



ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI
EBE-YL-2015-0005

KADINLARDA VAJİNAL MUAYENE SIRASINDA
RAHATSIZLIK HİSSİ, İSTİSMAR ÖYKÜSÜ VE
POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞUNUN
İNCELENMESİ

GİZEM GÜNEŞ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM

AYDIN-2015

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK YÜKSEKLİSANS PROGRAMI
EBE-YL-2015-0005

KADINLARDA VAJİNAL MUAYENE SIRASINDA
RAHATSIZLIK HİSSİ, İSTİSMAR ÖYKÜSÜ VE
POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞUNUN
İNCELENMESİ

GİZEM GÜNEŞ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM

Bu tez Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı tarafından 13003 proje numarası ile desteklenmiştir.

AYDIN-2015

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Gizem GÜNEŞ tarafından hazırlanan "Kadınlarda Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi, İstismar Öyküsü Ve Posttravmatik Stres Bozukluğunun İncelenmesi" başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 20./09/2015

Ünvanı, Adı ve Soyadı:

Üniversitesi

İmzası:

1- Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM (Başkan)

Adnan Menderes Üniversitesi



2- Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN

Ege Üniversitesi



3- Doç. Dr. Ayden ÇOBAN

Adnan Menderes Üniversitesi



ONAY:

Bu tez Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünden tarihli vesayılı oturumunda alınan nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Vajinal muayene kadınların yaşamı boyunca birçok kez deneyimlediği bir uygulamadır. Bu muayene ebeler tarafından en sık kullanılan yöntemlerden birisidir ve özellikle doğum sürecinin izlenmesinde gereklidir. Ayrıca vajinal muayenenin de içinde yer aldığı düzenli jinekolojik kontroller cinsel yolla bulaşan hastalıklar, genital kanserler ve diğer jinekolojik problemlerin teşhisine yardımcı olduğu için çok önemlidir. Diğer yandan istismar ve cinsel istismar öyküsü olan kadınlar vajinal muayene yapılırken, posttravmatik stres sendromu yaşayabilir ve cinsel istismar sırasında yaşadıklarına benzer duyguları hissedebilirler. Tüm bu nedenlerden dolayı vajinal muayene sırasında rahatsızlık, istismar ve cinsel istismar öyküsü ve PTSTB' nin incelenmesi gerekli ve önemli konulardır. Araştırmada kadınlarda vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi, istismar öyküsü, cinsel istismar ve PTSTB ile bu durumlar arasındaki ilişkilerin incelenmesi hedeflenmiştir.

Araştırma sonuçlarının bu konuda çalışmalar yapan ve eğitim, danışmanlık hizmetleri sunan meslektaşlarıma rehber olması dileğimle,

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL ONAY.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
EKLER DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırma Soruları.....	4
1.4. Genel Bilgiler.....	5
1.4.1 Vajinal Muayene ve Gerekliliği.....	5
1.4.2 Vajinal Muayene Sırasında Kadınların Hissettikleri.....	6
1.4.3 Şiddet ve İstismar.....	7
1.4.3.1 Şiddet Türleri.....	9
1.4.3.2 Cinsel Şiddet.....	10
1.4.3.3 Şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri.....	13
1.5. Posttravmatik Stres Bozukluğu.....	14
1.6. Vajinal Muayene, İstismar Öyküsü Ve PTSD Arasındaki İlişki.....	16
1.7. Ebenin Sorumlulukları.....	17
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
2.1. Araştırmanın Tipi.....	20
2.2. Araştırmanın Yeri.....	20
2.3. Araştırmanın Zamanı.....	20
2.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	21
2.5. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	22
2.6. Veri Toplama Araçları.....	23
2.6.1. Soru Formu.....	23
2.6.2. Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu.....	24
2.7. Ön Uygulama.....	24
2.8. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	25
2.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
2.10. Araştırmanın Güçlükleri.....	26
2.11. Araştırmada Etik.....	26
3. BULGULAR.....	28
3.1. Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri.....	28
3.2. Kadınların Obstetrik Özellikleri.....	30
3.3. Kadınların Jinekolojik Muayeneye İlişkin Özellikleri.....	32
3.4. Kadınların Cinsel Yaşamına İlişkin Özellikleri.....	33

3.5.	Kadınların Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi ve Muayene Sırasında Daha Rahat Hissetmek İçin Beklentileri.....	33
3.6.	Kadınların Geçmişte Yaşadıkları İstismar Öyküleri ve Özellikleri.....	34
3.7.	Kadınların Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB) Soru Listesi-Sivil Versiyonu Ölçeği Puanları.....	36
3.8.	Kadınların Vajinal Muayene Sırasında Yaşadıkları Rahatsızlık Hissi Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	36
3.9.	Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi Puanlarının Obstetrik ve Vajinal Muayene ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı.....	39
3.10.	Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi Puanlarının Cinsel Yaşam ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı	42
3.11.	Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi Puanlarının Geçmişteki İstismar Öyküsü Özelliğine Göre Dağılımı.....	43
3.12.	Kadınların Posttravmatik Stres Bozukluğu Puan Ortalamasının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	44
3.13.	Posttravmatik Stres Bozukluğu Puan Ortalamalarının Obstetrik ve Vajinal Muayene ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı.....	46
3.14.	Posttravmatik Stres Bozukluğu Puan Ortalamalarının Cinsel Yaşam ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı.....	48
3.15.	Posttravmatik Stres Bozukluğu Puan Ortalamalarının Geçmişteki İstismar Öyküsü Özelliğine Göre Dağılımı.....	48
3.16.	Vajinal Muayene Sırasında Hissedilen Rahatsızlık İle PTSD Yaşama Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	51
3.17.	Kadınların Vajinal Muayene Sırasında Hissedilen Rahatsızlık İle İlgili Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları.....	51
4.	TARTIŞMA.....	53
4.1.	Araştırmanın Sınırlılıkları.....	61
5.	SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	63
5.1.	Sonuçlar.....	63
5.2.	Öneriler.....	64
	ÖZET.....	66
	SUMMARY.....	68
	KAYNAKLAR.....	70
	ÖZGEÇMİŞ.....	81
	TEŞEKKÜRLER.....	83
	EKLER.....	84

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
DSM-IV:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition
KSGM:	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
PTSB:	Posttravmatik Stres Bozukluğu
PCL-C:	Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi- Sivil Formu
SS:	Standart Sapma
VAS:	Vizuel Analog Skala
WHO:	World Health Organization

ÇİZELGELER DİZİNİ

	Sayfa
Çizelge 2.3.1.	Araştırmanın Zamanı..... 21
Çizelge 3.1.1.	Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri..... 29
Çizelge 3.1.2.	Kadınların Eşlerinin Eğitim ve Meslek Özellikleri..... 30
Çizelge 3.2.1.	Kadınların Obstetrik Özellikleri..... 31
Çizelge 3.3.1.	Kadınların Doğum, Cinsel Yaşam ve Jinekolojik Muayeneye İlişkin Verileri 32
Çizelge 3.4.1.	Kadınların Cinsel Yaşamına İlişkin Verileri..... 33
Çizelge 3.5.1	Kadınların Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi ve Muayene Sırasında Daha Rahat Hissetmek İçin Beklentileri..... 34
Çizelge 3.6.1	Kadınların Geçmişte Yaşadıkları İstismar Öyküleri ve Özellikleri..... 35
Çizelge 3.7.1.	Kadınların Posttravmatik Stres Bozukluğu Ölçeği Puan Ortalaması ve PTSD Yaşama Durumları..... 36
Çizelge 3.8.1.	Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı..... 38
Çizelge 3.9.1.	Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi Puanlarının Obstetrik ve Vajinal Muayene ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı..... 41
Çizelge 3.10.1.	Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi Puanlarının Cinsel Yaşam ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı..... 42
Çizelge 3.11.1.	Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi Puanlarının Geçmişteki İstismar Öyküsü Özelliğine Göre Dağılımı..... 43
Çizelge 3.12.1.	Posttravmatik Stres Bozukluğu Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı..... 45
Çizelge 3.13.1.	Posttravmatik Stres Bozukluğu Puan Ortalamalarının Obstetrik ve Vajinal Muayene ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı..... 46
Çizelge 3.14.1.	Posttravmatik Stres Bozukluğu Puan Ortalamalarının Cinsel Yaşam ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı..... 48
Çizelge 3.15.1.	Posttravmatik Stres Bozukluğu Puan Ortalamalarının Geçmişteki İstismar Öyküsü Özelliğine Göre Dağılımı..... 50
Çizelge 3.16.1.	Vajinal Muayene Sırasında Hissedilen Rahatsızlık İle PTSD Yaşama Arasındaki İlişki 51
Çizelge 3.17.1	Kadınların Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissini Etkileyen Risk Faktörlerinin Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları..... 52

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 1. Araştırmaya Alınan Bireylerin Akış Şeması.....	22

EKLER DİZİNİ

	Sayfa
EK 1. Soru Formu.....	84
EK 2. Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu.....	86
EK 3. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı.....	88
EK 4. Aydın İl Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Belgesi.....	89
EK 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	90
EK 6. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığında Araştırma Sonuç Onayı	94

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Vajinal muayene kadınların yaşamı boyunca birçok kez deneyimlediği bir uygulamadır (Swahnberg ve ark 2011). Bu muayene ebeler tarafından en sık kullanılan yöntemlerden birisidir ve özellikle doğum sürecinin izlenmesinde gerekli olan en önemli parametre olarak kabul edilmektedir (Nizard ve ark 2009). Ayrıca vajinal muayenenin de içinde yer aldığı düzenli jinekolojik kontroller cinsel yolla bulaşan hastalıklar, genital kanserler ve diğer jinekolojik problemlerin teşhisine yardımcı olduğu için çok önemlidir (Frye ve Weisberg 1994). Diğer yandan istismar ve cinsel istismar öyküsü olan kadınlar vajinal muayene yapılırken, posttravmatik stres sendromu yaşayabilir ve cinsel istismar sırasında yaşadıklarına benzer duyguları hissedebilirler (Swahnberg ve ark 2011). Tüm bu nedenlerden dolayı vajinal muayene sırasında rahatsızlık, istismar ve cinsel istismar öyküsü ve PTSTB'nin incelenmesi gerekli ve önemli konulardır.

Yapılan çalışmalarda kadınların vajinal muayeneyi “uygulanması gerekli, fakat hoşnut olunmayan bir durum” olarak tanımladıkları belirtilmektedir (Swahnberg ve ark 2011). Muayene eden sağlık çalışanının muayene öncesinde kadın ile olumlu iletişim kurma, muayene sırasında kadına odaklanma, uygulanan işlemler ve durumu hakkında bilgi verme, kullanılan aletleri nazikçe uygulama, saygılı davranma gibi uygulamaların jinekolojik muayenede yaşanan olumsuz etkiyi daha aza indirdiği belirtilmektedir. Aksine sert, aceleci, duyarsız ve hasta ile sözel iletişime girmeden yapılan jinekolojik muayenelerin ise kadınlarda utanma duygusunun ve korkunun artmasına neden olduğu belirtilmektedir (Lai ve Levy 2002, Taşkın 2014). Vajinal muayenenin doğum sırasında sık aralıklarla yapılması ve bu uygulama sırasında gerekli özenin gösterilmemesi de ağrı, rahatsızlık, anksiyete hissedilmesine, korku, utanç, suçluluk, güçsüzlük gibi duyguların yaşanmasına ve doğumla ilgili kadınların memnuniyetinin azalmasına neden olmaktadır (Hassan ve ark 2012). Jinekolojik muayene sırasında yaşanan tüm bu olumsuz deneyimler, kadını bundan sonraki muayenelere gelmekten alıkoymaya ve düzenli jinekolojik kontrollerle amaçlanan koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma mümkün olamayabilir (Taşkın 2014).

Vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissedilmesi geçmiş kötü deneyimlerin hatırlanması nedeni ile gösterilen tepkilerin sonucu olarak ortaya çıkabilir. Sağlık personeli kadının geçmiş yaşamındaki cinsel istismar öyküsü ve kötü vajinal muayene deneyimlerinden habersiz ise kadının gösterdiği tepkileri anlamsız görebilir. Bu nedenle vajinal muayene sırasında hissedilen rahatsızlıklar kadın sağlığı bakımından önemlidir ve sağlık çalışanları tarafından dikkate alınmalıdır (Swahnberg ve ark 2011).

Vajinal muayene yapılırken, istismar ve şiddet öyküsü olan kadınların cinsel istismar sırasında yaşadıklarına benzer duyguları hissettikleri ve benzer tepkileri verdikleri bildirilmektedir. Bu durum cinsel istismar öyküsü olan kadınların posttravmatik stres sendromu yaşamalarına neden olmaktadır (Swahnberg ve ark 2011). Swahnberg ve ark (2011) kadınların %18,3'ünün vajinal muayene sırasında aşırı rahatsızlık hissettiğini ve %9,7'sinin cinsel şiddete maruz kaldığını bildirmişlerdir. Ayrıca cinsel şiddete maruz kalan kadınların %23,2'sinin vajinal muayene sırasında aşırı rahatsızlık hissettikleri ve cinsel şiddet öyküsü ile vajinal muayene sırasında aşırı rahatsızlık yaşama arasında pozitif bir ilişkinin olduğu da rapor edilmiştir.

İstismara uğrayan kişilerin yaygın olarak depresyon, kimlik ve kişilik bozuklukları, anksiyete bozukluğu, PTSD, madde kullanımı, düşük benlik saygısı ve umutsuzluk gibi ruhsal problemler yaşadıkları bildirilmektedir (Kirkwood 1993, Golding 2002, Lowdermilk ve Perry 2010, Rees 2011, Taft ve ark 2013). Ayrıca sağlık bakımı almaya gelen ve cinsel istismar öyküsü olan kadınlarda PTSD, cinsel disfonksiyon, depresyon, anksiyete ve madde bağımlılığı gibi problemler ile sık karşılaşmaktadır (Lowdermilk ve Perry 2010).

Bazı kadınların vajinal muayenenin ebeler tarafından yapılmasını tercih ettikleri bilinmektedir (Hassan ve ark 2012). Ayrıca ebeler beklide aile içi şiddete uğrayan kadınların şiddet hakkında konuşabileceği kişilerden ilki ve en önemlisidir. Şiddet mağduru kişiler genellikle başka sağlık sorunları nedeni ile hastaneye başvururlar. Bu dönem ebelerin aile içi şiddete maruz kalan kadınları saptama, müdahale etme ve gerekli destek merkezlerine yönlendirmeleri için önemli bir fırsattır (Leslye ve Orloff 2009).

Ebelerin istismara uğrayan kadınların destek sistemlerine erişimi sağlama, eğitim ve danışmanlık gibi çok önemli görevleri bulunmaktadır. Sağlık çalışanları genellikle toplumsal baskılar, aile içi şiddetin prevalansı ve cinsel istismar hakkındaki bilgi

eksikliklerinden dolayı rutin olarak cinsel istismar hakkında sorgulama yapmazlar. Ebelerin cinsel istismara karşı kadınların birincil ve ikincil korumasındaki rolü çok önemlidir ve bu roller onların elindeki en büyük güçtür. Ayrıca cinsel ve üreme sağlığı uzmanları ebeyi hem uzman sağlık çalışanı hem de kadın sağlığı savunucusu olarak tanımlanmakta ve kadınlarla aralarında özgün bir ilişki olduğunu belirtmektedirler (King ve Ryan 1996). Bazı kadınlar sadece prenatal bakım, jinekolojik muayene, yenidoğanın izlem ve bakımı sırasında sağlık çalışanlarından bakım alabilirler. Böylece ebelerin, diğer sağlık çalışanlarına göre istismara uğramış kadınlarla karşılaşma ihtimali daha fazladır (Helton ve ark 1989, Campbell ve ark 1992, Christine ve ark 1996). Bu bilgilere dayalı olarak, ebelerin vajinal muayene sırasında kadının cinsel istismar öyküsünü dikkate almaları, sorgulamaları ve kadınları rahatlatıcı teknikleri kullanmaları gerekmektedir.

Sağlık bakımı sistemi içinde önemli bir sağlık çalışanı olarak ebenin, kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Şiddet, insan yaşamının her alanında görülebilen ve dünyada önemi giderek artan ve cinsel istismar çok sık karşılaşılan bir kadın sağlığı sorunu olmasına rağmen sağlık bakımında rutin olarak sorgulanmamaktadır. Diğer yandan vajinal muayene gerek doğum eyleminde gerekse kadının jinekolojik izlem ve tedavileri sırasında sıklıkla uygulanmaktadır. Vajinal muayenenin cinsel istismar öyküsü olan kadınlarda PTSD ve rahatsızlık yaşanmasına neden olduğu bildirilmektedir. Ayrıca bu kadınların vajinal muayenede cinsel istismar sırasında yaşadıklarına benzer duyguları hissettikleri ve benzer tepkileri verdikleri rapor edilmektedir (Swahnberg ve ark 2011). Tüm bu nedenlerden dolayı vajinal muayene istismar ve cinsel istismar kadın sağlığı için önemli konulardır. Literatür incelendiğinde, bu konuda yapılmış uluslararası sınırlı sayıda çalışmanın bulunduğu görülmüş ve ulusal herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu gerekçelerden dolayı, araştırmada kadınlarda vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi, istismar öyküsü, cinsel istismar ve PTSD ile bu durumlar arasındaki ilişkilerin incelenmesi hedeflenmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Kadınlarda vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi, istismar öyküsü, cinsel istismar ve posttravmatik stres bozukluğu ile bu durumlar arasındaki ilişkilerin incelenmesi hedeflenmiştir

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Vajinal muayene sırasında rahatsızlık ile posttravmatik stres bozukluğu puanları arasında ilişki var mıdır?
2. İstismar öyküsü olan ve olmayan kadınlarda vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi bakımından fark var mıdır?
3. Cinsel istismar öyküsü olan ve olmayan kadınlarda vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi bakımından fark var mıdır?
4. İstismar öyküsü olan ve olmayan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğu puanları bakımından fark var mıdır?
5. Cinsel istismar öyküsü olan ve olmayan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğu puanları bakımından fark var mıdır?

1.4. GENEL BİLGİLER

1.4.1. Vajinal Muayene ve Gerekliliği

Düzenli jinekolojik kontroller, kadın sağlığının korunması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, genital kanserler ve yolunda gitmeyen bir durumun erken dönemde teşhisi için gerekli ve önemlidir (Frye ve Weisberg 1994). Vajinal muayene jinekolojik kontrol ve tedavilerin yanında gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerdeki izlem ve bakımlarda da sıklıkla kullanılmaktadır (Swahnberg 2011).

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2014) tarafından yapılan Türkiye’de kadın sağlığı araştırmasında kadınların %48,83’nün hiç jinekolojik muayene olmadıkları belirtilmiştir. Ancak yapılan çalışmalarda jinekolojik muayenenin jinekoloji alanında hayatı tehdit eden bazı patolojik durumların saptanması için daha sık yapılması gerektiğini vurgulanmaktadır (Aksakal 2001a).

Kadınlar en çok obstetrik nedenler ile vajinal muayene yaptırma durumunda kalmaktadırlar. Obstetride vajinal muayenenin amacı gebeliğin tespiti, pelvik yapının doğuma uygunluğunu değerlendirmek, doğumun seyrini izlemek ve anormal durumları tespit etmektir. Doğumun gerçekleşebilmesi için annenin serviksinin kapalı durumdan 10 cm’ ye kadar dilate olması gerekir. Vajinal muayene bize servikal dilatasyonun nasıl ilerlediği, fetüsün prezentasyonu ve pozisyonu hakkında bilgi verir (Taşkın 2014).

Kadınların vajinal muayenenin gerekliliğini kabul etmelerine rağmen, jinekolojik muayene deneyiminin olumsuz olması, kadını bundan sonraki muayenelere gelmekten alıkoyabilir ve düzenli jinekolojik kontroller ile amaçlanan kadın sağlığını korumak mümkün olamayabilir (Taşkın 2014). Yapılan bir çalışmada muayene öncesinde kadın ile olumlu iletişim kurmak, muayene süresince kadına odaklanmak, uygulanan işlemler ve durumu hakkında bilgi vermek, kullanılan aletleri nazikçe uygulamak, saygılı davranmak gibi uygulamaların jinekolojik muayenede yaşanan travmatize etkiyi daha aza indirdiği bildirilmektedir. Aksine sert, aceleci, duyarsız ve kadın ile sözel iletişime girmeden yapılan

jinekolojik muayenelerin kadınlarda utanma duygusunun ve korkunun artmasına neden olduğu belirtilmektedir (Lai ve Levy 2002).

1.4.2. Vajinal Muayene Sırasında Kadınların Hissettikleri

Vajinal muayene kadın sağlığının izlenmesi ve yüksek riskli durumların erken tespiti ve tedavisi sırasında yapılması gerekli olan bir uygulamadır. Fakat vajinal muayenenin sık aralıklarla yapılması ve bu uygulama sırasında gerekli özenin gösterilmemesi ağrı, rahatsızlık, anksiyete duyulmasına ve korku, utanç, suçluluk, güçsüzlük gibi duyguların yaşanmasına, doğumla ilgili kadınların memnuniyetinin azalmasına neden olmaktadır (Hassan ve ark 2012, Downe ve ark 2013). Larsen ve ark (1997) tarafından vajinal muayene sırasında kadınların hissettiklerini belirlemek amacı ile yapılan çalışmada, kadınların vajinal muayene öncesi gergin oldukları, fakat jinekolojik hastalıkların belirlenmesi için bu uygulamayı gerekli gördükleri belirtilmiştir. Hassan ve ark (2012) tarafından 176 kadın ile yapılan bir diğer çalışmada, kadınların %81,0'nun vajinal muayene sırasında ağrı ve %68,0'nun rahatsızlık hissettiklerini, %5,0'nun utanç duyduklarını ve %5,0'nun kendilerini sanki ölecekmiş gibi hissettiklerini bildirdikleri rapor edilmiştir.

Erbil ve ark (2008) tarafından yapılan bir araştırmada ise kadınların jinekolojik muayene öncesinde orta düzeyde anksiyete, %62,5'inin utanma, %38,8'inin sıkıntı, %37,9'unun korku ve %21,7'sinin ağrı yaşadıkları, kadınların mesleği ve jinekolojik muayene olma sayısının anksiyete yaşamada etkili faktörler olduğu belirtilmiştir. Yine bu çalışmada kadınların %37,5'inin jinekolojik muayene esnasında yanında doktordan başka kişiyi istemediği ve %37,1'inin ise eşinin olmasını istediği bildirilmiştir.

Yapılan araştırmalarda, jinekolojik muayene sırasında anksiyete yaşanmasını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar; sağlık personelinin olumsuz ve duyarsız tutumu, muayene eden sağlık personelinin karşı cinsten olması, muayene pozisyonu, kullanılan aletler, önceki olumsuz muayene deneyimleri, mahremiyete dikkat edilmemesi, ağrı korkusu, patolojik tanı konulma korkusu, kişisel temizlik hakkında korku, genç yaşta

olma, muayene deneyiminin olmamasıdır (Larsen ve ark 1997, Hilden ve ark 2003, Hassan ve ark 2012).

Kadınların vajinal muayene sırasında yaşadıkları olumsuz hislerin azalması için jinekolojik muayeneyi yapan sağlık çalışanlarının cinsiyeti, muayene hakkında bilgi verme, muayene pozisyonu, muayeneyi yapan kişiye güvenme ve mahremiyete özen gibi konularda beklentilerinin olduğunu bildirilmektedir (Larsen ve ark 1997). Yine jinekolojik muayene sırasında kadınların sağlık çalışanlarından güler yüz (%45,0), ilgi (%28,3) ve anlayış (%24,2) bekledikleri belirtilmektedir (Erbil ve ark 2008). Ayrıca bazı kadınların da vajinal muayenenin ebeler tarafından yapılmasının diğer sağlık çalışanlarına göre daha rahatlatıcı olduğunu bildirdikleri rapor edilmiştir (Hassan ve ark 2012).

1.4.3. Şiddet ve İstismar

Şiddet, insan yaşamının her alanında görülebilen ve dünyada önemi giderek artan bir toplum sağlığı sorunudur. Kadına yönelik şiddet dünyada majör sağlık bakım problemidir. Toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle yaşanan kadına yönelik şiddet, kadınların yakın çevrelerindeki erkeklerden, tanımadıkları erkeklere ve hatta aile içindeki kadınlara kadar uzanan geniş bir çevre içinde yaşanmaktadır (Yüksel ve ark 2009). İstatistiksel verilere göre kadınlara yönelik şiddet, kadınlarda en önemli yaralanma nedenidir ve şiddetin en yaygın görülen biçimi erkeğin kadına ve çocuğa uyguladığı aile içi şiddettir (Portwood ve Heany 2007). Kadına yönelik şiddet istatistiksel olarak belirtilenden daha da büyük bir sorundur. Çünkü kadına yönelik şiddet suçları korku, şiddete yönelik anlayış eksikliği, toplumsal baskılar nedeniyle utanç duyma gibi nedenlerden dolayı bildirilmemektedir (Lowdermilk ve Perry 2010). Kadınlar ırk, etnik grup, eğitim, din, sosyoekonomik durum fark etmeksizin şiddete maruz kalmaktadırlar. Kadına yönelik şiddet çok uzun yıllar mahrem ya da sadece aileyi ilgilendiren bir konu olarak değerlendirilmiştir. Günümüzde şiddet “temel insan hakları ihlali” olarak kabul edilmektedir. Yaygın olmasının akut ve kronik etkileri nedeniyle kadın sağlığını olumsuz etkilemesinin yanı sıra, kadının ölümüne kadar gidebilen olumsuz sonuçları nedeniyle, şiddet önemli bir halk sağlığı sorunu olarak nitelendirilmektedir (Efe ve Ayaz 2010, Subaşı ve ark 2012).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti, ‘‘fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulaması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığının bulunması’’ durumu olarak tanımlamaktadır (World Health Organisation 2014).

DSÖ farklı şiddet türlerini ve karakterize edici özelliklerini tanımlamak için bir tipoloji geliştirmiştir. Burada geliştirilen tipolojiye göre şiddet üç geniş kategoriye ayrılmıştır. Bunlar (World Health Organization 2002);

- Kendi kendine uygulanan şiddet,
- Kişilerarası şiddet ve
- Kolektif (toplu) şiddettir.

Bu sınıflama arasındaki ayrım, şiddetin kişinin kendi tarafından mı, bir başka kişi veya küçük grup tarafından mı yoksa siyasi gruplar, terör örgütleri, militan grupları gibi büyük gruplar tarafından mı uygulandığına göre yapılandırılmıştır (World Health Organization 2002). Bu üç ana grup daha spesifik şiddet türlerini tanımlamak için alt gruplara ayrılmıştır. Bunlar;

Kendi kendine uygulanan şiddet: İntihar davranışı ve kendine yönelik kötü davranışlar olarak iki gruba ayrılmıştır (World Health Organization 2002).

Kişilerarası şiddet: Şiddetin bu türü iki alt kategoriye ayrılır. *Birincisi*, aile içi ve eşi veya birlikte olduğu kişi/kişiler tarafından uygulanan şiddettir. Bu şiddet türü büyük ölçüde aile üyeleri arasında veya eşi/partneri tarafından uygulanmakta, bütünüyle olmamak kaydıyla evde gerçekleşmektedir. *İkincisi*, toplum tarafından uygulanan şiddettir. Şiddetin bu türü sosyal ilişkinin olmadığı, tanınan veya tanınmayan kişi/kişiler tarafından uygulanabilir ve genellikle ev dışında gerçekleşir (World Health Organization 2002).

Toplu şiddet: Sosyal, siyasal ve ekonomik olarak üç grupta incelenmektedir. Diğer iki grubun aksine, toplu şiddetin alt grupları, büyük topluluklar veya ülkeler tarafından uygulanan şiddetin nedenlerini kapsamaktadır. Toplu şiddet, toplumsal gündemi ilerletmek için işlenmektedir ve organize gruplar, terörist grupları ve çeteler tarafından işlenen suç ve öfke eylemlerini içermektedir. Politik şiddet, savaş, çatışmalar gibi büyük gruplar tarafından uygulanan şiddet de bu kapsamda yer alır. Ekonomik şiddet, büyük grupların

ekonomik kazanç sağlamak amacıyla yaptıkları ekonomik faaliyeti kesintiye uğratma, temel hizmetlere erişimi engelleme ve ekonomiyi parçalama gibi saldırıları eylemlerini içermektedir (World Health Organization 2002).

1.4.3.1. Şiddet Türleri

Fiziksel, cinsel, yoksun bırakma veya ihmal içeren ve psikolojik formlarda olabilir (World Health Organisation 2002). Şiddet muhtemelen insan deneyimlerinin her zaman bir parçası olmuştur. Şiddetin etkileri çeşitli biçimlerde dünyanın her yerinde görülebilmektedir. Her yıl bir milyondan fazla kişi şiddet nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Daha da önemlisi kişilerarası ve kolektif (toplu) şiddet nedeniyle birçok kişi ölümcül olmayan yaralanmalara maruz kalmaktadır (World Health Organisation 2002).

DSÖ'nün 2013 raporuna göre, dünya genelinde kadınların %38'inin hayatlarında en az bir kez eşleri ya da partnerleri tarafından ve partnerleri dışındaki kişiler tarafından cinsel istismara maruz kaldığı bildirilmektedir. Ayrıca bu raporda kadınların %30'una eşleri/partnerleri tarafından fiziksel veya cinsel şiddet uygulandığı bildirilmektedir. Kadına yönelik aile içi şiddetle mücadele 2007-2010 ulusal eylem planında yer alan ve DSÖ tarafından 10 ülkede 24.000 kadın ile görüşülerek yapılan bir araştırmada, eşleri tarafından fiziksel şiddete uğrayan kadınların oranı %13-61, cinsel şiddete uğrayanların %6-59, psikolojik şiddetle karşı karşıya kalanların ise %20-75 oranında olduğu belirtilmiştir (World Health Organisation 2005).

Amerika Birleşik Devleti'nde yapılan bir çalışmada ise her 15 saniyede, bir kadının kocası ya da partneri tarafından fiziksel şiddete uğradığı, bu kadınların 2000-4000'inin de şiddetin ölümcül sonuçlarından dolayı yaşamını yitirdiği belirtilmiştir (Süral, 2002). Yine ABD'nin ulusal kadına yönelik şiddet araştırması sonuçlarına göre, kadınların eşleri tarafından yaşamları boyunca cinsel istismara uğrama sıklığı %7,4 ve fiziksel şiddete uğrama sıklığı %22,1 olarak rapor edilmiştir (Tjaden ve Thoennes 2000).

Türkiye'de kadına yönelik şiddetin araştırılmasına ilişkin sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan

Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet 2014 raporuna göre ülke genelinde yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten kadınların oranı %36 olarak bildirilmiştir (Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2014). Arat ve Altınay (2007) tarafından Türkiye genelinde 56 ilden 1800 evli kadın ile yapılmış ‘Kadına Yönelik Şiddet’ isimli çalışmada eşinden en az bir kez fiziksel şiddet gören kadınların oranı %35 olarak rapor edilmiştir.

1.4.3.2. Cinsel Şiddet

Cinsel şiddet, kişinin istemediği halde başkaları tarafından cinsel olarak kötüye kullanılması, suistimal edilmesi, cinsel ilişkiye zorlanması, sürekli kadınlığının ya da erkekliğin aşağılanması, telefonla/mektupla veya sözlü olarak sürekli cinsel içerikli tacizlerde bulunulması, cinsel organlarına zarar verilmesi, namus ve töre nedeni ile baskı uygulanması ve öldürülmesi durumu olarak tanımlanmaktadır (Owen 2008, Subaşı ve ark 2012). Cinsel şiddet, kadında cinselliğin bir tehdit, sindirme ve kontrol etme aracı olarak da tanımlanmaktadır (Güleç ve ark 2012). Cinsel istismar sözle, pornografiyle, dokunmayla ya da davranışlarla olabilir. Ancak, cinsel istismarın en ağır şekli bir kişinin kendi rızası olmadan vajina ya da anüsüne penis ya da başka bir nesnenin girmesiyle cinsel ilişkiye maruz bırakılmasını içeren tecavüzdür. Cinsel istismara her cinsiyetten, her sosyal tabakadan ve meslek grubundan kişiler uğrayabilmekle beraber, genel olarak en sıklıkla kadınların ve çocukların maruz kaldıkları bildirilmektedir. Cinsel istismarın meydana gelme biçimleri açık ya da aleni olabileceği gibi gizli de olabilir (Subaşı ve ark 2012).

Kadın bedenine yönelik olarak en sık rastlanan istismar şekli olan cinsel taciz olayına toplumun hemen her alanında ve özellikle iş yaşamında sıklıkla rastlanmaktadır. Genellikle otuz yaşın altındaki genç kadınlar ve özellikle aile fertlerine bakmak durumunda olan hiç evlenmemiş, dul, boşanmış ya da eşinden ayrı yaşayan kadınlar, iş yerinde çalışan herhangi bir kişi tarafından cinsel istismara uğrayabilmektedir (Bailey ve ark 1997, Küçükler 2002, Süral 2002). Cinsel istismar açısından ele alındığında evlilik içi zorla cinsel ilişki de suç oluşturmaktadır. Evliliğin doğal sonuçlarından birisi cinsel ilişkidir, ancak eşler evlilik bağıyla yalnızca karşılıklı isteğin olduğu bir cinsel ilişkiyi kabul etmişlerdir. Aksinin olması halinde bu durum, kişinin cinsel özgürlüğüne karşı yapılmış bir saldırı olarak kabul edilmektedir (Bailey ve ark 1997, Süral 2002).

İngiltere, İtalya, İsviçre, Danimarka, İsveç, Kanada, Belçika, Fransa, Almanya gibi gelişmiş ülkelerde ve Amerika Birleşik Devletleri'nin yirmiden fazla eyaletinde evlilik içi zorla cinsel ilişki, suç olarak değerlendirilmektedir (Graldi ve ark 2006). Ülkemizde 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 102. maddesinde cinsel saldırı suçunun eş tarafından yapılması durumunda soruşturma ve kavuşturmanın eşin şikâyetine bağlı olarak yapılacağı belirtilmiştir (Türk Ceza Kanunu 2004). World Health Organisation'nın 2013 yılında yaptığı küresel ve bölgesel alanda kadına yönelik şiddet araştırması raporuna göre, kadınların eşleri/partnerleri tarafından hayatları boyunca cinsel ve/veya fiziksel istismara uğrama oranı %23,2, eşi/partneri dışında biri tarafından cinsel istismara uğrama oranı %12,6'dır. Ayrıca bu raporda eşi/partneri veya başka kişiler tarafından fiziksel ve/veya cinsel istismara maruz kalan kadınların oranı %32,7 olarak bildirilmiştir (World Health Organisation 2013).

Aile İçi Şiddeti Önleme Fonu tarafından 2007 yılında hazırlanan raporda 12 yaş ve üzeri kadınlarda cinsel saldırı ve tecavüz oranı binde 1,8 olarak bildirilmiştir (Family Violence Prevention Fund 2007). T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2014) tarafından yayınlanan Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet raporuna göre evlenmiş kadınların %12'sinin cinsel şiddet içeren davranışlardan en az birini yaşadıkları belirtilmiştir. Türkiye genelinde 56 ilden 1800 evli kadınla yapılmış 'Kadına Yönelik Şiddet' isimli bir çalışmada kadınların %14'ü en az bir kez istemedikleri zamanlarda cinsel ilişkiye zorlandıkları, cinsel şiddete uğradığını belirten kadınların %67'sinin aynı zamanda fiziksel şiddete de maruz kaldığı rapor edilmektedir (Arat ve Altınay 2007). Aydın il merkezinde, Karaçam ve ark (2006) tarafından 291 kadın ile yapılan bir çalışmada ise kadınların %27,8'i evlilik yaşamlarının her hangi bir zamanında kendilerine yönelik şiddet davranışında bulunulduğunu ve %9,2'si de istemedikleri halde eşleri tarafından cinsel ilişkiye zorlandıklarını belirttikleri rapor edilmiştir. Ceylan ve ark (2009) tarafından Van bölgesindeki çocuklarda cinsel istismarı belirlemek amacıyla yapılan çalışmada Mart-2008 ile Ağustos-2009 tarihleri arasında toplam 8 çocuk istismar vakasının olduğu belirlenmiştir. Cinsel istismara maruz kalan bu 8 çocuğun 5'i (%62,5) erkek, 3'ü (%37,5) ise kızdır.

Fiziksel, psikolojik ve cinsel şiddete maruz kalmış kadınlar genellikle kronik sağlık problemleri yaşamaktadır (Mc Cauley 1995, Campbell 2002). Bu kadınlarda karşılaşılan fiziksel sağlık problemleri; kronik ağrı, santral sinir sistemi semptomları, fonksiyonel

gastrointestinal sistem bozuklukları, gastrointestinal ve kardiyak belirtiler, olumsuz gebelik sonuçları ve erken doğum eylemidir. İstismara uğrayan kişilerde yaygın olarak görülen ruhsal problemler ise depresyon, dissosiyatif kimlik bozuklukları, borderline kişilik bozuklukları, yaygın anksiyete bozukluğu, PTSD, madde kullanımı, düşük benlik saygısı ve umutsuzluktur (Kirkwood 1993, Golding 2002, Lowdermilk ve Perry 2010, Rees 2011, Taft ve ark 2013). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde intihar ve intihar girişimi de sıklıkla karşılaşılan istismarın bir sonucudur (Mc Cauley 1995, Campbell 2002). Ayrıca sağlık personeline bakım almaya gelen ve cinsel istismar öyküsü olan gebe veya loğusalarda da PTSD, cinsel disfonksiyon, depresyon, anksiyete ve madde bağımlılığı sık karşılaşılan durumlardır (Lowdermilk ve Perry 2010). Yine bu kalanlarda yoğun korku, sosyal izolasyon, düşük özgüven, öfke patlamaları, öz kırım, istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar vb. birçok olumsuz durum gözlemlenmektedir (World Health Organization 2002). İstismara uğrayan ve uğramayan kadınlar arasındaki jinekolojik semptomlar bakımından da büyük fark bulunmaktadır (Mc Cauley 1995, Campbell 2002).

Ayrıca literatürde cinsel istismar ile cinsel fonksiyon bozukluğu arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (Randolph ve Reddy 2006, Rellini ve Meston 2007). Pikarinen ve ark (2007) geçmişlerinde fiziksel ve/veya cinsel istismar öyküsü olan kadınların cinsel yaşamlarının, olmayanlara göre anlamlı derecede kötü olduğunu ve istismara uğrayan kadınların üçte ikisinin jinekologlarının istismar öyküsü ile ilgili doğrudan soru sormaması gerektiğini bildirmişlerdir. Karen ve ark (2008) da üç farklı nitelikteki istismarın (fiziksel, cinsel, duygusal) her birinin yaşanmış olmasının cinsel disfonksiyon yaşama oranının iki kat artmasına neden olduğunu bildirmişlerdir. Yine bu çalışmada özellikle çocukluk çağı duygusal, yetişkinlik çağı cinsel ve duygusal şiddetin cinsel disfonksiyon ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu rapor edilmiştir.

Ayrıca anne ve fetüs de gebelik ve postpartum süreçte de yüksek şiddet riski altındadırlar. Şiddetin en ağır sonucu ise maternal ve fetal ölümlerdir. Cinsel istismar sonucunda yüksek oranda istenmeyen adölesan gebelikler, isteyerek düşükler ve abortuslar görülmektedir (Taft ve Watson 2004, Pallitto 2013). Bu etkiler kadının ebeveynlik yeteneğini olumsuz etkilemekte ve bu durumdan dolayı olarak da çocuklar etkilenmektedir (Mc Cauley 1995, Campbell 2002).

Bazı araştırmacılar sağlık bakımında, tüm kadınlarda istismar öyküsünün rutin olarak sorgulanması gerektiğini savunmaktadırlar. Bu yaklaşımın istismara uğrayıp ifade edemeyen, bir girişimde bulunamayan veya eylemi istismar olarak tanımlayamayan kadınlara yardımcı olabileceği düşünölmektedir. Bu durum sağlık çalışanlarının istismara uğrayan kadınlara acil destek sağlamasına veya kadınları şiddet destek sistemlerine yönlendirmesine olanak sağlayacaktır. Bu konuda öne sürölen bir diğer gerekçe ise gebelik gibi yüksek riskli grupların doğum öncesi kliniğe başvurduklarında şiddet ile ilgili taramalarının yapılmasının sağlanmasıdır (Taft ve ark 2013). Ebeler kendi uygulama alanlarında bu tür olguları saptayabilmekte, istismara maruz kalmış kadınlara özel bakım sunabilmekte, kadına yönelik şiddetle ilgili faaliyetlere kadınları yönlendirebilmekte, sağlık sistemini ve şiddeti azaltmaya yönelik kamu politikalarını etkileyebilmektedirler (Lowdermilk ve Perry 2010).

1.4.3.4. şiddetin Kadın Sağlığına Etkileri

Geçmişte ya da řu anda yaşanan şiddet deneyimleri, kadın sağlığını olumsuz etkileyebilir. Kadına yönelik şiddetin kadın sağlığı üzerinde en çok görölen sonuçları HIV, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, kürtaj, düşük, düşük doğum ağırlığı, prematür doğum, intra uterin gelişim geriliği, gestasyonel yaşına göre küçük bebek, alkol kullanımı, depresyon, intihar ve ölümdür (World Health Organization 2013).

Kadına yönelik şiddet, kadınların HIV ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanmasını arttırmaktadır. Tahminlere göre kadına yönelik şiddet HIV ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanmayı 1.52 kat attırmaktadır (OR=1,52; %95 CI=1,03-2,23; World Health Organization 2013). Kadına yönelik şiddetin bir diğer sonucu istenmeyen gebelikler ve isteyerek düşüklerdir. Tahminlere göre her yıl 80 milyon kadın istemediği halde gebe kalmaktadır ve bunların yarısı gebeliğini sonlandırmaktadır. Yapılan bir sistematik derlemede istismara uğrama isteyerek düşük oranlarını 2.16 kat arttırmaktadır (OR=2,16; %95 CI=1.88-2,49; Pallitto 2005).

İstismara uğrayan kadınlarda düşük doğum ağırlığı preterm doğumdan ya da intra uterin gelişim geriliğinden kaynaklanabilir fakat her iki sebepte strese bağlı yaşanabilmektedir. şiddet ve tehlike içinde yaşamak maternal sağlığı etkileyen çok önemli

bir risk faktörüdür. Maternal sağlığın kötü olması doğum ağırlığını da etkilemektedir. DSÖ yapılan bir sistematik derlemede eş/partner tarafından kadına yönelik şiddetin düşük doğum ağırlığı (OR=1,16; %95 CI=1,02–1,29) ve preterm doğum (OR=1,41; %95 CI=1,21-1,62) ile pozitif yönlü bir ilişkisinin olduğunu bildirmiştir (World Health Organization 2013).

Şiddet ve istismar alkol kullanımı ile yakından ilişkililerdir. Alkol erkeklerin şiddet davranışlarını kolaylaştırıcı en önemli faktörlerdendir. Kadınlar ise şiddet ile başa çıkabilmek için alkol almaktadırlar. Bunun tersine kadınlar alkol aldıkları içinde eşlerinden/partnerlerinden şiddete maruz kalmaktadırlar (World Health Organization 2013).

Kadınların travmatik strese maruz kalması istismar sonrasında yaşanan depresyonun ve intihar girişimlerinin ana nedeni olduğu düşünülmektedir. Travmatik olaylara maruz kalma stres, korku ve izolasyon yaşanmasına bunlar ise depresyon ve intihar girişimlerine neden olabilir. Diğer yandan ciddi mental problemleri olan kadınlar daha fazla oranda istismara maruz kalmaktadırlar (McPherson ve ark 2007, Khalifeh ve ark 2010).

Türkiye genelinde fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kalan kadınların dörtte biri şiddet sonucunda yaralandıklarını belirtmiştir. Bu oran kentte yaşayan kadınlarda, kırdaki yaşayanlardan yüzde 6 daha fazladır. Şiddete maruz kalmış her 10 kadından 6'sı 3 kez veya daha fazla sayıda yaralanmıştır; bu yaralanmaların yarıya yakınının tedavi gerektirecek düzeyde olması, şiddetin kadınların fiziksel sağlığına yönelik ciddi bir tehdit yarattığını gözler önüne sermektedir. Kadınların tedavi gerektirecek kadar yaralanan kadınların oranı yüzde %47'dir (Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2014). Ayrıca gördükleri şiddet nedeniyle yaşamını yitiren kadınların dijital ortamda istatistiğinin tutulduğu 'Anıt Savaş'ın internet sayfası verilerine göre 2015 yılı ilk sekiz ayı süresince 183 kadının şiddet mağduru olarak yaşamını yitirdiği bildirilmiştir.

1.5. Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB)

Posttravmatik (travma sonrası) stres bozukluğu doğal felaketler, ciddi kazalar, terörist olaylar, savaş, işkence ya da tecavüz gibi vahşi saldırılara maruz kalan ya da

tanıklık eden insanlarda oluşabilen psikiyatrik bir bozukluktur. PTSD olan kişiler sıklıkla bu kötü deneyimi flashback ya da kabuslar olarak yeniden yaşamakta, uyumakta zorluk çekmekte ve kendilerini kopuk, uzak ve yabancılaşmış hissetmektedirler. Travmatik etki yaratabileceği kabul edilen durumlar kişinin yaşamını veya beden bütünlüğünü tehdit eden her türlü durum olarak nitelenirken, bu süreçlerin sadece kişiye yönelik olması gerekmeyip, başkasının yaşadığı bu tür bir olaya tanık olmak da travmatik etki olarak kabul edilmektedir (Widom 1999, Şuer 2005, Fergusson 2013).

Yapılan çalışmalarda PTSD'nin yaşam boyu görülme sıklığı %1–14 olarak bildirilmektedir (Holeva ve ark 2001, Hamaoui ve ark 2002, Kaplan ve ark 2004). Hapke ve ark (2006) tarafından yapılan çalışmada PTSD'nin görülme sıklığı 14–24 yaşları arasındaki ergenlerde % 21,4 ve 21– 30 yaşları arasındaki genç yetişkinlerde % 39,1 olarak bildirilmiştir.

PTSD travmatik olayı tekrarlayan biçimde hatırlama (flashback, kabuslar), donuk hissetme, travmaya eşlik eden uyarılardan sürekli kaçınma ve aşırı tepkiler ile karakterizedir (American Psychiatric Association 2013). PTSD' nun semptomları üç grupta incelenmektedir. Bunlar;

İntrüzyon: PTSD olan kişilerde yaşanmış travmanın anıları hiç beklenmedik zamanlarda yeniden canlanır, “flashback” denilen ataklar, nöbetler halinde istemeden davetsiz bir şekilde bireylerin günlük hayatlarına karışırlar. Bu nöbetler acı veren duyguların eşlik ettiği canlı ve güçlü anılar aniden kişinin dikkatini ele geçirdiğinde ortaya çıkarlar. “Flashback”ler kişiye o travmatik deneyimi gerçekten yeniden yaşadığını veya kabuslar halinde ve gözlerinin önünde yeniden canlandığını hissettirebilirler (Astin 1995, Widom 1999, Şuer 2005).

Kaçınma: Kaçınma semptomları kişinin başkaları ile olan ilişkilerini etkilemektedir. Bu kişiler aile bireyleri, iş arkadaşları ve dostları ile yakın duygusal bağ kurmaktan kaçınırlar. Başlangıçta kendilerini duygusuz, donuk hissederler, duygularında azalma olur ve yalnızca rutin mekanik eylemlerini gerçekleştirirler. Birey daha sonra travmatik olayın anılarını tekrarlayan biçimde yaşadığında “flashback” in neden olduğu yoğun duygu ile hiç duygu hissedememe ya da duygusunu gösterememe arasında gidip gelişler yaşayabilir.

PTSB olan bir kişi asıl travmatik olayı hatırlatan her durum ve etkinlikten kaçınır ve uzak durur (Astin 1995, Widom 1999, Şuer, 2005).

Aşırı Uyarılma: PTSD, insanların hastalıklarına neden olan travma tarafından sürekli tehdit altındaymış gibi davranmalarına yol açabilir. Bu bireyler nedensiz yere bile olsa aniden aşırı alıngan, aşırı hassas ve patlamaya hazır duruma gelebilirler, günlük bilgileri hatırlamada ve odaklanmada sorunlar ve korkunç kâbuslar nedeniyle uykusuzluk (insomnia) yaşayabilirler. Tehlikenin yakında olduğu hissi, bireyde aşırı irkilme, ürkme ve korku tepkilerine neden olabilir (Astin 1995, Widom 1999, Şuer 2005).

Birçok çalışmada cinsel ve fiziksel istismarın PTSD yaşama durumunu anlamlı derecede arttırdığı bildirilmiştir (Rowan ve ark 1994, Astin ve ark 1995, Duncan ve ark 1996). Wijma ve ark (2000) 649 obstetri ve jinekoloji hastasıyla yaptıkları bir çalışmada, araştırmaya katılan tüm kadınların %26,3'ünün hayatları boyunca cinsel veya fiziksel istismara maruz kaldığını ve istismara maruz kalan kadınların %17,0'nın PTSD yaşadığını belirlemişlerdir. Rodriguez (1996)'in çocukluk döneminde cinsel istismar öyküsü olan kişilerin PTSD yaşama durumlarını incelemek amacıyla 117 kişiyle yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan kişilerin %86'sının PTSD yaşadığı belirtilmiştir. PTSD belirtileri istismar gerçekleşikten aylar veya yıllar sonra ortaya çıkabilmektedir. Sağlık çalışanları cinsel ya da fiziksel istismar gibi fiziksel ve mental sağlığı etkileyen durumlarda PTSD her zaman akıllarına getirmelidirler (Greenwald ve Leitenberg 1990, Rowan ve ark 1994). Ayrıca cinsel istismara uğrayan kadınlarda PTSD ile birlikte kronik ağrı (pelvik/abdominal) ve cinsel disfonksiyon gibi somatik belirtiler cinsel istismara uğramayanlara göre daha yüksek oranda rapor edilmektedir. Cinsel istismar oranının kadınlarda daha yüksek olması ve ağrının merkezinin sıklıkla abdomende olmasından dolayı kadınlar, jinekolojik muayene sırasında sağlık çalışanlarından yardım beklentisi içindedirler ve yoğun stres belirtileri gösterirler (Wijma ve ark 2000).

1.6. Vajinal Muayene, İstismar Öyküsü Ve PTSD Arasındaki İlişki

Literatüre göre cinsel ve fiziksel şiddet, PTSD ile ilişkili olabilir. PTSD' nun birinci kriteri travma yaşanmış olmasıdır. Vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissedilmesi geçmiş kötü deneyimlerin hatırlanmasına bağlı olarak gösterilen tepkilerin sonucu olarak

ortaya çıkabilir. Sağlık personeli kadının geçmiş yaşamındaki cinsel istismar öyküsünden habersiz ise verilen bu tepkiler anlamsız gelebilir (Rowan 1994, Farley 2001).

Bazı araştırmacılar vajinal muayene sırasında PTSD gösteren kadınların geçmişinde istismar veya cinsel şiddet öyküsü olabileceğini düşünmektedirler (Lewin ve ark 2005).

Genel görüşe göre bazı kadınların vajinal muayene sırasında aşırı rahatsızlık hissettikleri ya da muayene eden kişi tarafından istismar edildikleri hissini yaşadıkları kabul edilmektedir. İstismar ve şiddet öyküsü olan kadınların vajinal muayene yapılırken cinsel istismar sırasında yaşadıklarına benzer duyguları hissettikleri ve benzer tepkiler verdikleri bildirilmektedir. Bu durum cinsel istismar öyküsü olan kadınların posttravmatik stres sendromu yaşamalarına neden olmaktadır (Swahnberg ve ark 2011).

Kadınlar sağlık bakımı alırken geçmişlerindeki istismar öyküsünü sağlık çalışanları ile paylaşmaktan kaçınmaktadırlar. Jinekoloji kliniğinde fiziksel, duygusal ve cinsel istismarı olan kadınları belirlemek amacı ile 3641 kadın ile yapılan bir sistematik derlemede, kadınların %38-66'sının fiziksel, %19-37'sinin duygusal ve %17-33'ünün cinsel istismara maruz kaldıkları ve bu kadınların %92-98'inin bu bilgiyi doktorları ile paylaşmadıkları belirtilmiştir (Wijma ve ark 2003). Diğer yanda bazen de sağlık çalışanları istismar öyküsünü sorgulamayabilirler. Bu konuda yapılan bir çalışmada çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kalan kadınların vajinal muayene sırasında yoğun negatif duygular, rahatsızlık hissi, travma ve istismara ait flasbackler yaşadıkları, ancak kadınların %82'sinin doktorlarının istismar öyküsünü sorgulamadığı bildirilmiştir (Robohm ve ark 1996).

1.7. Ebenin Sorumlulukları

Ebeler aile içi şiddete uğrayan kadınların şiddet hakkında konuşabileceği kişilerden belki de ilkidir. Şiddet mağduru kişiler genellikle farklı sağlık sorunları nedeni ile hastaneye başvururlar. Bu dönemde ebe aile içi şiddete maruz kalan kadınları saptama, müdahale etme ve gerekli destek merkezlerine yönlendirmesi için bir fırsatı bulunmaktadır. Sağlık çalışanları hala şiddete maruz kalan, yapılan kötü muameleyi şiddet olarak tanımlayamayan, şiddet gören kişiden ayrılmak isteyen, şiddet gösteren kişiye geri dönen veya tamamen ayrılan bireyler ile karşılaşılırlar. Adalet sistemi uzmanları şiddet gören mağdurları yalnızca eşlerinden ayrılmaya karar verdikleri dönemde görürler. Ebenin

mevcut hukuk sisteminde şiddet gören kadınların haklarını bilmesi, bu kadınlara yardım sağlayacaktır (Leslye ve Orloff 2009).

Ebelerin istismara uğrayan kadınlar için destek sistemlere kolay erişim, eğitim ve danışmanlık gibi çok önemli görevleri vardır. Stenson ve ark (2005)' nin yaptıkları bir çalışmada, ebeler şiddet gören kadınlar üzerindeki rollerini, eş/partner şiddeti sorunu hakkında kadını bilinçlendirme ve farkındalık kazandırma, istismar edilmekten dolayı duyulan utancı azaltma, duygusal destek sağlama ve gerekli kuruluşlardan yardım alabilmesi için aracılık etme olarak tanımlamışlardır.

Sağlık personeli genellikle güçlü toplumsal baskılar, aile içi şiddetin prevalansı ve cinsel istismar hakkında bilgi eksikliklerinden dolayı rutin olarak cinsel istismar hakkında sorgulama yapmaz. Kadınların cinsel istismara karşı birincil ve ikincil korumasında ebe ve hemşirelerin rolü, onların elindeki en güzel güç olmalıdır. Özellikle cinsel sağlık ve üreme sağlığı uzmanlarına göre ebe ve hemşire hem uzman sağlık personeli hem de kadın sağlığı savunucusu olarak tanımlanmakta ve kadınlarla aralarında özgün bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Ebeler genellikle kadınların kişisel ve sosyal sorunlarını paylaşırken kendilerini rahat hissettikleri kişilerdir. Bazı kadınlar sadece prenatal bakım, jinekolojik muayene ve yenidoğan bakımına yönelik ebelerden hizmet alabilirler. Böylece ebelerin, hemşire ve hekimlere göre istismara uğramış kadınlara daha çok ulaşma şansı vardır. Ancak, gebelik öncesi cinsel istismarı olan kadınların gebelikleri sırasında belirlenmesi zordur (Helton ve ark 1989, Campbell ve ark 1992, Christine ve ark 1996). Ebe sağlık bakımı verdiği her kadında rutin olarak istismar öyküsü olup olmadığını sorgulamalıdır. Bunun için kullanabilecek bazı sorular şunlardır (American Medical Association 1992);

- Hayatınızda hiç eşiniz/partneriniz ya da sizin için önemli olan biri tarafından duygusal ya da fiziksel şiddete uğradınız mı?
- Son bir yıl içinde herhangi biri tarafından vurma, tokatlama, tekmeleme ya da başka türlü fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?
- Eğer evet ise kim tarafından? Ne zaman?
- İncinen vücut bölgenizi haritada gösterebilir misiniz?
- Son bir yıl içinde herhangi biri tarafından zorla cinsel aktiviteye zorlandınız mı?
- Eğer evet ise kim tarafından? Ne zaman?

- Partnerinizden veya herhangi birinden yukarıda belirtilenleri yapabileceğinden korkuyor musunuz?

Sağlık personeline bakım almaya gelen ve cinsel istismar öyküsü olan gebe ya da loğusalarda da PTSS, cinsel disfonksiyon, depresyon, anksiyete ve madde bağımlılığı ile sık karşılaşmaktadır. Bu sonuca dayalı olarak, ebelerin vajinal muayene sırasında kadının istismar öyküsünü sorgulamaları, dikkate almaları ve kadınları rahatlatıcı teknikleri kullanmaları gerekmektedir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma analitik ve kesitsel niteliktedir.

2.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Aydın ilinde bulunan Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmıştır. Bu hastanede kadın doğum, çocuk hastalıkları, çocuk cerrahisi, dâhiliye, genel cerrahi, üroloji, kulak-burun-boğaz olmak üzere 6 poliklinik ve jinekoloji, obstetri, doğum salonu, acil, çocuk, yenidoğan ve çocuk cerrahisi olmak üzere 7 adet servis alanı bulunmaktadır. Hastanenin kadın doğum bölümlerine bir yılda yaklaşık 10.000 kadın başvurmaktadır. Hastanede bir yılda yaklaşık 5.000 doğum gerçekleşmektedir. Hastanenin jinekoloji, obstetri, doğum salonu ve kadın-doğum acil birimlerinde 12 kadın doğum uzmanı, 147 ebe ve 84 hemşire çalışmaktadır. Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin Aydın ilindeki kadın hastalıkları ve doğuma ilişkin tek alan hastanesi olması ve birçok farklı ilçelerden kadınların hastaneye başvurması nedenlerinden dolayı araştırmanın bu hastanede yapılması uygun görülmüştür. Bu durum araştırmanın örneklemine alınan bireylerin çeşitliliği bakımından önemlidir.

2.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma Haziran 2014 ve Ağustos 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın planlanmasından, tez raporunun hazırlanmasına ve sunumuna kadar olan araştırma süreci Çizelge 2.3.1. de görülmektedir.

Çizelge 2.3.1. Araştırmanın zamanı

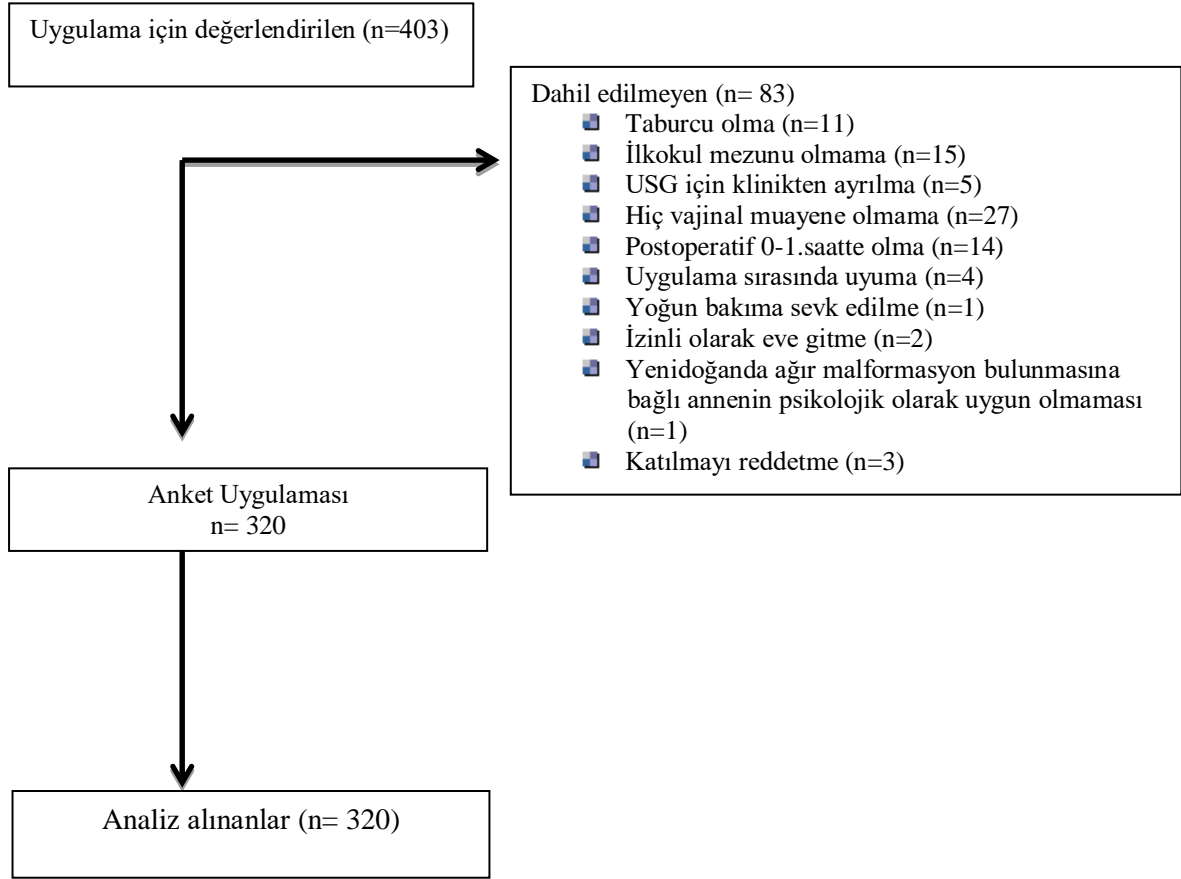
İşlemler	Tarih
Araştırma konusunun seçimi	Haziran 2014
Tez önerisinin hazırlanması	Temmuz 2014
Anket formunun oluşturulması	Ağustos 2014
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığından ön onayın alınması	Ağustos 2014
Aydın Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'nden resmi izin alınması	Ocak 2015
Anket formunun ön uygulamasının yapılması	Şubat 2015
Araştırma verilerinin toplanması	Şubat 2015- Haziran 2015
Verilerin analizi, araştırma raporunun hazırlanması	Haziran 2015
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığından araştırma onayının alınması	Ağustos 2015

2.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde tedavi ve bakım alan kadınlar oluşturmuştur. Hastane kayıtlarına göre 1 Haziran 2013 ve 31 Aralık 2013 tarihleri arasında Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yatan tüm kadınların sayısı 4225'tir.

Araştırmanın örnekleme gelişi güzel (convenience sampling) örnekleme yöntemi ile belirlenen 320 kadın alınmıştır. Araştırmanın temel verilerinin t, F ve X^2 testleri ile analiz edilmesi gerekmekte idi. Bu araştırmanın ilk 100 verilerine dayalı olarak yapılan analizde, G*Power 3.1.9.2 ile power: 0,80 ve $\alpha=0,05$ örneklem hacmi: 100 alınarak yapılan hesaplamada t testi için effect size: 0,24, F testi için effect size: 0,42 ve X^2 testi için effect size: 0,36 olarak bulunmuştur. Bu her bir test için hesaplanan effect size kullanılarak hesaplanan örnekleme alınması gereken en az kadın sayısı t testi için 103, F testi için 102 ve X^2 testi için 61 olarak bulunmuştur. Üç yüz yirmi örneklem hacmi için yapılan post hoc hesaplamasında t testi için effect size: 0,14, F testi için effect size: 0,23 ve X^2 testi için

effect size: 0,19 olarak bulunmuştur. Araştırmaya obstetri, jinekoloji ve doğum servislerinde yatan 403 kadın davet edilmiştir. Kadınların 83'ü Şekil 1'de verilen çeşitli nedenler ile araştırma dışı kalmış ve çalışma 320 kişi ile tamamlanmıştır.



Şekil 1: Araştırmaya alınan bireylerin akış şeması

2.5. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- 18 yaşından büyük olan (PTSB öz bildirim ölçeğinin uygulanabilmesi, rahatsızlık hissini tanımlamada büyüme gelişme sürecinin tamamlanmış olması gerekçeleri ile),
- Türkçe konuşabilen ve anlayabilen,
- En az ilkokul mezunu (PTSB öz bildirim yöntemi ile doldurulacağından en az ilkokul mezunu olması gerekmektedir) ve

- Hastaneye bu gelişinde vajinal muayene yapılmış olan kadınlar dâhil edilmiştir.

Araştırmadan dışlama kriterleri

- Ruhsal ve zihinsel sağlık problemi öyküsü,
- Tanı konulmuş vajinal enfeksiyonu ve
- Üreme organlarında yapısal ve fonksiyonel bozuklukları olan kadınlar araştırmanın kapsamı dışında tutulmuştur (Bu durumların vajinal muayene sırasında hissedilen rahatsızlık hissini arttırıcı yönde olması gerekçeleri ile).

2.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Soru formu (Ek-1), Post-Tavmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu (Ek-2) ile toplanmıştır.

2.6.1. Soru Formu (EK-1)

Soru formu araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanmıştır. Bu form, kadınların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim düzeyi, mesleği, medeni durumu, sağlık güvencesi, eş eğitim durumu, eş mesleği, alışkanlıkları ve ekonomik durumu), obstetrik özellikleri (gebelik, canlı doğum, yaşayan çocuk, küretaj, kendiliğinden düşük ve ölü doğum sayısı), cinsel yaşam alışkanlıkları, vajinal muayene deneyimlerini (vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi, muayene yapan sağlık personeli ile iletişim, jinekolojik muayeneye gidiş nedeni, jinekolojik muayene olduğu sağlık çalışanının mesleği ve cinsiyeti, vajinal muayene sırasındaki rahatsızlık hissini azaltabilmek için beklentiler) ve istismar öyküsünü (hayatı boyunca şiddete maruz kalma, psikolojik, fiziksel, cinsel ve gebelikte istismara maruz kalma) sorgulayan 27 sorudan oluşmaktadır.

Bu çalışmada vajinal muayene sırasında yaşanan rahatsızlık hissi 0 ile 10 arasında puanlandırılan VAS ile değerlendirilmiştir. Yetmiş beşinci persentil değeri olarak belirlenen 6 puan ve üzeri puanlarda rahatsızlık var olarak tanımlanmıştır (Hilden ve ark 2003).

2.6.2. Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu (PCL-C)

Bu çalışmada kadınlarda son bir ay içinde travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının mevcudiyetini araştırmak için PCL-C kullanıldı (Ek-3). İlk kez Weathers ve ark (1993) tarafından geliştirilmiş olup hem toplum taramalarında hem de başvuran hastalarda DSM-IV ölçülerine göre PTSD ölçütlerini araştırmak için uygulanan bir testtir. Ruggiero ve ark (2003) tarafından PTSD' nin DSM-IV'teki tüm semptomlarının sorgulanabildiği tanı koydurucu bir ölçek olarak kabul edilen PCL-C'nin psikometrik özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada ölçeğin iç tutarlılığının ve tanısallık geçerliliğinin çok yüksek olduğu bildirilmiştir. Kocaoğlu ve ark (2005) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmış ve Türkçe formunun normal toplum örnekleme de yeterli geçerlilik ve güvenilirlik düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (Cronbach alfa: 0,922). Bu ölçek öz bildirim ölçeği olduğu için uygulayıcının niteliği önem göstermemektedir.

PCL-C kişinin kendi kendini değerlendirdiği bir ölçektir ve üç semptom kümesini içeren toplam 17 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerin 7'si kaçınma, 5'i aşırı uyarılmışlık, 5'i ise yeniden yaşantılama semptomları ile ilgilidir. Ölçek beşli likert tipindedir ve 1-5 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı maddelere verilen yanıtların aritmetik toplamıdır ve toplam ölçek puanı 17 ile 85 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik, güvenilirlik çalışmasında kesme puanı 22/23 olarak belirtilmiştir ve bu kesme puanında hem özgüllük, hem de duyarlılık %70'ten fazla bulunmuştur (Kocaoğlu ve ark 2005).

2.7. Ön Uygulama

Soru formunun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini geliştirmek için 16 kadın ile ön uygulama yapılmıştır. Bu uygulama sonucunda anket formuna iki soru eklenmiş ve bir soruda değişiklik yapılmıştır. Ön uygulama kapsamına alınan kadınlar araştırma örnekleme dâhil edilmemiştir.

2.8. Araştırma Verilerinin Toplanması

Örnekleme alınan kadınlar ile Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde görüşülmüştür. Kadınlar ile görüşme için obstetri ve jinekoloji servisleri ile doğum salonundaki hasta odaları kullanılmıştır. Araştırma için vajinal muayene olmuş gebe, lohusa ve jinekoloji hastaları seçilmiştir. Bu servislerde yatan kadınlar ile görüşülmüş, çalışma hakkında bilgilendirme yapılmış ve çalışmaya katılıp katılamayacakları sorulmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara çalışma hakkında ayrıntılı bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Daha sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak soru formu doldurulmuştur. Soru formunun doldurulması yaklaşık 10-15 dakikada tamamlanmıştır. Ardından PTSB soru listesinin doldurulmasına ilişkin kadınlara açıklama yapılmış ve kendini bildirim yöntemi ile doldurmaları sağlanmıştır. PTSB Formu'nun doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Bu görüşmeler sırasında kadının mahremiyetine özen göstermek amacı ile kadın ile araştırmacının hasta odasında yalnız kalması sağlanmış ve kadınların kendilerini daha rahat hissetmeleri için özen gösterilmiştir. Odada iki hastanın bulunması durumunda hastalar arasına perde çekilerek mahremiyet sağlanmaya çalışılmıştır. Ayrıca etik açıdan bebek bakımı ve postpartum döneme ilişkin gereksinimi ve sorusu olan kadınlara bakım, eğitim ve danışmanlık verilmiştir. Bu işleme 03.02.2015-29.05.2015 tarihleri arasında örneklem hacmi tamamlanana kadar devam edilmiştir.

2.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler Adnan Menderes Üniversitesi'nde kullanılan istatistik paket programı Predictive Analytics SoftWare Statistics 18,0 (IBM PASW statistics 18) programı ile analiz edilmiştir. Veri toplama formunun PTSB ölçeğinde yer alan eksik veriler (3 kişide) "intention to treat" yöntemi ile tamamlanmıştır (Günüşen ve Üstün 2009). PTSB ile yapılan analizler toplam ölçek puanı üzerinden yapılmıştır. Tanımlayıcı veriler yüzdelik, aritmetik ortalama, standart sapma ile gösterilmiştir. Tüm veriler için parametrik varsayımlar test edilmiş ve iki grubun verilerinin karşılaştırılmasında ki-kare, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t-testi) ya da Mann Whitney U testi, ikiden çok grubun karşılaştırılmasında ise ANOVA veya Kruskal-Wallis ve ki kare analizleri kullanılmıştır. Ayrıca bu çalışmada kadınların vajinal muayene

sırasında rahatsızlık hissi yaşamalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi için çoklu lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Bu analizde araştırmanın bağımlı değişkenini rahatsızlık hissi, bağımsız değişkenlerini ise yaş, çalışma durumu, eğitim düzeyi, aile tipi, gelir düzeyi, canlı doğum sayısı, doğum yapma durumu, doğum şekli, muayene yapan sağlık personeli ve cinsiyeti, ebe/doktor ile olan iletişim, cinsel yaşam, emosyonel, fiziksel, cinsel şiddet ve PTSB puanları oluşturmaktadır.

2.10. Araştırmanın Güçlükleri

Çalışmada yaşanan en büyük güçlük araştırmanın yapıldığı kurumlardan izin alma aşamasında yaşanmıştır. Çalışma için etik kurul onayı alınmasına rağmen araştırmanın yapılacağı hastaneden kurum izni alınmasında güçlük yaşanmış ve soru formunda yer alan bazı sorularda değişiklik yapılmasına gereksinim duyulmuştur. Bu süreçte araştırmada kullanılmak üzere geçerlik ve güvenilirliği yapılması ve Türkçe literatüre kazandırılması planlanan istismar ölçeği araştırma dışında kalmıştır. Ayrıca araştırmanın örnekleme tüm vajinal muayene olan kadınların alınması planlanmasına rağmen, jinekoloji servisinde yatan hastaların bazılarında vajinal muayene yapılmamış olması ve erken postoperatif dönemde görüşme yapılamamasından dolayı daha çok doğum yapan veya gebe olan kadınlar örnekleme dâhil edilmiştir. Araştırmanın veri toplama sürecinde kadınlar ile görüşülür iken klinikte olan tedavi, taburculuk işlemleri ve yenidoğan muayeneleri gibi rutin işler görüşmenin kesintiye uğramasına ve görüşme süresinin uzamasına neden olmuştur. Ayrıca mahremiyeti sağlamak için, hasta odalarındaki refakatçi ve ziyaretçiler dışarı çıkmada isteksiz davranmışlar ve onların hasta odalarının boşaltılmasında güçlük yaşanmıştır.

2.11. Araştırmada Etik

Araştırma protokolüne Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 18 Eylül 2014 tarihinde ön onay verilmiştir (Ek 3). Araştırmanın Aydın İli Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yatan kadınlara uygulanabilmesi için Aydın İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden 27 Ocak 2015 tarihinde (Ek 4) yazılı izin alınmıştır. Araştırma

kapsamına alınan kadınlara araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır (Ek 5). Bu bilgiler ışığında kadınların araştırmaya katılıp katılmamaları konusunda hiçbir baskı yapılmadan gönüllü katılım olmasına özen gösterilmiştir. Ayrıca araştırma protokolüne ilişkin Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 17 Ağustos 2015 tarihinde son onay alınmıştır (Ek 6).

3. BULGULAR

3.1. Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $26,32 \pm 5,98$ (aralık: 18-62) olarak bulunmuştur. Çalışmadaki kadınların %76,3'ünün ilkokul mezunu, %88,1'nin ev hanımı ve %87,5'inin sağlık güvencesine sahip olduğu görülmüştür. Araştırma kapsamındaki kadınların %1,9'unun resmi nikâhı bulunmamakta idi. Kadınların %48,8'sinin ilçe merkezinde ve %29,1'inin geniş ailede yaşadığı, %62,5'inin gelir durumunu giderine denk olarak bildirdiği belirlenmiştir. Ayrıca kadınların %10,0'unun sigara kullandığı ve %1,3'ünün sosyal ortamlarda alkol kullandığı saptanmıştır (Çizelge 3.1.1).

Çizelge 3.1.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=320)

Özellikler		
Yaş ±SS* (min-max)	26,32 ± 5,98 (18-62)	
Yaş Grupları, n (%)		
18-25	176	55,0
26-35	124	38,7
36-50	20	6,3
Eğitim durumu, n (%)		
İlkokul	244	76,3
Lise	49	15,3
Üniversite ve üstü	27	8,4
Mesleği, n (%)		
Ev hanımı	282	88,1
Memur	8	2,5
Serbest meslek	28	8,8
Emekli	2	0,6
Medeni durum, n (%)		
Resmi nikâhı olan	314	98,1
Resmi nikâh olmayan	6	1,9
Sağlık güvencesi, n (%)		
Var	280	87,5
Yok	40	12,5
İkamet yeri, n (%)		
İl merkezi	98	30,6
İlçe merkezi	156	48,8
Köy	66	20,6
Algılanan gelir durumu, n (%)		
Gelir giderden düşük	106	33,1
Gelir gidere denk	200	62,5
Gelir giderden fazla	14	4,4
Birlikte yaşamlan aile bireyleri, n (%)		
Var	93	29,1
Yok	227	70,9
Sigara kullanımı, n (%)		
Hayır	272	85,0
Evet	32	10,0
İçiyordum bıraktım	16	5,0
Alkol kullanımı, n (%)		
Hayır, hiç kullanmadım	316	98,7
Evet, kullanıyorum	4	1,3

*SS: Standart sapma

Çizelge 3.1.2’de kadınların eşlerinin eğitimi ve çalışma durumlarına ilişkin bilgiler verilmiştir. Kadınların eşlerinin daha çok (%68,2) ilköğretim mezunu oldukları ve %97,2’sinin gelir getiren bir işte çalıştıkları görülmüştür.

Çizelge 3.1.2. Kadınların Eşlerinin Eğitim ve Meslek Özellikleri (n=320)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	2	0,6
İlkokul*	218	68,2
Lise	74	23,1
Üniversite ve üstü	26	8,1
Mesleği		
Memur	19	5,9
İşçi	39	12,2
Serbest meslek	253	79,1
İşsiz	6	1,9
Emekli	3	0,9

*Eğitim durumu okuma-yazma olan 2 kişi ilkokul grubuna eklenmiştir.

3.2. Kadınların Obstetrik Özellikleri

Kadınların obstetrik özelliklerine ilişkin veriler Çizelge 3.2.1’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, gebelik sayısı ortalamasının $2,24 \pm 1,38$ (aralık: 0-7) olduğu ve kadınların %38,1’inin bir gebeliğe sahip oldukları belirlenmiştir. Kadınların %12,2’si hiç doğum yapmamış olup, %36,3’ünün birinci, %30,3’unun ikinci, %15,6’sının üçüncü ve %5,6’sının dörd-altıncı doğumunu yaptıkları görülmüştür. Araştırmayı kabul eden kadınların gebelik sayı ortalaması $2,24 \pm 1,38$ (aralık: 0-7), canlı doğum sayı ortalaması $1,68 \pm 1,12$ (aralık: 0-6), yaşayan çocuk sayı ortalaması $1,66 \pm 1,12$ (aralık: 0-6), isteyerek düşük sayı ortalaması $0,71 \pm 0,33$ (0-3), kendiliğinden düşük sayı ortalaması $0,24 \pm 0,60$ (aralık: 0-4) ve ölü doğum sayı ortalaması $0,21 \pm 0,15$ (aralık: 0-1) olarak bulunmuştur. Çalışmada yer alan kadınların %5,3’ünün isteyerek düşük yaptığı ve %17,8’inin kendiliğinden düşük yaptığı saptanmıştır. Kadınların %86,9’ unun daha önce doğum yaptığı ve doğum yapan kadınların %70,1’inin en son doğum şeklinin vajinal olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 3.2.1. Kadınların Obstetrik Özellikleri (n=320)

Özellikler		
Gebelik sayısı Medyan: 2,0 Ort.: 2,24 SS: 1,38 Min.: 0 Max.: 7		
Gebelik sayısı, n (%)		
1**	122	38,1
2	88	27,5
3	63	19,7
4-7	47	14,7
Canlı doğum sayısı Medyan: 2,0 Ort.: 1,68 SS: 1,12 Min.: 0 Max.: 6		
Canlı doğum sayısı, n (%)		
0	39	12,2
1	116	36,3
2	97	30,3
3	50	15,6
4-6	18	5,6
Yaşayan çocuk sayısı Medyan: 2,0 Ort.: 1,66 SS: 1,12 Min.: 0 Max.: 6		
Yaşayan çocuk sayısı, n (%)		
0	42	13,1
1	115	35,9
2	97	30,3
3	48	15,0
4-6	18	5,7
İsteyerek düşük sayısı Medyan: 0,0 Ort.: 0,71 SS: 0,33 Min.: 0 Max.: 3		
İsteyerek düşük, n (%)		
Var	17	5,3
Yok	303	94,7
Kendiliğinden düşük sayısı Medyan: 0,0 Ort.: 0,24 SS: 0,60 Min.: 0 Max.: 4		
Kendiliğinden düşük, n (%)		
Var	57	17,8
Yok	263	82,2
Ölü doğum sayısı Medyan: 0,0 Ort.: 0,21 SS: 0,15 Min.: 0 Max.: 1		
Ölü doğum, n (%)		
Var	1	2,2
Yok	319	97,8
Doğum yapma durumu, n (%)		
Olan	278	86,9
Olmayan	42	13,1
En son doğum şekli, n (%) n=278		
Vajinal doğum	195	70,1
Sezaryen doğum	83	29,9

* SS: Standart Sapma

**Gebelik sayısı 0 olan 2 kişi gebelik sayısı 1 olan gruba eklenmiştir.

3.3. Kadınların Jinekolojik Muayeneye İlişkin Özellikleri

Çizelge 3.3.1’de kadınların jinekolojik muayenesi hakkında bilgiler verilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %52,2’sinin jinekolojik muayenesi ebe tarafından ve %47,8’ininki ise doktor tarafından yapılmıştır. Kadınların en son jinekolojik muayenesini yapan sağlık personelinin %78,8’i kadın olduğu belirlenmiştir. Kadınların jinekolojik muayene olma nedenleri incelendiğinde, %71,3’ünün doğum, %16,9’unun erken doğum tehdidi ve %8,4’ünün doğum sonrası kontrol nedeni ile muayene oldukları belirlenmiştir. Araştırmaya dâhil edilen kadınların %67,5’i jinekolojik muayene oldukları ebe/doktor ile olan duygusal iletişimini “tamamen olumlu” ve %23,4’ü “olumsuz yönleri olmakla birlikte çoğunlukla olumlu” olarak tanımlamışlardır. Çalışmada jinekolojik muayene sırasındaki duygusal iletişimi “tamamen olumsuz” olarak tanımlayan kadınların oranı %2,8 idi.

Çizelge 3.3.1. Kadınların Jinekolojik Muayeneye İlişkin Verileri (n=320)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
En son jinekolojik muayene yapan sağlık personeli		
Ebe	167	52,2
Doktor	153	47,8
Jinekolojik muayene yapan sağlık personelinin cinsiyeti		
Kadın	252	78,8
Erkek	68	21,2
Jinekolojik muayeneye gidiş nedeni		
Doğum öncesi kontrol	5	1,6
Doğum	228	71,3
Doğum sonrası kontrol	27	8,4
Erken doğum tehdidi	54	16,9
Diğer*	6	1,8
Muayene sırasında ebe/doktor ile olan duygusal iletişim		
Tamamen olumsuz	9	2,8
Olumlu yönleri olmakla birlikte çoğunlukla olumsuz	20	6,3
Olumsuz yönleri olmakla birlikte çoğunlukla olumlu	75	23,4
Tamamen olumlu	216	67,5

*Bu grupta yer alan nedenler; kist (1 kişi), uterektomi (2 kişi), myomektomi (1 kişi), bel ağrısı (1 kişi), elle halas (1 kişi) idi.

3.4. Kadınların Cinsel Yaşamına İlişkin Özellikleri

Çizelge 3.4.1’de kadınların cinsel yaşamı hakkında bilgiler verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %65,9’u eşleri ile olan cinsel yaşamlarını iyi olarak tanımlamışlardır.

Çizelge 3.4.1. Kadınların Cinsel Yaşamına İlişkin Verileri (n=320)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsel yaşam		
Cinsel aktivitem kötü	12	3,8
Cinsel aktivitem orta düzeyde	97	30,3
Cinsel aktivitem iyi	211	65,9

3.5. Kadınların Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi ve Muayene Sırasında Daha Rahat Hissetmek İçin Beklentileri

Kadınların vajinal muayene sırasındaki rahatsızlık hissi puan ortalaması $3,92 \pm 3,34$ (aralık: 0-10) olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınların %26,3’ü vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kadınların büyük bir bölümünün (%51,6) vajinal muayene sırasında yapılan işlemlerden memnun oldukları ve herhangi bir beklenti bildirmedikleri belirlenmiştir. Beklenti bildirenlerin ise en çok bildirilme sırasına göre daha nazik davranma/daha yavaş olma (%25,3), daha çok açıklama yapma (%23,4), mahremiyete dikkat edilmesi (%11,2) ve kadın olması (%8,5) olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.5.1).

Çizelge 3.5.1. Kadınların Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi ve Muayene Sırasında Daha Rahat Hissetmek İçin Beklentileri (n=320)

Özellikler		
Rahatsızlık hissi puan \pm SS* (min-max)	3,92 \pm 3,34(0-10)	
Rahatsızlık hissi, n (%)		
Olan (6-10 puan)	84	26,3
Olmayan (0-5 puan)	236	73,7
Daha rahat hissetmek için beklentiler**, n (%)		
Memnun, beklentisi yok	165	51,6
Daha nazik davranma/daha yavaş olma	81	25,3
Daha çok açıklama yapma	75	23,4
Mahremiyete dikkat edilmesi	36	11,2
Kadın olması	28	8,5
Litotomi pozisyonunda olmaması	2	0,6
Karın üzerine basınç uygulanmaması	1	0,3
Bağırma	2	0,6
Psikolojik destek sağlama	2	0,6
Daha fazla güven hissettirme	1	0,3
Analjezik kullanımı	1	0,3
Birden fazla kişinin muayene etmemesi	1	0,3

* SS: Standart Sapma

**Kadınların bazıları vajinal muayene sırasında kendilerini daha rahat hissetmek için beklentilerini birden çok ifadeyle belirtmişlerdir.

3.6. Kadınların Geçmişte Yaşadıkları İstismar Öyküleri ve Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların geçmişte yaşadıkları istismar öyküleri incelendiğinde, %11,9'u yaşamı boyunca bir şiddet davranışı ile karşılaştığını, şiddete maruz kalan kadınların bu şiddeti %31,6 oranında eşlerinden, %60,5 oranında diğer kişilerden (aile, arkadaş, eski eş ve işte mobbing) gördüğünü bildirmişlerdir. Kadınların %11,9'u bağırma, başkalarının yanında küçük düşürme, eve kitleme, para vermeme gibi davranışlara ve %1,9'u yaşamı boyunca tehdit edici davranışlara maruz kaldığını ifade etmişlerdir. Kadınların %7,8'i fiziksel olarak şiddete (dövme, vurma, itirme) maruz kaldığını ve %7,8'i istemediği zamanda eşi tarafından cinsel ilişkiye zorlandığını bildirmişlerdir. Cinsel ilişkiye zorlanan kadınların %40,0'ı bu durumu cinsel şiddet/istismar olarak tanımlamışlardır. Araştırmada başkası tarafından cinsel istismara uğradığını bildiren kadın bulunmamaktadır (Çizelge 3.6.1).

Çizelge 3.6.1. Kadınların Geçmişte Yaşadıkları İstismar Öyküleri ve Özellikleri (n=320)

Özellikler	Sayı(n)	Yüzde(%)
Şiddet davranışı ile karşılaşma		
Evet	38	11,9
Hayır	282	88,1
Şiddet uygulayan kişi, (n=38)		
Eş	12	31,6
Kayınvalide/kayınpeder	3	7,9
Kendi ailesi	12	32,6
Eski eş	6	15,8
Arkadaş	2	5,2
İşte mobbing	3	7,9
Bağırma/eve kitleme/para vermeme gibi davranışlara maruz kalma		
Evet	38	11,9
Hayır	282	88,1
Tehdit edici davranışlara maruz kalma		
Evet	6	1,9
Hayır	314	98,1
Fiziksel şiddet görme		
Evet	25	7,8
Hayır	295	92,2
Gebelikte fiziksel şiddet görme		
Evet	6	1,9
Hayır	314	98,1
Eş tarafından cinsel ilişkiye zorlanma		
Evet	25	7,8
Hayır	295	92,2
Eş ile cinsel ilişkinin cinsel istismar olarak algılaması, (n=25)		
Evet	10	40,0
Hayır	15	60,0
Başkası tarafından cinsel istismara uğrama		
Evet	0	0
Hayır	320	100

3.7. Kadınların Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB) Soru Listesi-Sivil Versiyonu Ölçeği Puanları

Bu araştırmada kadınların PTSB Ölçeği puan ortalamasının $27,82 \pm 9,66$ (aralık: 17-69) olduğu bulunmuştur. Kadınların PTSB ölçeği kesme puanına (22) göre PTSB yaşama durumlarına bakıldığında, %64,7'sinin PTSB yaşadığı saptanmıştır (Çizelge 3.7.1).

Çizelge 3.7.1. Kadınların Posttravmatik Stres Bozukluğu Ölçeği Puan Ortalaması ve PTSB Yaşama Durumları (n=320)

Özellikler		
PTSB puan ortalaması, \pm SS* (min-max)	27,82 \pm 9,66 (17-69)	
PTSB, n (%)		
Var	207	64,7
Yok	113	35,3

* SS: Standart Sapma

3.8. Kadınların Vajinal Muayene Sırasında Yaşadıkları Rahatsızlık Hissi Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Araştırma örneklemine alınan kadınların yaş, eğitim, çalışma ve medeni durumları, algılanan gelir düzeyi, sağlık güvencesi, aile tipi ve ikamet yeri, algılanan gelir düzeyi ile ilgili verilerin vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi puanı üzerindeki etkileri varyans analizi (ANOVA), t testi, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir.

Kadınların yaşının vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi puanlarına etkisini incelemek için yapılan analizde, yaş grupları 18-25 ($4,35 \pm 3,12$), 26-35 ($3,33 \pm 3,53$), 36-50 ($3,70 \pm 3,53$) olarak tanımlanan kadınlar arasında vajinal muayene sırasındaki rahatsızlık hissi puan ortalamaları bakımından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (X^2 : 9,83; $p=0,007$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney testi sonuçları, 18-25 ve 26-35 yaş grupları arasındaki farkın önemli olduğunu göstermiştir ($p=0,002$). Bu test için önemlilik değeri: $p=0,05/3=0,017$ idi (Çizelge 3.8.1).

Yapılan incelemede resmi nikâhı olmayan kadınların rahatsızlık hissi puan ortalamalarının ($6,33 \pm 1,97$) resmi nikâhı olanlarınkinden ($3,87 \pm 3,34$) daha fazla olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur ($Z=-2,029$; $p=0,042$). Yukarıda verilen diğer değişkenler bakımından yapılan incelemede gruplar arasındaki farklar anlamsız bulunmuştur (Çizelge 3.8.1).

Çizelge 3.8.1. Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	Sayı (%)	Ortalama±SS*	X ² /t/Z/F	P	%95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Yaş Grupları						
18-25	176 (55,0)	4,35±3,12	9,83	0,007	3,89	4,82
26-35	124 (38,7)	3,33±3,53			2,70	3,96
36-50	20 (6,3)	3,70±3,53			2,05	5,35
Eğitim düzeyi						
İlköğretim	244 (76,3)	3,83±3,32	1,56	0,458	3,40	4,24
Lise	49 (15,3)	4,26±3,34			3,30	5,22
Üniversite ve üstü	27 (8,4)	4,07±3,54			2,67	5,47
Mesleği						
Ev hanımı	282 (88,1)	3,91±3,25	0,041	0,967	-1,11	1,16
Çalışan	38 (11,9)	3,89±3,48				
Medeni durum						
Resmi nikâhı olan	314 (98,1)	3,87±3,34	-2,029	0,042	-5,16	0,23
Resmi nikâh olmayan	6 (1,9)	6,33±1,96				
Sağlık güvencesi						
Var	280 (87,5)	4,00±3,36	-1,25	0,213	-0,53	6,38
Yok	40 (12,5)	3,30±3,12				
İkamet yeri						
Köy	65 (20,6)	3,88±3,21	0,645	0,526	3,50	4,67
İlçe merkezi	156 (48,8)	3,74±3,20			3,23	4,24
İl merkezi	98 (30,6)	4,22±3,63			3,09	4,95
Aile tipi						
Çekirdek aile	227 (70,9)	3,59±2,88	-2,751	0,060	-1,92	-3,19
Geniş aile	93 (29,1)	4,71±3,35			-1,93	-3,10
Algılanan gelir düzeyi						
Gelir giderden düşük	106 (31,1)	3,84±3,26	0,514	0,773	3,21	4,47
Gelir gidere denk	200 (62,5)	4,00±3,38			3,52	4,46
Gelir giderden fazla	14 (4,4)	3,43±3,48			1,42	5,44

* SS: Standart Sapma

F: varyans analizi (ANOVA), t: t testi, Z: Mann Whitney U, X²: Kruskal Wallis

3.9. Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi Puanlarının Obstetrik ve Vajinal Muayene ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan kadınların obstetrik özellikleri, en son vajinal muayene yapan sağlık personeli ve cinsiyeti, muayene sırasında sağlık personeli ile olan iletişim ile ilgili verilerin rahatsızlık hissi toplam puanları üzerindeki etkileri ANOVA, t-testi, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir. Kadınların canlı doğum sayılarına göre yapılan incelemede hiç canlı doğum yapmayan ($4,51\pm 3,08$), 1 kez ($4,34\pm 3,17$), 2 kez ($3,92\pm 3,58$), 3 kez ($2,98\pm 3,32$) ve 4-7 kez ($2,38\pm 2,87$) canlı doğum yapan kadınların vajinal muayene sırasındaki rahatsızlık hissi puanı bakımından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($X^2=11,040$; $p=0,01$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney testi sonuçlarına göre anlamlılığın 1 kez canlı doğum yapanlar ile 3 kez ($p=0,004$) doğum yapanlar arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir (bu test için önemlilik değeri: $p=0,05/5=0,01$; Çizelge 3.9.1).

Araştırmaya katılan kadınların kendiliğinden düşük durumlarına göre yapılan incelemede, kendiliğinden düşüğü olmayan kadınların ($5,32\pm 3,36$) rahatsızlık hissi puanının olanlara ($3,61\pm 3,26$) göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($Z=-3,555$; $p=0,000$). Yine vajinal doğum yapan kadınların vajinal muayene sırasında hissedilen rahatsızlık hissi puan ortalamalarının ($4,11\pm 3,46$) sezaryen doğum yapanlara ($3,08\pm 2,93$) göre, istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($t=2,358$; $p=0,019$; Çizelge 3.9.1).

Kadınların vajinal muayene sırasında ebe/doktor ile olan iletişiminin rahatsızlık hissi puanlarına etkisini incelemek için yapılan analizde, ebe/doktor ile olan iletişimini olumlu yönleri olmakla birlikte çoğunlukla olumsuz ($6,30\pm 3,16$), tamamen olumsuz ($5,89\pm 3,18$), olumsuz yönleri olmakla birlikte çoğunlukla olumlu ($5,16\pm 3,10$) ve tamamen olumlu ($3,18\pm 3,1$) olarak tanımlayan kadınlar arasında vajinal muayene sırasındaki rahatsızlık hissi puan ortalamaları bakımından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2: 35,424$; $p=0,000$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney testi sonuçları, bu farkın tamamen olumlu olarak tanımlayan kadınlar ($3,18\pm 3,1$) ile tamamen olumsuz ($5,89\pm 3,18$), olumlu yönleri olmakla

birlikte çoğunlukla olumsuz (6,30±3,16) ve olumsuz yönleri olmakla birlikte çoğunlukla olumlu (5,16±3,10) olarak tanımlayan kadınlar arasındaki farktan kaynaklandığını göstermiştir (sırası ile $p=0,012$; $p=0,000$; $p=0,000$). Bu test için önemlilik değeri: $p=0,05/4=0,013$ idi (Çizelge 3.9.1).

Gebelik sayısı, isteyerek düşük, doğum yapma durumu, en son jinekolojik muayene yapan sağlık personeli ve cinsiyetin vajinal muayene sırasında hissedilen rahatsızlık hissi puanları üzerindeki etkileri bakımlarından yapılan incelemede gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (Çizelge 3.9.1).

Çizelge 3.9.1. Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi Puanlarının Obstetrik ve Vajinal Muayene ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı

Obstetrik ve vajinal muayene ile ilgili özellikler	Sayı (%)	Ortalama±SS*	X ² /t/Z/F	P	% 95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Gebelik sayısı						
1	122 (38,1)	4,06±3,00			3,53	4,60
2	88 (27,5)	3,67±3,49	0,801	0,494	2,93	4,41
3	63 (19,7)	4,30±3,75			3,36	5,25
4-7	47 (14,7)	3,47±3,34			2,49	4,45
Canlı doğum sayısı						
0	39 (12,2)	4,51±3,08			3,51	5,51
1	116 (36,3)	4,34±3,17			3,76	4,92
2	97 (30,3)	3,92±3,58	13,193	0,01	3,20	4,65
3	50 (15,6)	2,98±3,32			2,03	3,92
4-6	18 (5,6)	2,38±2,87			0,96	3,81
İsteyerek düşük						
Var	17 (5,3)	3,86±3,30	-0,885	0,376	-2,53	0,74
Yok	303 (94,7)	4,76±3,91				
Kendiliğinden düşük						
Var	57 (17,8)	3,61±3,26	-3,555	0,000	-2,65	-0,76
Yok	263 (82,2)	5,32±3,36				
Doğum yapma durumu						
Doğum yapan	278 (86,9)	3,80±3,34	-1,567	0,118	-1,95	0,22
Doğum yapmayan	42 (13,1)	6,67±3,28				
En son doğum şekli						
Vajinal doğum	195 (60,9)	4,11±3,46	2,358	0,019	0,17	1,88
Sezaryen doğum	83 (25,9)	3,08±2,93				
En son jinekolojik muayene yapan sağlık personeli						
Ebe	167 (52,2)	3,77±3,36	-0,834	0,405	-1,04	0,42
Doktor	153 (47,8)	4,08±3,32				
Jinekolojik muayene yapan sağlık personelinin cinsiyeti						
Kadın	252 (78,8)	3,83±3,30	-0,889	0,375	-1,30	0,49
Erkek	68 (21,3)	4,23±3,47				

Çizelge 3.9.1. Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi Puanlarının Obstetrik ve Vajinal Muayene ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı (Devam)

Muayene sırasında ebe/doktor ile olan duygusal iletişim					
Tamamen olumsuz	9 (2,8)	5,89±3,18			3,44 8,33
Olumlu yönleri olmakla birlikte çoğunlukla olumsuz	20 (23,4)	6,30±3,16	35,424	0,000	4,82 7,78
Olumsuz yönleri olmakla birlikte çoğunlukla olumlu	75 (6,3)	5,16±3,10			4,44 5,87
Tamamen olumlu	216 (67,5)	3,18±3,1			2,75 3,60

* SS: Standart Sapma

F: varyans analizi (ANOVA), t: t testi, Z: Mann Whitney U, X²: Kruskal Wallis

3.10. Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi Puanlarının Cinsel Yaşam ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı

Araştırma kapsamına alınan kadınların cinsel yaşamı ile ilgili verilerin rahatsızlık hissi toplam puanları üzerindeki etkileri Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir. Cinsel yaşamın vajinal muayene sırasında hissedilen rahatsızlık hissi puanları üzerindeki etkileri bakımlarından yapılan incelemede gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (Çizelge 3.10.1).

Çizelge 3.10.1. Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi Puanlarının Cinsel Yaşam ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı

Cinsel Yaşam ile ilgili özellikler	Sayı (%)	Ortalama±SS*	X²	P	% 95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Cinsel yaşam						
Cinsel aktivitem kötü	12 (3,8)	3,33±3,42			1,16	5,50
Cinsel aktivitem orta düzeyde	97 (30,3)	3,63±3,21	1,322	0,516	2,99	4,28
Cinsel aktivitem iyi	211 (65,9)	4,07±3,39			3,61	4,53

* SS: Standart Sapma

X²: Kruskal Wallis

3.11. Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi Puanlarının Geçmişteki İstismar Öyküsü Özelliğine Göre Dağılımı

Araştırma örneklemine alınan kadınların geçmişte şiddet ile karşılaşma, fiziksel, duygusal, cinsel şiddete maruz kalma durumları ile ilgili verilerin vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi puanı üzerindeki etkileri t testi ve Mann Whitney U testi ile incelenmiş ve Çizelge 3.11.1’de verilmiştir. Yapılan analizler belirtilen istismar türleri ile ilgili özelliklerin rahatsızlık hissi puanı üzerindeki etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olmadıkları sonucunu ortaya çıkarmıştır.

Çizelge 3.11.1. Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi Puanlarının Geçmişteki İstismar Öyküsü Özelliğine Göre Dağılımı (n=320)

İstismar öyküsü ile ilgili özellikler	Sayı (%)	Ortalama±SS*	t/Z	P	% 95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Şiddetle davranışı ile karşılaşma						
Evet	38 (11,9)	3,42±3,02	-0,973	0,332	-1,70	0,57
Hayır	282 (88,1)	3,98±3,38				
Bağırma/eve kitleme/para vermeme gibi davranışlara maruziyet						
Evet	38 (11,9)	3,21±2,77	-1,389	0,166	-0,80	0,58
Hayır	28 (88,1)	4,01±3,40				
Tehdit edici davranışlara maruziyet						
Evet	6 (1,9)	4,83±3,19	-0,616	0,538	-1,77	3,64
Hayır	314 (98,1)	3,90±3,34				
Fiziksel şiddet						
Evet	25 (7,8)	3,84±2,95	-0,112	0,911	-1,45	1,28
Hayır	295 (92,2)	3,92±3,37				
Eş tarafından cinsel ilişkiye zorlanma						
Evet	25 (7,8)	3,68±3,12	-0,354	0,723	-1,63	1,11
Hayır	295 (92,2)	3,93±3,36				
Zorla cinsel ilişkiyi istismar olarak algılama, (n= 25)						
Evet	10 (40,0)	3,90±3,38	-0,169	0,866	-2,13	2,10
Hayır	15 (60,0)	3,92±3,34				

* SS: Standart Sapma

t: t testi, Z: Mann Whitney U

3.12. Kadınların Posttravmatik Stres Bozukluğu Puan Ortalamasının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Araştırma örneğine alınan kadınların yaş, eğitim, çalışma ve medeni durumları, algılanan gelir düzeyi, sağlık güvencesi, aile tipi, ikamet yeri ve algılanan gelir düzeyi ile ilgili verilerin PTSD puan ortalamaları üzerindeki etkileri ANOVA, t testi, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi ile incelenmiş ve Çizelge 3.12.1.'de verilmiştir. Yapılan analizler sonucunda belirtilen sosyo-demografik özelliklerin PTSD puan ortalaması üzerindeki etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olmadıkları ortaya konmuştur.

Çizelge 3.12.1. Posttravmatik Stres Bozukluğu Puan Ortalamalarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	Sayı (%)	Ortalama±SS*	X ² /t/Z/F	P	% 95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Yaş Grupları						
18-25	176 (55,0)	28,14±10,18	0,419	0,811	26,63	29,66
26-35	124 (38,8)	27,61±9,12			25,99	29,23
36-50	20 (6,3)	26,35±8,38			22,43	30,27
Eğitim düzeyi						
İlköğretim	244 (76,3)	28,04±9,64	0,401	0,818	26,82	29,26
Lise	49 (15,3)	27,47±10,69			24,40	30,54
Üniversite ve üstü	27 (8,4)	26,51±7,89			23,39	29,64
Mesleği						
Ev hanımı	282 (88,1)	27,86±9,32	0,631	0,528	-4,46	8,68
Gelir getiren işte çalışan	38 (11,9)	25,75±9,16				
Medeni durum						
Resmi nikâhı olan	314 (98,1)	27,86±9,61	-0,943	0,346	-5,98	9,70
Resmi nikâhı olmayan	6 (1,9)	26,00±13,19				
Sağlık güvencesi						
Var	280 (87,5)	30,6±10,21	1,950	0,052	-0,027	6,37
Yok	40 (12,5)	27,43±9,53				
İkamet yeri						
İl merkezi	98 (30,6)	27,72±9,05	0,028	0,972	25,91	29,54
İlçe merkezi	156 (48,8)	27,95±10,20			26,34	29,57
Köy	65 (20,6)	27,67±9,36			25,36	29,97
Birlikte yaşamılan aile bireyleri						
Yok	227 (70,9)	27,51±9,55	-0,908	0,365	-3,42	1,26
Var	93 (29,1)	28,59±9,94				
Algılanan gelir düzeyi						
Gelir giderden düşük	106 (31,1)	29,36±10,87	3,731	0,155	27,26	31,45
Gelir gidere denk	200 (62,5)	26,80±8,70			25,59	28,02
Gelir giderden fazla	14 (4,4)	30,79±11,55			24,12	37,46

* SS: Standart Sapma

F: varyans analizi (ANOVA), t: t testi, Z: Mann Whitney U, X²: Kruskal Wallis

3.13. Posttravmatik Stres Bozukluğu Puan Ortalamalarının Obstetrik ve Vajinal Muayene ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı

Çalışmaya katılan kadınların obstetrik, doğum ve vajinal muayeneye ilişkin özelliklerinin PTSD puan ortalaması üzerindeki etkileri incelendiğinde, gebelik sayısının PTSD toplam puanı üzerindeki etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($F(3,316)=4,310$; $p=0,005$). Bu farkın hangi gebelik sayısı grubundan etkilendiğini belirlemek amacıyla yapılan Tukey HSD çoklu karşılaştırma test sonuçları, bu farkın 3 kez gebe kalan kadınlar ($31,35\pm 10,01$) ile 1 kez ($26,88\pm 9,45$) ve 2 kez ($26,16\pm 9,23$) gebe kalanlardan kaynaklandığını göstermiştir (sırası ile ortalama fark ve p değeri: $-4,47\pm 1,48$, $p=0,014$; $-5,19\pm 1,57$, $p=0,006$). Yine araştırmada isteyerek düşüğü olmayan kadınların PTSD puan ortalamasının ($31,88\pm 7,81$) olanlara ($27,60\pm 9,72$) göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($Z=2,189$; $p=0,029$). Ayrıca yapılan istatistiksel analizlerde canlı doğum sayısı, kendiliğinden düşük, doğum yapma durumu ve şekli, en son jinekolojik muayene yapan sağlık personeli ve cinsiyeti, ebe/doktor ile iletişimin PTSD puan ortalaması üzerindeki etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olmadıkları ortaya konmuştur (Çizelge 3.13.1).

Çizelge 3.13.1. Posttravmatik Stres Bozukluğu Puan Ortalamalarının Obstetrik ve Vajinal Muayene ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı

Obstetrik ve vajinal muayene ile ilgili özellikler	Sayı (%)	Ortalama \pm SS*	X ² /t/Z/F	P	% 95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Gebelik sayısı						
1	122 (38,1)	26,88 \pm 9,45	4,310	0,005	25,18	28,57
2	88 (27,5)	26,16 \pm 9,23			24,20	28,11
3	63 (19,7)	31,35 \pm 10,01			28,83	33,87
4-7	47 (14,7)	28,68 \pm 9,53			25,88	31,48
Canlı doğum sayısı						
0	39 (12,2)	28,46 \pm 12,18	-0,574	0,567	24,51	32,41
1	116 (36,3)	26,71 \pm 8,18			25,21	28,22
2	97 (30,3)	27,99 \pm 10,31			25,91	30,07
3	50 (15,6)	29,72 \pm 9,93			26,90	32,54
4-6	18 (5,6)	27,44 \pm 7,90			23,51	31,37
İsteyerek düşük						
Var	17 (5,3)	27,60 \pm 9,72	-2,189	0,029	-9,01	0,44
Yok	303 (94,7)	31,88 \pm 7,81				

Çizelge 3.13.1. Posttravmatik Stres Bozukluğu Puan Ortalamalarının Obstetrik ve Vajinal Muayene ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı (Devam)

Kendiliğinden düşük						
Var	57 (17,8)	28,49±9,50	-0,574	0,567	-3,59	1,97
Yok	263 (82,2)	27,68±9,71				
Doğum yapma durumu						
Olan	278 (86,9)	27,73±9,18	-0,360	0,720	-4,76	3,31
Olmayan	42 (13,1)	28,45±12,50				
En son doğum şekli						
Vajinal doğum	195 (60,9)	25,34±9,66	1,863	0,064	-0,12	4,23
Sezaryen doğum	83 (25,9)	26,29±7,82				
En son jinekolojik muayene yapan sağlık personeli						
Ebe	167 (52,2)	27,30±9,22	5,027	0,081	-3,21	1,04
Doktor	153 (47,8)	28,39±10,12				
Jinekolojik muayene yapan sağlık personelinin cinsiyeti						
Kadın	252 (78,7)	27,82±9,81	-0,013	0,990	-2,62	2,58
Erkek	68 (21,3)	27,84±9,16				
Muayene sırasında ebe/doktor ile olan duygusal iletişim						
Tamamen olumsuz	9 (2,8)	28,67±10,37			20,70	36,64
Olumlu yönleri olmakla birlikte çoğunlukla olumsuz	20 (23,4)	32,30±10,41	9,619	0,081	27,43	37,17
Olumsuz yönleri olmakla birlikte çoğunlukla olumlu	75 (6,3)	9,05±8,97			26,99	31,12
Tamamen olumlu	216 (67,5)	26,95±9,70			25,65	28,25

* SS: Standart Sapma

F: varyans analizi (ANOVA), t: t testi, Z: Mann Whitney U, X²: Kruskal Wallis

3.14. Posttravmatik Stres Bozukluğu Puan Ortalamalarının Cinsel Yaşam ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı

Çalışmaya katılan kadınların cinsel yaşama ilişkin özelliklerinin PTSD puan ortalaması üzerindeki etkileri incelendiğinde, yapılan istatistiksel analizlerde cinsel yaşamın PTSD puan ortalaması üzerindeki etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olmadıkları ortaya konmuştur (Çizelge 3.14.1).

Çizelge 3.14.1. Posttravmatik Stres Bozukluğu Puan Ortalamalarının Cinsel Yaşam ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı

Cinsel Yaşam ile ilgili özellikler	Sayı (%)	Ortalama±SS*	X ² /t/Z/F	P	% 95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Cinsel yaşam						
Cinsel aktivitem kötü	12 (3,8)	28,33±15,65			18,39	38,28
Cinsel aktivitem orta düzeyde	97 (30,3)	29,43±9,48	5,027	0,081	27,52	31,34
Cinsel aktivitem iyi	211 (65,9)	27,06±9,27			25,80	28,31

* SS: Standart Sapma

F: varyans analizi (ANOVA), t: t testi, Z: Mann Whitney U, X²: Kruskal Wallis

3.15. Posttravmatik Stres Bozukluğu Puan Ortalamalarının Geçmişteki İstismar Öyküsü Özelliğine Göre Dağılımı

Araştırma örneklemine alınan kadınların şiddet ile karşılaşma, fiziksel, duygusal ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının PTSD puan ortalamaları üzerindeki etkileri Çizelge 3.15.1’de verilmiştir. Bağırma/eve kitleme/para vermeme gibi davranışlara maruz kalan kadınların PTSD puan ortalamasının (35,66±12,14) maruz kalmayanlara (26,77±8,78) göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (t=4,36; p=0,000). Kadınların tehdit edici davranışlara maruz kalma durumunun PTSD puan ortalaması üzerindeki etkileri incelendiğinde ise bu davranışlara maruz kalanların puan ortalamasının (40,17±7,76) maruz kalmayanlarınkine (27,59±9,55) göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Z=-2,941,

p=0,003). Yine fiziksel şiddete maruz kalan kadınların PTSD puan ortalamasının (37,64±8,32) kalmayanlarınkine (26,99±9,31) göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür (Z=-5,230; p=0,000; Çizelge 3.15.1).

Araştırma kapsamına alınan kadınların eşi tarafından cinsel ilişkiye zorlanma durumunun PTSD puanı üzerine etkisi incelendiğinde, cinsel ilişkiye zorlanan kadınların puan ortalamalarının (35,88±11,31) zorlanmayanlarınkine (27,14±9,21) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Z=-3,670; p=0,000). Ayrıca zorla cinsel ilişkiyi istismar olarak algılama durumuna göre yapılan incelemede, zorla cinsel ilişkiyi istismar olarak tanımlayan kadınların PTSD puan ortalamasının (39,20±5,09) tanımlamayanlarınkine (27,46±9,55) göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır (Z=-3,846; p=0,000; Çizelge 3.15.1).

Çizelge 3.15.1. Posttravmatik Stres Bozukluğu Puan Ortalamalarının Geçmişteki İstismar Öyküsü Özelliğine Göre Dağılımı (n=320)

İstismar öyküsü ile ilgili özellikler	Sayı (%)	Ortalama±SS*	t/Z	P	% 95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Şiddetle davranışı ile karşılaşma						
Evet	38 (11,9)	3,42±3,02	-0,973	0,332	-1,70	0,57
Hayır	282 (88,1)	3,98±3,38				
Bağırma/eve kitleme/para vermeme gibi davranışlara maruziyet						
Evet	38 (11,9)	35,66±12,14	4,361	0,000	2,04	4,78
Hayır	28 (88,1)	26,77±8,78				
Tehdit edici davranışlara maruziyet						
Evet	6 (1,9)	40,17±7,76	-2,941	0,003	4,85	20,30
Hayır	314 (98,1)	27,59±9,55				
Fiziksel şiddet						
Evet	25 (7,8)	37,64±8,32	-5,230	0,000	6,86	14,43
Hayır	295 (92,2)	26,99±9,31				
Eş tarafından cinsel ilişkiye zorlanma						
Evet	25 (7,8)	35,88±11,31	-3,670	0,000	4,89	12,58
Hayır	295 (92,2)	27,14±9,21				
Zorla cinsel ilişkiyi istismar olarak algılama, (n=25)						
Evet	10 (40,0)	39,20±5,09	-3,846	0,000	5,76	17,72
Hayır	15 (60,0)	27,46±9,55				

* SS: Standart Sapma

t: t testi, Z: Mann Whitney U

3.16. Vajinal Muayene Sırasında Hissedilen Rahatsızlık İle PTSS Yaşama Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Vajinal muayene sırasında rahatsızlık hisseden kadınların PTSS yaşama durumlarına göre dağılımları incelendiğinde muayene sırasında rahatsızlık yaşayan kadınların (%75,0) yaşamayanlara (%61,0) göre daha fazla oranda PTSS yaşamış oldukları belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde de bu fark anlamlı bulunmuştur ($X^2=5,303$; $p= 0,021$; Çizelge 3.16.1).

Çizelge 3.16.1. Vajinal Muayene Sırasında Hissedilen Rahatsızlık İle PTSS Yaşama Arasındaki İlişki

	Rahatsızlığı olmayan n (%)	Rahatsızlığı olan n (%)	X^2	p
PTSS yok	92 (39,0)	21 (25,0)	5,303	0,021
PTSS var	144 (61,0)	63 (75,0)		

3.17. Kadınların Vajinal Muayene Sırasında Hissedilen Rahatsızlık İle İlgili Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Vajinal muayene sırasında hissedilen rahatsızlık hissi puanı bağımlı değişkeni ile oluşturulan modelden elde edilen hata terimi analizleri verilerin normallik, doğrusallık ve sabit varyans varsayımlarının sağlandığını gösterdi. Veriler arasında otokorelasyona bakıldığında şiddetle karşılaşma durumu ile hem fiziksel hem de emosyonel istismara maruziyet arasındaki korelasyonun yüksek (sırası ile; $r=0,72$ ve $r=0,70$) olmasından dolayı şiddetle karşılaşma durumu modelden çıkartıldı. Bu modelde bazı vakalarda (82, 150, 155, 182, 256. anket) uç değerler olduğu belirlenmiş olup, uç değer gösteren verilere ilişkin yapılan incelemede bu değerlerin herhangi bir hataya bağlı olmadığı saptandı ve bu veriler modelde kaldı.

Kadınların vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissini etkileyen değişkenlerin belirlenmesinde kullanılan lojistik regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı olan ve açıklayıcılık gücünü arttıran üç tane değişken olduğunu gösterdi (Çizelge 3.17.1). Bunlar modelin gücüne en fazla katkıda bulunma sırasına göre emosyonel şiddete maruz kalma (OR=4,482; %95 CI=1,421-14,134), PTSB (OR=0,009; %95 CI=1,009-1,066) yaşama durumu ve canlı doğum sayısı (OR=0,717; %95 CI=0,555-0,925) idi.

Çizelge 3.17.1. Kadınların Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissini Etkileyen Risk Faktörlerinin Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (Block 1: Method = forward)

Risk Faktörleri	Regresyon Katsayısı (B)	S.E.	Wald	df	P değeri	OR Exp (B)	%95 C.I. için EXP (B)		R ²
							Alt	Üst	
Canlı doğum sayısı	-0,333	0,131	6,519	1	0,01	0,717	0,555	0,925	0,037
Emosyonel şiddet	1,500	0,586	6,552	1	0,01	4,482	1,421	14,134	0,059
PTSB	0,037	0,014	6,889	1	0,009	1,038	1,009	1,066	0,089

C.I.: Güven Aralığı, OR: Odds Ratio, S.E.: Standart Hata

4. TARTIŞMA

Bu çalışma vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi, istismar öyküsü, cinsel istismar ve PTSD ve bu durumlar arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile yapılmıştır. Çalışmada başlıca (1) vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi yaşayan kadınların daha fazla oranda emosyonel şiddet ve PTSD yaşadıkları, canlı doğum sayısı arttıkça rahatsızlık hissinin azaldığı (2) cinsel istismar öyküsünün vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi yaşamayı etkilemediği ve (3) istismar ve cinsel istismar öyküsünün PTSD yaşamayı artırdığı sonuçları elde edilmiştir. Bu sonuçlar bu konu ile ilgili toplumumuza özel verileri ortaya koyması bakımından önemlidir.

Çalışmada kadınların çoğunun genç yaşta ($26,30\pm 6,02$) oldukları görülmüştür. Bu sonuç kadınların vajinal muayene deneyimlerinin ve rahatsızlık ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan diğer çalışmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir (Hilden ve ark 2003, Tugut ve Gölbaşı 2014). Bu sonuçlar vajinal muayene deneyimi olan kadınların daha çok doğurganlık yaşlarında olduklarını göstermektedir.

Bu çalışmadaki kadınların daha çok (%76,3) ilkokul eğitime sahip oldukları belirlenmiştir. Jinekolojik muayeneye eşlik eden endişe kaynakları ve hastaların bu konuda bilgilendirilmesinin yararlarının incelendiği bir çalışmada da kadınların çoğunun (%75,0) ilkokul mezunu olduğu bildirilmiştir (Aksakal 2001a). TNSA 2013' de de kadınların eğitim seviyeleri benzer olarak bildirilmiştir (Türkyılmaz 2014). Bu sonuçlar ülkemizde kadınların çoğunun eğitim düzeyinin düşük olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Çalışmaya dâhil edilen kadınların çok küçük bir bölümü gelir getiren bir işte çalışmakta idi. Jinekolojik muayene ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar rapor edilmiştir (Aksakal 2001b, Swahnberg 2004, Erbil ve ark 2008). Bu sonuçlar kadınların çalışma oranlarının düşük olduğunu göstermektedir. Çalışma oranlarının düşük olması kadınların gelir düzeylerini azaltarak sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını olumsuz etkileyebilir.

Bu çalışmada kadınların çoğunluğunun herhangi bir sosyal güvence kapsamında olduğu saptanmıştır. TNSA 2013 (Çavlin ve ark 2014) ve Akyüz (2006)'ün yaptığı çalışmada da benzer olarak kadınların çoğunluğunun sosyal güvencesinin bulunduğu

belirtilmektedir. Bu durum kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını kolaylaştırması bakımından önemlidir. Sağlık hizmetine kolaylıkla ulaşabilen kadınların hastalıklardan korunma ve erken tanı için jinekolojik muayene olma oranını arttırabilir.

Çalışmada kadınların çok az bir bölümünün resmi nikâhlarının olmadığı belirlenmiştir. Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması (2014) araştırmasında da 18 yaş üstü kadınların resmi nikâh olmadan eşleri/partnerleri ile yaşama oranının (%3,0) benzer olduğu görülmüştür. Yine bu çalışmada medeni durumun şiddet düzeyi üzerinde en büyük etkiye sahip olduğu ve boşanmış, ayrı yaşayan veya hiç evlenmemiş kadınların maruz kaldıkları fiziksel ve/veya cinsel şiddet düzeyinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2014).

Bu çalışmaya katılan kadınların gebelik sayı ortalamasının ($2,24\pm 1,38$) TNSA 2013’de bildirilenlere benzer olduğu belirlenmiştir. Bu oran Aydın’da yapılan diğer çalışma sonuçları ile benzerdir (Gemalmaz ve ark 2005, Özçelik ve Karaçam 2014) Gebelik sayısının fazla olması hem kadın sağlığının olumsuz etkilemesi hem de anksiyete ve PTSSB yaşama durumunu arttırabileceği için önemlidir.

Çalışmaya katılan kadınların çoğunlukla multipar oldukları belirlenmiştir. Vajinal muayene sırasında rahatsızlığı etkileyen faktörlerin ve istismar öyküsü olan kadınların sağlık sistemi içindeki muayene deneyimlerinin incelendiği diğer çalışmalarda benzer sonuçlar bildirilmiştir (Hilden ve ark 2003, Swahnberg ve ark 2004a; 2007, Akyüz ve ark 2006, Borders ve ark 2012). Bu sonuçlar doğum sayısının artması ile vajinal muayene olma sıklığının da arttığı söylenebilir.

Çalışmada kadınların önemli bir kısmının (%17,8) kendiliğinden düşüğe sahip oldukları belirlenmiştir. Bu oran TNSA 2013’de daha yüksek (%23,0) olarak bildirilmiştir (Adalı ve ark 2014). Bu sonuçlar kendiliğinden düşüğün önemli bir kadın sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir.

Araştırma kapsamındaki kadınların isteyerek düşük ortalamalarının ($0,71\pm 0,33$) TNSA 2013 (Adalı ve ark 2014) sonuçlarından ($0,14$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaş, refah düzeyi, kent-kırda yaşama ve kullanılan aile planlaması yöntemleri gibi etkenler isteyerek düşüklerin oranını etkileyebilir. Belirtilen oranlardaki farklılık araştırma örneğine alınan kadınların sosyo-demografik özellikleri ile ilişkili olabilir.

Araştırmada kadınların çoğunluğunun en son doğumlarının vajinal yoldan (%70,1) olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada bildirilen vajinal doğum oranının TNSA 2013’de bildirilenden (%52) daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan diğer çalışmalarda da vajinal doğum oranının bu çalışma sonuçlarına benzer olarak daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (Shepherd ve Cheyne 2013, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2014). Bu çalışmada vajinal doğum oranının TNSA’da bildirilenden daha yüksek olması olumlu bir durumdur.

Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğunun eşleri ile olan cinsel aktivitelerini iyi olarak tanımladıkları belirlenmiştir. Benzer bir çalışmada, Hilden ve ark (2003) da kadınların çoğunluğunun tatmin edici cinsel yaşama sahip olduklarını bildirdikleri rapor edilmiştir. Yine bu çalışmada aktif cinsel yaşamı olmayan ya da cinsel yaşamını kötü olarak tanımlayan kadınların vajinal muayene sırasında daha çok rahatsızlık yaşadıkları belirtilmiştir. Swahnberg ve ark (2011)’nin çalışmasında da benzer sonuçlar bildirilmiştir. Bu sonuçlara göre olumsuz cinsel yaşamın vajinal muayene sırasında yaşanan rahatsızlık hissi için önemli olduğu düşünülebilir. Diğer yandan çalışmaya katılan ve cinsel yaşamını orta ve iyi olarak tanımlayan kadınların rahatsızlık hissi puanlarının daha yüksek çıkması kadınların cinsel yaşamları hakkında düşünmekten ve konuşmaktan çekindiklerini ve bu konuda gerçekçi bir değerlendirme yapamadıklarını düşündürülebilir.

Çalışmada kadınların yaklaşık yarısının jinekolojik muayenesi ebe tarafından yapılmıştı. Bu sonuç araştırmanın yapıldığı hastanede normal doğumların yönetiminin ebeler tarafından yapıldığı ve normal doğum oranının daha yüksek olması ile ilişkili olabilir.

Bu çalışmaya katılan kadınların jinekolojik muayenesinin çoğunlukla kadınlar tarafından yapıldığı belirlenmiştir. Benzer şekilde, vajinal muayene sırasında hissedilenleri belirlemek amacıyla yapılan birçok çalışmada vajinal muayeneyi yapan sağlık çalışanının daha çok kadın olduğu ve muayene olan kadınlarında hemcinslerini tercih ettikleri belirlenmiştir (Larsen ve ark 1997, Hilden ve ark 2003, Swahnberg ve ark 2011). Bu sonuçlara göre kadınların muayene sırasında daha çok kadın sağlık çalışanını tercih ettikleri söylenebilir. Bu durum kadınların muayene olurken kendilerini daha rahat hissetmeleri, daha az utanç duymaları, aynı fiziksel yapıya sahip olmanın daha rahatlatıcı olması ile ilişkili olabilir. Diğer yandan bu sonuçlar hastanede çalışan kadın doktor

sayısının çok olması ve ebelerin daha fazla oranda vajinal muayene yapmış olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Bu araştırmada kadınların yarısından fazlası jinekolojik muayenelerini yapan sağlık çalışanı (ebe/doktor) ile olan duygusal iletişimini olumlu olarak tanımladıkları belirlenmiştir. Jinekolojik muayene sırasında kadınların hissettikleri ve deneyimlerini incelemek amacıyla yapılan diğer çalışmalarda da benzer bulgular bildirilmiştir (Larsen ve ark 1997, Hilden ve ark 2003). Bir başka araştırmada Swahnberg ve ark (2011) da kadınların çoğunlukla vajinal muayeneyi yapan sağlık çalışanı ile olumlu iletişime sahip olduğunu, ancak istismar öyküsü olan kadınların daha çok olumsuz iletişim bildirdiklerini rapor etmişlerdir. Jennifer ve ark (2008) ise istismar öyküsü olan kadınların jinekolojik bakım deneyimlerini inceledikleri çalışmalarında, istismar öyküsü olan kadınların jinekologları ile olan iletişimini olumsuz olarak değerlendirdiklerini bildirmişlerdir. Bu sonuçlara dayanarak kadınların jinekolojik muayeneyi yapan sağlık çalışanları ile olan iletişimini değerlendirmelerinin kadınların geçmiş deneyimlerine göre değerliklik gösterebileceği söylenebilir.

Bu çalışmada kadınların önemli bir bölümünün (%26,3) vajinal muayene sırasında rahatsızlık yaşadığı belirlenmiştir. Bu oran Hilden ve ark (2003)'nın çalışmalarında bildirilen orandan (%17,9) daha fazla ve Hassan ve ark (2012)'nin çalışmalarında bildirilen orandan (%68,0) daha az idi. Yine Swahnberg ve ark (2011)'nin yaptıkları çalışmada kadınların çoğunlukla (%83,0) vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissettikleri, bir kısmının da (%18,0) aşırı rahatsızlık hissettikleri bildirilmiştir. Bu bulgulara göre vajinal muayene sırasında yaşanan rahatsızlık hissini araştırmanın yapıldığı yer ve rneklemi n özelliklerinden etkilenebileceği söylenebilir.

Çalışmaya dâhil edilen kadınların vajinal muayene sırasında kendilerini daha rahat hissetmek için beklentilerinin daha çok açıklama yapılması, daha yavaş olunması, daha nazik davranılması, kadın olması, mahremiyete dikkat etmesi ve psikolojik destek sağlaması olarak tanımladıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlara benzer olarak yapılan çalışmalarda da sağlık çalışanından beklentilerin nazik olma, merhametli olma, muayene hakkında daha çok açıklama yapma, güler yüzlü olma, ilgili olma, muayene bulgularını açıklama, muayenenin jinekoloji masasında yapılmaması olduğu bildirilmiştir (Larsen 1997, Lewin ve ark 2004, Erbil 2008, Ackerson 2012). Diğer yandan, Aksakal (2001b),

kadınların çıplak olma, çaresizlik, küçük düşme, acı duyma ve kötü bir hastalık bulunacağına dair endişelerinden dolayı vajinal muayene olmaktan kaçındıklarını bildirmektedir. Bu düşünceler ile kadınların vajinal muayene sırasında sağlık çalışanlarından beklentilerinin paralel olduğu gözlenmektedir.

Araştırmada kadınların önemli bir kısmının (%11,9), yaşamı boyunca bir şiddet davranışı ile karşılaştığı ve çoğuna şiddetin eşi tarafından uygulandığı belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün raporunda dünyadaki kadınların ortalama %35,0'ının şiddet gördüğünü, ayrıca kadınların %30'unun eşi tarafından fiziksel ve cinsel şiddete maruz kaldığını bildirmiştir (World Health Organisation 2014). Bu çalışmada bildirilen şiddet ile karşılaşma oranı bazı çalışmalarda (Wijma 2003, Swahnberg ve ark 2004a, 2004b, 2007, Davidsson ve ark 2009) bildirilenlerden daha az iken, Swahnberg ve ark (2011)'nin çalışmasında bildirilenden (%5,9) daha fazla idi. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırmasında (2014) evlenmiş kadınların %38,0'ı yaşamlarının herhangi bir döneminde fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir. Bu bulgular kadına yönelik şiddet oranlarının tüm Dünyada ve Türkiye'de yüksek olduğunu ve önemli bir kadın sağlığı sorunu olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Bu sonuçlar kadınların istismara uğrama oranlarının ülkelerin gelişmişlik düzeylerine, toplumlara ve kültürlere göre değişiklik gösterdiğini düşündürmektedir.

Bu araştırmada kadınların (%11,9) duygusal şiddete maruz kalma oranı Swahnberg ve ark (2004, 2011)'nin çalışmalarında bildirilen oranlardan (sırası ile; %2,0; %5,6) daha fazla ve Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırmasında bildirilen orandan (%44) daha az idi. Bu sonuçlara göre duygusal şiddetin yaygın olduğu söylenebilir.

Çalışmada kadınların önemli bir bölümünün (%7,8) fiziksel olarak şiddete maruz kaldığını belirlenmiştir. Wijma ve ark (2000) (%8,0) ve Swahnberg ve ark (2004) (%4,8) tarafından yapılan araştırmalarda fiziksel şiddet görme oranlarının bildirilenden daha az olduğu gözlenmiştir. Kadınların geçmişlerindeki istismar öykülerinin incelendiği çalışmalarda Rapkin ve ark (1990), Walling ve ark (1994), Martin ve ark (1999), Pikarinen ve ark (2007) ve Swahnberg ve ark (2011) tarafından bildirilen oranlar çalışma bulgusundan daha fazladır (sırası ile %10,0; %36,0; %17,0; %21,6; %14,6). Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırmasında kadınların eşi veya birlikte olduğu partneri tarafından fiziksel şiddet görme oranı %36 olarak bildirilmiştir. Fiziksel istismarın kadın

sağlığı üzerinde yaralanmalar, abortuslar, anksiyete ve depresyon, alkol kullanımı, intihar gibi olumsuz etkileri olması nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olduğu ve yaşanan yere, toplumun özelliklerine göre sıklığının değişiklik gösterdiği söylenebilir.

Araştırma kapsamındaki kadınların bir kısmının (%7,8) istemediği zamanda eşi tarafından cinsel ilişkiye zorlandığı ve cinsel ilişkiye zorlanan kadınların önemli bir bölümünün (%40) bu durumu cinsel şiddet/istismar olarak tanımladıkları belirlenmiştir. Bu oran Wijma ve ark (2000), Swahnberg ve ark (2004) ve Rapkin ve ark (1990) tarafından yapılan araştırmalarda bildirilenden daha az (sırası ile %6,0; %5,2; %7,0) ve Walker ve ark (1988), Walling ve ark (1994), Martin ve ark (1999), Pikarinen ve ark (2007), Swahnberg ve ark (2011) ve Tinglöf ve ark (2015) tarafından bildirilen oranlardan daha fazla (sırası ile %48,0; %41; %22; %12,3; %9,7; %12,1) idi. Ayrıca Lacelle ve ark (2011) çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kalma oranının %31,0 olduğunu bildirmişlerdir. Dünya Sağlık Örgütü'nün raporunda kadına yönelik cinsel istismar oranlarının bazı ülkelere göre dağılımları Kanada %8,0, İngiltere %14,2, Finlandiya %5,9, İsviçre %11,6 ve Amerika Birleşik Devletleri %7,7 olarak bildirilmiştir (World Health Organization 2014). Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırmasında (2013) kadınların eşi veya birlikte olduğu partneri tarafından cinsel istismara maruz kalma yüzdesi (%12,0) bu araştırmada bildirilen orandan daha fazladır. Bu sonuçlara göre bu çalışmada bildirilen oranın Dünya'daki ve Türkiye'deki oranlardan daha az olduğu söylenebilir. Bunun nedeni istismarın yaşanan toplumun özelliklerine göre değişebileceği gibi cinsel istismarı bildirim oranlarının düşük olmasından da kaynaklanabilir.

Bu çalışmaya katılan kadınların yarısından fazlasının PTSD yaşadığı belirlenmiştir. Hapke ve ark (2006)'un yaptığı çalışmada PTSD görülme sıklığı 14–24 yaşları arasındaki ergenlerde %21,4 ve 21–30 yaşları arasındaki genç yetişkinlerde %39,1 olarak bildirilmiştir. Bu oranlar, bu çalışmada bildirilenden daha azdır. Yapılan diğer araştırmalarda da kadınların yaşam boyu PTSD yaşama durumlarının %17,7-74,2 arasında değişmekte idi (Breslau ve ark 1998, Perkonigg ve ark 2000, Creamer ve ark 2001, Brunello ve ark 2001). Bu bulgulara göre araştırma örneğine alınan kadınların yaşadığı bölgede PTSD yaşama oranlarının yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmaya katılan kadınların yaşları azalırken, vajinal muayene sırasında yaşanan rahatsızlık hissinin arttığı belirlenmiştir. Benzer çalışmalarda Hilden ve ark (2003) ve

Swahnberg ve ark (2011) da kadınların yaşının azalması ile birlikte rahatsızlık hissini arttırdığını bildirmişlerdir. Bunun aksine Tugut ve Gölbaşı (2014) yaptıkları çalışmada yaşın vajinal muayene öncesi ve sonrası ölçülen rahatsızlık hissi puanları üzerinde anlamlı bir fark yaratmadığını bildirmişlerdir. Bu sonuçlara göre vajinal muayene deneyimlerinin daha az olması, daha fazla utanma duygusu ve pelvik yapısının fizyolojik gelişimi gibi nedenlerden dolayı, genç yaştaki kadınların vajinal muayene sırasında daha fazla rahatsızlık yaşayabilecekleri söylenebilir.

Bu çalışmada hiç doğum yapmayan kadınların yapanlara göre vajinal muayene sırasında daha fazla rahatsızlık hissettikleri tespit edilmiştir. Hilden ve ark (2003) ve Swahnberg ve ark (2011)'nin çalışmalarında da benzer sonuçlar bildirilmiştir. Yine bu araştırmada kendiliğinden düşüğü olmayan kadınların, olanlara göre vajinal muayene sırasında daha fazla rahatsızlık hissettikleri belirlenmiştir. Ülkemizde kadınların rutin jinekolojik muayene yaptırma oranlarının az olması (T.C. Sağlık Bakanlığı 2014), vajinal muayene deneyimlerinin belki de ilk kez gebelik ya da doğum sırasında yaşanmasına neden olabilir. Bu sonuçlara göre, hiç doğum yapmayan kadınların vajinal muayene deneyimlerinin daha az olmasının vajinal muayene sırasında yaşanan rahatsızlık hissini arttırdığı söylenebilir.

Çalışmada hiç doğum yapmamış olan kadınların vajinal ve sezaryen doğum yapmış olanlara göre vajinal muayene sırasında daha fazla rahatsızlık hissettiği belirlenmiştir. Bu sonuç hiç doğum yapmamış olan kadınların yapanlara göre daha az vajinal muayene deneyiminin olması ile ilişkili olabilir.

Bu çalışmaya dâhil edilen kadınların vajinal muayene sırasında ebe/doktor ile olan olumsuz iletişimin vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Jinekolojik muayene sırasında kadınların hissettikleri ve deneyimlerini incelemek amacıyla yapılan diğer çalışmalarda da benzer bulgular bildirilmiştir (Larsen ve ark 1997, Hilden ve ark 2003). Bir başka araştırmada Swahnberg ve ark (2011) da kadınların çoğunlukla vajinal muayeneyi yapan sağlık çalışanı ile olumsuz iletişime sahip olmanın vajinal muayene sırasında hissedilen rahatsızlık hissi ile ilişkili olduğunu ve istismar öyküsü olan kadınların daha çok olumsuz iletişim bildirdiklerini rapor etmişlerdir. Jennifer ve ark (2008) ise istismar öyküsü olan kadınların jinekolojik bakım deneyimlerini inceledikleri çalışmalarında, istismar öyküsü olan kadınların jinekologları ile olan

iletişimini olumsuz olarak değerlendirdiklerini ve bu kadınların vajinal muayene sırasında daha fazla rahatsızlık duyduklarını bildirmişlerdir. Bu sonuçlara dayanarak kadınların jinekolojik muayeneyi yapan sağlık çalışanları ile olan iletişimini değerlendirmenin, kadınların yaşadıkları rahatsızlık hissini azaltma konusunda etkili olacağı söylenebilir.

Araştırma örneklemine alınan kadınlarda istismar öyküsü bulunmanın vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi puanını etkilemediği belirlenmiştir. Bu bulgunun aksine diğer çalışmalarda vajinal muayene sırasında yaşanan rahatsızlık hissi ile istismar öyküsü arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Hilden ve ark 2003, Weitlauf ve ark 2008, 2010). Yine Swahnberg ve ark (2011)'nin yaptıkları çalışmada geçmişlerinde her türden ve özellikle duygusal ve sağlık sisteminde istismar öyküsü olan kadınların vajinal muayene sırasında daha fazla rahatsızlık hissi yaşadıkları belirtilmiştir. Bu sonuçlara göre bulgular arasındaki farklılığın kültürel özellikler ile ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Çalışmada kadınların gebelik sayısı arttıkça PTSD toplam puanının da arttığı ve isteyerek düşüğü olmayan kadınların olanlara göre daha fazla PTSD yaşadığı saptanmıştır. Bu çelişkili sonuçlar örneklemin özellikleri ile ilişkili olabilir ve bu konuda daha fazla araştırmaya gereksinim bulunmaktadır.

Bu araştırmada duygusal, fiziksel ve cinsel istismara maruz kalan kadınların daha fazla PTSD yaşadığı belirlenmiştir. Bu konuda yapılan bir çalışmada Resnick ve ark (1993) fiziksel (%13,0) veya cinsel (%17,8) istismara maruz kalan kadınların daha yüksek oranda PTSD yaşadıklarını rapor etmişlerdir. Yine Astin ve ark (1995) tarafından yapılan bir çalışmada da çocukluk döneminde cinsel istismara uğrayan kadınların PTSD yaşama oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Wijma ve ark (2000), Weitlauf ve ark (2008, 2010) ve Tinglöf ve ark (2015) da istismarın bütün türlerinin yüksek oranda PTSD yaşama ile ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu sonuçlar istismarın tüm boyutlarının kadın sağlığı üzerinde olumsuz etkilerinin olduğunu ve kadınların travma sonrası stres yaşama oranlarını arttırdığını göstermesi bakımından önemlidir.

Çalışmada vajinal muayene sırasında rahatsızlık yaşayan kadınların yaşamayanlara göre daha fazla oranda PTSD yaşamış oldukları belirlenmiştir. Hilden ve ark (2003) da vajinal muayene sırasında rahatsızlık hisseden kadınların son 12 ay içinde %21,7'sinin anksiyete ve %36,4'ünün üzüntü yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bu çalışmada, vajinal

muayene sırasında rahatsızlık yaşayan kadınların yaşamayanlara göre daha fazla oranda PTSD yaşamaları, kadınların vajinal muayeneyi travmatize edici olarak algulamalarına bağlı daha fazla PTSD yaşamaları ya da PTSD yaşayan kadınların vajinal muayene sırasında daha fazla rahatsızlık hissediyor olmaları ile açıklanabilir.

Bu çalışmada kadınların vajinal muayene sırasında hissettikleri rahatsızlık hissi ile emosyonel şiddet ve PTSD arasında pozitif ilişki, canlı doğum sayısı arasında negatif bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Swahnberg ve ark (2011)'nın yaptıkları çalışmada da benzer şekilde kadınların vajinal muayene sırasında hissettikleri rahatsızlık hissi ile muayene yapan sağlık çalışanı ile olumsuz iletişim, genç yaşta olma, emosyonel şiddet, emosyonel ve cinsel şiddet, PTSD yaşama arasında pozitif ilişkinin olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlara göre emosyonel şiddetin vajinal muayene deneyimini olumsuz etkilediği düşünülmüştür.

4.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Bunlar;

- ✓ Bu çalışma kesitsel olarak yapılmıştır ve ortaya çıkardığı bilgiler zamanla değişebilir.
- ✓ Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan kişisel bilgi formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Bu uygulama sırasında kadın ile yalnız kalınarak mahremiyet için özen gösterilmesine rağmen, bazen sağlık çalışanları ve ziyaretçiler mahremiyet alanına müdahale etmişlerdir. Ayrıca bu bilgi formundaki sorularda cinsel yaşam ve olası istismara maruz kalma ile ilgili konular sorgulandığı için, kadınlar mevcut durumu yansıtmayan cevaplar vermiş olabilirler.
- ✓ PTSD ölçeği kendini bildirim yöntemi ile doldurulmuştur. Bu ölçek aracılığı ile elde edilen veriler uzman kişiler tarafından gözlenen durumdan farklı olabilir. Ayrıca, kadınların çoğunun sosyo-kültürel düzeylerinin düşük olması bu ölçeği doldururken algıda farklılık yaratarak soruların amacının dışında algılanmasına neden olmuş olabilir.
- ✓ Vajinal muayene hakkındaki algı kişisel özelliklerden, sağlık çalışanının tutumundan ve toplumsal yargılardan etkilenebileceğinden, kadınlar vajinal

muayene hakkındaki negatif algıları ile rahatsızlık hissini birbirinden ayırt edememiş olabilir. Bu nedenle vajinal muayene sırasında hissedilen rahatsızlık hissi sorgulanırken, verilen cevabın gerçekten yaşanan rahatsızlık hissi mi yoksa vajinal muayeneye karşı olan negatif algıdan mı olduğu ayırt edilememiş olabilir.

- ✓ Araştırmada hastaneye doğum için gelen ve vajinal muayene yaptıran kadınlar doğum ağrısı ile vajinal muayene sırasında hissedilen rahatsızlığı ayırt etmede güçlük yaşamış ve daha fazla rahatsızlık hissi yaşadıklarını bildirmiş olabilirler.
- ✓ Çalışmaya katılan kadınların soru formunun doldurulduğu zaman, vajinal muayene sonrası geçen süre bakımından farklılık göstermiştir. Bu nedenle vajinal muayene sonrası rahatsızlık hissi zamana bağlı olarak azalmış ya da tam doğru hatırlanamamış olabilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Aydın ilinde gelişigüzel örnekleme yöntemi ile belirlenen 320 kadınla yapılan ve vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi, istismar öyküsü, cinsel istismar ve PTSS ve bu durumlar arasındaki ilişkilerin incelendiği bu araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki sonuçlar ve öneriler geliştirilmiştir.

5.1. Sonuçlar

- Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $26,32 \pm 5,98$ idi. Çalışmadaki kadınların %76,3'ünün ilkökul mezunu ve %88,1'nin ev hanımı olduğu, %87,5'inin sağlık güvencesine sahip olduğu ve %62,5'inin gelir durumunu giderine denk olarak bildirdiği,
- Kadınların gebelik sayısı ortalamasının $2,24 \pm 1,38$ olduğu, %36,3'ünün ilk doğumunu yaptığı, %5,3'ünün isteyerek düşük yaptığı ve %17,8'inin kendiliğinden düşük yaptığı ve %60,9'unun en son doğum şeklinin vajinal olduğu,
- Kadınların %65,9'unun eşleri ile olan cinsel yaşamlarını iyi olarak tanımladıkları, %52,2'sinin vajinal muayenesinin ebe tarafından yapıldığı, jinekolojik muayenesini yapan sağlık personelinin %78,8'inin kadın olduğu ve %67,5'inin jinekolojik muayene oldukları ebe/doktor ile olan duygusal iletişimini “*tamamen olumlu*” olarak tanımladıkları,
- Kadınların vajinal muayene sırasındaki rahatsızlık hissi puan ortalamasının $3,92 \pm 3,34$ olduğu, %26,3'ünün vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi yaşadığı, %51,6'sının vajinal muayene sırasında yapılan işlemlerden memnun olduğu,
- Kadınlarda genç yaşta olmanın daha büyük yaş gruplarına, resmi nikâhli olmayanların olanlara, bir kez canlı doğum yapanların birden fazla doğum yapanlara, kendiliğinden düşük olmayanların olanlara, vajinal doğum yapanların sezaryen doğum yapanlara, ebe/doktor ile olan iletişimi olumsuz olarak tanımlayanların olumlu olarak tanımlayanlara göre vajinal muayene sırasında daha fazla oranda rahatsızlık hissettikleri,

- Kadınların %11,9'unun yaşamı boyunca bir şiddet davranışı ile karşılaştığı, %11,9'unun duygusal, %7,8'inin fiziksel şiddet gördüğü, %7,8'inin istemediği zamanda eşi tarafından cinsel ilişkiye zorlandığı ve bunların %40,0'ının bu durumu cinsel şiddet/istismar olarak tanımladığı,
- Kadınların geçmişlerinde şiddet öyküsü olma durumlarının vajinal muayene sırasında yaşanan rahatsızlık hissi üzerinde etkisinin olmadığı,
- Kadınların %64,7'sinin PTSD yaşadığı ve gebelik sayısı, isteyerek düşük, fiziksel, duygusal ve cinsel şiddete maruz kalma durumlarının PTSD puanını etkilediği,
- Vajinal muayene sırasında rahatsızlık yaşayan kadınların (%75,0) yaşamayanlara göre (%61,0) daha fazla oranda PTSD yaşamış olduğu,
- Kadınların vajinal muayene sırasında hissettikleri rahatsızlık hissi ile emosyonel şiddet ve PTSD arasında pozitif ilişki, canlı doğum sayısı arasında negatif bir ilişkinin olduğu sonuçlarına varılmıştır.

5.2. Öneriler

Kadınların vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi, istismar öyküsü, cinsel istismar ve PTSD ve bu durumlar arasındaki ilişkilerin araştırıldığı bu çalışmada, başlıca vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi yaşayan kadınların daha fazla oranda PTSD yaşadıkları, istismar ve cinsel istismar öyküsünün vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi yaşamayı etkilemediği, istismar ve cinsel istismar öyküsünün PTSD yaşamayı artırdığı sonuçlarına dayalı olarak,

- Vajinal muayene öncesinde kadınların beklentileri ve gereksinimleri sorgulanarak uygun girişimlerin planlanması, işlem basamaklarının açıklanarak uygulanması ve işlem sırasında mahremiyetin sağlanması ile vajinal muayenenin daha olumlu bir deneyime dönüştürülmesinin sağlanması,
- Vajinal muayene öncesinde kadınların rutin öyküsü kapsamına istismar ile ilgili soruların eklenmesi,
- Sağlık çalışanlarının hizmet sunumu sırasında, kadınların vajinal muayene deneyimlerini etkileyebilecek resmi nikâhlı olma, canlı doğum sayısı, kendiliğinden düşük durumu, en son doğum şekli, ebe/doktor ile olan iletişim durumları, istismar öyküleri ve PTSD yaşama durumlarını göz önünde bulundurmaları,

- Örgün ebelik eğitimlerinde ve hizmet içi eğitim programlarında kadınların vajinal muayene sırasında sağlık çalışanından beklentilerinin belirlenmesinin önemi, bu beklentileri nasıl karşılayabilecekleri, kadınlarda istismar öyküsünün nasıl sorgulanması gerektiği, istismar yaşamış olmanın ve PTSS'nun kadın sağlığı üzerindeki ve vajinal muayene üzerindeki etkisinin önemi konularına yer verilmesi,
- Hastane ve klinik yöneticilerinin vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi yaratabilecek durumlara ilişkin düzenleme yapılmasını, hizmet içi eğitim planlama ve yürütülmesini, istismar öyküsü olan ve PTSS yaşayan kadınlar için destek ve danışmanlık birimleri oluşturulmasını sağlamaları,
- Kadınların vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi ve bunu etkileyen faktörler ile ilgili daha kapsamlı ve güçlü düzeyde kanıt oluşturabilecek ve bu çalışmanın sınırlılıklarını bertaraf edebilecek gözlemsel ve kalitatif çalışmalar, vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissini azaltabilecek özel programların uygulandığı deneysel çalışmaların yapılması önerilebilir.

ÖZET

Güneş G. Kadınlarda Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi, İstismar Öyküsü ve Posttravmatik Stres Bozukluğunun İncelenmesi

Araştırmanın amacı kadınlarda vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi, istismar öyküsü, cinsel istismar ve posttravmatik stres bozukluğu ve bu durumlar arasındaki ilişkileri incelemektir.

Araştırma, Temmuz 2014 ve Ağustos 2015 tarihleri arasında, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yatan 320 kadın ile analitik-kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri kadınlara ilişkin tanıtıcı, vajinal muayene ve şiddete ilişkin verileri sorgulayan soru formu ve Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu ile toplanmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler, t-testi, varyans, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve ki-kare testleri ile analiz edilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $26,32\pm 5,98$ 'dir. Çalışmadaki kadınların %76,3'ünün ilkokul mezunu ve %88,1'nin ev hanımı olduğu, %87,5'inin sağlık güvencesinin bulunduğu saptanmıştır. Kadınların vajinal muayene sırasındaki rahatsızlık hissi puan ortalamasının $3,92\pm 3,34$ olduğu ve %26,3'ünün vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların Posttravmatik Stres Bozukluğu puan ortalamasının $27,82\pm 9,66$ olduğu, %64,7'sinin Posttravmatik Stres Bozukluğu yaşadığı, fiziksel, duygusal ve cinsel şiddete maruz kalmanın Posttravmatik Stres Bozukluğu yaşamayı artırdığı belirlenmiştir. Kadınların %11,9'unun duygusal ve %7,8'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı, %7,8'inin istemediği zamanda eşi tarafından cinsel ilişkiye zorlandığı ve bu kadınların %40,0'mının bu durumu cinsel istismar olarak tanımladıkları bulunmuştur. Çalışmada vajinal muayene sırasında rahatsızlık yaşayan kadınların (% 75,0) yaşamayanlara (%61,0) göre daha fazla oranda Posttravmatik Stres Bozukluğu yaşadıkları, fakat istismar öyküsünün vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi puanını etkilemediği saptanmıştır.

Bu çalışmada vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi yaşayan kadınların daha fazla oranda Posttravmatik Stres Bozukluğu yaşadıkları, istismar ve cinsel istismar

yksnn vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi yaşamayı etkilemediği, istismar ve cinsel istismar öyküsünün Posttravmatik Stres Bozukluğu yaşamayı artırdığı sonuçları elde edilmiştir. Bu sonuçların vajinal muayene sırasında verilen bakıma entegre edilmesi ile kadınların bu deneyimleri daha olumlu duruma dönüştürülebilir ve yaşadıkları travma azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Cinsel istismar, ebelik bakımı, istismar, posttravmatik stres bozukluğu, rahatsızlık, vajinal muayene

SUMMARY

Güneş G. Discomfort During Vaginal Examination, History of Abuse and Posttraumatic Stress Disorders in Women

The aim of this study was to assess abuse, sexual abuse and posttraumatic stress disorders associated with experiencing discomfort during the vaginal examination.

This descriptive study was carried with 320 women who are hospitalized in Aydın Women Birth and Child Disorders Hospital between July 2014 and August 2015. The data was obtained through Information Form about Women and Posttraumatic Stress Disorder checklist- Civilian Version. Descriptive statistics, t-test, variance, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, and Chi-square analysis were employed while assessing the data.

The average age of the women in the study was 26.32 ± 5.98 . It was found out that 76.3% of the women are primary school graduates, that 88.1% were housewives and that 87.5% had medical insurance. The average experiencing discomfort score during the vaginal examination of the women is 3.92 ± 3.34 . Also twenty six percent of the women reported strong discomfort during the vaginal examination. It was established that the average Posttraumatic Stress Disorder score of women is 27.82 ± 9.66 and sixty four percent of the women reported Posttraumatic Stress Disorder. It was established that experienced of physical, emotional and sexual abuse in women increases to occurrence of Posttraumatic Stress Disorder. It was found out that 11.9% of women experienced emotional abuse, that 7.8% experienced physical abuse. Also 7.8% of women reported that were forced sexual intercourse by their partners. Fourty percent of that women described forcing sexual intercourse by partners as a abuse. A greater proportion of women who reported strong discomfort during the vaginal examination (75.0%) reported Posttraumatic Stress Disorder as compared with non-roported strong discomfort group (61.0%). Abuse history was not associated with a discomfort during the vajinal examination.

The study revealed that experiencing discomfort during the vaginal examination of the women more likely roperted Posttraumatic Stress Disorder, there was not an

association between strong discomfort during the vaginal examination and a lifetime history of abuse and having a sexual and lifetime abuse history increased the Posttraumatic Stress Disorder rate. Integrating of this results into care during vaginal examination might make a positive difference for vaginal examination experience in women and reduce trauma of women.

Keywords: Abuse, discomfort, midwifery care, post-traumatic stress disorder, sexual abuse, vaginal examination.

KAYNAKLAR

Ackerson K. A History of interpersonal trauma and the gynecological exam. *Qualitative Health Research* 2012; 22(5): 679–688.

Adalı T, Koç İ, Eryurt Mİ. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: TNSA; 2013.s. 96-104.

Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri- SPSS Uygulamaları. 3. Baskı. Ankara: Akgül yayımları; 2005.s. 467.

Aksakal SO. Jinekolojik muayenenin psikososyal-medikal yönü. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji ve Obstetri Dergisi* 2001a; 11(2): 62-67.

Aksakal SO. Jinekolojik muayeneye eşlik eden endişe kaynakları ve hastaların bu konuda bilgilendirilmesinin yararları. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi* 2001b; 9: 102-106.

Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. Kadınların pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006, 48: 25-29.

Altınay A, Arat Y. Kadına yönelik şiddet, <http://research.sabanciuniv.edu/7029/1/TurkiyedeKadinaYonelikSiddet.pdf-html>. Erişim Tarihi: 02. Mayıs.2014.

American Medical Association. All rights reserved. *Journal of the American Medical Association* 1992; 267: 3176-78.

Arın C. Kadına yönelik şiddet. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 1996; 6: 305-312.

Astin M, Ogland-Hand SM, Coleman EM, Foy DW. Posttraumatic stres disorder and childhood abuse in battered women: comparisons with maritally distressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995; 63: 308-312.

Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry Journal* 1998; 55: 626–632.

Brunello N, Davidson JR, Deahl M, Kessler RC, Mendlewicz J, Racagni G, Shalev AY, Zohar J. Posttraumatic stress disorder: Diagnosis and epidemiology, comorbidity and social consequences, biology and treatment. *Neuropsychobiology* 2001; 43: 150–162.

Campbell JC, Poland ML, Waller JB, Anger J. Correlates of battering during pregnancy. *Research in Nursing and Health* 1992; 15: 219-226.

Christine King M, Ryan J. Woman abusu: The role of nurse-midwives in assessment. *Journal of Nurse-Midwifery* 1996; 41(6): 436-440.

Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine* 2001; 31: 1237–1247.

Ceylan A, Tuncer O, Melek M, Akgün C, Gülmehtmet F, Erden Ö. Van bölgesindeki çocuklarda cinsel istismar. *Van Tıp Dergisi* 2009; 16 (4): 131-134.

Çavlin A, Kaptanoğlu İ.Y, Türkyılmaz A.S. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: TNSA; 2013.s. 1-40.

David B, Sarwer A, Durlak A. *Child Abuse and Neglect*. USA: Elsevier Science Ltd; 1996.p. 963-972.

Davidsson J, Benjaminsson G, Wijma B, Swahnberg K. Association between experiencing rape, police reporting, and self-reported health among women visiting three gynecology clinics in sweden. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica* 2009; 88(9): 1000-1005.

Downe S, Gyte GM, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. The Cochrane Collaboration 2013; 15(7): 1-42.

Duncan R, Saunder B, Kilpatrick DG, Hanson R, Resnick H. Childhood physical assault as a risk factor for PTSD, depression and substance abuse: findings from a national survey. American Journal of Orthopsychiatry 1996; 66: 473-448.

Efe Ş, Ayaz S. Kadına yönelik aile içi şiddet ve kadınların aile içi şiddete bakışı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010; 11(1): 23-29.

Erbil N, Şenkul A, Sağlam Y, Ergül N. Jinekolojik muayene öncesinde Türk kadınların anksiyete seviyeleri ve muayeneye ilişkin tutumlarının belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2008; 5(1): 1-13.

Family Violence Prevention Fund. The Facts on Domestic, Dating and Sexual Violence. www.endabuse.org/html. Erişim Tarihi: 3 Mayıs 2014.

Farley M, Patsalides BM. Physical symptoms, posttraumatic stress disorder, and healthcare utilization of women with and without childhood physical and sexual abuse. Psychol Reports Journal 2001; 89(3): 595-606.

Fergusson D, McLeod G, Horwood L. Neglect Childhood Sexual Abuse and Adult Developmental Outcomes: Findings From A 30-Year Longitudinal Study in New Zealand. Child Abuse and Neglect by Elsevier; 2013.p. 664- 674.

Frye CA, Weisberg RB. Increasing the incidence of routine pelvic examinations: behavioral medicine's contribution. Women and Health 1994; 21(1): 33-35.

Gemalmaz AF, Okyay P, Doyuran E, Başak O, Beşer E. Aydın ili 1 nolu aşıp merkezi aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2005; 14(4): 80-86.

Giraldi A. Sexual arousal disorders in women. International Society of Sexual Medicine. Oxford: Standard Committee Book; 2006.p. 325-333.

Golding JL. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. Journal of Family Violence 2002; 14: 99–132.

Greenwald E, Leitenberg H. posttraumatic stress disorder in a nonclinical and nonstudent sample of adult women sexually abused as children. Journal of Interpersonal Violence 1990; 5: 217-225.

Günösen NP, Üstün B. randomize kontrollü çalışmalarda örneklemeden kayıplar olduğunda gerekli bir istatistiksel analiz: intention to treat analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2009; 1(1): 46-56.

Güleç D, Yetim D Melih Şahin E. Kadına yönelik farklı eş şiddeti tiplerini etkileyen psikososyal faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi 2012; 23(2): 75-81.

Hamaoui YE, Yaalaoui S, Chihabeddine K, Boukin E, Moussaoui D. Post-traumatic stress disorder in burned patients. Burns 2002; 28: 647-650.

Hapke U, Schumann A, Rumpf H, Jouhn U, Meyer C. Post traumatic stress disorder, the role of trauma, preexisting psychiatry disorder and gender. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 2006; 256: 299-306.

Hassan S, Sundby J, Hussein A, Bjertness E. Palestinian women's feelings and opinions about vaginal examinations during normal childbirth: an exploratory study. The Lancet Journal 2012; 380: 35.

Helton A, McFarlane J, Anderson E. Battered and pregnant: a prevalence study. American Journal of Public Health 1989; 77: 1337-1339.

Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos J, Wijma B, Schei B. Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. Acta Obstetrica at Gynecologica Scandinavia 2003; 82(11): 1030-1036.

Holeva V, Tarrier N. Personality and peritraumatic dissociation in the prediction of ptsd in victims of road traffic accidents. *Journal of Psychosomatic Research* 2001; 51: 687-692.

Jansen HAFM, Yüksel İ, Çağatay P. Kadına Yönelik Şiddetin Yaygınlığı. Türkiye Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Raporu. Ankara: KSGM; 2009.s. 44.

Jennifer S, Robohm MA, Margaret B. The gynecological care experience of adult survivors of childhood sexual abuse: a preliminary investigation. *Women and Health* 2008; 24(3): 59-75.

Kaplan HI, Sadock BJ. Klinik Psikiyatri. İstanbul: E Abay; 2004.s. 210-214.

Karaçam Z, Çalışır H, Dünder E, Altuntaş F, Avcı H. Evli kadınların aile içi şiddet görmelerini etkileyen faktörler ve kadınların şiddete ilişkin bazı özellikleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2006; 22 (2): 71-88.

Karen E, Carol L, Heather J, Raymond C, John B. An Examination of the association of abuse (physical, sexual, or emotional) and female sexual dysfunction: results from the boston area community health survey. *American Society for Reproductive Medicine* 2008; 90: 957–964.

Kirkwood C. Leaving abusive partners. *Sage's Journal* 1993; 4: 163-191.

King MC, Ryan J. Woman abuse the role of nurse-midwives in assessment. *Journal of Nurse-Midwifery* 1996; 41(6): 436-441.

Khalifeh H, Dean K. Gender and violence against people with severe mental illness. *International Review of Psychiatry* 2010; 22(5): 535–546.

Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. World Report on Violence and Health, <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf-html>. Erişim Tarihi: 01 Mayıs 2014.

Lacellea C, Hébertb M, Lavoiec F, Vitarod F, Tremblay R. Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect* 2012; 247– 259.

Lai C, Levy V. Hong kong chinese women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery* 2002; 18: 296-303.

Larsen M, Oldeide C, Malterud K. Not so bad after all... women's experience of pelvic examinations. *Family Practice* 1997; 14: 148-152.

Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the united states: prevalence and predictors. *Journal of The American Medical Association* 1999; 28: 537-544.

Leslye E, Orloff JD. Effective advocacy for domestic violence victims: role of the nurse-midwife. *Journal of Nurse-Midwifery* 2009; 41(6): 473-494.

Lewin D, Fearon B, Cert M, Johnson G. Women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery* 2005; 21: 267-277.

Lowdermilk D, Perry S. *Maternity Nursing*. 8th ed; 2011.p. 453-478.

Mc Cauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, Dechant HK. The 'Battering syndrome: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine* 1995; 123(10): 737-746.

McPherson M, Delva J, Cranford JA. A longitudinal investigation of intimate partner violence among mothers with mental illness. *Psychiatric Services* 2007; 58(5): 675-680.

Nizard J, Haberman S, Paltieli Y, Gonen R, Ohel G, Nicholson D, Ville Y. How reliable is the determination of cervical dilation: comparison of vaginal examination with spatial position-tracking ruler. *American Journal of Obstetric and Gynecology* 2009; 200: 402-402.

Norris FH. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992; 60: 409-418.

Owen F. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Raporu. Ankara: KSGM; 2008.s. 56-59.

Özçelik G, Karaçam Z, Özsoy S, Aksu H, Balkaya NA. Aydın il merkezinde yaşayan jinekolojik kanseri olan kadınların yaşam kalitesi ve hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. 13. Uluslararası Hemşirelik Kongresi. 20 Ekim 2013, Şanlıurfa; 2013.

Pallitto CC, Campbell JC, O'Campo P. Is intimate partner violence associated with unintended pregnancy? A review of the literature. *Trauma, Violence, and Abuse* 2005; 6(3): 217–235.

Pallitto CC, García-Moreno C, Jansen HA, Heise L, Ellsberg M, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence. intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the who. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2013; 120(1): 3–9.

Randolph ME, Reddy DM. Sexual Abuse and sexual functioning in a chronic pelvic pain sample. *Journal of Child Sexual Abuse* 2006; 15: 61–78.

Parsons L, Zaccaro D, Wells B, Stovall T. Methods of and attitudes toward screening obstetrics and gynecology patients for domestic violence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1995; 173: 381-387.

Perkonigg A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 101: 46–59.

Pikarinen U, Saisto T, Schei B, Swahnberg K, Halmesmäki E. Experiences of physical and sexual abuse and their implications for current health. *Obstetrical and Gynecological Survey* 2007; 109: 1116–22.

Portwood SG, Heany JF. Responding to violence against women: social science contributions to legal solutions. *International Journal of Law and Psychiatry* 2007; 30(3): 237–47.

Rees S, Silove D, Chey T, Ivancic L, Steel Z, Creamer M. Lifetime prevalence of gender-based violence in women and the relationship with mental disorders and psychosocial function. *Journal of The American Medical Association* 2011; 306(5): 513–521.

Rellini AH, Meston CM. Sexual Desire and Linguistic Analysis: A Comparison of Sexually-Abused and Non-Abused Women. *Archives of Sexual Behavior* by Springer Ltd; 2007.p. 67–77.

Robohm J, Bottenheim M. The Gynecological care experience of adult survivors of childhood sexual abuse: a preliminary investigation. *Women and Health* 2008; 24(3): 59-75.

Rodriguez N. Posttraumatic Stress Disorder in a Clinical Sample of Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse. USA: Child Abuse and Neglect, Elsevier Science Ltd; 1996. p. 943-952.

Rowan A, Foy D, Rodriguez N, Ryan S. Posttraumatic Stress Disorder in A Clinical Sample of Adult Sexually Abused as Children. *Child Abuse and Neglect* by Elsevier Ltd; 1994. p. 51-61.

Shepherd A, Cheyne H. The Frequency and reasons for vaginal examinations in labour. *Women and Birth* 201; 26: 49—54.

Stenson K, Sidenvall B, Heimer G. Midwives' Experiences of Routine Antenatal Questioning Relating To Men's Violence Against Women. *Midwifery* Elsevier Ltd; 2005.p. 311–321.

Subaşı Baybuğa M, Irmak Z, Talas MS, Savran MB. Adli tıp şube müdürlüğüne başvuran fiziksel ve cinsel şiddet mağduru kadın olgularının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 15:173-175.

Süral N. Avrupa Topluluğunun Çalışma Yaşamında Kadın-Erkek Eşitliğine Dair Düzenlemeleri ve Türkiye, Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. 2002.

Swahnberg K, Wijma B. The Norvold Abuse Questionnaire (Noraq) validation of new measure of emotional, physical and sexual abuse and abuse in the health care system among women. *European Journal of Public Health* 2003; 13: 361-366.

Swahnberg K, Wijma B, Schei B, Hilden M, Irminger K, Wingren G. Are sociodemographic and regional and sample factors associated with prevalence of abuse. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2004a; 83: 276-288.

Swahnberg K, Wijma B, Wingren G, Hilden M, Schei B. Women's perceived experiences of abuse in the health care system: their relationship to childhood abuse. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004b; 111: 1429-1436.

Swahnberg K, Schei B, Hilden M, Halmesma E, Sidenius K, Steingrimsdottir T, Wijma B. Patients' experiences of abuse in health care: a nordic study on prevalence and associated factors in gynecological patients. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2007; 86: 349-356.

Swahnberg K, Wijma B, Siwe K. Strong discomfort during vaginal examination: why consider a history of abuse. *European Journal Of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2011; 157: 200-205.

Şenyuva G, Yavuz MF. Fiziksel şiddet olgularında travma sonrası stres bozukluğunun değerlendirilmesi. *Adli Tıp Merkezi* 2009; 23(1): 1-14.

Şuer T. Posttravmatik Stres Bozukluğu. *Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum*. 22-23 Aralık 2005, İstanbul; 2005.

Taft A, Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G. Screening Women For Intimate Partner Violence in Healthcare Settings, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23633338-html>. Erişim Tarihi: 11 Mayıs 2014.

Taft A, Watson L. Violence against young australian women and associated reproductive events: a cross sectional analysis. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2004; 28(4): 324-329.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı.12. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2014.s. 125-128.

T.C. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Raporu, Ankara, 2014.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması, Ankara, 2014, p.4-5.

Tinglöf s, Högberg U, Lundell I, Svanberg AS. Exposure to Violence Among Women With Unwanted Pregnancies and The Association With Post-Traumatic Stress Disorder, Symptoms of Anxiety and Depression. Sexual and Reproductive Healthcare. Agneta Skoog Svanberg, Published by Elsevier; 2015.p. 50–53.

Tufts KA, Clements PT, Karlowicz KA. Integrating intimate partner violence content across curricula: developing a new generation of nurse educators. Nurse Education Today 2009; 40-47.

Tugut N, Golbasi Z. Aspects of emotional and physical discomfort in gynecologic examination: A study of Turkish women. Journal of Obstetric and Gynaecology 2014; 40(6): 1777–1784.

Türk Ceza Kanunu, T.C. Resmi Gazete, 12 Ekim 2004, sayı, 5237.

Türkyılmaz A.S, Çavlin A, Kaptanoğlu İ.Y. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: TNSA; 2013.s.43-47.

Tjaden P, Thoennes N. Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women. The National Institute of Justice and Centers for Disease Control and Prevention 2000; 3-5.

Yıldız T. Kadına yönelik şiddet ve şiddeti tanılamada acil hemşiresinin rolü. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14: 59-60.

Weitlauf J, Finney JW, Ruzek JI, Lee TT, Thraikill A, Jones S, Frayne SM. Distress and pain during pelvic examinations effect of sexual violence. . International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2008; 112(6): 1343-50.

Weitlauf J, Frayne SM, Finney JW, Moos RH, Jones S, Hu K, Spiegel D. Sexual violence, posttraumatic stress disorder, and the pelvic examination: how do beliefs about the safety, necessity, and utility of the examination influence patient experiences. Journal of Women's Health 2010; 19(7): 1271-80.

Widom C. Posttraumatic Stress Disorder in abused and neglected children grown up. American Journal of Psychiatry 1999; 156: 1223–1229.

Wijma K, Söderquist J, Björklund I, Wijma B. Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder among gynecological patients with a history of sexual and physical abuse. Journal of Interpers Violence 2000; 15: 994.

Wijma B, Schei B, Swahnberg K, Hilden M, Offerdal K, Pikarinen U, Sidenius K, Steingrimsdottir T, Stoum H, Halmesmäki E. Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a nordic cross-sectional study. The Lancet 2003; 361: 2107–2113.

World Health Organization. World Report on Violence and Health. 2002, p.24-87.

World Health Organization. WHO Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women, Geneva, 2005, p.27-28.

World Health Organization. WHO Multicountry Study on Women's Health And Domestic Violence Against Women, http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/-html. Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2014.

World Health Organization. Global And Regional Estimates Of Violence Against Women: Prevalence And Health Effects of İntimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence. 2013, p.21-35.

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : Güneş, Gizem
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : Konak, 29.05.1991
Telefon : 0555 291 69 16
E-mail : gzmgunes91@hotmail.com
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi	2013

BURSLAR ve ÖDÜLLER:

xxxx

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2013-2015	Adnan Menderes Üniversitesi	Araş. Gör.

AKADEMİK YAYINLAR

1. MAKALELER

2. PROJELER

3. BİLDİRİLER

Ulusal Kongrelerde Yapılan Bildiriler

Güneş G, Çakaloz D. Yüksek Çevre Sıcaklığının Preterm Doğuma Etkisi (Poster Bildiri),
21. Mart 1. Ege Ebelik Ve Doğum Kongresi 2014, İzmir.

Güneş G, Karaçam Z. Vajinal Muayene Sırasında Aşırı Rahatsızlık Hisseden Kadınlarda
Cinsel İstismar Öyküsünün İncelenmesi, 1. Uluslararası & 5. Ulusal Ebelik Kongresi,
2014, Eskişehir.

Güneş G, Karaçam Z. Türkiye’de Gestasyonel Diyabet Görülme Sıklığı ve ilişkili durumlar: Sistemik İnceleme (Poster Bildiri), 2. Uluslararası & 6. Ulusal Ebelik Kongresi, 2015, İstanbul.

Çakaloz D, Güneş G, Çoban A, Karaçam Z. Ebelik Öğrencilerinin Servikal Kansere ve HPV Aşısı Hakkında Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi (Sözel Sunum), 2. Uluslararası & 6. Ulusal Ebelik Kongresi, 2015, İstanbul.

TEŞEKKÜR

Adnan Menderes Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince bilgi, destek ve yardımları ile bana yol gösteren ve katkıda bulunan saygıdeğer hocam Sayın Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile desteklerini her zaman yanımda hissettiğim tüm bölüm hocalarıma,

Tez savunma komitesinde yer alarak görüş ve önerileri ile bu araştırmaya önemli katkılarda bulunan, tezime yol gösterici olan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM, Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN, Doç. Dr. Ayden ÇOBAN ve Yrd.Doç.Dr. Sibel ŞEKER'e

İçerisinde buldukları olumsuz duruma rağmen araştırmaya katılmayı kabul edip, zaman ayıran tüm kadınlara,

Yüksek lisans eğitimim boyunca beni destekleyen ve gerekli kolaylığı sağlayan başta başhemşire Semra DİRİBAŞ olmak üzere Aydın Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde görev yapan kıymetli ebe ve hemşire meslektaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca fedakârlığın en büyüğünü gösteren, bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan, destek, ilgi ve sevgilerini esirgemeyen çok sevdiğim annem Ayşegül GÜNEŞ ve babam Kemal GÜNEŞ'e

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

EKLER

EK 1. Soru Formu

1. Kaç yaşındasınız

2. **Eğitim düzeyiniz nedir?**
(1) Okur-yazar değil (3) İlköğretim

(2) Okur-Yazar (4) Lise (5) Üniversite ve üstü

3. Mesleğiniz nedir?

(1) Ev Hanımı (2) Memur (3) İşçi
(4) Serbest Meslek (5) Emekli (6) İşsiz
(7) Diğer (Lütfen belirtiniz).....

4. Medeni durumunuz nedir?

(1) Evli (3) Eşi vefat etmiş
(2) Eşinden ayrılmış (4) Hiç evlenmemiş (5) Diğer.....

5. Eşinizin eğitim düzeyi nedir?

(1) Okur-yazar değil (3) İlköğretim
(2) Okur-Yazar (4) Lise (5) Üniversite ve üstü

6. Eşinizin mesleği nedir?

(1) Memur (3) Serbest Meslek (5) İşsiz
(2) İşçi (4) Emekli
(6) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

7. Sağlık güvenceniz var mı?

(1) Yok (2) Var

8. Nerede ikamet ediyorsunuz?

(1) İl merkezi (2) İlçe merkezi (3) Kasaba (4) Köy

9. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirir siniz?

(1) Gelir giderden düşük (2) Gelir gidere denk (3) Gelir giderden fazla

10. Eşiniz ve çocuklarınız dışında birlikte yaşadığınız aile bireyleri var mı?

(1) Hayır (2) Evet

11. Sigara kullanır mısınız?

(1) Hayır, hiç kullanmadım (2) Evet, kullanıyorum
(3) İçiyordum bıraktım (1.....ay/hafta/yıl önce, 2.....adet/gün)

12. Alkol kullanır mısınız?

(1) Hayır, hiç kullanmadım (2) Evet, kullanıyorum (3) İçiyordum bıraktım

13. Obstetrik Öykü:

Toplam kaç kez gebe kaldınız.....

Toplam kaç kez canlı doğum yaptınız.....

Kaç yaşayan çocuğunuz var.....

Toplam kaç kez küretaj (isteyerek düşük) yaptınız.....

Toplam kaç kez kendiliğinden düşük yaptınız.....

Toplam ölü doğum sayınız.....

14. En son doğum şekliniz ne idi? (1)Vajinal doğum (2) Sezaryen doğum

15. Cinsel yaşamınızı nasıl tanımlarsınız?

(1) Cinsel aktivitem yok (2) Cinsel aktivitem kötü
(3) Cinsel aktivitem orta düzeyde (4) Cinsel aktivitem iyi

16. En son jinekolojik muayene olduğunuz sağlık çalışanının mesleği nedir?

- (1) Ebe (2) Hemşire (3) Doktor

17. En son jinekolojik muayene olduğunuz sağlık çalışanının cinsiyeti nedir?

- (1) Kadın (2) Erkek

18. En son jinekolojik muayeneye gidiş nedeniniz nedir?

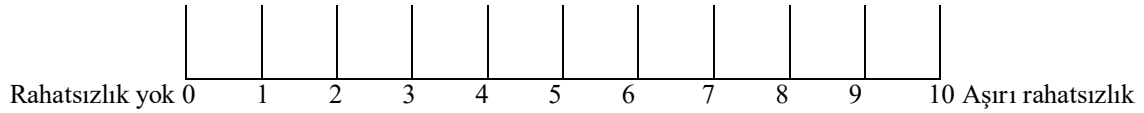
.....

19. En son / son zamanlarda yapılan genital muayeneniz sırasında ebe / kadın-doğum uzmanı ile olan duygusal iletişiminizi nasıl tanımlarsınız?

- (1) Tamamen olumsuz
(2) Olumlu yönleri olmakla birlikte çoğunlukla olumsuz
(3) Olumsuz yönleri olmakla birlikte çoğunlukla olumlu
(4) Tamamen olumlu

20. En son / son zamanlarda elle ya da bir araç (spekülüm) ile yapılan genital muayeneniz sırasında ne hissettiniz?

Lütfen hissettiğiniz rahatsızlığı aşağıdaki skalada gösteriniz



21. Vajinal muayene sırasında daha az rahatsızlık hissetmeniz için ne yapılması uygun olurdu?

.....
.....

22. Hayatınızda hiç size yönelik bir şiddet davranışı ile karşılaştınız mı?

- (1) Evet (2) Hayır

Cevabınız evet ise; Kimden? (1) Eş (2) Kayınvalide/kayınpeder (3) Diğer.....

23. Size hiç bağırma, başkalarının yanında küçük düşürme, eve kilitleme, para vermeme gibi davranışlarda bulunuldu mu?

- (1) Evet (2) Hayır

24. Sizi hiç tehdit edici davranışlarda bulunuldu mu? (Eşyaları fırlatma ya da tekmeleme, çocuklarınıza ya da size öldürme tehdidi)

- (1) Evet (2) Hayır

25. Size hiç fiziksel olarak şiddet (dövme, vurma, itirme) uygulandı mı?

- (1) Evet (2) Hayır

Soru 20, 21 ve 22'de cevabınız evet ise;

Gebe kaldığınızdan beri şiddet davranışı sürdü mü (1) Evet (2) Hayır

26. İstemediğiniz zaman hiç, eşiniz tarafından cinsel ilişkiye zorlandınız mı?

- (1) Evet (2) Hayır

Cevabınız evet ise bu durumu cinsel şiddet/istismar olarak tanımlar mısınız?

- (1) Evet (2) Hayır

27. Hayatınız boyunca hiç başka kişi/kişiler tarafından istemediğiniz halde cinsel ilişkiye zorlandınız mı?

- (1) Evet (2) Hayır

EK 2. Post-Travmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu

Yönerge: Aşağıda, stres veren olayların ardından bazı insanlarda ortaya çıkabilen yakınma ve sorunlar bulunmaktadır. Lütfen dikkatli biçimde okuyun ve son bir ay içinde bu sorunun sizi ne derece rahatsız ettiğini belirtmek üzere uygun seçeneği işaretleyin.

1. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayla ilişkili, rahatsız verecek şekilde tekrarlayarak zihninizde canlanan anılar, düşünceler ya da görüntüler oldu mu?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
2. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayla ilişkili, rahatsız verecek şekilde tekrarlayan rüyalarınız var mı?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
3. Aniden geçmişte yaşadığımız olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlayarak sanki yeniden yaşıyorsunuz hissine kapıldığınız ve davrandığınız oluyor mu?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
4. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlatan konuşma, ortam ve kişiler ve de duygular sizde mutsuzluk, üzüntü ve alt üst olma duygusu yaşıyor mu?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
5. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlatan konuşma, ortam ve kişi vb. benzeşen uyaranla karşılaştığınızda kalp çarpıntısı, terleme, nefes darlığı, titreme, uyuşma, ağrı vb. bedensel tepkileriniz ortaya çıkar mı?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
6. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olay hakkında konuşmaktan, düşünmekten kaçınır, olayı hatırlatan duygulardan uzak durur musunuz?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
7. Size geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlattığı için bazı kişilerden, ortamlardan ve eylemlerden kaçınır ve uzak durur musunuz?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
8. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayın bazı bölümlerini hatırlamakta zorlanır mısınız? Olaylar arasında bağlantıları kurmada zorlandığınız boşluklar var mı?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

9. Eskiden hoşlanarak yapmakta olduğunuz etkinliklere olan ilginizi kaybettiniz mi?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
10. Kendinizi diğer insanlardan uzak ve ayrı hissediyor musunuz?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
11. Kendinizi duygusal açıdan donuklaşmış, yakınlarına ve olaylara karşı sevinme, üzülme ve ağlama duygularınız uyuşmuş gibi hissettiğiniz oluyor mu?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
12. Geleceği planlamanın anlamsız ve boş olduğunu hissediyor musunuz?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
13. Uykuya dalma ve sürdürme güçlüğüünüz var mı?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
14. Kendinizin gergin, tahammülsüz, sinirli ve çabuk öfkelenen biri olduğunu hissediyor musunuz?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
15. Dikkatinizi toparlamada ve sürdürmede bir güçlüğüünüz oldu mu?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
16. Kendinizi aşırı derecede gergin, her an olumsuz bir şey olacağı hissi ile tetikte ve diken üstünde hissediyor musunuz?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı
17. Çevreden gelen uyarılara abartılı tepkiler gösterdiğiniz, kolaylıkla irkildiğiniz ve sıçradığınız oluyor mu?
1. Hiç 2. Çok az 3. Orta derecede 4. Oldukça fazla 5. Aşırı

EK 3. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : 56989545/050.04- 226
Konu : Çalışmanız hk.

19.09.2014
AYDIN

Sayın, Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM
ADÜ ASYO/Ebelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 18.09.2014 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 15 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefati KIYLIOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

KARAR 15

Protokol No : 2014/422
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM
ADÜ ASYO- Ebelik Bölümü

ADÜ/Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr. Zekiye KARAÇAM'ın "Vajinal muayene sırasında aşırı rahatsızlık hisseden kadınlarda istismar öyküsü ve posttravmatik stres bozukluğunun incelenmesi" başlıklı klinik araştırmasının 28.08.2014 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştı. 10.09.2014 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın isminin sehven yazılmış olduğu, aslında "Doğum yapan kadınlarda vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi, istismar öyküsü ve posttravmatik stres bozukluğunun incelenmesi" olarak belirlenmiş olduğu bildirilmekte ve formların buna uygun olarak hazırlanıp dosyaya konulduğu görülmüştür. Ayrıca 28.08.2014 tarihli kurul kararında istenilen bilgi ve belgelerin düzeltilerek dosyaya konulduğu da görülmüştür.

Dolayısıyla çalışmanın yeni başlığının uygun bulunmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Sonuçta, yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 11.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

9/10/2014

E. Aşşe DZDEMİR
Yüksekokul Sekreteri

EK 4. Aydın İl Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Belgesi



T.C.
SAĞLIK BAKANLIğI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 41070290-600-158
Konu : Araştırma İzni Hk.

27.01.2015* 01418

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

AYDIN

İlgi: 20.01.2015 tarih ve 31906847/605.01/427 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazımız ile Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gizem GÜNEŞ' in "Kadınlarda Vajinal Muayene Sırasında Rahatsızlık Hissi, İstismar Öyküsü ve Posttravmatik Stres Bozukluğunun İncelenmesi" konulu araştırma çalışmasının, 02.01.2015 – 31.12.2016 tarihleri arasında, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde uygulanabilmesi için yapmış olduğu başvuru; yapılacak olan araştırma çalışmasının; hastanenizde hizmetin aksamasına mahal vermeyecek şekilde yürütülmesi, anket/ araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Genel Sekreterlik Makamının 26.01.2015 tarih ve 1360 sayılı Onayı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Op. Dr. Ergün TEMİZ
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkkanı

EK: 1 Adet Makam Onayı



Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tıbbi Hizmetler Başkanlığı

İrtibat : Metin YILMAZ

Ek 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 4)

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Kadınlarda vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi, istismar öyküsü, cinsel istismar ve posttravmatik stres bozukluğu ve bu durumlar arasındaki ilişkilerin incelenmesi hedeflenmiştir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dâhil edilebilmeniz için 18 yaşından büyük, Türkçe konuşabiliyor ve anlayabiliyor, en az ilkokul mezunu ve vajinal muayene yapılmış olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmada gerekli bilgilerin toplanması için formlar kullanılacaktır. Araştırmacı tarafından soru formu doldurulacaktır. Yine araştırmacı tarafından size Post-travmatik Stres Bozukluğu soru listesinin doldurulması konusunda bilgi verilecek, bu formları sizin doldurmanız sağlanacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak size sorulan bütün soruları cevaplamak sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığımız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 500'dür.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırma için öngörülen tahmini süre 30 dakikadır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız 30 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmadan tıbbi yarar sağlanması söz konusu değildir ancak bu araştırmadan çıkarılan sonuçlar başka kadınların yararına kullanılabilir. Bu çalışma yalnızca araştırma amaçlı olup sizin doğrudan yarar görebilmenize olanak sağlamamaktadır.

ÇALIşMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada sorular sorulacak ve Soru form ve Post-Travmatik Stres Bozukluğu soru listesindeki soruları doldurmanız istenecektir. Çalışmaya katılmanın size herhangi bir zararı öngörülememektedir.

KAN ÖRNEKLERİNİN SAKLANMASI

GEBELİK

ARAşTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUğU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

HANGİ KOŞULLARDA ARAşTIRMA DIşI BIRAKILABİLİRİM?

Araştırma kapsamında size sorulan soruları içtenlikle yanıtlayanız gerekmektedir. Sorulara yeterli cevap vermediğiniz durumda çalışmadan çıkarılabilirsiniz.

DİğER TEDAVİLER NELERDİR?

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

ARAşTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Araştırma esnasında araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz ya da sıkıntınız olursa, sorumluluk Prof. Dr. Zekiye Karaçam'a aittir. Uygulama süresi boyunca, karşılaşabileceğinizi herhangi bir sorun, ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05322004655 no. lu telefondan Prof. Dr. Zekiye Karaçam'a ve 05552916916 numaralı telefondan yardımcı araştırmacı Gizem Güneş'e ulaşabilirsiniz.

ÇALIşMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARşILANACAK MIDIR?

Bu çalışma, sizin 30 dakikalık bir zamanınızı alacaktır. Çalışmanın size ve sağlık sigortanıza herhangi bir maliyeti bulunmamaktadır.

ÇALIşMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışmayı destekleyen herhangi bir kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma sonuçları yayınlandığında, kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde sizinle ilgili verilere ulaşabilirler. Siz de arzu ettiğinizde, bu bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		
TEL. & FAKS		
TARİH		
TARİH		
ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTIĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

EK 6. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığında Araştırma Sonuç Onayı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : 56989545/050.04-294
Konu : Çalışmanız hk.

17./08/2015...
AYDIN

Sayın, Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM
ADÜ ASYO/Ebelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13.08.2015 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 21 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Yrd.Doç.Dr. Aykut SOYDER
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

KARAR 21

Protokol No : 2014/422
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM
ADÜ ASYO- Ebelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca 29.01.2015 tarihinde onay verilen; ADÜ/Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü öğretim üyesi Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM'ın "**Kadınlarda vajinal muayene sırasında rahatsızlık hissi, istismar öyküsü ve posttravmatik stres bozukluğunun incelenmesi**" konulu araştırmasının sonuç raporu hakkındaki 23.07.2015 tarihli dilekçesi görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür.

Ayrıca YÖK/ÖYP Proje Kabul Raporu'nun da dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı.

Çalışmanın **Etik Kurul Uygunluk Onayını** almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/goek/>

e-posta: goetik@adu.edu.tr