım sunabilmekte ve böylece sağlıkta eşitliğe önemli katkılar sağlamaktadır (McNeill, 2012). Gebelik izlemi, doğum ve lohusalık bakımı, aile planlaması ve bağışıklama hizmetleri gibi geniş bir görev alanı, ebelerin hem profesyonel deneyim kazanmasını hem de anne-bebek sağlığının güçlendirilmesine doğrudan katkı sunmasını mümkün kılmaktadır (Mattison et al., 2020).

Kamu sektöründe ebelik mesleği, sunduğu iş güvencesi, sabit maaş, sosyal güvenlik, emeklilik hakları ve sürekli mesleki gelişim olanakları gibi avantajlara rağmen, ebeler çeşitli sınırlılıklar ve zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır.

Özellikle kamu hastanelerinde yüksek hasta yoğunluğu, uzun çalışma saatleri ve vardiya sistemi, tükenmişlik riskini artırmakta ve bireyselleştirilmiş bakım sunumunu kısıtlamaktadır (Hastings-Tolsma, 2021; Güner vd., 2015). Yoğun doğum servislerinde bir ebe başına düşen hasta sayısının fazla olması, ayrıntılı takip ve danışmanlık sağlama imkânını azaltmakta; klinik karar verme süreçlerinde baskı yaratmakta ve hasta güvenliği ile bakım kalitesini dolaylı olarak etkilemektedir (Hastings-Tolsma, 2021; Carvajal vd., 2024). Bürokratik ve katı yönetim yapıları, sınırlı otonomi ve zayıf iletişim, ebelerin mesleki bağımsızlığını kısıtlamakta, moral ve iş memnuniyetini olumsuz etkileyerek profesyonel etkinliklerini azaltmaktadır (Carvajal vd., 2024; Güner vd., 2015). Kaynak ve ekipman eksiklikleri, yetersiz altyapı ve bütçe kısıtlılıkları ise bakım kalitesini düşürmekte ve mesleğin uzun vadeli sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir (Hastings-Tolsma, 2021; Güner vd., 2015). Ebelerin afet ve yüksek riskli durumlara hazırlık eksiklikleri, sınırlı pratik eğitim, mesleki yeterliliklerdeki boşluklar, psikolojik dayanıklılık sorunları ve organizasyonel destek yetersizliği de mesleki performans ve güvenliği olumsuz yönde etkilemektedir (Şimşek Bulgulu vd., 2025; Güden, 2025). Çalıştıkları kurum ve birim türü ile eğitim olanaklarındaki farklılıklar, özellikle yoğun doğumhane servislerinde profesyonel tutumu düşürmekte ve iş ortamı ile eğitim desteğinin mesleki tutum üzerinde belirleyici olduğunu göstermektedir (Serpil & Handan, 2024). Ayrıca performans baskısı, motivasyon eksikliği ve sınırlı esneklik, ebelerin iş-yaşam dengesini zorlamakta ve mesleki tatmini azaltmaktadır (Güner vd., 2015). Bu bağlamda, kamu sektöründe ebelik mesleğinin etkinliği, sürdürülebilirliği ve toplum sağlığına katkısı, sınırlamaların sistemli yönetimi, yeterli kaynak sağlanması ve etkili eğitim desteği ile doğrudan ilişkilidir.

1.3. Özel Sektörde Ebelik Mesleğinin Avantajları ve Dezavantajları

Özel sektör, ebelik uygulamalarında kişiye özel yaklaşım, hizmet kalitesi ve hasta deneyimi açısından önemli avantajlar sunmaktadır. Bu alanda gebeliğin başından sonuna kadar aynı ebe tarafından takip edilmek, danışmanlık sağlamak ve kişisel doğum planı oluşturmak daha kolaydır. Bu durum, kadınların memnuniyetini artırmakta, doğum algısını olumlu yönde etkilemekte ve bakım verenle kurulan güven ilişkisi sayesinde doğum stresini azaltarak olumlu deneyime katkı sağlamaktadır. Sürekli bakımın hasta deneyimine etkisi güncel çalışmalarla desteklenmektedir (Adnani et al., 2025). Bu avantajlar, özel sektörde ebelerin uygulamaları ve mesleki gelişimi için de elverişli bir ortam yaratmaktadır. Özel sektörün esnek yapısı, yenilikleri test etmek ve hizmetleri hastanın ihtiyaçlarına göre şekillendirmek için deneysel bir alan sunmaktadır. Yenilikçi uygulamalar özel kurumlarda

daha hızlı hayata geçirilmektedir ve başarılı olan modeller kamuya aktarılacak suretiyle genel hizmet kalitesinin yükseltilmesine katkı sağlamaktadır. Bu süreç ebelik mesleğinin gelişimine de olumlu yansımaktadır (Gao et al., 2024). Buna karşın özel sektörde ebelik uygulamalarının bazı dezavantajları da bulunmaktadır. Avantajlı yönlerin varlığı, dezavantajları ortadan kaldırmamaktadır. En belirgin sorunlar maliyet ve erişilebilirlik ile ilgilidir. Özel sağlık kuruluşlarındaki doğum hizmetlerinin yüksek maliyetleri nedeniyle ekonomik durumu sınırlı kadınlar bu hizmetlere ulaşmakta güçlük yaşamaktadır ve bu durum toplumdaki sağlık eşitsizliğini artırabilmektedir (Kacprzyk et al., 2024).

Özel sektörün yapısı aynı zamanda ebelerin çalışma koşullarını da etkilemektedir. Türkiye’de özel sektörde görev yapan ebeler, iş güvencesi, ücret ve çalışma saatleri açısından kamu sektörüne kıyasla daha belirsiz koşullarla karşılaşmaktadır. Beş ildeki yedi özel hastane ebeleriyle yapılan nitel bir çalışmada uzun çalışma saatleri ve düşük iş güvencesinin mesleki tatmini olumsuz etkilediği raporlanmıştır (Ekşioğlu, 2023). Buna ek olarak özel sektörde ebelik uygulamaları, yasal ve etik açıdan net olmayan alanlar da barındırmaktadır. Müdahale kararlarının hangi anda verileceği, sorumluluğun kime ait olduğu ve kritik durumlarda nasıl hareket edileceği konularındaki açıklık eksikliği, ebelerin karar almasını zorlaştırmakta ve risk düzeyini artırmaktadır (Türken & Çalım, 2022).

Bazı kurumlarda tıbbi müdahalelere yönelik finansal teşvikler ile kurumsal politikalar, doğal doğum uygulamalarının kapsamını daraltmakta ve ebelerin profesyonel uygulamalarında mesleki özerkliklerini sınırlayabilmektedir (Sandall et al., 2016; WHO, 2020; Nove et al., 2021). Bunun yanı sıra özel sektörde altyapı ve kaynak yetersizlikleri de önemli bir sorun alanı olarak öne çıkmaktadır. Ebelik hizmetlerinde sürekliliğin sağlanması, yeterli eğitim olanakları, uygun teknik donanım ve etkin denetim mekanizmalarına bağlıdır. Bu bileşenlerdeki eksiklikler, hem mesleki uygulamaların güvenliğini hem de sunulan bakımın niteliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (White & Levin, 2006).

Sonuç ve Öneriler

Ebelik hizmetleri, Türkiye’de sağlık sisteminin devamlılığı ile anne ve bebek sağlığının korunmasında temel bir yere sahiptir. Kamu ve özel sektörde yürütülen ebelik uygulamaları örgütlenme ve sunum biçimleri açısından farklılık gösterse de temel hedefleri güvenli, ulaşılabilir ve kaliteli bakım sunmaktır. Kamu sektörü hizmetlerin geniş kitlelere eşit biçimde ulaştırılmasını sağlarken, özel sektör bireysel gereksinimlere odaklanan ve

kadın merkezli bakım anlayışıyla ebelik uygulamalarını çeşitlendirmektedir. Kamu ve özel sektörün birbirine alternatif değil, birbirini tamamlayan yapılar olarak değerlendirilmesi, ebelik hizmetlerinin daha etkili sunulmasına katkı sağlamaktadır. Mevzuatın yenilenmesi, eğitim imkânlarının artırılması ve kurumsal desteğin güçlendirilmesi, ebelerin mesleki bağımsızlığını korumakta ve çalışma koşullarını iyileştirmektedir. Bu gelişmeler, bakım niteliğinin yükselmesine ve ebelik mesleğinin gelecekte daha sağlam bir konum edinmesine destek olmaktadır. Bu çerçevede, kamu ve özel sektör arasında dengeli ve iş birliğine dayalı bir yaklaşım, ebelik hizmetlerinin toplumsal sağlık hedeflerine ulaşmasında önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir.

Kaynaklar

- Adnani, Q. E. S., Nurfitriyani, E., Merida, Y., Khuzaiyah, S., Okinarum, G. Y., Susanti, A. I., ... & Hashim, S. H. (2025). Ninety-one years of midwifery continuity of care in low and middle-income countries: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 25(1), 463.
- Baran, G. K., Kızıltepe, K., & Ustun, Y. Ebe Polikliniği” Hizmet Modeli: Türkiye Başkentinden İyi Klinik Uygulama Örneği. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 7(2), 110-129.
- Fikre, S. (2023). Midwife-led care: Etkileri ve klinik sonuçlar. *International Journal of Midwifery Research*, 8(1), 12-25.
- Fraser, R., Downer, T., & Oprescu, F. (2024). Midwifery education in Bangladesh: An in-depth analysis through a systematic review. *Women and Birth*, 37(5), Article 101661. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2024.101661>
- Gao, Y., Smith, H., & Brown, L. (2024). Private midwifery services and women-centered care: A global perspective. *Midwifery*, 115, 103536. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103536>
- Güner, S., Yurdakul, M., & Yetim, N. (2015). Türkiye’de ebelik mesleğinin sorunlarına akademik bakışı yansıtan nitel bir çalışma. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, (1), 80–87.
- Hacivelioglu, D., & Demirci, H. (2022). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebelerin kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik sağlık eğitimi etkinlikleri. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 32(2), 49–60.
- Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(4), 806-817.
- Hastings-Tolsma, M., Temane, A., Tagutanazvo, O. B., Lukhele, S., & Nolte, A. G. (2021). Experience of midwives in providing care to labouring women in varied healthcare settings: A qualitative study. *Health SA Gesondheid*, 26(1).
- Kaya, B., Ekşioğlu, A., & Yücel, U. (2025). Ebelik hizmetlerinin afetlerde yenidoğan ve çocuk sağlığının korunmasına etkisi: Afetlerde yenidoğan ve çocuk sağlığı. *Halk Sağlığı Araştırma ve Uygulamaları Dergisi*, 3(2), 95–103.
- Kırkız, N., & Çoban, H. (2025). Türkiye’de ebelerin çalışma alanları ve sağlık sistemi içindeki rolleri. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 77-90.
- Mattison, C. A., Lavis, J. N., Wilson, M. G., Hutton, E. K., & Dion, M. L. (2020). A critical interpretive synthesis of the roles of midwives in health systems. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 77.
- McNeill, J., Lynn, F., & Alderdice, F. (2012). Public health interventions in midwifery: A systematic review of systematic reviews. *BMC Public Health*, 12, 955. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-955>

- Nove, A., Matthews, Z., & Neal, S. (2021). Midwifery-led care in private and public sectors: Outcomes and experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 456. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03825-4>
- Özentürk, M. G., Yücel, U., & Meseri, R. (Ed.). (2019). *Ebelik ve toplum sağlığı* (ss. 75–102). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Özhüner, Y., & Akıncı, M. (2025). Shaping tomorrow's care: Assessing the influence of future midwives' knowledge and concerns about climate change on maternal and child health. *Public Health Nursing*.
- Karaçam, Z. (2016). Türkiye'de profesyonel bir disiplin olarak ebelik mesleğinin durumu: Yasal düzenlemeler, eğitim ve araştırma. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 6(3), 128-136.
- Paksoy Erbaydar, A. (2018). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ebelerin rolü ve uygulamaları. *Journal of Public Health and Nursing*, 5(2), 33–44.
- Remvik-Larsen, A., Tveiten, S., & Langeland, E. (2023). Midwives in Norway and the UK: Scope of practice and professional roles. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(1), 102–115. <https://doi.org/10.1111/scs.13145>
- Resmî Gazete. (1961, 12 Ocak). 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (Sayı 10705). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.4.224.pdf>
- T.C. Resmî Gazete. (2024). Ebelik yönetmeliği (Mevzuat No. 32741). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=41084&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Sağiroğlu, M., & Esencan, A. (2024). Türkiye'de ebelik uygulamaları ve uluslararası örnekler. *Turkish Journal of Midwifery*, 7(1), 25–38. Sağlık Bakanlığı. (2014). Birinci basamak sağlık hizmetleri ve ebe rolü. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı. (2014). Ebelerin görev, yetki ve sorumlulukları ile hasta hakları. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Taner, T., & Antony, J. (2006). Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. *Leadership in health services*, 19(2), 1-10.
- Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği. (2025). 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu ve Özel Hastaneler Yönetmeliği. Ankara: TJOD.
- Türken, H., & Çalım, S. İ. (2022). Ethical dilemmas experienced by midwives working in the delivery room. *Nursing ethics*, 29(5), 1231-1243.
- Uncu, B., Gökçek, A. İ., Beyazgül, S., & Dinç Kaya, H. (2024). Türkiye'de ebelik mesleğinin yetkinlik ve yeterlilik alanları çerçevesinde değerlendirilmesi: Nitel bir çalışma. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 445–457.

- Wood, M. E., Mansoor, G. F., Hashemy, P., Namey, E., Gohar, F., Ayoubi, S. F., & Todd, C. S. (2013). Factors influencing the retention of midwives in the public sector in Afghanistan. *Midwifery*, 29(10), 1137–1144. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.004>
- World Health Organization. (2020). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cafa4ca7f-8f5c-46c6-af1c-d6a7c61bedfc/content>
- Yıldırım, A. D., & Esencan, T. Y. COVID-19 pandemi sürecinde toplum tabanlı ebelerlik hizmetleri. *Journal of Midwifery and Health Sciences*, 3(3), 244–252.
- Yücel, U., Gürsu, S., Aktay, D. M., Can, E., & Akkurt, B. (2025). Ebelerlik mesleğini güçlendirmeye yönelik küresel stratejik hedeflerin Türkiye’de uygulanma durumu. *TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 154–169.
- Yükseköğretim Kurulu. (2016). Ulusal çekirdek eğitim programı (EBE-UÇEP). Ankara: YÖK Yayınları.

Yapay Zekâ Çağında Ebelik: Dijital Sağlık, Klinik Karar Destekleri ve Dönüşen Mesleki Roller

Ebru Sağıroğlu¹

Özet

Bu bölüm, yapay zekâ çağında ebelik mesleğinin konumlanışını dijital sağlık ekosistemi, klinik karar destek sistemleri ve dönüşen mesleki roller bağlamında incelemektedir. Dijital sağlık teknolojileri ile yapay zekânın yalnızca teknik araçlar olmayıp aynı zamanda ebelik felsefesini, bakım süreçlerini ve profesyonel kimliği dönüştüren temel dinamikler olduğu vurgulanmaktadır. Dijitalleşmenin ebelik bakımını dönüştürdüğü üç ana alan öne çıkmaktadır: verinin bakımın merkezine yerleşmesi, bakımın erişilebilirliği ve sürekliliğinin artması ve kadının bakım sürecine aktif katılımının güçlenmesi. Elektronik sağlık kayıtları, tele izlem uygulamaları, mobil sağlık teknolojileri ve hasta portalları, ebelik bakımını standardize eden riskleri erken belirleyen ve iletişimi kolaylaştıran araçlar olarak sunulmaktadır. Yapay zekâ tabanlı klinik karar destekleri ise gebelikte risk tahmini, fetal iyilik halinin izlenmesi, doğum eyleminin değerlendirilmesi ve postpartum komplikasyonların öngörülmesinde giderek yaygınlaşmaktadır. Bölümde yapay zekânın klinik hataları azaltma, maternal, fetal ve neonatal sonuçları iyileştirme ve bakım sürekliliğini güçlendirme potansiyeli literatür eşliğinde tartışılmaktadır. Bununla birlikte veri mahremiyeti, algoritmik önyargı, mesleki özerklik, dijital eşitsizlik ve yapay zekâ okuryazarlığı gibi etik ve uygulamaya yönelik zorluklara dikkat çekilmektedir. Sonuç olarak, yapay zekâ doğru tasarlandığında ebelik mesleğini güçlendirir ve ebelerin dijital dönüşümde aktif rol alması geleceğin bakım modeli için temel görülür.

1. GİRİŞ

Yapay zekâ çağında ebelik mesleğinin konumlanışı hem küresel dijital

1 Dr. Öğr. Üyesi, Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, ebru.sagioglu@fbu.edu.tr, 0000-0001-9745-4276

sağlık politikalarındaki öncelikler hem de doğrudan ebelik pratiğini hedefleyen güncel araştırmalar doğrultusunda yeniden tanımlanmaktadır. Dijital sağlık ve yapay zekâ, yalnızca teknik araçlar değil aynı zamanda ebelik bakımının felsefesini, klinik iş akışlarını ve mesleki rollerin sınırlarını dönüştüren temel dinamikler haline gelmiştir (Janes et al., 2025). Dijital sağlık; elektronik sağlık kayıtları, tele sağlık uygulamaları, mobil sağlık teknolojileri ve büyük veri analitiğini kapsayan geniş bir ekosistem olarak hemşirelik ve ebeliğin çalışma biçimini köklü biçimde dönüştürmektedir. Bu dönüşüm, bakımın erişilebilirliğini artırma, hasta güvenliğini güçlendirme ve sağlık sistemlerinin verimliliğini iyileştirme hedefleri doğrultusunda ebeleri dijital olarak güçlendirilmiş bakım ekiplerinin merkezine yerleştirmektedir.

Bu dijital altyapı üzerinde çalışan yapay zekâ sistemleri ise veriye dayalı tahmin, sınıflandırma ve karar destek mekanizmaları aracılığıyla ebelik bakımının çeşitli alanlarına giderek daha fazla entegre olmaktadır. Güncel literatür, gebelik risklerin öngörülmesi, fetal iyilik halinin izlenmesi, doğum eylemi sürecinin değerlendirilmesi ve postpartum komplikasyonların erken saptanması gibi alanlarda yapay zekanın güçlü bir destekleyici profesyonel araç olarak konumlandığını göstermektedir (Correia et al., 2025; Giaxi, Vivilaki, Sarella, & Gourounti, 2025; Gittens, 2025).

Dünya Sağlık Örgütü'nün hemşirelik ve ebelik için belirlediği 2021-2025 küresel stratejik yönelim belgesi, dijital sağlık ve veri temelli sistemlerin evrensel sağlık kapsamına ulaşmada kritik rol oynadığını ve hemşire ile ebelerin bu dönüşümde temel aktörler olması gerektiğini vurgulamaktadır (Janes et al., 2025; WHO, 2025a). Uluslararası Ebeler Konfederasyonu'nun güncellenmiş temel yetkinlikleri ise bilgi teknolojileri, veri yönetimi ve klinik karar destek sistemlerine yönelik okuryazarlığı, çağdaş ebelik mesleğinin ayrılmaz bir bileşeni olarak tanımlamaktadır (ICM, 2024).

Son yıllarda yayımlanan kapsam taramaları ve sistematik derlemeler, ebelikte yapay zekâ kullanımının henüz erken bir aşamada olmakla birlikte maternal ve neonatal sonuçları iyileştirme, klinik hataları azaltma ve mesleki eğitimi güçlendirme potansiyeline sahip olduğuna ortaya koymaktadır (Gittens, 2025; Özbaş et al., 2025). Buna karşın veri mahremiyeti, algoritmik önyargı, mesleki özerklik ve dijital sağlık okuryazarlığındaki yetersizlikler ebelerin yapay zekâyâ yönelik tereddütlerini besleyen başlıca zorluklar arasında yer almaktadır (Giaxi, Vivilaki, Sarella, & Gourounti, 2025).

Güncel literatürde ortaklaşan görüş yapay zekânın ebelikte insan merkezli, bütüncül ve kadın odaklı bakım anlayışını zayıflatan bir unsur değil doğru biçimde tasarlandığında bu yaklaşımı güçlendiren artırıcı bir teknoloji olarak ele alınması gerektiği yönündedir (Özbaş et al., 2025; Romero et al., 2025).

Yapay zekâ destekli sistemlerin izlem, kayıt ve risk hesaplama gibi zaman alıcı görevleri üstlenmesi ebelerin sürekli bakımı sürdürme, danışmanlık ve savunuculuk rollerine daha fazla zaman ayırmasına olanak sağlayacak bir artırılmış ebelik modelini mümkün kılmaktadır (Giaxi, Vivilaki, Sarella, & Gourounti, 2025; Janes et al., 2025). Bu bağlamda ebelik mesleği, yapay zekâ teknolojilerinin yalnızca pasif bir kullanıcısı olmaktan ziyade aynı zamanda bu sistemlerin tasarım, uyarlama, değerlendirme ve etik yönetim süreçlerinde aktif bir paydaş ve ortak üretici olarak konumlanmaktadır.

2. Yapay Zekâ Çağında Ebelik Mesleğinin Konumlanması

Ebelik hizmetleri, küresel sağlık hedeflerine ulaşmada özellikle maternal ve neonatal sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi açısından stratejik bir konuma sahiptir. Güncel kapsam derlemeleri, yapay zekânın perinatal ve neonatal bakımda klinik hataları azaltma, riskleri daha erken öngörme ve sağlık kaynaklarının daha etkin kullanımını destekleme potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir (Victor, 2025; WHO, 2025a). Bu bağlamda ebelik mesleği, üreme sağlığı ve doğum bakımının birçok ülkede birincil yürütücüsü olması nedeniyle, yapay zekâ destekli dijital dönüşümün hem doğrudan hedefi hem de sahadaki temel uygulayıcısı olarak öne çıkmaktadır. Ebe yapay zeka etkileşimini inceleyen güncel çalışmalar ebelik bakımında yapay zeka kullanımının henüz sınırlı düzeyde olduğunu ancak klinik eğitim, prediktif risk modelleri ve gerçek zamanlı izlem gibi alanlarda önemli fırsatlar sunduğunu ortaya koymaktadır (Herbawani et al., 2025; Öviz, 2025). Literatür ebelerin bir bölümünün yapay zekayı klinik karar vermeyi destekleyen, eğitimde kişiselleştirilmiş öğrenmeyi mümkün kılan ve iş yükünü azaltabilen yenilikçi bir araç olarak değerlendirdiğini bildirmektedir (Öviz, 2025). Buna karşılık iğır bir grup ebe veri mahremiyeti, algoritmik önyargı, mesleki özerklik ve sorumluluk paylaşımına ilişkin belirsizlikler nedeniyle yapay zekâyı temkinli yaklaşmaktadır (Silmi & Susanti, 2025).

Nitel çalışmalar ve etik tartışmalar, ebelerin yapay zekaya yönelik tutumlarının çoğunlukla temkinli iyimserlik çerçevesinde şekillendiğini göstermektedir. Bu çalışmalarda, teknolojinin insan ilişkisini, güven bağı ve sezgisel klinik muhakemeyi gölgede bırakmaması gerektiğinin vurgulandığını göstermektedir (Smola et al., 2025; Unlu Bidik & Turan, 2025). Ayrıca dijital sağlık okuryazarlığı ve yapay zekâ farkındalığı arttıkça ebelerin hem yapay zekanın olası faydalarını daha net algıladığı hem de riskleri daha eleştirel ve gerçekçi biçimde değerlendirebildiği bildirilmektedir (Bayrak et al., 2025).

Son yıllarda literatürde artırılmış ebelik yaklaşımı, mesleki kimliğin korunması ve yeniden çerçevelenmesi amacıyla önerilen kavramsal bir

model olarak öne çıkmaktadır. Bu modelde yapay zeka; izlem, veri kaydı, risk skorlama ve dokümantasyon gibi zaman alıcı ve tekrarlayan süreçleri üstlenerek ebelin özünde yer alan sürekli bakımı sürdürme, savunuculuk, eğitim ve psikososyal destek rollerine daha fazla odaklanabilmesine imkân tanıyan arka plandaki akıllı ortak olarak tanımlanmaktadır (Gittens, 2025). Böylece ebeliğin insan merkezli, bütüncül ve kadın odaklı bakım değerleri ile yüksek hacimli klinik verileri işleyen algoritmalar arasında bir karşılıklı değil tamamlayıcılık ilişkisi kurulması hedeflenmektedir.

Bu çerçevede ebeklik mesleği yapay zekâ teknolojilerinin yalnızca pasif bir kullanıcısı olarak değil bu sistemlerin tasarım, uyarılama, değerlendirme ve etik yönetim süreçlerinde söz sahibi olan, eleştirel düşünebilen ve bakımın insani boyutunu koruyan stratejik bir aktör olarak yeniden konumlanmaktadır.

1.1. Dijital Sağlık Ekosisteminde Ebeliğin Yeri

Dijital sağlık ekosistemi; elektronik sağlık kayıtları, tele-sağlık, mobil sağlık teknolojileri ve veri analitiğini bütünleştiren bir yapı olarak ebeklik hizmetlerinin sağlık sistemleri içindeki görünürliğini ve etkinliğini artırmaktadır (Janes et al., 2025). Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Ebeler Konfederasyonu, güncel strateji ve yetkinlik belgelerinde dijital sağlık kapasitesini, evrensel sağlık kapsamına ulaşmada ve doğum bakımının niteliğini güçlendirmede temel bir unsur olarak tanımlamaktadır. Bu belgelerde ebelerin dijital dönüşüm sürecinde hem bakım sağlayıcı hem de uygulayıcı aktörler arasında yer alması gerektiği vurgulanmaktadır (ICM, 2024; WHO, 2025a).

Dijital araçlar, toplum temelli doğum bakım modellerini destekleyerek gebelik izleminin sürekliliğini arttırmakta; kadınların kendi sağlık verilerine erişimini ve bakım süreçlerine aktif katılımını güçlendirmektedir. Bununla birlikte artan veri hacmi ve sistem karmaşıklığı ebelerin klinik bakım rollerine ek olarak veri yönetimi ve dijital okuryazarlığına sahip profesyoneller olarak konumlanmasını gerekli kılmaktadır (Janes et al., 2025). Bu bağlamda ebeklik dijital sağlık ekosistemi içinde kadın merkezli ve bütüncül bakım anlayışını, veri odaklı ve ekip temelli çalışma kültürüyle bütünleştiren temel meslek gruplarından biri haline gelmektedir. Bu konumlanış, bir sonraki bölümde ele alınacak olan dijitalleşme ile değişen ebeklik bakım odağının kavramsal zeminini oluşturmaktadır.

2. Dijital Sağlık Araçları ve Ebeklik Uygulamalarında Temel Dönüşümler

Dijital sağlık; elektronik sağlık kayıtları, klinik karar destek sistemleri,

tele sağlık ve tele konsültasyon uygulamaları, mobil sağlık uygulamaları, giyilebilir sensörler, evde izlem çözümleri ve hasta portalları gibi bileşenlerin sağlık hizmet sunumuna entegre edilmesini ifade etmektedir. Ebelik açısından bu dönüşüm, yalnızca teknoloji kullanımının artması anlamına gelmemekte; bakımın sürekliliği, kanıta dayalı karar verme, kadın merkezli iletişim, güvenlik, eşitlik ve veri etiği eksenlerinde yeniden yapılandırılan bir hizmet modeline işaret etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü dijital müdahalelerin sağlık sistemlerini güçlendirme potansiyelini vurgulamakla birlikte özellikle tele tıp ve tele sağlık uygulamalarının yüz yüze bakımın yerine geçen değil, uygun bağlamlarda onu tamamlayan modeller olarak ele alınması gerektiğini belirtmektedir. Bu yaklaşımda mahremiyetin korunması ve veri güvenliği temel koşullar arasında yer almaktadır (WHO, 2019b, 2025b).

Ebelik pratiğinde dijitalleşmenin yol açtığı temel dönüşümleri üç başlıkta özetlenebilir:

1. **Verinin bakımın merkezine yerleşmesi:** Elektronik sağlık kayıtları ve doğum bilgi sistemleri aracılığıyla ebelik değerlendirmeleri, girişimler ve bakım sonuçları daha sistematik ve izlenebilir hale gelmektedir. Bu süreçte veri kalitesi, klinik kararların doğruluğu ve bakım güvenliğinin temel bileşenlerinden biri olarak öne çıkmaktadır (Bignell & Petrovskaya, 2024; Çıtak & Aksoy, 2023).
2. **Bakıma erişim ve sürekliliğin genişlemesi:** Tele ebelik uygulamaları ve evde izlem çözümleri, gebelik izlemlerinin belirli bileşenlerinin güvenli biçimde uzaktan yürütülmesine olanak tanımaktadır. Bu yaklaşımlar özellikle yüksek riskli durumlarda erken uyarı sağlaması ve gereksiz başvuruları azaltma potansiyeli taşımaktadır. Ancak fizik muayene ve yüz yüze değerlendirme gerektiren bakım unsurlarını ikame etmemektedir (Golden et al., 2024; Stricker et al., 2024).
3. **Kadının katılımının güçlenmesi:** Hasta portalları, kişisel sağlık kayıtlarına erişim ve dijital eğitim içerikleri, gebelerin öz yönetim becerilerini desteklemektedir. Bu gelişme, ebelik rolünü yalnızca bilgi aktaran bir konumdan dijital sağlık okuryazarlığını destekleyen ortak karar verme süreçlerini kolaylaştıran bir rehberlik rolüne doğru dönüştürmektedir (Knop et al., 2024)

Bu dönüşümlerin sahadaki somut çıktıları; bakım süreçlerinin standardizasyonu ve görünürlüğünün artması, iletişim hızının yükselmesi, riskli durumlarda erken tespit olanağının güçlenmesi, izlem yükünün yeniden dağılımı ve ebelik iş akışında yeni sorumluluk alanlarının ortaya çıkması şeklinde özetlenebilir. Bu yeni sorumluluklar arasında veri doğrulama,

uzaktan triyaj, dijital eğitim içeriği tasarımı ve veri etigine ilişkin karar süreçleri yer almaktadır.

Tele sağlık uygulamalarına ilişkin sistematik derlemelerde ebelerin en sık dile getirdiği konular; uzaktan bakımın bazı yönlerinin yüz yüze bakım kadar klinik güven üretmeyebileceği, iş yükü ve teknoloji altyapısının belirleyici olduğu ve iletişim ile ilişki boyutunun dikkatle yönetilmesi gerektiğidir (Çilesiz et al., 2023; Golden et al., 2024).

3.1.Ebelik Uygulamasında Öne Çıkan Dijital Bileşenler

3.1.1.Elektronik Kayıtlar ve Doğum Bilgi Sistemlerinin Ebe Açısından Önemi

Elektronik kayıtlar ve doğum bilgi sistemleri, doğum öncesi-doğum-lohusalık sürekliliğinde klinik verinin **tekil ve tutarlı** bir hasta öyküsünde birleştirilmesini amaçlar (Sheehan et al., 2023). Doğumhaneler ve perinatal bakım gibi dinamik alanlarda kayıtların eşzamanlı erişilebilir olması hem ekip içi koordinasyonu, risk iletişimini ve hem de bakımın izlenebilirliğini güçlendirir. Elektronik kayıtların hem iş akışını hem de klinik güvenliği etkilediği ve özellikle doğum eyleminde izlem parametrelerinin bütünsel görünürlüğüne karar süreçlerine yansıdığı bildirilmektedir (Bignell & Petrovskaya, 2024; Sheehan et al., 2023). Bununla birlikte elektronik kayıt sistemlerinde kullanılabilirlik, ebelik iş akışına uygun tasarım, yeterli eğitim ve destekleyici kurum kültürü sağlanmadığında; kopyala-yapıştır uygulamaları, eksik ya da gecikmiş veri girişi ve standart dışı terminoloji kullanımı gibi sorunlar ortaya çıkabilmekte ve bu durum veri kalitesini düşürerek klinik riski artırabilmektedir (Gürkan et al., 2023). Doğumhanelerde entegre elektronik kayıtların kullanımına ilişkin çalışmalar, ebelerin başlangıçta sistemler arası geçiş, deneme-yanılma ve kâğıt notlara yönelme gibi pratik güçlükler yaşadığını ancak ebelik odaklı ve iyi yapılandırılmış kayıt alanlarının, zaman içinde veri bütünlüğünü ve yerinde kayıt oranlarını anlamlı düzeyde artırdığını göstermektedir (Eriş, 2016; Kearney et al., 2023).

3.1.1.1. Ebelerin elektronik kayıt tutma sorumlulukları ve veri kalitesi:

Ebelik bakımının dijital kayıt yalnızca “yasal bir belge” değil aynı zamanda kalite göstergelerinin ve anne-bebek sonuçlarının izlenmesinde kullanılan bir veri kaynağıdır. Bu nedenle ebe açısından veri kalitesi; doğruluk, tamlik, zamanlılık, tutarlılık ve standard terminoloji bileşenleriyle ele alınmalıdır. Ebe sorumlulukları pratikte şu kümelerde toplanır:

Yapılandırılmış veri girişi: Vital bulgular, risk faktörleri, obstetrik öykü, izlem bulguları, müdahaleler, bilgilendirme/onam ve eğitim kayıtlarının standard alanlara girilmesi.

Klinik anlatı (tanılama) ile yapılandırılmış veri dengesini kurma: Özellikle doğum eylemi ve psikososyal değerlendirmelerde yalnızca işaretleme kutuları (check-box) yaklaşımı klinik resmi yetersiz kalabilmektedir. Bu nedenle klinik akıl yürütmeyi gösteren kısa, profesyonel ve damgalayıcı olmayan vir dilin kullanılması önem taşımaktadır (Scroggins et al., 2025).

Veri doğrulama ve hata yönetimi: Cihazlarda otomatik aktarılan ya da sistem entegrasyonu yoluyla gelen verilerin klinik bağlamla uyumunun kontrol edilmesi ve olası hataların düzeltilmesi.

Mahremiyet ve veri güvenliği: Yetkisiz erişimin önlenmesi, ekran güvenliğinin sağlanması ve asgari gerekli veri ilkesine uyum ve hassas içeriklerin güvenli biçimde iletilmesi.

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık çalışanlarına yönelik dijital uygulamaların ancak kapsam, etik, gizlilik ve sistem kapasitesi açısından uygun koşullar sağlandığında önerilebileceğini vurgulamaktadır. Özellikle sağlık çalışanı karar desteği ve dijital izlem ile karar destek sistemlerinin entegrasyonu başlıklarında, uygulamaların bağlamsal koşullara duyarlı biçimde tasarlanması gerektiği belirtilmektedir (WHO, 2025a, 2025b).

3.1.1.2. Kayıtların klinik karar verme ve maternal-fetal sonuçlarıyla ilişkisi: Elektronik kayıtların klinik karar verme süreçlerine katkısı iki düzeyde ele alınmalıdır:

Mikro-düzey (bireysel klinik kararlar): Elektronik kayıt sistemlerine entegre uyarı mekanizmaları, risk skorları, protokol hatırlatıcıları ve trend izleme araçları (örneğin kan basıncı seyri veya laboratuvar parametrelerindeki değişim) erken risk farkındalığını destekleyebilmektedir. Maternal bakımda elektronik tıbbi kayıtların uygulama çıktıları ve karşılaşılan engelleri inceleyen güncel derlemeler, klinik karar destek entegrasyonunu kritik fayda alanı olarak tanımlamakla birlikte; alarm yorgunluğu ve iş akışıyla uyumsuz uyarıların klinik karar süreçlerini olumsuz etkileyebileceğine de dikkat çekmektedir (Kirwa et al., 2025).

Makro-düzey (hizmet kalitesi ve sonuçlar): Eksik veri, gecikmiş kayıtlar ve standart dışı kodlama uygulamaları, kalite göstergelerinin güvenilirliğini azaltmakta ve maternal-fetal sonuçlara ilişkin analizlerin doğruluğunu olumsuz etkilemektedir. Elektronik sağlık kayıtlarına dayalı perinatal eşitlik çalışmalarında, veri bütünlüğünün korunması ve standardizasyonun sağlanması, güvenilir sonuç üretimi açısından kritik gereklilikler arasında vurgulanmaktadır (George et al., 2025).

3.1.2.Tele Ebelik ve Uzaktan Takip

Tele-ebelik; gebelik, doğum sonrası ve ebeveynliğe geçiş dönemlerinde danışmanlık, eğitim, triyaj ve izlem bileşenlerinin dijital iletişim kanalları aracılığıyla yürütülmesini ifade etmektedir. COVID-19 sonrası dönemde tele-sağlık uygulamalarının yaygınlaşmasıyla birlikte tele ebelik ebelik hizmet sunumunun önemli bileşenlerinden biri haline gelmiştir (Çıtak & Bektaş, 2023). Bununla birlikte, ebelerin tele-sağlık deneyimlerini inceleyen güncel kanıtlar, uzaktan bakımın kabul edilebilir ve sürdürülebilir olabilmesi için klinik güvenlik, mahremiyet, eşit erişim, iş akışı uyumu ve ilişki temelli bakım boyutlarının birlikte yönetilmesi gerektiğini göstermektedir (Golden et al., 2024).

3.1.2.1.Gebelik izlemlerinde telekonsültasyon ve tele-izlem uygulama örnekleri: Telekonsültasyon, düşük ve orta riskli gebeliklerde danışmanlık, semptom değerlendirmesi ve izlem sürekliliğini destekleyen etkili bir dijital bakım yaklaşımı olarak kullanılmaktadır. Laboratuvar sonuçlarının ve izlem verilerinin uzaktan değerlendirilmesi ile psikososyal destek ve doğuma hazırlık eğitimleri dijital platformlar aracılığıyla sürdürülebilmektedir (Stricker et al., 2024). Yüksek riskli gebeliklerde tele izlem uygulamaları, yüz yüze bakımın yerine geçen bir modelden ziyade evde kan basıncı veya glukoz izlemi gibi yöntemlerle klinik izlem süreçlerini destekleyen tamamlayıcı bir bileşen olarak yapılandırılmaktadır (Kurnaz et al., 2024). Güncel çalışmalar erken risk saptama ve maliyet etkinliği açısından olumlu bulgular bildirmekle birlikte tele sağlık müdahalelerinin heterojenliği, yanlış alarm yükü, klinik doğrulama gereksinimi ve veri güvenliği önemli sınırlılıklar olarak öne çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, tele izlemin uygun hasta seçimi, açık klinik protokoller ve dijital çeşitliliği gözetken bir yaklaşımla uygulanmasını önermektedir (WHO, 2025b).

3.1.2.2.Mobil sağlık uygulamaları, giyilebilirler ve evde izlemin ebe rolüne etkisi: Mobil sağlık uygulamaları, giyilebilir teknolojiler ve hasta portalları aracılığıyla kişisel sağlık kayıtlarına erişim, gebelerin laboratuvar sonuçlarını, randevularını, eğitim materyallerini ve bireyselleştirilmiş bakım planlarını takip edebilmesini mümkün kılmaktadır (Ünlü & Güngör, 2020). Bu dijital erişim, öz yönetim becerilerini ve bakım sürecine katılımı güçlendirme potansiyeline sahip olmakla birlikte; sonuçların yanlış yorumlanması, gereksiz kaygı gelişimi ve dijital sağlık okuryazarlığına bağlı eşitsizlik risklerini de beraberinde getirmektedir.

Bu bağlamda ebe rolü yalnızca bilgi aktarıcı bir konumdan çıkarak sonuç okuryazarlığını destekleyen, portal verilerini ortak karar verme

süreçlerine entegre eden ve dijital erişimi sınırlı gruplar için alternatif bakım kanallarını savunan stratejik bir rehberlik rolüne evrilmektedir (Bayrak et al., 2025). Tele sağlık uygulamalarına ilişkin güncel kanıtlar, bakımın ilişki temelli boyutunun dijital ortamlarda kendiliğinden oluşmadığını; güvenin, sürekliliğin ve empatik iletişimin sağlanabilmesi için bilinçli tasarım, zaman ve profesyonel destek gerektirdiğini açık biçimde ortaya koymaktadır (Knop et al., 2024).

3.1.3. Dijital Platformlar ve Kadının Bakıma Katılımı

Kadın merkezli ebelik bakımında katılım, yalnızca kadının randevulara fiziksel olarak gelmesiyle sınırlı bir süreç değildir (Sönmez & Apay, 2023). Katılım; kadının bakıma ilişkin bilgiye erişebilmesini, karar verme süreçlerine aktif olarak dâhil olmasını, kendi bedenine ve sağlığına yönelik öz-yönetim becerilerini kullanabilmesini ve bakım planının ebe ile karşılıklı etkileşim içinde şekillendirilmesini kapsayan çok boyutlu bir yaklaşımı ifade etmektedir (Sönmez & Apay, 2023). Hasta portalları, çevrim içi eğitim sistemleri, güvenli mesajlaşma uygulamaları ve dijital topluluklar gibi platformlar, bu katılımı artırma potansiyeline sahiptir (Bayzan et al., 2027). Bununla birlikte, bilgi kirliliği ve yanlış bilginin (dezenformasyon) yayılımı, dijital ortamlarda ebe rehberliğini daha da kritik hâle getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, dijital müdahalelerin özellikle hedefli iletişim, dijital izlem ve sağlık çalışanı destek araçları bağlamında kabul edilebilirlik, uygulanabilirlik ve mahremiyet ilkeleri gözetilerek tasarlanması gerektiğini vurgulamaktadır (WHO, 2025b).

3.1.3.1. Gebe eğitiminde çevrim içi araçlar ve etkileşimli içerikler: Çevrim içi gebe eğitimlerinde kullanılan kısa videolar, modüler ders yapıları, canlı oturumlar, soru-cevap alanları ve mini değerlendirmeler gibi etkileşimli içerikler, öğrenme sürecini destekleyici bir etki göstermektedir. Literatür, bu tür dijital eğitimlerin etkililiğini artıran temel bileşenlerin; iki yönlü iletişime olanak tanınması, davranış değişikliği tekniklerini (hedef belirleme, izlem ve pekiştirme) içermesi, gebelik haftası ve risk profiline göre kişiselleştirilmesi ve içeriklerin kanıta dayalı, güncel ve şeffaf kaynaklara dayanması olduğunu ortaya koymaktadır (Knop et al., 2024). Sistemik derlemeler, mobil sağlık temelli eğitim ve hatırlatma müdahalelerinin özellikle antenatal bakım hizmetlerine katılımı artırabildiğini ancak bu etkinin sürdürülebilirliği açısından içerik standardizasyonu ile kültürel ve bağlamsal uyarılmanın belirleyici olduğunu vurgulamaktadır (Kruse et al., 2019; Saif-Ur-Rahman et al., 2023). Ebelik perspektifinden bakıldığında çevrim içi gebe eğitiminde nicelikten çok bilişsel yükü azaltan, kısa, uygulanabilir ve güvenlik sınırları

net biçimde tanımlanmış bir içerik mimarisinin benimsenmesi kritik öneme sahiptir (Whitworth et al., 2024).

3.1.3.2. Kişisel sağlık kayıtlarına erişim ve öz yönetimde ebelik desteği:

Hasta portalları ve kişisel sağlık kayıtlarına dijital erişim, gebelerin laboratuvar sonuçlarına, randevu bilgilerine, eğitim materyallerine ve bireyselleştirilmiş bakım planlarına doğrudan ulaşabilmesini sağlayarak öz yönetim becerilerini güçlendirme potansiyeli taşımaktadır. Bununla birlikte klinik verilerin profesyonel rehberlik olmaksızın yorumlanması, gereksiz kaygıya yol açabilmekte ve dijital sağlık okuryazarlığı farklılıklarına bağlı olarak bakım süreçlerinde eşitsizlik riskini artırabilmektedir.

Bu bağlamda ebelik rolü yalnızca bilgiyi aktaran bir konumdan çıkarak sonuç okuryazarlığını destekleyen, kadının hangi durumda, kimle ve nasıl iletişime geçmesi gerektiğini netleştiren bir rehberlik rolüne evrilmektedir (Wakelin et al., 2025). Ebelik desteği aynı zamanda portal verilerinin doğum planı, emzirme hazırlığı ve doğum sonrası bakım gibi süreçlerde ortak karar verme görüşmelerine entegre edilmesini kapsamaktadır. Dijital erişimi sınırlı gruplar için alternatif iletişim yollarının sürdürülmesi ve yüz yüze bakım seçeneklerinin korunması ise dijitalleşme sürecinde eşitlik ilkesinin temel bileşenleri arasında yer almaktadır (Wakelin et al., 2025). Tele sağlık deneyimlerine ilişkin güncel kanıtlar, bakımın ilişki temelli boyutunun dijital ortamlarda kendiliğinden oluşmadığını; güven, süreklilik ve empatik iletişimin sağlanabilmesi için bilinçli tasarım, yeterli zaman ve profesyonel destek gerektiğini açık biçimde ortaya koymaktadır (Golden et al., 2024).

4. Klinik Karar Destek Sistemleri ve Ebelik Odaklı Yapay Zekâ Uygulamaları

4.1. Ebelik İçin Klinik Karar Desteklerinin Temeli

Klinik karar destek sistemleri sağlık profesyonellerinin tanılama, izlem, tedavi ve sevk kararlarını kılavuz tabanlı algoritmalar, hatırlatıcılar, risk skorları ve uyarılar gibi işlevlerle destekleyen dijital sistemlerdir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlık çalışanlarına yönelik dijital karar desteğini, klinik hataların azaltılması, uygun sevklerin sağlanması ve bakımın standardizasyonu açısından potansiyel bir müdahale olarak değerlendirmektedir (WHO, 2019a). Bununla birlikte, bu sistemlerin etkinliğinin; iş akışına entegrasyon, uygulanabilirlik, kabul edilebilirlik, kaynak kullanımı ve çeşitlik koşullarına bağlı olduğu özellikle vurgulanmaktadır (WHO, 2019a).

Klinik karar destek sistemlerinin ebelik pratiğindeki temel bileşenleri şu şekilde özetlenebilir:

Veri temeli: Elektronik sağlık kayıtları, doğum bilgi sistemleri, tıbbi cihazlardan elde edilen veriler, laboratuvar sonuçları ve hasta bildirimlerine dayalı yapılandırılmış ve yapılandırılmamış veri kaynakları üzerine kuruludur.

Karar mantığı: Karar destek sistemleri; kural tabanlı (klinik rehber ve algoritmalara dayalı), model tabanlı (istatistiksel modelleri kullanan) ve yapay zekâ/makine öğrenmesi tabanlı (veriden öğrenen) sistemler olarak sınıflandırılmaktadır.

Sunum ve etki noktası: Klinik karar önerileri; doğumhane izlem ekranları, triyaj modülleri, e-reçete ve uyarı sistemleri, tele-izlem panelleri ve hasta portalı bildirimleri aracılığıyla kullanıcıya sunulmaktadır.

Güvenlik ve insan faktörü: Alarm yorgunluğu, yanlış pozitif uyarılar, açıklanabilirlik, insan denetimi ve sorumluluk paylaşımı, klinik karar destek sistemlerinin değerlendirilmesinde temel başlıklar arasında yer almaktadır.

Yapay zekâ tabanlı klinik karar destek sistemlerinin klinik uygulamada ve halk sağlığı alanında gerçek bir değere dönüşebilmesi için yalnızca yüksek doğruluk düzeyine sahip olmaları yeterli değildir. Bu sistemlerin klinik yarar üretebilmesi; farklı popülasyonlarda genellenebilirliğinin gösterilmesine, yanlışlık risklerinin etkin biçimde yönetilmesine, veri kalitesinin güvence altına alınmasına ve prospektif çalışmalarla etkinliğinin kanıtlanmasına bağlıdır.

Bu gereklilikler doğrultusunda, yapay zekâ temelli tahmin modellerinin raporlanmasında TRIPOD+AI rehberi (2024) (Collins et al., 2024), yapay zekâ içeren klinik araştırmaların tasarım ve raporlanmasında ise SPIRIT-AI ve CONSORT-AI uzantıları (2020) uluslararası standartlar olarak önerilmektedir (Liu et al., 2020; Rivera et al., 2020). Ayrıca Avrupa Birliği Yapay Zekâ Mevzuatı, tıbbi amaçlı yüksek riskli yapay zekâ sistemlerinde risk yönetimi, yüksek veri kalitesi, şeffaf kullanıcı bilgilendirmesi ve insan gözetimi ilkelerini zorunlu kılarak bu teknolojilerin halk sağlığı açısından güvenli ve etik kullanımına yönelik çerçeveyi açık biçimde tanımlamaktadır (Cohen et al., 2020).

4.2. Ebelik Uygulamalarından Seçili Yapay Zekâ Örnekleri

4.2.1. Gebelik ve Doğum Sürecinde Yapay Zekâ Kullanımı

4.2.1.1. Preeklampsi, erken doğum ve gestasyonel diyabet için risk tahmin sistemleri: Gebelikte risk tahmini yapay zekanın en yoğun çalışıldığı alanlardan biridir. Preeklampsiye yönelik geliştirilen makine öğrenmesi modelleri; maternal demografik özellikler, önceki obstetrik öykü

ile biyofiziksel ve biyokimyasal göstergeleri kullanarak risk sınıflaması yapabilmektedir. Güncel sistematik derlemeler bu modellerin umut verici performans ölçütleri bildirdiğini ancak veri kaynağındaki heterojenlik, değişken seçimine ilişkin farklılıklar ve dış doğrulama eksikliklerinin klinik uygulanabilirliği sınırlayabildiğini göstermektedir (Giaxi, Vivilaki, Sarella, Harizopoulou, et al., 2025; Özcan & Peker, 2025).

Gestasyonel diyabet riskinin öngörülmesinde de makine öğrenmesi temelli prognostik modelleri değerlendiren meta-analizler mevcuttur. Bu çalışmalarda, özellikle rutin klinik değişkenler kullanılarak erken dönemde risk belirlemenin hedeflendiği; ancak modellerin farklı popülasyonlarda performansının değişkenlik gösterebildiği vurgulanmaktadır (Malik et al., 2025; Yang et al., 2025).

Preterm doğum tahmini ise spontan ve iatrojenik doğum gibi farklı fenotipleri içeren heterojen yapısı nedeniyle modelleme açısından daha karmaşık bir alan olarak öne çıkmaktadır. Elektronik sağlık kayıtları tabanlı makine öğrenmesi çalışmalarında performans bildirimi giderek artsa da raporlama standartlarının yetersizliği ve yanlışlık riskleri bu alandaki temel metodolojik sınırlılıklar arasında yer almaktadır (Qian et al., 2025)

Ebelik açısından pratik yansuma:

Bu tür yapay zekâ tabanlı sistemler, doğrudan tanı koyucu araçlar olarak değil riskli gebelerin erken belirlenmesi, izlemin yoğunlaştırılması ve bakımın zamanında uyarlanması amacıyla kullanılan klinik karar destek araçları olarak konumlandırılmalıdır. Daha sık izlem planlanması, aspirin profilaksisinin değerlendirilmesi, yaşam tarzı düzenlemeleri ve kendi kendine izlem stratejilerinin güçlendirilmesi gibi ebelik müdahaleleri, bu sistemlerin sunduğu çıktılarla desteklenebilmektedir.

4.2.1.2. Fetal iyilik hali ve doğum eylemi ilerleyişinin dijital/ yapay zekâ destekli izlenmesi: Elektronik fetal izlem (kardiyotokografi, CTG) yorumunda yapay zekâ ve makine öğrenmesi yaklaşımları; fetal kalp hızı paternlerinin otomatik sınıflandırılması, anormalliklerin erken saptanması ve klinik karar destek sistemlerine entegrasyon amaçlarıyla geliştirilmektedir (de Vries et al., 2025). CTG yorumuna yönelik yapay zekâ tabanlı yöntemleri ele alan çalışmalar ve uzman değerlendirmeleri, bu yaklaşımların potansiyel klinik fayda sağlayabileceğine işaret etmekle birlikte klinik doğrulama gereksinimi, yanlış alarm yükü ve klinik iş akışıyla uyumun belirleyici faktörler olduğunu vurgulamaktadır (Tolladay et al., 2025).

Doğum eylemi ilerleyişinin dijital olarak izlenmesi (örneğin partografin

dijitalleştirilmesi ve eylem ilerleyişinin öngörülmesine yönelik modeller) de karar destek sistemlerinin önemli hedef alanlarından biridir (Pardasanı et al., 2025). Bu uygulamalarda temel amaç, gereksiz müdahaleleri azaltırken, eylemin gecikmesi veya komplikasyon gelişimi riskinde riskli durumlarda izlemin gecikmeden ileri bakım basamağına taşınması sağlanmasıdır (Pardasanı et al., 2025). Bununla birlikte kullanılan algoritmaların yerel klinik protokollerle uyumu ebelik iş akışına entegrasyonu ve prospektif sonuç değerlendirmeleriyle desteklenmesi, klinik uygulanabilirlik açısından kritik önem taşımaktadır.

4.2.2. Doğum Sonu ve Yenidoğan Bakımında Dijital Destek

4.2.2.1. Postpartum komplikasyonların erken saptanmasına yönelik karar destekleri: Postpartum hemoraji (PPH) gibi kritik komplikasyonların öngörülmesine yönelik makine öğrenmesi tabanlı modellerin sayısı giderek artmaktadır. Güncel derlemeler, PPH riskinin belirlenmesine yönelik çeşitli makine öğrenmesi modellerinin geliştirildiğini ve bazı modellerde ayırım gücünün arttığını bildirmektedir (dos Santos et al., 2025). Bununla birlikte veri setleri arasındaki heterojenlik, dış doğrulama gereksinimi ve klinik uygulanabilirliğe ilişkin unsurların (eşik değerlerin tanımlanması, iş akışına entegrasyon ve müdahale planlarının netleştirilmesi) yeterince açıklığa kavuşturulmadığı görülmektedir (dos Santos et al., 2025; Zorlu et al., 2025).

Ebelik açısından pratik yansıma:

Bu tür sistemlerin en yüksek klinik değeri yalnızca bir risk etiketi üretimi yanı sıra hazırlık ve kaynak planlamasını desteklediğinde ortaya çıkmaktadır. Kan ürünlerinin hazır edilmesi, uterotonik stratejilerin gözden geçirilmesi, ekibin önceden bilgilendirilmesi ve yakın izlemin planlanması gibi somut eylemlerle ilişkilendirildiğinde, karar destekleri ebelik bakımında güvenliği artırıcı bir rol üstlenmektedir.

4.2.2.2. Yenidoğan risk değerlendirme ve uzaktan izlem örnekleri: Yenidoğan sarılığı taramasında, akıllı telefon tabanlı ve makine öğrenimi destekli uygulamaların geliştirildiği; bu uygulamaların serum bilirubin düzeyleriyle korelasyonu ve sınıflama performansını değerlendiren tanısal çalışmaların bulunduğu bildirilmektedir (Ngeow et al., 2024). Özellikle ev temelli izlem ve birinci basamak tarama açısından umut verici olmakla birlikte, tedavi kararlarının güvenli biçimde klinik doğrulama testlerine dayandırılması gerekliliği devam etmektedir.

Yenidoğanın uzaktan izlenmesine yönelik dijital uygulamalarda temel hedef; riskli belirtilerin erken fark edilmesi, ebeveynin uygun zamanda sağlık

sistemine yönlendirilmesi ve gereksiz sağlık başvurularının azaltılmasıdır (Moosa et al., 2023). Bu süreçte ebelik desteği aileye güvenilir ölçüm ve izlem becerilerinin kazandırılması, tehlike işaretlerine yönelik eğitim verilmesi ve iletişim ile bakım basamağına geçiş protokollerinin etkin biçimde uygulanmasıyla bütünleşmektedir. Bu yaklaşım, dijital izlem araçlarının güvenli ve etkili kullanımında ebelik rolünün belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır.

5. Dönüşen Mesleki Roller, Yetkinlikler ve Sonuç

Dijital karar destek sistemleri ve yapay zekâ uygulamaları, ebeliğin özünü oluşturan kadın merkezli ve ilişki temelli bakım anlayışını ortadan kaldırmamaktadır. Bununla birlikte bu özün, dijitalleşen sağlık sistemleri içinde klinik güvenlik, veri etiği ve eşitlik eksenlerinde yeniden konumlandırılmasını zorunlu kılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, dijital sağlık müdahalelerinin ancak uygun bağlam, yeterli sistem kapasitesi ve nitelikli insan kaynağıyla anlamlı yarar üretebileceğini vurgulamakta; uygulayıcıların yetkinlik ve sürekli destek gereksinimine dikkat çekmektedir. Bu çerçevede dijitalleşme, ebelerin rolünü daraltan değil; klinik yargıyı güçlendiren, bakımın sürekliliğini destekleyen ve eşitsizliklerle mücadelede yeni sorumluluklar doğuran bir dönüşüm alanı olarak ele alınmalıdır.

Bu dönüşüm sürecinde ebelik mesleği için öne çıkan temel rol ve yetkinlik alanları şu şekilde özetlenebilir:

Dijital sağlık okuryazarlığı ve klinik bilişim yetkinliği

Ebelerin elektronik sağlık kayıtları ve doğum bilgi sistemlerinde doğru ve zamanında kayıt tutma, veri kalitesini gözetme ve standart terminoloji kullanma becerileri temel bir yetkinlik alanı hâline gelmiştir. Tele izlem panelleri ve hasta portalları üzerinden yürütülen izlem süreçlerinde klinik triyajın yapılması, izlem planlarının oluşturulması ve uygun belgelemenin sağlanması bu yetkinliğin ayrılmaz parçalarıdır.

Yapay zekâ okuryazarlığı ve eleştirel değerlendirme becerisi

Yapay zekâ tabanlı karar desteklerinin çıktılarının kesin kararlar değil, olasılığa dayalı erken uyarılar olarak yorumlanabilmesi kritik önemdedir. Ebelerin yanlış pozitif ve yanlış negatif sonuçları, genellenebilirlik sorunlarını, yerel popülasyona uyumu ve gerçek klinik yararı sorgulayabilmesi; ayrıca TRIPOD+AI, SPIRIT-AI ve CONSORT-AI gibi güncel raporlama ve değerlendirme standartlarına ilişkin farkındalık geliştirmesi, güvenli uygulama için temel bir gereklilik olarak öne çıkmaktadır.

Etik, mahremiyet, veri güvenliği ve yasal uyum

Hassas perinatal verilerin işlendiği dijital sistemlerde mahremiyetin korunması, bilgilendirilmiş onam, erişim yetkileri ve siber güvenlik konularında farkındalık, ebelik mesleğinin etik sorumluluk alanını genişletmektedir. Yüksek riskli tıbbi yapay zekâ uygulamalarında insan gözetimi, şeffaflık ve risk yönetimi ilkelerine uyum yalnızca teknik değil aynı zamanda profesyonel bir yükümlülüktür.

İlişki temelli bakımın dijital ortama uyarlanması

Dijital sağlık uygulamaları, empatik iletişim, güven inşası ve bakımda süreklilik gibi ilişki temelli unsurları kendiliğinden üretmemektedir. Bu nedenle ebelerin, dijital ortamlarda bilinçli iletişim stratejileri geliştirmesi, dijital temasın yüz yüze bakımın yerini değil, onu tamamlayan bir araç olduğunu açık sınırlarla yönetmesi önem kazanmaktadır.

Eşitlik savunuculuğu ve erişim engellerinin azaltılması

Dijitalleşme süreci, internet erişimi, cihaz sahipliği ve dijital sağlık okuryazarlığına bağlı dijital uçurum risklerini de beraberinde getirmektedir. Ebeler, bu eşitsizlikleri tanıyan ve dijital erişimi sınırlı gruplar için alternatif bakım kanalları geliştirilmesini savunan bir rol üstlenerek, dijital dönüşümün eşitsizlikleri derinleştirmemesine katkı sunmaktadır.

Uygulama bilimi ve kalite iyileştirme liderliği

Yeni dijital teknolojilerin sahaya entegrasyonunda ebelerin; pilot uygulamaların yürütülmesi, süreç ve güvenlik göstergelerinin izlenmesi, kullanıcı geri bildirimlerinin toplanması ve sürekli kalite iyileştirme döngülerinin yönetilmesinde aktif rol alması, dijital yeniliklerin sürdürülebilir ve güvenli biçimde uygulanmasını desteklemektedir.

Sonuç olarak, dijital karar destekleri ve yapay zekâ uygulamaları ebeliği teknoloji merkezli bir mesleğe dönüştürmemekte; aksine insan odaklı, etik ve eşitlik temelli bakımın dijital çağda nasıl korunacağına ilişkin yeni bir profesyonel sorumluluk alanı tanımlamaktadır. Bu dönüşüm sürecinde ebeler, teknolojinin pasif kullanıcıları olmayıp klinik yargıyı koruyan, güvenliği savunan ve bakımın insani boyutunu dijital ortamlarda yeniden inşa eden kilit aktörlerdir. Bu nedenle dijital yetkinliklerin ebelik eğitimine ve hizmet içi mesleki gelişim programlarına sistematik biçimde entegre edilmesi, geleceğin güvenli ve nitelikli maternal-fetal-yenidoğan bakımının temel koşullarından biri olarak değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

- Bayrak, F., Katkaya, K., & Karasu, F. (2025). Perinatal Dönemde Dijital Sağlık Okuryazarlığının Önemi. *Kabramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 1-10.
- Bayzan, Ş., Gün, A., & Bülbül, H. (2027). Dijitalleşmenin İnsani Boyutu.
- Bignell, C. A., & Petrovskaya, O. (2024). Understanding the role and impact of electronic health records in labor and delivery nursing practice: A scoping review protocol. *Digital Health*, 10, 20552076241249271.
- Cohen, I. G., Evgeniou, T., Gerke, S., & Minssen, T. (2020). The European artificial intelligence strategy: implications and challenges for digital health. *The Lancet Digital Health*, 2(7), e376-c379.
- Collins, G. S., Moons, K. G., Dhiman, P., Riley, R. D., Beam, A. L., Van Calster, B., Ghassemi, M., Liu, X., Reitsma, J. B., & Van Smeden, M. (2024). TRIPOD+ AI statement: updated guidance for reporting clinical prediction models that use regression or machine learning methods. *bmj*, 385.
- Correia, V., Mascarenhas, T., & Mascarenhas, M. (2025). Smart Pregnancy: AI-Driven Approaches to Personalised Maternal and Foetal Health—A Scoping Review. *Journal of Clinical Medicine*, 14(19), 6974.
- Çilesiz, E., Akyüz, M. D., & Turfan, E. (2023). Postpartum dönemde emzirme ile ilişkili mobil sağlık müdahaleleri: sistematik inceleme çalışması. *Institute of Health Sciences Journal*, 8(1), 82-90.
- Çıtak, G., & Aksoy, Ö. D. (2023). Mobil Uygulamaların Ebelik Eğitiminde Kabulü. *TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 86-93.
- Çıtak, G., & Bektaş, H. A. (2023). Pandemi Gebe Ebe İletişimi: Tele-Ebelik. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 10(2), 39-44.
- de Vries, I. R., Melaet, R., Huijben, I. A., van Laar, J. O., Kok, R. D., Oei, S. G., van Sloun, R. J., & Vullings, R. (2025). Conditional Contrastive Predictive Coding for assessment of fetal health from the cardiotocogram. *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*.
- dos Santos, G. G., Njoku, A., Mass, A. C. P., Ribeiro, E. E. S., de Oliveira, L. E., Lima, M. J. C. S., de Abreu Ferro, T., Pirozi, L. R. R., de Freitas Peregrino, A. A., & dos Santos, C. M. P. (2025). Ethnic and Racial Inequalities with the Use of Artificial Intelligence in the Prevention of Maternal Mortality Due to Hypertension and Postpartum Hemorrhage: A Rapid Review.
- Eriş, H. (2016). Hemşirelerin hastanelerde kullandıkları elektronik tıbbi kayıtlar hakkındaki görüşleri: Şanlıurfa örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 3(3), 93-99.
- George, E. K., Thumm, E. B., & Erickson, E. N. (2025). Collection of Perinatal Data in the United States. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*.

- Giaxi, P., Vivilaki, V., Sarella, A., & Gourounti, K. (2025). Artificial Intelligence in Midwifery: A Scoping Review of Current Applications, Future Prospects, and Midwives' Perspectives. *Healthcare*,
- Giaxi, P., Vivilaki, V., Sarella, A., Harizopoulou, V., & Gourounti, K. (2025). Artificial intelligence and machine learning: an updated systematic review of their role in obstetrics and midwifery. *Cureus*, 17(3).
- Gittens, A. (2025). Integration of Artificial Intelligence in Midwifery Care: A Systematic Review. *J Clin Res Case Stud*, 3(2), 1-4.
- Golden, B. N., Elrefaay, S., McLemore, M. R., Alspaugh, A., Baltzell, K., & Franck, L. S. (2024). Midwives' experience of telehealth and remote care: a systematic mixed methods review. *BMJ open*, 14(3), e082060.
- Gürkan, N., Enç, N., & Türen, S. (2023). Elektronik kayıt sistemlerinin hemşirelik uygulamalarında kullanımı ve önemi. *Akdeniz Hemşirelik Dergisi*, 2(1), 25-31.
- Herbawani, L. O., Susanti, A. I., & Adnani, Q. E. S. (2025). The Revolution in Midwifery Education: How AI and Deep Learning are Transforming Outcome-Based Assessments? *Advances in medical education and practice*, 1579-1599.
- ICM. (2024). *ICM Essential Competencies (2024)*.
- Janes, G., Chesterton, L., Reid, J., Heaslip, V., Shannon, M., Lüdemann, B., Oxholm, R.-A., Gentil, J., Hamilton, C., & Phillips, N. (2025). Digital nursing and midwifery leadership: Protocol for a multi-method exploration of policy implementation and impact on practice in the WHO European Region. *PLoS One*, 20(9), e0332882.
- Kearney, L., Craswell, A., Cole, R., Hadland, M., Smyth, W., & Nagle, C. (2023). Woman-centred care and integrated electronic medical records within Australian maternity settings: Point prevalence audit and observational study. *Midwifery*, 123, 103718.
- Kirwa, T., Lobo, E., Engstrom, T., Felix, T., Vasudevan, A., McDonald, N., Turner, L., Butler, L., Reid, N., & McPhail, S. (2025). The impact of electronic medical records on maternal healthcare: A scoping review. *International Journal of Medical Informatics*, 105929.
- Knop, M. R., Nagashima-Hayashi, M., Lin, R., Saing, C. H., Ung, M., Oy, S., Yam, E. L. Y., Zahari, M., & Yi, S. (2024). Impact of mHealth interventions on maternal, newborn, and child health from conception to 24 months postpartum in low-and middle-income countries: a systematic review. *BMC medicine*, 22(1), 196.
- Kruse, C., Betancourt, J., Ortiz, S., Luna, S. M. V., Bamrah, I. K., & Segovia, N. (2019). Barriers to the use of mobile health in improving health outcomes in developing countries: systematic review. *Journal of medical Internet research*, 21(10), e13263.
- Kurnaz, D., Şenoğlu, A., & Karaçam, Z. (2024). The impact of antenatal telehealth services on maternal and neonatal outcomes, a comparison of results before and during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis (The impact of telehealth services on maternal and neonatal outcomes). *Midwifery*, 134, 104017.

- Liu, X., Rivera, S. C., Moher, D., Calvert, M. J., Denniston, A. K., Ashrafiyan, H., Beam, A. L., Chan, A.-W., Collins, G. S., & Deeks, A. D. J. (2020). Reporting guidelines for clinical trial reports for interventions involving artificial intelligence: the CONSORT-AI extension. *The Lancet Digital Health*, 2(10), e537-e548.
- Malik, S., Ishaq, S., Farzooq, H., & Joya, H. U. (2025). Artificial Intelligence in Predicting Pregnancy Complications: A Systematic Review and Meta-Analysis of Preeclampsia and Gestational Diabetes Mellitus. *Indus Journal of Bioscience Research*, 3(5), 36-46.
- Moosa, A. S., Ngcow, A. J. H., Yang, Y., Poon, Z., Ng, D. X., Ling, E. K. Y., & Tan, N. C. (2023). A novel smartphone app for self-monitoring of neonatal jaundice among postpartum mothers: qualitative research study. *JMIR mHealth and uHealth*, 11(1), e53291.
- Ngcow, A. J. H., Moosa, A. S., Tan, M. G., Zou, L., Goh, M. M. R., Lim, G. H., Tagamolila, V., Ereno, I., Durnford, J. R., & Cheung, S. K. H. (2024). Development and validation of a smartphone application for neonatal jaundice screening. *JAMA Network Open*, 7(12), e2450260-c2450260.
- Öniz, C. (2025). Sağlık Çalışanlarının Çevrimiçi Mahremiyet Farkındalığının Yapay Zekâ Kaygısı Üzerine Etkisi: Ankara Şehir Hastaneleri Örneği. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 7(2).
- Özbaş, S., Koç, Ş. Ö., & Gerey, S. (2025). Ebelik Öğrencilerinin Yapay Zekaya Yönelik Genel Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 187-195.
- Özcan, M., & Peker, S. (2025). Preeclampsia prediction via machine learning: a systematic literature review. *Health Systems*, 14(3), 208-222.
- Pardasani, R., Vitullo, R., Harris, S., Yapici, H. O., & Beard, J. W. (2025). Development of a novel artificial intelligence algorithm for interpreting fetal heart rate and uterine activity data in cardiotocography. *Frontiers in Digital Health*, 7, 1638424.
- Qian, L., Jia, H., Chang, Z., Hu, Y., Chen, C., Li, X., & Zhang, H. (2025). Predicting the risk of preterm birth with machine learning and electronic health records in China. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 25(1), 415.
- Rivera, S. C., Liu, X., Chan, A.-W., Denniston, A. K., Calvert, M. J., Ashrafiyan, H., Beam, A. L., Collins, G. S., Darzi, A., & Deeks, J. J. (2020). Guidelines for clinical trial protocols for interventions involving artificial intelligence: the SPIRIT-AI extension. *The Lancet Digital Health*, 2(10), e549-e560.
- Romero, C. B., Cariño, R. E. V., & Ignacio, C. B. (2025). The Role of Artificial Intelligence in Midwifery: A Scoping Review of Benefits, Challenges, and Ethical Implications. *Buletin Ilmu Kebidanan dan Keperawatan*, 4(02), 56-63.
- Saif-Ur-Rahman, K., Islam, M. S., Alaboson, J., Ola, O., Hasan, I., Islam, N., Mainali, S., Martina, T., Silenga, E., & Muyangana, M. (2023). Artificial intelligence and digital health in improving primary health care service delivery in LMICs: A systematic review. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 16(3), 303-320.

- Scroggins, J. K., Hulchafo, I. I., Harkins, S., Moen, H., Tadiello, M., Cato, K., Davoudi, A., Goffman, D., Aubey, J. J., & Green, C. (2025). Documentation of Stigmatizing Language in Electronic Health Records and Birth Outcomes. *Health Equity*, 9(1), 580-598.
- Sheehan, O. M., Greene, R. A., McKernan, J., Murphy, B., Cahill, C., Cleary, B., Lawlor, F., Robson, M., & Team, M.-C. N. P. (2023). Introduction of a single electronic health record for maternity units in Ireland: outline of the experiences of the project management team. *JMIR Formative Research*, 7, e38938.
- Silmi, H., & Susanti, A. I. (2025). Revolutionizing Midwifery Education: A Scoping Review of Artificial Intelligence Methods. *Jurnal Paedagogy*, 12(2), 501-512.
- Smola, P., Młodziak, I., Wojcieszko, M., Zwierczyk, U., Kobryn, M., Rzepecka, E., & Duplaga, M. (2025). Attitudes toward artificial intelligence and robots in healthcare in the general population: a qualitative study. *Frontiers in Digital Health*, 7, 1458685.
- Sönmez, T., & Apay, S. E. (2023). Doğum yönetiminde kadın merkezli bakım: Seçim, kontrol, süreklilik. *Anatolian Journal of Health Research*, 4(2), 72-75.
- Stricker, K., Radan, A.-P., & Surbek, D. (2024). Continuous remote home monitoring solutions for mother and fetus: A scoping review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*.
- Tolladay, J., Albert, B., & Jones, G. D. (2025). Predicting Fetal Outcomes from Cardiotocography Signals Using a Supervised Variational Autoencoder. *arXiv preprint arXiv:2509.06540*.
- Unlu Bidik, N., & Turan, Z. (2025). Examining the relationship between midwives' attitudes toward artificial intelligence use and their job satisfaction. *BMC nursing*, 24(1), 771.
- Ünlü, G., & Güngör, İ. (2020). Antenatal Dönemde Mobil Sağlık Hizmetleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8(3), 919-922.
- Victor, A. (2025). The role of artificial intelligence in maternal and child health: Progress, controversies, and future directions. *PLOS Digital Health*, 4(7), e0000938.
- Wakelin, K., McAra-Couper, J., & Fleming, T. (2025). "It's a given now, that's just how we communicate": Pregnant people's experiences with using communication technology when connecting with their midwife. *New Zealand College of Midwives Journal*(61).
- Whitworth, K., Donnellan-Fernandez, R., & Fleet, J.-A. (2024). Digital transformation of antenatal education: A descriptive exploratory study of women's experiences of online antenatal education. *Women and Birth*, 37(1), 188-196.
- WHO. (2019a). *Recommendations on digital interventions for health system strengthening*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241550505?utm_source=chatgpt.com
- WHO. (2019b). *WHO releases first guideline on digital health interventions* https://www.who.int/news/item/17-04-2019-who-releases-first-guideline-on-digital-health-interventions?utm_source=chatgpt.com

WHO. (2025a). *Global strategic directions for nursing and midwifery* (ISBN 978-92-4-003386-3).

WHO. (2025b). *Global Strategy on Digital Health 2020-2027*. World Health Organization.

Yang, Z., Shi, X., Wang, S., Du, L., Zhang, X., Zhang, K., Zhang, Y., Ma, J., & Zheng, R. (2025). An early prediction model for gestational diabetes mellitus created using machine learning algorithms. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.

Zorlu, U., Altinsoy, H., Okutucu, G., Orhan, N., Tanaçan, A., & Şahin, D. (2025). Machine learning-based prediction of postpartum hemorrhage using maternal clinical and biochemical features. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.

Doğum Sonu Dönemde Anne Sütü Üretimini Etkileyen Faktörler

Nargizahon Erkaboeva¹, Sebahat Hüseyinoğlu²

Özet

Doğum sonu dönemde anne sütü üretimi, biyolojik, fizyolojik, psikososyal ve çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşimiyle şekillenen çok boyutlu ve dinamik bir süreçtir. Laktasyon, anne sütünün sentezlenmesi, salgılanması ve yenidoğana aktarılmasını kapsayan karmaşık bir nöroendokrin mekanizma olup hem anne hem de bebek sağlığı açısından yaşamsal öneme sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü, bebeklerin yaşamın ilk altı ayında yalnızca anne sütü ile beslenmesini ve emzirmenin iki yaşına kadar sürdürülmesini önermektedir. Anne sütü üretimi; gebelikte meme dokusunun hazırlandığı Laktogenez I, doğum sonrası hormonal değişimlerle süt salınımının aktive olduğu Laktogenez II ve süt üretiminin talep-temelli olarak sürdürüldüğü Laktogenez III olmak üzere üç evrede gerçekleşmektedir. Bu süreçte prolaktin ve oksitosin hormonları merkezi rol oynarken, memenin düzenli ve etkin boşaltılması süt üretiminin devamlılığı açısından belirleyici bir mekanizma olarak öne çıkmaktadır. Anneye ait yaş, parite, doğum şekli, sağlık durumu, beslenme ve hidrasyon düzeyi gibi biyolojik faktörlerin yanı sıra emzirme deneyimi, sağlık profesyonellerinden alınan destek, sosyal çevre ve kültürel inanışlar anne sütü üretimini önemli ölçüde etkilemektedir. Ayrıca doğum sonrası depresyon ve psikolojik stres gibi durumlar, laktasyon sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bebeğe ait faktörler arasında ise gebelik haftası, doğum ağırlığı, nöromotor olgunluk, emme davranışı ve klinik durum ön plana çıkmaktadır. Anne sütü üretiminin başarılı biçimde başlatılması ve sürdürülebilmesi için anneye, bebeğe ve çevreye ait faktörlerin bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir. Doğum sonu dönemde etkili ve bireyselleştirilmiş emzirme desteğinin sağlanması, emzirme başarısının artırılmasında temel bir unsur olarak değerlendirilmektedir.

- 1 Yüksek Lisans Öğrencisi, Karabük Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, nargizerkaboeva@gmail.com, Orcid: 0009-0004-5000-6360
- 2 Dr. Öğretim Üyesi, Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, sebahathuseyinoglu@karabuk.edu.tr, Orcid: 0000-0003-0146-5152

1. Giriş

Laktasyon, anne sütünün sentezlenmesi, salgılanması ve yenidoğana aktarılmasını kapsayan, doğum sonrası döneme özgü kompleks bir nöroendokrin süreçtir (Pillay & Davis, 2023). Emzirme süreci, anne ve bebeğin fizyolojik ihtiyaçlarının karşılandığı kadar, aralarındaki psikolojik uyumun pekiştiği; böylece sıcak, güvenli ve sevgi temelli bir ilişkinin kurulduğu kritik bir dönemdir (Erçin vd., 2022). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bebeklerin sağlıklı büyüme, optimal gelişim ve hastalıklardan korunma açısından en önemli adım, yaşamın ilk altı ayında yalnızca anne sütüyle beslenmeleridir. Bu dönemin ardından ise beslenme gereksinimleri artan bebeklerin güvenli ve besleyici tamamlayıcı gıdalarla desteklenmesi ve emzirmenin iki yaşına kadar, hatta daha uzun süre sürdürülmesi önerilmektedir (World Health Organization [WHO], 2023).

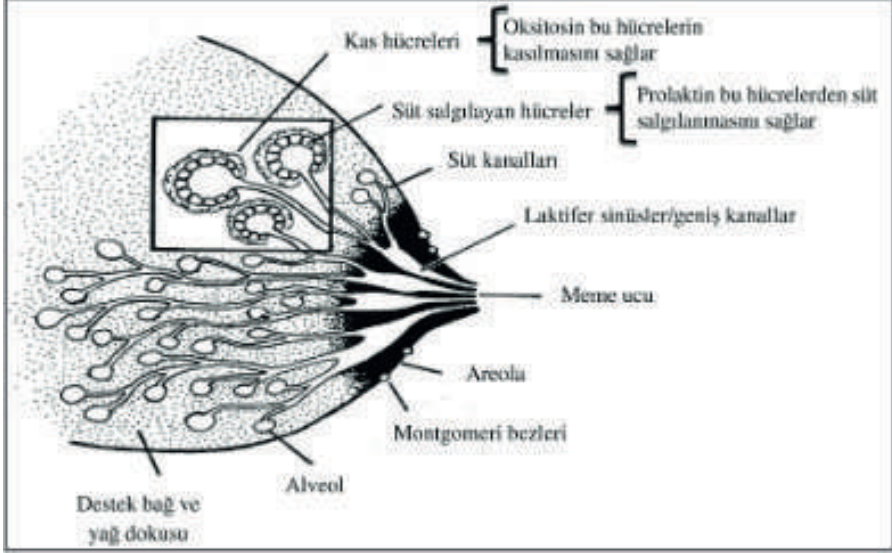
Literatürde laktasyon sürecini etkileyen çok sayıda biyolojik, psikososyal ve çevresel etmenin bulunduğu görülmektedir (Ballesta-Castillejos vd., 2020; Buckman vd., 2020). Anneye ilişkin demografik özellikler; özellikle yaş, eğitim düzeyi, aile yapısı, sosyoekonomik durum ve istihdam durumu gibi emzirme tutumları ve süt üretimi üzerinde belirleyici olabilmektedir (Haas vd., 2022; Çalık vd., 2017). Bunun yanı sıra gebelik sürecindeki maternal sağlık durumu, doğumun şekli, doğumdan sonra sütün başlatılma zamanı ve kolostrumun verilir verilmemesi de laktasyonun başarılı şekilde sürdürülmesinde kritik rol oynamaktadır (Nalbantoğlu vd., 2024). Emzirme deneyimleri, doğum sonu dönemde alınan profesyonel danışmanlık, sosyal çevrenin destekleyici tutumu ve annenin sağlık sorunları süt üretimini ve emzirme davranışını önemli ölçüde etkileyebilmektedir (WHO & UNICEF, 2020). Ek olarak, biberon ve emzik gibi tamamlayıcı araçların kullanımı, emme davranışı ve süt üretimi arasındaki fizyolojik dengeyi bozarak laktasyonun sürdürülebilirliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Melo vd., 2023).

2. Laktasyonun Fizyolojisi

2.1. Meme Anatomisi ve Laktasyon Mekanizması

Anne sütü üretiminin temelini oluşturan laktasyon sürecinin anlaşılabilmesi, öncelikle meme dokusunun normal anatomik yapılanmasının ve hücresel organizasyonunun kavranmasını gerektirir (Özsoy, 2021). Meme, büyük ölçüde süt üretim ve iletiminden sorumlu olan kanallar ile lobüllerden oluşan kompleks bir yapıya sahiptir (Pados & Camp, 2024). Bu sistem; lüminal ve mioepitelyal hücrelerden oluşan çift katlı epitel yapı ve interlobüler-intralobüler stromayla desteklenir. Meme ucunda genellikle

altı ila on süt kanalı dışarı açılır ve bu kanallar keratinize skuamöz epiteliden çift katlı epitelial yapılara doğru geçiş gösterir. Ana süt kanalları, terminal kanal-lobüler birimlere ayrılır ve burada üzüm salkımına benzer şekilde dizilmiş küçük asinüs kümelerine dallanarak lobülleri oluşturur. Lobüller gebelik süresince belirgin şekilde çoğalır ve genişler. Gebeliğin sonlarına doğru meme dokusu minimal stroma ile ayrılmış yoğun lobüllerden oluşan, laktasyona hazır fonksiyonel bir yapıya ulaşır (Pillay & Davis, 2023; Sampieri & Montero, 2019).



Şekil 1. Meme Anatomisi (Özsoy, 2021)

2.2. Laktasyon Evreleri

2.2.1. Laktogenez I (Salgı Başlangıcı)

Laktogenez I, gebeliğin ikinci yarısından doğuma kadar uzanan dönemi kapsar ve meme bezlerinin süt üretimine biyolojik olarak hazırlanmasını ifade eder. Bu dönemde alveoler hücreler giderek olgunlaşır; ancak plasentadan salgılanan yüksek progesteron düzeyleri, süt sentezinin tam kapasiteyle başlamasını baskılar. Gebeliğin yaklaşık 16. haftasından itibaren meme dokusu sınırlı miktarda süt benzeri sekresyon üretebilir; gebeliğin sonuna yaklaşan bazı kadınlarda ise kolostrumun spontan olarak dışarıya sızdığı gözlemlenebilir. Bu evre hormonların baskılayıcı etkisi nedeniyle daha çok yapısal ve fonksiyonel hazırlık sürecidir (Pillay & Davis, 2023).

2.2.2. Laktogenez II (Salgı Aktivasyonu)

Laktogenez II, doğumdan sonraki ilk günlerde ortaya çıkan ve “süt salınımının aktifleşmesi” olarak tanımlanan evredir (Lian vd., 2022). Plasentanın doğumda ayrılmasıyla progesteron düzeylerinde ani bir düşüş gerçekleşir; buna karşılık prolaktin, kortizol ve insülin gibi hormonların etkisi belirgin şekilde artar. Bu hormonal değişim, yoğun süt üretiminin başlamasını tetikler. Genellikle doğum sonrası 48–72 saat içinde memelerde dolgunluk, sıcaklık artışı ve belirgin süt akışı ortaya çıkar. Primipar kadınlarda (ilk kez doğum yapanlar) bu süreç daha yavaş ilerleyebilir ve erken dönemde süt hacmi multiparlara göre daha düşük olabilir. Sezaryen doğum, maternal stres, diyabet ve doğum sonrası uterusu plasental parçaların kalması gibi durumlar, Laktogenez II'nin başlamasını geciktiren önemli etmenlerdir. Özellikle plasenta artıklarının varlığında progesteron etkisi sürdüğü için süt aktivasyonu gerçekleşmez ve bu durum parçalar tamamen uzaklaştırılana kadar devam eder (Pillay & Davis, 2023).

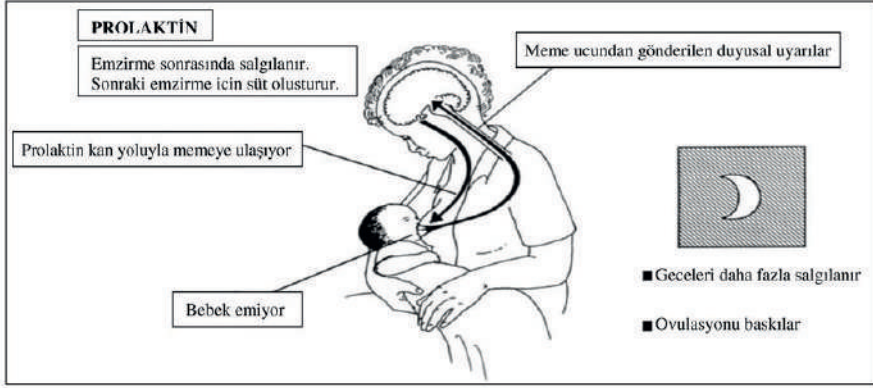
2.2.3. Laktogenez III (Galaktopoez – Sütün Sürdürülmesi)

Laktogenez III, doğumdan sonraki günlerden itibaren başlayan ve süt üretiminin uzun süreli olarak devam ettirilmesini sağlayan otokrin kontrol dönemidir. Bu aşamada süt sentezi, artık büyük ölçüde bebeğin emme davranışı, memenin düzenli boşaltılması ve meme içinde biriken süt miktarına duyarlı lokal düzenleyici mekanizmalar tarafından kontrol edilir. “Süt üretiminin devamlılığı” olarak da tanımlanan bu evrede, Feedback Inhibitor of Lactation (FIL) gibi lokal faktörler üretim hızını ayarlar. Emzirme sıklığının azalması veya memenin yeterince boşaltılmaması durumunda süt üretimi yavaşlar; buna karşılık etkin ve sık emzirme üretimi artırır. Dolayısıyla Laktogenez III, hormonlardan çok memenin kullanımına bağlı, dinamik ve talep-temelli bir süreçtir (Pados & Camp, 2024).

2.3. Hormonlar ve Lokal Mekanizmalar

Anne sütü üretiminin sürdürülebilirliği, nöro-endokrin sistem ile meme dokusunun kendine has fizyolojik düzenleyicilerinin eşgüdümlü çalışmasına dayanır. Özellikle iki hormon (prolaktin ve oksitosin) bu sürecin merkezinde yer alır. Prolaktin, meme alveollerinde süt sentezini uyarak süt proteinleri ve diğer bileşenlerin üretimini başlatır; doğum sonrası bebeğin meme başını emmesiyle oluşan sinirsel uyarılar, hipofiz ön lobundan prolaktin salgısını tetikler (Pillay & Davis, 2023). Oksitosin ise “süt ejeksiyon (let-down) refleksi”ni başlatır. Emzirme sırasında meme ucu ve areola kompleksi üzerindeki dokunma veya emme uyarıları, hipotalamusa ulaşan afferent sinyaller oluşturur; bu sinyaller arka hipofizden oksitosin salgısını tetikler.

Oksitosin, alveolleri çevreleyen miyoepitel hücrelerin kasılmasını sağlar; bu kasılma ile süt alveollerden kanallara, oradan da meme ucuna iletilir (Truchet vd., 2017).



Şekil 2. Prolaktin Hormonunun İşleyişi (Özsoy, 2021)

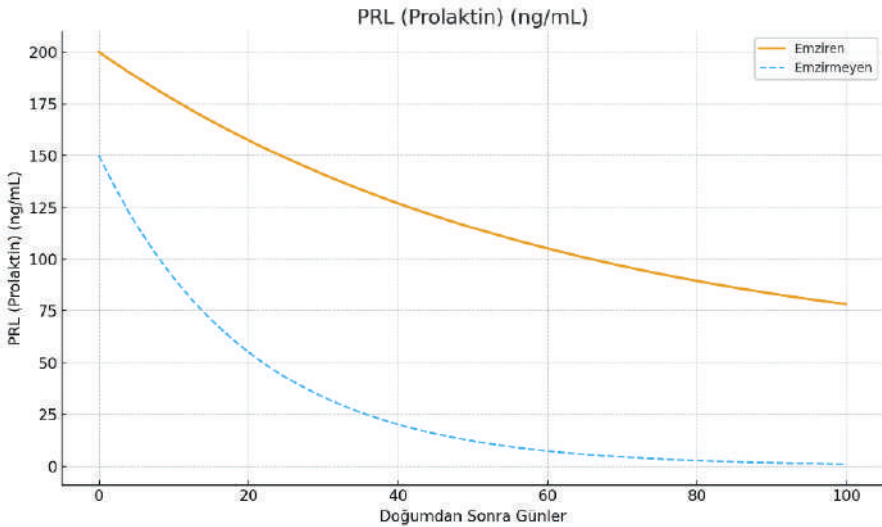
Laktasyonun devamlılığı, yalnızca hormonal salgılarla değil, aynı zamanda sütün düzenli bir biçimde memeden boşaltılmasıyla da kontrol edilir. Meme boşaltımı gerçekleşmediğinde, memedeki basınç artar ve lokal “Geri Bildirimle Laktasyon İnhibitörü” (Feedback Inhibitor of Lactation – FIL) birikir; bu inhibitör, süt sentezini baskılayarak memenin atrofisini başlatabilir. Ancak memeden düzenli boşaltım sağlandığında FIL ortamdan uzaklaştırılır ve süt üretimi devam eder (WHO & UNICEF, 2020). Böylelikle süt üretimi, bebek ihtiyacı ve emzirme sıklığı ile uyumlu biçimde ayarlanmış olur. Ayrıca gebelik döneminde, östrojen ve progesteron gibi steroid hormonlarının yüksek düzeyleri meme dokusunun lobulo-alveoler gelişimini destekleyerek memeyi laktasyona hazırlarken; doğumla birlikte bu hormonlardaki ani azalma, prolaktin ve oksitosin etkisinin öne geçmesini sağlayarak aktif süt üretimini kolaylaştırır (Pillay & Davis, 2023).

Anne sütü üretimi oldukça dinamik ve talep-odaklı bir süreçtir. Laktasyon fizyolojisine göre, memede üretilen sütün miktarı büyük ölçüde bebeğin emme sıklığı ve memeyi ne ölçüde boşalttığı ile belirlenmektedir (Kraus vd., 2025). Dolayısıyla yeterli süt üretiminin sürdürülebilmesi için memenin düzenli ve etkin biçimde boşaltılması esastır (Truchet & Houeto, 2017). Emzirme davranışı, hipofizden prolaktin salınımını güçlü biçimde uyaran temel uyaran olup, prolaktin alveolar hücrelerde süt sentezi için kritik bir rol üstlenmektedir (Pillay & Davis 2023). Doğrudan emzirme gerçekleşmezse, süt üretiminin devamlılığı ancak memenin başka yöntemlerle (örneğin sağma yoluyla) uyarılması ve boşaltılması ile sağlanabilir. Bu nedenle,

memedeki sütün ne kadar etkili biçimde uzaklaştırıldığı, üretilecek süt hacmini doğrudan etkilemektedir; artan talep artan üretim ile sonuçlanmakta ve fizyolojik kapasite açısından çoğu anne iki hatta üç bebeği besleyebilecek düzeyde süt üretebilme potansiyeline sahiptir (WHO, 2020).

Doğumdan sonraki ilk 4–8 haftada prolaktin reseptörlerinin duyarlılığının arttığı dönemde memenin yeterli düzeyde boşaltılması, süt üretiminin bebeğin gereksinimlerine göre ayarlanması açısından özellikle önemlidir. Prolaktin hormonuna ilişkin önemli noktalar (WHO, 2020):

- ✓ Prolaktin düzeyleri özellikle geceleri, annenin dinlendiği ve gevşediği zamanlarda daha yüksek olmaktadır; bu nedenle gece emzirmeleri süt üretiminin artırılmasına önemli katkı sağlar.
- ✓ Prolaktin, anne üzerinde sakinleştirici bir etki yaratarak emzirme sonrasında uykululuk hissine neden olabilir.
- ✓ Anneler gece boyunca sık uyanarak emzirmelerine rağmen, yükselen prolaktin düzeyleri nedeniyle genellikle yeterli dinlenmiş hissetmektedirler.
- ✓ Süt üretiminin devamı için memenin düzenli olarak boşaltılması zorunludur; zira süt birikmesi durumunda alveoller düzeyinde devreye giren yerel inhibitör faktörler süt sentezini baskılamaktadır.



Şekil 3. Doğum Sonrası Dönemde Emziren ve Emzirmeyen Kadınlarda Prolaktin Düzeylerinin Değişimi (Azulay Chertok, 2015)

3. Anneye Bağlı Faktörler

3.1. Demografik ve Biyolojik Özellikler

Emzirme davranışı, annenin yalnızca biyolojik özelliklerinden değil, aynı zamanda sosyodemografik profili, prenatal alışkanlıkları ve yaşam tarzı davranışlarından da etkilenmektedir (Erçin & Köseoğlu, 2022). Çalışmalar, emzirme kararı ile annenin eğitim düzeyi, sigara kullanımı ve önceki emzirme deneyimleri arasında anlamlı ilişkiler olduğunu göstermektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan, sigara içmeyen ve geçmişte olumlu bir emzirme deneyimi yaşayan kadınların emzirmeyi başlatma olasılığı da daha yüksektir (Ballesta-Castillejos vd., 2020; Buckman vd., 2020; Martín-Ramos vd., 2024). Araştırmalar, maternal yaşın hem emzirme motivasyonu hem de emzirme süresini etkileyebildiğini; genç annelerde emzirmenin daha erken sonlanma riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2025; Pillay & Davis, 2023). Parite, laktasyon başarısı üzerinde önemli bir faktördür; multipar annelerin emzirme deneyimi ve özgüveni nedeniyle emzirmeyi daha kolay başlattığı belirtilmiştir (Buckman vd., 2020).

3.2. Doğum ve Obstetrik Faktörler

Doğum ve obstetrik özellikler, laktasyon sürecinin başlatılması ve erken dönemde sürdürülmesi üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir (Haas vd., 2022). Preterm doğumlarda süt üretimi daha geç başlamaktadır ve emzirme yönetimi daha fazla destek gerektirir (Pillay & Davis, 2023). Doğum şekli ise laktogenez II'nin zamanlamasını doğrudan etkiler: Vajinal doğum emzirmeye hızlı başlanmasını kolaylaştırırken, sezaryen doğum süt hacminin artışı geciktirebilmektedir (Lian vd., 2022). Doğum sırasında uygulanan analjezi ve anestezi yöntemlerinin, annenin uyanıklık düzeyi ve bebeğin emme davranışı üzerinde etkileri olabileceği; bunun da ilk emzirme başarısını değiştirdiği bildirilmektedir (Takahata vd., 2023). Emzirmenin başarılı şekilde başlatılması için doğumdan hemen sonra ten tene temas (skin-to-skin) ve erken emzirme (first hour breastfeeding) uygulamalarının kritik olduğu; bu uygulamaların oksitosin salınımını artırarak süt ejeksiyon refleksini güçlendirdiği ve anne-bebek bağlanmasını desteklediği kanıtlanmıştır (Karimi vd., 2019; Widström vd., 2019).

3.3. Maternal Sağlık ve Beslenme

Anne biyolojisi ve sağlık durumu, doğum sonrası emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesinde kritik belirleyicilerdendir. Anneye ait sağlık durumları; anemi, obezite, diyabet, tiroid sorunları gibi diğer kronik hastalıklar süt

üretiminin başlamasını ve devamlılığını olumsuz etkileyebilmektedir (CDC, 2025). Ek olarak annenin yeterli sıvı alımı ve hidrasyon durumu, erken dönemde süt hacminin düzenlenmesinde önemli olup, yetersiz sıvı tüketiminin laktasyon sürecini olumsuz etkileyebileceği vurgulanmaktadır (Zhou vd., 2019).

3.4. Emzirme Deneyimi ve Emzirme Yönetimi

Emzirme sürecinin başarısı, yalnızca emzirmeye başlama kararı ile sınırlı değildir. Doğum sonu dönemde uygulanan emzirme yönetimi ve annenin deneyimleri ile yakından ilişkilidir. Uygun olmayan emzirme uygulamaları ve yetersiz profesyonel destek, emzirmenin erken dönemde sonlandırılmasına yol açabilmektedir. Salas ve arkadaşları, gebelikte emzirme niyeti bildiren kadınların oranını %92,8 olarak saptamış; doğumdan sonraki ilk 15 gün içinde emzirmeyi sürdürenlerin oranının %67,7'ye düştüğünü göstermiştir. (Salas vd., 2020). Bu erken kesilme, özellikle annenin düşük eğitim düzeyi, gebelik süresince emzirme planlamasının yapılmamış olması, önceki olumsuz emzirme deneyimleri, sağlık profesyonellerinin yaşamın ilk günlerinde formül mama (CMF) önermesi ve hastanede erken emzik kullanımının teşvik edilmesi gibi faktörlerle ilişkilendirilmiştir (Salas vd., 2020; Rollins vd., 2023).

4. Psikolojik ve Sosyo-Kültürel Faktörler

4.1. Psikolojik Faktörler

Emzirme davranışı yalnızca biyolojik süreçlerden etkilenmemekte, aynı zamanda annenin ruh sağlığı ve psikolojik iyilik hâli tarafından da önemli ölçüde şekillenmektedir (Kraus vd., 2025). Sistematik derlemeler, erken postpartum dönemde görülen depresyon semptomları ile annelerin emzirme öz-yeterliliği ve emzirme davranışı arasında belirgin negatif ilişki bildirmektedir (Ahmadinezhad vd., 2024). Buna ek olarak, Türkiye'den yapılan bir çalışmada postpartum depresyon ile emzirme öz-yeterliliği arasında ters yönlü bir ilişki saptanmış; depresyon semptomlarının artmasının emzirme özgüvenini ve devamlılığını olumsuz etkilediği rapor edilmiştir (Yakıt Ak vd., 2025). Ayrıca, emzirmenin postpartum depresyon üzerindeki potansiyel koruyucu etkileri de gösterilmiştir (Al Rajabi vd., 2025).

4.2. Sosyal ve Kültürel Faktörler

Emzirme davranışını etkileyen sosyal ve kültürel inanışlar, farklı toplumlarda önemli belirleyiciler arasında yer almaktadır. Gambia'da yürütülen etnografik bir çalışma, annelerin kültürel inanç ve tutumlarının

yalnızca anne sütü ile besleme kararını doğrudan etkilediğini ortaya koymuştur (Sosseh vd., 2023). Bu çalışma sonucunda, bazı annelerin yeşil yapraklı sebzeler ile sıcak ve sıvı yiyecekleri tüketmekten kaçındıkları; aşırı emzirmenin kilo kaybı, sırt ağrısı ve meme ucu iltihabına yol açacağına dair inançların yaygın olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca bebeklerin sağ kalımı için su verilmesinin gerekli olduğuna dair algılar ve dini ritüeller doğrultusunda “tılsım suyu” kullanımı, yalnızca emzirme uygulamalarını sınırlandıran önemli kültürel etkenler arasında yer almaktadır. Meme büyüklüğünün süt miktarıyla ilişkilendirilmesi ve özellikle erkek çocuklarının güçlenmesi için erken dönemde ek besine başlanması gerektiğine dair inanışlar da yalnızca emzirme oranlarını azaltan faktörler olarak tanımlanmıştır (Sosseh vd., 2023). Benzer şekilde Benin’de gerçekleştirilen niteliksel bir çalışma, toplumsal normların ve geleneksel beslenme uygulamalarının anne sütü verme davranışını önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. Çalışmada, annelerin büyük ölçüde sebze ve mısır temelli tekdüze bir beslenme düzenine sahip olduğu; gebelik ve emzirme dönemlerine özgü çeşitli beslenme tabularının sürdüğü ve besin değeri yüksek bazı yiyeceklerin kültürel inanışlar nedeniyle kısıtlandığı belirlenmiştir. Bu kültürel normların, hem annenin beslenme durumunu hem de anne sütü üretimi ve emzirme davranışını dolaylı olarak etkilediği vurgulanmaktadır (Lokossou vd., 2021).

5. Bebeğe Ait Faktörler

5.1. Yenidoğanın Klinik Durumu

Emzirme sürecinin başarısı yalnızca anneye ait özelliklerden değil, aynı zamanda bebeğin fizyolojik özellikleri ve klinik durumu tarafından da etkilenmektedir. Yenidoğanın gebelik haftası, doğum ağırlığı, nöromotor olgunluğu ve genel sağlık durumu, emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesinde kritik belirleyiciler arasında yer almaktadır (WHO, 2023). Preterm ya da düşük doğum ağırlıklı bebeklerde emme-yutma-solunum koordinasyonunun tam olarak gelişmemiş olması, emzirme sürecinin daha fazla destek gerektirmesine yol açabilmektedir (Zhang vd., 2024). Bunun yanı sıra doğumsal anomaliler (örneğin dudak-damak yarığı), nörolojik sorunlar, sarılık, hipoglisemi ve enfeksiyonlar gibi yenidoğan dönemine özgü klinik durumlar, bebeğin emme kapasitesini azaltarak emzirme sürecini güçleştirebilmektedir. Bu klinik özellikler, erken dönemde anne sütü alımını sınırlayarak emzirmenin sürdürülebilirliğini olumsuz etkileyebilmektedir (Academy of Breastfeeding Medicine [ABM], 2020).

5.2. Bebeğin Emme Davranışı

Bebeğin emme davranışı, anne sütü üretiminin düzenlenmesi ve emzirmenin devamlılığı açısından önemli bir rol oynamaktadır (Melo vd., 2023). Emzirme sıklığı, memeyi kavrama becerisi ve doğum sonrası ilk günlerdeki uyanıklık düzeyi, süt üretiminin talebe göre ayarlanmasında belirleyici unsurlar olarak değerlendirilmektedir (CDC, 2025). Erken ve sık emzirme, prolaktin salınımını artırarak laktogenezi desteklemekte; aynı zamanda memenin düzenli olarak boşaltılmasını sağlayarak süt arzının bebeğin gereksinimlerine göre düzenlenmesine katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle bebeğe ait fizyolojik özellikler ve emme davranışları, emzirme başarısının hem başlatılmasında hem de sürdürülebilirliğinde belirleyici bir role sahiptir (WHO, 2020).

Tablo 1. Doğum Sonu Dönemde Anne Sütü Üretimini Etkileyen Faktörler	
Faktörler	Anne Sütü Üretimine Etkisi
Fizyolojik Mekanizmalar	Prolaktin süt sentezini, oksitosin süt ejeksiyon refleksini düzenlemektedir; Feedback Inhibitor of Lactation (FIL), memede süt birikimine bağlı olarak süt üretimini baskılamaktadır (Pillay & Davis, 2023; Truchet vd., 2017; WHO, 2020).
Anneye Ait Biyolojik Özellikler	Maternal yaş ve parite, emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi ile ilişkilidir; genç annelerde emzirmenin erken sonlandırılma riski artmakta, multipar annelerde ise önceki emzirme deneyimine bağlı olarak emzirme başarısı daha yüksek bildirilmektedir (Ballesta-Castillejos vd., 2020; Buckman vd., 2020; Martín-Ramos vd., 2024; CDC, 2025).
Doğum Özellikleri	Doğum şekli ve doğum sırasında uygulanan analjezi–anestezi yöntemleri, laktogenez II'nin zamanlamasını ve erken emzirme başarısını etkileyebilmektedir; sezaryen doğum süt hacminde gecikme ile ilişkilendirilmiştir (Pillay & Davis, 2023; Lian vd., 2022).
Maternal Sağlık Durumu	Maternal metabolik ve hormonal bozukluklar, laktogenez sürecinin gecikmesi ve süt üretiminin sürdürülebilirliği ile ilişkilendirilmektedir (CDC, 2025; Zhou vd., 2019).
Erken Anne-Bebek Teması	Doğum sonrası erken anne–bebek teması, oksitosin salınımını artırarak süt ejeksiyon refleksini ve anne–bebek bağlanmasını desteklemektedir (Karimi vd., 2019; Widström vd., 2019).

Maternal Psikoloji	Doğum sonrası depresyon ve psikolojik stres, prolaktin düzeyleri ve emzirme öz-yeterliliği üzerinde olumsuz etkilere sahip olup, emzirmenin sürdürülmesini zorlaştırabilmektedir (<i>Abmadinezhad vd., 2024; Yakıt Ak vd., 2025; Al Rajabi vd., 2025</i>).
Kültürel ve Sosyal Faktörler	Kültürel inanışlar ve sosyal normlar, yalnızca anne sütü ile besleme kararı ve emzirme süresi üzerinde belirleyici rol oynamaktadır (Sossch vd., 2023; Lokossou vd., 2021).
Bebeğe Ait Faktörler	Yenidoğanın nöromotor olgunluğu ve klinik durumu (sarılık, enfeksiyon, hipoglisemi gibi), emme kapasitesi ve emzirmenin sürdürülebilirliği üzerinde belirleyici etkilere sahiptir (Zhang vd., 2024; WHO, 2020).

Tablo, literatürde bildirilen bulguların sentezi niteliğinde olup, anne sütü üretimini etkileyen faktörler çok boyutlu bir çerçevede özetlenmiştir.

6. Sonuç

Doğum sonu dönemde anne sütü üretimi, biyolojik ve hormonal mekanizmaların yanı sıra psikolojik, sosyal ve çevresel etmenlerin karşılıklı etkileşimiyle şekillenen çok boyutlu ve dinamik bir süreçtir. Prolaktin ve oksitosin hormonları laktasyonun fizyolojik temelini oluştururken, memenin düzenli ve etkin biçimde boşaltılması, bebeğin emme kapasitesi ve anne-bebek etkileşiminin sürekliliği süt üretiminin sürdürülebilirliğinde belirleyici rol oynamaktadır. Bu yönüyle anne sütü üretimi, yalnızca biyolojik kapasiteyle sınırlı olmayan; bakım uygulamalarının niteliğine duyarlı bir süreç olarak değerlendirilmelidir.

Doğum şekli, obstetrik girişimler ve doğum sonrası erken bakım uygulamaları, özellikle laktogenez II'nin zamanlamasını ve erken dönemdeki süt hacmini doğrudan etkilemektedir. Vajinal doğum, erken anne-bebek teması ve doğumdan sonraki ilk saatte emzirmenin başlatılması, oksitosin salınımını destekleyerek süt ejeksiyon refleksini güçlendirmekte ve emzirmenin etkin biçimde sürdürülmesine katkı sağlamaktadır. Buna karşılık sezaryen doğum, maternal stres ve bazı metabolik ya da hormonal durumlar, süt üretiminin gecikmesiyle ilişkilendirilmektedir. Bu bulgular, doğum sonu bakım uygulamalarının laktasyon fizyolojisi ile uyumlu biçimde planlanmasının önemini ortaya koymaktadır.

Anneye ait psikolojik durum, sosyal destek düzeyi ve kültürel bağlam, emzirme davranışının başlatılması ve sürdürülmesinde önemli belirleyiciler arasında yer almaktadır. Postpartum depresyon ve yüksek stres düzeylerinin

emzirme öz-yeterliliğini olumsuz etkilediği; buna karşılık nitelikli profesyonel destek, etkili danışmanlık ve destekleyici sosyal çevrenin emzirme süresini ve devamlılığını artırdığı bildirilmektedir. Kültürel inanışlar ve geleneksel uygulamalar ise bazı bağlamlarda yalnızca anne sütü ile besleme davranışını sınırlayan faktörler olarak öne çıkmaktadır.

Bebeğe ait faktörler, anne sütü üretiminin düzenlenmesinde belirleyici bir role sahiptir. Yenidoğanın gebelik haftası, nöromotor olgunluğu ve klinik durumu, emme davranışı yoluyla memenin yeterli uyarılmasını ve süt üretiminin sürekliliğini doğrudan etkilemektedir. Özellikle preterm ve klinik açıdan riskli bebeklerde emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi, daha yapılandırılmış ve yoğun bir bakım yaklaşımını gerektirmektedir.

Sonuç olarak, anne sütü üretiminin başarılı biçimde başlatılması ve sürdürülebilmesi; fizyolojik, psikolojik ve sosyo-çevresel boyutların birlikte ele alındığı bütüncül bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. Doğum sonu bakımda ebe ve diğer sağlık profesyonellerinin rolü, emzirme tekniklerinin ötesine geçerek annenin bireysel gereksinimlerini değerlendiren, kanıta dayalı ve sürdürülebilir destek stratejilerinin uygulanmasını içermelidir. Bu yaklaşımın klinik uygulamalara sistematik biçimde entegre edilmesi, emzirme başarısının artırılması ve anne sütü üretiminin korunması açısından temel bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir.

Kaynaklar

- Academy of Breastfeeding Medicine. (2020). ABM clinical protocol #18: Breastfeeding the infant with a cleft lip and/or palate. *Breastfeeding Medicine*, 15(5), 308–314.
- Ahmadinezhad, G. S., Karimi, F. Z., Abdollahi, M., & NaviPour, E. (2024). Association between postpartum depression and breastfeeding self-efficacy in mothers: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 273. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06465-4>
- Al Rajabi, A., Alkathceri, H., Hijazi, R., & Kennedy, L. (2025). Breastfeeding is associated with reduction in postpartum depression in the United Arab Emirates: A retrospective cross-sectional study. *Scientific Reports*, 15(1), 10528. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-94912-3>
- Azulay Chertok, I. R. (2015). The postpartum period and lactation physiology. *Neonatal–Perinatal Medicine*. <https://clinicalgate.com/the-postpartum-period-and-lactation-physiology/>
- Ballesta-Castillejos, A., Gómez-Salgado, J., Rodríguez-Almagro, J., Ortiz-Esquinas, I., & Hernández-Martínez, A. (2020). Factors that influence mothers' prenatal decision to breastfeed in Spain. *International Breastfeeding Journal*, 15, 97. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00341-5>.
- Buckman, C., Diaz, A., Tumin, D., & Bear, K. (2020). Parity and the association between maternal sociodemographic characteristics and breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, 15(7), 443–452. <https://doi.org/10.1089/bfm.2019.0284>.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2025). *Illnesses or conditions and breastfeeding*. <https://www.cdc.gov/breastfeeding-special-circumstances/hcp/illnesses-conditions/index.html>.
- Çalık, K. Y., Çetin, F. C., & Erkaya, R. (2017). Annelerin emzirme konusunda uygulamaları ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 80–91.
- Eda Yakıt Ak, Mehmet Ali Şen, & Özden Tandoğan. (2025). The Relationship Between Depression and Breastfeeding Self-Efficacy of Breastfeeding Women: The Case of Türkiye. *Archives of Health Sciences Research*, 12, 1-7. <https://doi.org/10.5152/ArcHealthSciRes.2025.25009%2520Original%2520Article>
- Erçin, E., & Köseoğlu, S. Z. A. (2022). Güncel bilgilerle laktasyon dönemi ve etkileyen faktörler. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(2), 94–99.
- Haas, D. M., Yang, Z., Parker, C. B., Chung, J., Parry, S., Grobman, W. A., Mercer, B. M. (2022). Factors associated with duration of breastfeeding in women giving birth for the first time. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 722. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05038-7>.

- Kraus, V., Čižmarová, B., & Birková, A. (2025). When Your Body Tells You to Not Breastfeed—The Connivance of Oxytocin, Prolactin, and Dopamine. *International Journal of Molecular Sciences*, 26(12), 5909. <https://doi.org/10.3390/ijms26125909>
- Karimi, F. Z., Sadeghi, R., Maleki-Saghooni, N., & Khadivzadeh, T. (2019). The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of the first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 58(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2018.11.002>.
- Lian, W., Ding, J., Xiong, T., Liuding, J., Nie, L. T. (2022). Determinants of delayed onset of lactogenesis II among women who delivered via cesarean section. *International Breastfeeding Journal*, 17, 81. <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00523-3>.
- Lokossou, Y. U. A., Tambe, A. B., Azandjè, C., & Mbhenyane, X. (2021). Sociocultural beliefs influence feeding practices of mothers and their children in Grand Popo, Benin. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 40(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s41043-021-00258-7>.
- Martín-Ramos, S., Domínguez-Aurrecochea, B., García Vera, C., Lorente García Mauriño, A. M., Sánchez Almeida, E., & Solís-Sánchez, G. (2024). Breastfeeding in Spain and the factors related to its establishment and maintenance: LAYDI Study (PAPenRed). *Atención Primaria*, 56(1), 102772. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102772>.
- Melo, L. S. A. de, Silva, L. F., Silva, S. R. C. da, Rosell, F. L., Valsecki Júnior, A., Zuanon, A. C. C., & Tagliaferro, E. P. da S. (2023). *Association between Pacifier Use, Bottle-Feeding, and Pre-Postnatal Variables: A Cohort Study*. <https://doi.org/10.1590/pboci.2023.084>
- Nalbantoğlu, B., Yıldırım Çelik, G., & Nalbantoğlu, A. (2024). Factors effecting the duration of breastfeeding and the time of weaning. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 12(1), 52–60.
- Özsoy, S. (2021). Anne sütü nasıl üretilir? Memenin anatomisi ve fizyolojisi. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing - Special Topics*, 7(5), 23–31.
- Pados, B. F., & Camp, L. (2024). *Physiology of Human Lactation and Strategies to Support Milk Supply for Breastfeeding*. [https://www.nwhjournal.org/article/S1751-4851\(24\)00124-7/abstract](https://www.nwhjournal.org/article/S1751-4851(24)00124-7/abstract)
- Pillay, J., & Davis, T. J. (2023). Physiology, lactation. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.statpearls.com>.
- Rollins, N. C., Grummer-Strawn, L. M., Nair, R., Arachu, C., Piwoz, E. G., Baker, P., ... & Victora, C. G. (2023). Breastfeeding 2023: A time to act. *The Lancet*, 401(10375), 472–485. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00092-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00092-2)
- Salas, E. S., Segura-Fragoso, A., Cobo-Cuenca, A., Carmona-Torres, J., Pozuelo-Carrascosa, D., & Laredo-Aguilera, J. (2020). Factors associated with the

- abandonment of exclusive breastfeeding before three months. *Children*, 7(12), 298. <https://doi.org/10.3390/children7120298>.
- Sampieri, C. L., & Montero, H. (2019). Breastfeeding in the time of Zika: A systematic literature review. *PeerJ*, 7, e6452. <https://doi.org/10.7717/peerj.6452>.
- Sosseh, S., Barrow, A., & Lu Z.J. (2023). Cultural beliefs, attitudes and perceptions of lactating mothers on exclusive breastfeeding in The Gambia: An ethnographic study. *BMC Womens Health*, 23:18. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02163-z>.
- Takahata, K., Horiuchi, S., Miyauchi, A., Tadokoro, Y., & Shuo, T. (2023). A longitudinal study of the association of epidural anesthesia and low-dose synthetic oxytocin regimens with breast milk supply and breastfeeding rates. *Scientific Reports*, 13(1), 21146. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-48584-6>
- Truchet, S., & Houeto, E. H. (2017). Physiology of milk secretion. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 31, 367–384.
- Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth: Underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, 108(7), 1192–1204. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>.
- World Health Organization. (2023). Exclusive breastfeeding. <https://www.who.int/tools/elena/interventions/exclusive-breastfeeding>.
- World Health Organization & UNICEF. (2020). *Breastfeeding*. World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/health-topics/breastfeeding>
- World Health Organization & UNICEF. (2020). *How breastfeeding works*. In *Baby-friendly Hospital Initiative training course for maternity staff: Trainer's guide* (pp. 120–138). WHO.
- Zhang, R., Ying, E., Wu, X., Qin, H., Guo, Y., Guo, X., Yu, Z., & Chen, J. (2024). A systematic review and meta-analysis of breastfeeding and neurodevelopmental outcomes in preterm infant. *Frontiers in Public Health*, 12, 1401250. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1401250>.
- Zhou, Y., Zhu, X., Qin, Y., Li, Y., Zhang, M., Liu, W., Huang, H., & Xu, Y. (2019). Association between total water intake and dietary intake of pregnant and breastfeeding women in China: A cross-sectional survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, 172. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2301-z>.

Doğal Krizlerde Ebelerin Yeri

Yaren Buse Cantimur¹,
Merve Afacan Satioğlu²

Özet

Doğal krizler, dünya genelinde büyük kayıplara yol açmakta ve toplumsal yapıları derinden sarsmaktadır. Bu tür afetlerin etkileri, yalnızca fiziki altyapıyı değil, aynı zamanda psikolojik, sosyoekonomik ve sağlık alanlarını da derinden etkilemektedir. Kadın sağlığı ve üreme sağlığı, afetler sırasında en çok zarar gören alanlar arasında yer almaktadır. Bu bölümde, doğal krizlerin türleri ve bu krizlerin kadınlar üzerindeki etkileri ele alınmış, afetlerde ebelerin oynadığı kritik rol vurgulanmıştır. Ebelik hizmetleri, doğum, yenidoğan bakımı, emzirme desteği, psikososyal destek ve kadın sağlığının korunması gibi kritik alanlarda, özellikle afet anlarında büyük önem taşımaktadır. Ebeler, afetler sırasında kadınların doğum süreçlerinde sağlık hizmeti sunmanın yanı sıra, yenidoğan bakımı ve emzirme danışmanlığı gibi önemli destekler sağlamaktadır. Ayrıca, doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası dönemdeki sağlık takibi, afetlerin etkisiyle zorlaşan sağlık hizmetlerine erişim konusunda ebelerin sağladığı destek büyük bir fark yaratmaktadır. Afet bölgelerinde ebeler, sadece tıbbi hizmet sağlamakla kalmaz, aynı zamanda psikososyal destek vererek toplumun yeniden iyileşmesinde önemli bir rol oynar. Afet planlamalarında ebelik mesleğinin yer alması, yalnızca acil sağlık hizmetlerinin sunulması için değil, aynı zamanda afet sonrasındaki toplumsal yeniden yapılanma sürecinde de kritik bir adımdır. Bu bölümde; doğal krizlerin tanımı, ebelerin bu krizlerde önemi ve rolleri ve karşılaşılan zorluklardan bahsedilmiştir. Son olarak, ebelik eğitimlerinin güçlendirilmesi, afetlerde ebelik hizmetlerinin sürekliliği için politikaların ve mevzuatların düzenlenmesi ve afet yönetimi sürecinde ebelerin aktif bir şekilde yer almasının önemi vurgulanmıştır.

1. Doğal Krizlerin Tanımı ve Türleri

Doğal krizler, insan müdahalesi olmaksızın doğada meydana gelen, toplumların fiziksel, sosyal ve ekonomik yapısını bozan, ani ya da yavaş

- 1 Yüksek Lisans Öğrencisi, Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, yarencantimur34@gmail.com, 0009-0009-6224-352X
- 2 Dr. Öğr. Üyesi, Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, merveafacan@karabuk.edu.tr, 0000-0003-2610-322X

gelişen olaylardır. Bu tür krizler; afet olarak da adlandırılır ve ciddi can kayıplarına, yerleşim yerlerinin yıkımına, sağlık hizmetlerinde aksamaya ve toplumda psikososyal travmalara neden olur (United Nations Office for Disaster Risk Reduction [UNDRR], 2023). Krizlerin şiddeti ve etkisi, olayın türüne, süresine, yerleşim bölgesinin özelliklerine ve müdahale kapasitesine bağlı olarak değişir.

Başlıca doğal kriz türleri şunlardır:

1.1. Depremler: Yer kabuğundaki kırılmalar sonucu ani sarsıntılar meydana gelir. Türkiye, özellikle Kuzey Anadolu Fay Hattı üzerinde yer alması nedeniyle büyük depremlere sıkça maruz kalmaktadır. Depremler, sağlık altyapısını büyük ölçüde tahrip edebilir ve acil müdahale kapasitesini sınırlayabilir (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı [AFAD], 2023).

1.2. Sel ve Taşkınlar: Aşırı yağışlar, kar erimeleri veya altyapı yetersizlikleri sonucu oluşur. Sel felaketleri hem içme suyu kaynaklarını kirleterek halk sağlığını tehdit eder, hem de kadınlar ve çocuklar için ciddi güvenlik riskleri oluşturur (World Health Organization [WHO], 2022).

1.3. Yangınlar: Ormanlık alanlarda veya yerleşim yerlerinde çıkan büyük çaplı yangınlar, hava kalitesini bozmanın yanı sıra yerinden edilmeye yol açar. Hamile kadınlar için toksik dumanlar ciddi solunum sorunlarına neden olabilir (United Nations Environment Programme [UNEP], 2021).

1.4. Fırtına ve Kasırgalar: Şiddetli rüzgarlar ve yoğun yağışla seyreden bu olaylar, altyapı tahribatı ve zorunlu tahliyelere neden olur. Özellikle sahil şeridindeki topluluklar daha yüksek risk altındadır. Fırtına sonrası temel sağlık hizmetlerine erişim kesintiye uğrayabilir (UNFPA, 2023).

1.5. Salgın Hastalıklar: Doğal kaynaklı zoonotik hastalıklar ya da afet sonrası ortaya çıkan epidemiler, halk sağlığını tehdit eder. COVID-19 pandemisi, doğal krizlerin küresel boyutta sağlık sistemlerini nasıl etkileyebileceğini açık biçimde ortaya koymuştur (Kluge et al., 2020).

Tüm bu afet türleri, özellikle kadınlar, çocuklar, yaşlılar ve engelli bireyler gibi hassas gruplar üzerinde orantısız etkilere sahiptir. Sağlık sistemlerinin dayanıklılığı, erken uyarı sistemlerinin etkinliği ve kriz sonrası eylem planları, bu etkilerin azaltılmasında kilit rol oynamaktadır.

2. Doğal Afetlerin Kadın ve Üreme Sağlığı Üzerindeki Etkileri

Doğal afetler, toplumun her kesimini etkileyebilmekle birlikte, kadınlar ve üreme çağındaki bireyler üzerinde daha belirgin ve orantısız etkilere neden olmaktadır. Afet anlarında sağlık altyapısının zarar görmesi, ulaşım yollarının

kapanması, sağlık personeli ve malzeme eksikliği gibi nedenlerle kadınların üreme sağlığı hizmetlerine erişimi ciddi şekilde kısıtlanmaktadır (UNFPA, 2023). Özellikle gebe, lohusa ve emziren kadınlar afet sonrası dönemlerde hem fiziksel hem de psikolojik açıdan daha yüksek risk altındadır.

2.1. Gebe Kadınların Özel İhtiyaçları: Gebeler afetlerde hem fizyolojik hem de duygusal olarak daha savunmasız hale gelirler. Yetersiz beslenme, hijyenik olmayan ortamlar, temiz suya erişim eksikliği gibi durumlar erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve hatta maternal mortalite riskini artırmaktadır (International Confederation of Midwives [ICM], 2022). Ayrıca stres ve travmaya bağlı olarak gebelikte komplikasyon riski yükselir.

2.2. Lohusa ve Emziren Kadınlar: Doğum sonrası dönemde enfeksiyon riski, lohusalık depresyonu ve emzirme sorunları ön plana çıkmaktadır. Afet ortamında temiz doğum alanlarının olmaması ve emzirme konusunda destek eksikliği, yenidoğan sağlığı üzerinde de olumsuz etkiler yaratır (WHO, 2022). Emziren annelerin yeterli sıvı ve besin alımı sağlayamaması, süt üretimini olumsuz etkileyerek bebeğin beslenmesini riske atabilir.

2.3. Üreme Sağlığı Hizmetlerine Erişim Güçlükleri: Aile planlaması hizmetleri, doğum öncesi muayeneler, güvenli doğum koşulları ve acil obstetrik bakım gibi hizmetler afet dönemlerinde çoğu zaman sekteye uğrar. Bunun sonucunda istenmeyen gebelikler, düşükler, doğum komplikasyonları ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların görülme sıklığında artış yaşanabilir (Kost et al., 2022).

2.4. Cinsiyete Dayalı Şiddet Riski: Afetlerde yerinden edilen kadınlar, barınma alanlarında güvenlik eksiklikleri nedeniyle cinsiyete dayalı şiddet ve istismara daha açık hale gelir. Bu durum, fiziksel ve ruhsal sağlığı olumsuz etkilerken aynı zamanda sosyal desteğe erişim ihtiyacını da artırmaktadır (UN Women, 2023).

Sonuç olarak, afetlerin kadın sağlığı üzerindeki etkileri çok boyutludur ve sadece fizyolojik değil, sosyal ve psikolojik yönleriyle de ele alınmalıdır. Kadınların afet dönemlerinde özel ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için sağlık sistemlerinde doğrudan bu gruba yönelik planlamaların yapılması hayati öneme sahiptir.

3. Afet ve Acil Durumlarda Ebelik Hizmetlerinin Önemi

Afet ve acil durumlar sırasında sağlık sistemleri büyük ölçüde baskı altına girerken, temel sağlık hizmetlerine erişim genellikle kesintiye uğrar. Bu koşullarda ebelik hizmetleri, kadınların, yenidoğanların ve ailelerin sağlığını koruma ve sürdürmede kritik bir rol üstlenir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)

ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), afet dönemlerinde ebelerin özellikle doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası hizmetlerde ön saflarda yer alması gerektiğini vurgulamaktadır (UNFPA, 2023; WHO, 2022).

3.1. Gebe Takibi ve Doğum Hizmetleri

Afet koşullarında gebe kadınların düzenli takibi genellikle kesintiye uğrar. Bu durum; gebelik hipertansiyonu, preeklampsisi ve gestasyonel diyabet gibi yüksek riskli gebeliklerin zamanında tanılanamamasına neden olabilir (ICM, 2023). Ebeler, bu kritik dönemde tarama, danışmanlık ve gerekli yönlendirmeleri sağlayarak hem anne hem de bebek sağlığı için birincil koruyucu sağlık hizmeti sunarlar (Health Policy Watch, 2024). Ayrıca doğumun hastane dışında, çoğu zaman hijyenik koşulların yetersiz olduğu ortamlarda gerçekleşmesi durumunda, ebeler aseptik doğum pratiği, acil müdahale ve enfeksiyon kontrolü konularında sahip oldukları özel bilgi ve becerilerle güvenli doğum hizmeti sunarlar (ICM, 2023).

3.2. Yenidoğan Bakımı

Afet koşullarında yenidoğanlar, sağlık açısından en kırılgan gruplardan birini oluşturmaktadır. Bağışıklık sistemlerinin yeterince gelişmemiş olması, vücut sıcaklıklarını düzenleme yetilerinin zayıf olması ve özel bakıma olan yüksek ihtiyaçları, onları afetlerin sağlık üzerindeki etkilerine karşı daha duyarlı hale getirmektedir (WHO, 2022). Bu nedenle, afetlere hazırlık ve müdahale planlarında yenidoğan bakım hizmetlerinin öncelikli bir başlık olarak ele alınması gerekmektedir.

3.3. Emzirme Danışmanlığı

Emzirme, afet koşullarında hem ekonomik hem de hijyenik nedenlerle daha da önemli hale gelir. Temiz su ve güvenli gıdaya erişimin kısıtlı olduğu durumlarda anne sütü, bebek için en güvenli ve besleyici kaynaktır. Ebeler, annelere emzirme pozisyonu, süt artırma yöntemleri ve laktasyon sorunları konusunda rehberlik ederek emzirmenin sürdürülmesine katkı sağlar (WHO, 2022).

3.4. Psikososyal Destek

Afetler bireylerde travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunlara yol açabilir. Özellikle gebe ve yeni doğum yapmış kadınlar, bu tür duygusal yükleri daha yoğun yaşayabilir. Ebeler, sadece fiziksel değil, psikolojik sağlık desteği de sunarak kadınların duygusal

iyilik hâlini destekler. Gerekli durumlarda psikiyatri ya da sosyal hizmet uzmanlarına yönlendirme yaparlar (ICM, 2022; Kost et al., 2022).

Sonuç olarak, afet ve acil durumlarda ebeler hizmetleri yalnızca doğum yaptırmakla sınırlı kalmaz; koruyucu sağlık hizmetlerinden ruhsal desteğe kadar geniş bir yelpazede yaşamsal bir destek sağlar. Bu nedenle ebelerin afet yönetim ekiplerinde aktif olarak yer almaları, eğitim almaları ve afetlere hazır olmaları büyük önem taşımaktadır.

4. Afet Yönetim Sürecinde Ebelerin Roller

Afet yönetimi; hazırlık, müdahale ve iyileştirme olmak üzere üç temel aşamadan oluşur. Her bir aşamada ebeler mesleğinin işlevi ve önemi farklı şekillerde ortaya çıkar. Ebeler, sadece doğum yaptıran kişiler değil; aynı zamanda toplumu afetlere karşı bilinçlendiren, kriz anlarında ön saflarda yer alan ve afet sonrası toplumsal iyileşmeye katkı sağlayan sağlık profesyonelleridir (UNFPA, 2023).

1.1. Hazırlık Aşaması

Afet öncesi dönem, risk azaltma ve hazırlık faaliyetlerini kapsar. Bu aşamada ebeler; afet planlarının yapılmasında yer almalı, risk altındaki gebelerin belirlenmesine katkı sağlamalı, afet çantalarının içeriğine yönelik bilgilendirme yapmalı ve sağlık sistemlerinin kriz anına karşı dayanıklılığını artırıcı önerilerde bulunmalıdır (ICM, 2022). Ayrıca toplumu, özellikle kadınları ve genç kızları, afet anında nasıl hareket edecekleri konusunda eğitmek ebelerin sorumluluk alanına girmelidir (WHO, 2022).

1.2. Müdahale Aşaması

Afet meydana geldiğinde, en hızlı sağlık müdahalesine ihtiyaç duyulan süreçtir. Ebeler, doğrudan sahada aktif görev alarak doğumları yönetir, gebelere ve yeni doğum yapmış kadınlara ilk müdahaleyi yapar, acil doğum hizmeti sağlarlar (Yılmaz & Ordu, 2024). Aynı zamanda travma geçirmiş kadınlara temel psikolojik ilk yardım sunarak güvenli bir ortam oluştururlar. Hijyenik koşullarda doğum sağlamak, enfeksiyonları önlemek ve yeni doğan bakımı vermek de bu aşamada ebelerin öncelikli görevleri arasındadır (UNFPA, 2023).

1.3. İyileştirme Aşaması

Afetin hemen ardından başlayan ve uzun vadeli iyileştirme sürecine kadar devam eden bu aşamada ebeler, kaybedilen sağlık hizmetlerini yeniden tesis etmeye çalışır. Toplumun yeniden yapılanması sürecinde hem sağlık sistemi

içinde hem de saha bazlı çalışmalarda yer alarak, üreme sağlığı hizmetlerinin yeniden inşasında etkin rol oynarlar (Kost et al., 2022). Ayrıca bu süreçte doğum sonrası takipler, aile planlaması danışmanlığı ve cinsel sağlık eğitimi gibi konular da ebelerin gündeminde yer alır.

1.4. Toplum Eğitimi ve Farkındalık Çalışmaları

Afetlerin etkilerini azaltmanın en etkili yollarından biri, toplumun bilinçlendirilmesidir. Ebeler, özellikle kadınlara ve genç bireylere afet öncesi ve sonrası sağlık bilgisi aktararak toplum temelli afet bilinci oluşturur. Bu kapsamda düzenlenen eğitim seminerleri, sahada yapılan birebir danışmanlıklar ve medya aracılığıyla yapılan bilgilendirmeler ebelerin yürüttüğü önemli faaliyetlerdendir (ICM, 2022; WHO, 2022).,

5. Afet Alanlarında Ebelere Yönelik Karşılaşılan Zorluklar

Afet durumları, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini ve erişilebilirliğini büyük ölçüde zorlaştırır. Ebeler, bu süreçte en ön saflarda yer almakla birlikte, birçok zorlukla karşı karşıya kalırlar. Bu zorluklar hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan zorlu bir ortamda hizmet sunmalarını engelleyen faktörlerdir.

5.1. Fiziksel Ortam Yetersizlikleri

Afet sonrası, özellikle deprem, sel veya kasırga gibi büyük ölçekli felaketlerde sağlık altyapısının ciddi şekilde hasar görmesi, ebelerin işlevlerini yerine getirmelerini zorlaştırır. Yetersiz doğum odaları, temiz su temini eksiklikleri, barınma alanlarının hijyenik olmayan koşulları gibi fiziksel ortam sorunları hem annenin hem de bebeğin sağlığı üzerinde olumsuz etkilere yol açabilir (WHO, 2022). Ayrıca afetlerin hemen ardından doğum yapacak kadınların sağlık tesislerine erişimi büyük ölçüde kısıtlanmaktadır. Ebeler, sahra hastaneleri gibi geçici alanlarda, sınırlı kaynaklarla doğumları yönetmek zorunda kalmaktadır. Bu durum, doğum sonrası bakım ve acil müdahale gerektiren komplikasyonların yeterince ele alınamamasına yol açabilmektedir (Pınar & Doğan, 2023; Population Council, 2023).

5.2. Tıbbi Malzeme Eksikliği

Afet bölgelerinde tıbbi malzeme ve ilaç temini büyük bir sorun oluşturur. Yetersiz tıbbi malzeme, özellikle doğum ve yenidoğan bakımında ebelerin karşılaştığı en büyük engellerden biridir. Yenidoğan ekipmanlarının, steril malzemelerin ve temel ilaçların eksikliği, ebeler hizmetlerinin kalitesizleşmesine ve ölüm oranlarının artmasına yol açabilir (Yılmaz & Ordu, 2024). Ayrıca afet sırasında doğum yapan kadınların acil müdahale

gereksinimlerini karşılayacak ekipmanların temin edilmesi de büyük bir zorluktur.

5.3. Güvenlik ve Hijyen Problemleri

Afet bölgelerinde genellikle güvenlik sorunları baş gösterebilir. Barınma alanlarında, özellikle de geçici çadır kentlerde, cinsiyete dayalı şiddet, istismar ve güvenlik ihlalleri görülebilir. Bu durum hem ebelere hem de hastalarına yönelik ciddi tehditler oluşturur. Ayrıca afet sırasında hijyenik ortamların sağlanması son derece zordur. Temiz suya erişim, uygun tuvaletler ve steril doğum koşullarının sağlanması hem doğum sırasında annenin hem de yenidoğanın enfeksiyon kapma riskini artırır (UNFPA, 2023).

5.4. Psikolojik Yük ve Tükenmişlik

Afetlerin getirdiği stres ve belirsizlik, sağlık çalışanları üzerinde büyük bir psikolojik yük oluşturur. Ebeler, afet anında çok sayıda hasta ve gebe kadına hizmet vermek zorunda kalırken, aynı zamanda kendi psikolojik sağlıklarını da ihmal edebilirler. Uzun süreli stres, tükenmişlik sendromuna yol açabilir ve profesyonel performanslarını etkileyebilir (Kost et al., 2022). Ayrıca, travma yaşamış bireylerle sürekli olarak çalışmak, özellikle psikolojik ilk yardım sunan ebeler için ciddi bir duygusal yük getirebilir. Bu da hem kendilerinin hem de sağladıkları hizmetlerin kalitesinin düşmesine neden olabilir.

5.5. İletişim ve Koordinasyon Eksiklikleri

Afet sırasında sağlık sistemleri arasında iletişim ve koordinasyon eksiklikleri sıkça görülür. Ebeler hem ulusal hem de uluslararası yardım ekipleriyle iletişim kurarak, hastaların durumlarını paylaşmak, gerekli malzeme ve ekipman talepleriyle ilgili koordinasyonu sağlamak durumundadır. Bu süreçte yaşanan iletişim problemleri, afet sonrası sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasını engeller (WHO, 2022).

6. Sonuç ve Öneriler

Doğal krizler, toplumlar üzerinde derin ve kalıcı etkiler bırakır. Afetlerde, kadın sağlığı ve üreme sağlığı alanında kritik bir rol üstlenen ebeler, afet planlamalarının merkezine yerleştirilmelidir. Ebelerin afetlerdeki rolü, yalnızca doğum hizmetleriyle sınırlı kalmamalı, aynı zamanda psikososyal destek, emzirme danışmanlığı ve yenidoğan bakımı gibi önemli alanları da kapsamalıdır. Bu noktada, afet planlamalarında ebelerlik mesleğinin yer alması, politika ve mevzuat düzenlemeleri ile desteklenmesi, kaynakların artırılması ve ebelerlik eğitimlerinin güçlendirilmesi gerekmektedir. Afetlerde ebelerin

karşılaştıkları zorlukları aşabilmek ve toplumsal dayanıklılığı artırmak için, ulusal ve uluslararası düzeydeki başarı öykülerinden dersler çıkarılmalı, bu tecrübeler daha geniş bir perspektife taşınmalıdır. Sağlık hizmetlerinin afet anında kesintisiz ve sürdürülebilir bir şekilde sunulabilmesi için, tüm paydaşların iş birliği yaparak, bu alanda sistematik bir yaklaşım geliştirmeleri gerekmektedir.

6.1. Afet Planlamalarında Ebelik Mesleğinin Aktif Yer Alması

Afetlerde ebelerin etkin rol alabilmesi için, ebelik mesleğinin afet planlamalarına dahil edilmesi zorunludur. Bu, sadece afet anında değil, afet öncesinde ve sonrasında da ebelik hizmetlerinin sürekliliği açısından gereklidir. Ebeler, doğum, yenidoğan bakımı, anne sağlığı, psikososyal destek ve emzirme gibi hizmetlerde kritik roller üstlenmektedirler. Bu nedenle, afet planlamalarında ebelerin yer alması hem toplum sağlığının korunması hem de afet sonrası iyileşme sürecinin hızlandırılması için temel bir adımdır (UNFPA, 2023).

Özellikle, afet sırasında sahra hastanelerinin kurulması ve mobil sağlık ünitelerinin etkin bir şekilde kullanılması, ebelerin sağlık hizmetlerine erişimini sağlar. Afet öncesi bu tür altyapıların hazırlanması ve ebelerin bu altyapıların içinde aktif rol alması, hızlı ve etkili müdahaleleri mümkün kılacaktır.

6.2. Politika ve Mevzuat Düzenlemeleri İhtiyacı

Afetlerde ebelerin daha etkin hizmet verebilmeleri için ulusal sağlık politikalarında yasal ve yapısal düzenlemelere ihtiyaç vardır. Afet dönemlerinde sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin hukuki çerçevelerin eksikliği, ebelerin sadece pratik değil aynı zamanda yasal engellerle de karşılaşmasına neden olmaktadır. Bu nedenle, yerel yönetimler ve sağlık otoriteleri afet sonrası hizmetlere özel politikalar geliştirmelidir. Ayrıca, afet yönetimi eğitiminin hem sağlık çalışanlarına hem de topluma yönelik olarak güçlendirilmesi, müdahale kapasitesini artırarak zorlukların daha etkin şekilde aşılmasını sağlar (Pınar & Doğan, 2023; ICM, 2024).

6.3. Toplum Temelli Afet Yönetiminde Ebelerin Desteklenmesi

Afetlerde ebelerin desteklenmesi, sadece sağlık hizmetlerinin sürekliliği açısından değil, aynı zamanda toplum temelli afet yönetiminin başarılı olabilmesi için de gereklidir. Toplum temelli afet yönetimi, afetlerin etkilerini en aza indirmek ve toplumun yeniden toparlanmasını hızlandırmak için oldukça önemlidir. Ebeler, bu süreçte halkla iletişimde önemli bir rol

üstlenir, toplumu bilinçlendirir ve kriz anlarında doğru bilgi akışını sağlarlar. Ayrıca, afet sonrası toplumsal yeniden yapılanma sürecinde, ebelerin sağladığı psikososyal destek, toplumsal dayanışmanın artırılmasına katkıda bulunur (Kost et al., 2022). Bu bağlamda, ebelerin psikolojik destek sunma, halk sağlığını koruma ve acil durumlar için hazırlıklı olma gibi fonksiyonlarının daha güçlü bir şekilde desteklenmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin etkili ve sürdürülebilir bir şekilde sunulabilmesi için bu unsurlar bir arada çalışmalıdır.

6.4. Ebelik Eğitiminin Güçlendirilmesi ve Kaynakların Artırılması

Afetlerde ebelerin daha etkin bir şekilde hizmet verebilmesi için, ebelik eğitiminin güçlendirilmesi oldukça önemlidir. Ebeler, afetlere özgü eğitimler alarak kriz anında profesyonel müdahalelerde bulunabilir ve kadın sağlığını koruyabilirler. Ayrıca, afet bölgesindeki ebelik hizmetlerini sağlayacak tıbbi malzemelerin önceden temin edilmesi ve mobil sağlık ünitelerinin kurulması da afet anında yapılacak müdahalelerin etkinliğini artıracaktır.

Kaynakların artırılması, afetlerde ebelik hizmetlerinin kalitesini doğrudan etkileyen bir faktördür. Tıbbi malzemelerin, ekipmanların ve ilaçların yeterliliği, yenidoğan bakımından doğum sonrasına kadar uzanan geniş bir yelpazede sağlık hizmetlerinin kalitesini belirler (WHO, 2022). Bu nedenle, afetlere hazırlıklı olmak için ebelik hizmetlerine özel bütçeler ayrılmalı, bu bütçeler afet sonrasında kullanılmak üzere depolanmalıdır.

Kaynaklar

- AFAD. (2023). *Türkiye deprem tehlike haritası ve risk azaltma çalışmaları*. <https://www.afad.gov.tr>
- International Confederation of Midwives. (2022). *Midwives in humanitarian settings: Essential roles and competencies*. <https://www.internationalmidwives.org>
- International Confederation of Midwives. (2024). *Strategic plan 2024–2026*. <https://internationalmidwives.org/resources/strategic-plan-2024-2026/>
- Kluge, H. H. P., Jakab, Z., Bartovic, J., D’Anna, V., & Severoni, S. (2020). Refugee and migrant health in the COVID-19 response. *The Lancet*, 395(10232), 1237–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30791-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30791-1)
- Kost, K., Maddow-Zimet, I., & Dragoman, M. (2022). Access to reproductive health care in humanitarian emergencies. *Global Health: Science and Practice*, 10(4), e2100797. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-21-00797>
- Pinar, G., & Doğan, N. (2023). Midwifery experiences during two major earthquakes in Türkiye: Challenges and lessons learned—A qualitative study. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 17, c1–c8. <https://doi.org/10.1017/dmp.2023.123>
- Population Council. (2023). Strengthening community midwives to tackle gender-based vulnerabilities during the 2022 floods in Pakistan—Lessons learned for future natural disasters. *BMC Global and Public Health*, 1(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s44263-023-00002-9>
- UN Women. (2023). *Gender-based violence in emergencies*. <https://www.unwomen.org>
- UNDRR (United Nations Office for Disaster Risk Reduction). (2023). *Global assessment report on disaster risk reduction*. <https://www.undrr.org>
- UNEP. (2021). *Spreading like wildfire: The rising threat of extraordinary landscape fires*. <https://www.unep.org>
- UNFPA. (2023a). *Gender and disaster response*. <https://www.unfpa.org>
- UNFPA. (2023b). *The role of midwives in humanitarian settings*. <https://www.unfpa.org>
- UNFPA. (2023c). *The state of the world’s midwifery 2023: Midwives’ critical role in humanitarian contexts*. <https://www.unfpa.org>
- WHO. (2022a). *Health emergency and disaster risk management framework*. <https://www.who.int>
- WHO. (2022b). *Maintaining essential health services: Operational guidance for the COVID-19 context*. <https://www.who.int>
- WHO. (2022c). *Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak*. <https://www.who.int>
- Yılmaz, S., & Ordu, Y. (2024). Midwifery services in earthquake zones: Experiences from the February 2023 Türkiye earthquakes. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*.

- Yılmaz, S., Demir, N., & Kara, G. (2025). Women's reproductive health in post-earthquake environments: A qualitative study. *Journal of Disaster Nursing*, 8(2), 45-53.

