

REVIEW/DERLEME

İncinebilir Kadınların Doğum ve Postpartum Dönem Bakım Deneyimleri:
Holistik Hemşirelik Yaklaşımları
Birth and Postpartum Care Experiences of Vulnerable Women: Holistic Nursing
Approaches

 Merlinda Aluş Tokat ¹,  Figen Yanık ²,  Dilek Bilgiç ³,  Melih Başoğlu ⁴,  Mükerrerem Başlı ⁴

¹ Prof.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

² Arş.Gör., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

³ Doç.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

⁴ Uzman Hemşire, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, İzmir, Türkiye

Geliş: 25.02.2022, Kabul: 31.01.2024

Öz

Üreme sağlığı hakları ile doğrudan ilişkili olan doğum ve doğum sonu dönem bakımı kişisel haklar kapsamında ele alınmaktadır. Tüm kadınların etkin, kaliteli ve bütüncül sağlık bakım hizmeti alma hakkı vardır. İncinebilir kadınlar sağlık bakımında ihmal edilen ve toplumu ilgilendiren önemli bir grup olarak karşımıza çıkmaktadır. Dezavantajlı grup olarak da bilinen incinebilir kadınların doğum ve doğum sonu dönem deneyimleri diğer kadınlara oranla farklılık gösterebilmektedir. İncinebilir kadınların yetersiz doğum ve doğum sonu dönem bakımı alma riski bulunduğundan bu kadınlara sağlık hizmeti verecek sağlık profesyonellerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu derlemenin amacı incinebilir kadınlarda doğum ve doğum sonu dönem bakımın deneyimleri, destekleyici bakım ihtiyaçları ve holistik yaklaşımların literatürde yer alan çalışmalar ile tartışılmasıdır. Derleme kapsamında engelli kadınlar, adölesanlar, insan immün yetmezlik virüsü (HIV) pozitif ve lezbiyen, biseksüel, transseksüel (LBT) bireylere yönelik doğum ve doğum sonu dönemde holistik bakımdan bahsedilecektir.

Anahtar Kelimeler: Doğum, Doğum Sonu Dönem, Kadın Sağlığı, İncinebilir Gruplar

Sorumlu Yazar: Figen YANIK, Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye. **Email:** figen.satkan@gmail.com, **Telefon:** +90 232 412 47 63.

Nasıl Atıf Yapılmalı: Tokat MA, Yanık F, Bilgiç D, Başoğlu M, Başlı M. İncinebilir Kadınların Doğum ve Postpartum Dönem Bakım Deneyimleri: Holistik Hemşirelik Yaklaşımları. Etkili Hemşirelik Dergisi. 2024;17(2): 307-323.

Journal of Nursing Effect published by Cetus Publishing.



Journal of Nursing Effect 2024 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Abstract

Birth and postpartum care, which are directly related to reproductive health rights, are handled within the scope of personal rights. All women have the right to receive effective, quality and holistic health care services. Vulnerable women are an important group that is neglected in health care. The birth and postpartum period experiences of vulnerable women, also known as the disadvantaged group, may differ from other women. Since vulnerable women are at risk of receiving inadequate birth and postpartum care, health professionals who will provide health services to these women have important responsibilities. In this review, experiences of childbirth and postpartum care in vulnerable women, supportive care needs and holistic approaches are discussed with the studies in the literature. Within the scope of the review, holistic care in the birth and postpartum period for disabled women, adolescents, human immunodeficiency virus (HIV) positive and lesbian, bisexual, transgender (LBT) individuals will be mentioned.

Keywords: Labor, Postpartum Period, Women's Health, Vulnerable Populations

GİRİŞ

İncinebilirlik; temel yaşam işlevlerini yerine getirebilmek için bir yardıma ihtiyaç duyma, farklı nedenlerle başkalarıyla iletişim kurmayı engelleyen bir durumunun bulunması; saldırılardan ve suistimallerden kendini koruyamama hali olarak tanımlanmaktadır. Yaşlılar, on sekiz yaş altı çocuklar, öğrenme güçlüğü olanlar, fiziksel yetersizliği olanlar, evsizler, homoseksüeller, gebe kadınlar, mahkumlar, sığınmacılar ve mülteciler incinebilir olarak kabul edilen gruplardır (Havrilla, 2017). Bireylerin cinsiyetleri, ırkları, sosyoekonomik durumları, özgürlük halleri de onların daha kolay etkilenebilmelerine, istismara açık olmalarına dolayısı ile incinebilir kişi kapsamında değerlendirilmelerine neden olmaktadır. İncinebilir kadınlar yaşamları boyunca farklı sebeplerle birçok sağlık sorunu ile karşı karşıya kalmakta ve sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamamaktadır (Havrilla, 2017; McAuliffe ve Khadria, 2020). Doğum ve doğum sonrası dönem de incinebilir kadınların en çok ihmal edildiği dönemlerden birisidir. Gebelik, doğum ve doğum sonu dönem kadınlara heyecan ve mutluluk veren süreçler olabilirken, aynı zamanda stres ve anksiyetenin yoğun olduğu süreçler de olabilmektedir (Esencan ve

Şimşek, 2017). Özellikle incinebilir kadınlar annelik, doğum ve doğum sonu dönemi diğer kadınlardan farklı deneyimlebilmektedir. İncinebilir kadınların statülerine bakılmaksızın yeterli ve etkin bir doğum ve postpartum dönem bakım hizmeti almaları insani bir haktır (Havrilla, 2017; McAuliffe ve Khadria, 2020; Khosla vd., 2016). Doğum ve doğum sonu dönemde verilen destekleyici bakım hizmetleri, incinebilir kadınların olumlu annelik deneyimini arttırabilmektedir (Laureij vd., 2021). Hemşireler sağlığın korunması ve geliştirilmesinde anahtar rol oynayan sağlık profesyonelleri olarak incinebilir kadınlara bütüncül ve destekleyici sağlık bakım hizmeti vermelidir.

Bu derleme makalesinin amacı incinebilir kadınlardan göçmenler, engelli kadınlar, adölesanlar, lezbiyen, biseksüel, transseksüel (LBT) bireyler ve insan immün yetmezlik virüsü (HIV) pozitif kadınların doğum ve doğum sonu deneyimleri, destekleyici bakım ihtiyaçları ve hemşirelik yaklaşımlarını literatürde yer alan çalışmalar ile tartışmaktır.

GELİŞME

Göçmen Kadınların Doğum ve Doğum Sonu Dönem Bakım Deneyimleri

Uluslararası göçler günümüzde hızla artmaya devam etmektedir (Alscher, 2006). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2017 yılında 90 milyondan fazla uluslararası göçmenin Avrupa bölgesinde ikamet ettiğini ve bu göçmenlerin yarısından fazlasının kadın ve çoğunluğunun üreme çağında olduğunu bildirmiştir (Alscher, 2006; WHO, 2018). Göçmenlik kadınları toplumsal statü, ayrımcılık, düşük ekonomik düzey, sosyal izolasyon gibi farklı sebeplerle savunmasız ve dezavantajlı konuma getirmektedir. Gebelik, doğum ve postpartum dönemde göçmen kadınlar daha savunmasız konumda olabilmektedirler. Ortalama olarak göçmen kadınların doğurganlık oranı yerli nüfustan daha yüksektir (Alscher, 2006; WHO, 2018; Kulu vd., 2017). Buna rağmen göçmen kadınlar o ülkede yaşayan kadınlara kıyasla üreme sağlığı hizmetlerine daha az erişmekte ve sağlık hizmetlerinden daha az faydalanmaktadır. Düşük eğitim seviyesi, toplu yaşam koşullarının zorluğu, ulaşım zorlukları, sağlık güvencesi yokluğu ve ekonomik zorluklar gibi problemler göçmen kadınlarda hem fiziksel hem psikolojik hem de sosyal sıkıntılara yol açarak doğum ve doğum sonu dönemdeki üreme sağlığı hizmetlerinden faydalanmalarına engel oluşturabilmektedir (WHO, 2018; Kulu vd., 2017; Bükecik vd., 2019). Tüm bu durumlar göçmen kadınların olumsuz doğum ve doğum sonu dönem deneyimi yaşamasına yol açmaktadır. Göçmen kadınların gebelik, doğum ve postpartum dönemde, sağlık kuruluşunda doğum yapma, prenatal, antenatal ve postnatal vitamin desteği ve bakım alma, aşılama, tarama testleri ve jinekolojik muayeneler gibi koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden mahrum kaldıkları bildirilmiştir (Aydın vd., 2017).

Ülkemizde göçmen kadınlara çadır ziyaretleri, gebelik tespiti ve izlemi, lohusa ve yenidoğan bakımı, bebek ve çocuk izlemleri, aile planlaması hizmetleri gibi sağlık uygulamaları yeterince yapılamamakta ve mülteci kampları dışındaki göçmen kadınlar bu hizmetlerden yeterince faydalanamamaktadır. Bu durum göçmenlerin kadın sağlığı problemlerinin giderek artmasına neden olmaktadır. Göçmen kadınların olumsuz doğum ve doğum sonu dönem deneyimleri yaşamalarının diğer nedenleri arasında; sağlık profesyonellerinin göçmen kadınlara saygılı olmayan, ırkçı bir tutum sergilemeleri, göçmen kadınlara bakım vermek istememeleri, taburculuğa zorlanmaları ve dil problemi nedeniyle yaşanan iletişim sorunları sayılabilir (Söğüt ve Bilge, 2021; Süt, 2017; Karakaya vd., 2017; Yağmur ve AYTEKİN, 2018). Bu tür problemler göçmen kadınların tedaviye olan uyumunu azaltmakta, doğum ve doğum sonu dönemde olumsuz deneyim yaşamalarına sebep olmaktadır. Benza ve arkadaşları 2014 yılında yayınladıkları çalışmada batı ülkelerine yerleşmiş göçmen kadınların yaşadıkları gebelik, doğum ve annelik deneyimlerini incelemişlerdir. Çalışmada göçmen kadınlar doğum yapma deneyimlerinde doğum ağrısını doğal bir süreç olarak tanımladıkları bildirilmiştir. Bu sebeple göçmen kadınlar; farklı ülkelerde doğum ağrısına yönelik analjezik uygulanmasına ve doğumu gerçekleştirmek için forseps, vakum gibi araçların kullanımına anlam verememişlerdir. Ek olarak erkek sağlık çalışanlarının doğum sürecinde bulunmalarının, vajinal sürüntü almalarının, bimanuel muayene yapmalarının inançlarına aykırı olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışmanın diğer bir sonucu olarak göçmen kadınlar doğum ağrısını hafifletmek için sıcak veya soğuk çay içmek, yürümek gibi geleneksel uygulamaları kullandıklarını, göç ettikleri ülkelerde bu uygulamalarını gerçekleştiremediklerini

belirtmişlerdir. Ayrıca göçmen kadınların doğum ağrıları başladığında sezaryen olma korkusuyla hastaneye gitmedikleri, daha çok normal doğumu tercih ettikleri saptanmıştır. Normal doğumu sezaryene oranla daha çok tercih etme sebeplerinden birinin de hızlı bir şekilde iyileşip evdeki diğer çocuklarına bakım vermek, ekonomik zorluklar sebebiyle iş hayatına katılmak olduğu belirtilmiştir. Doğum anında istedikleri pozisyonu alamamayı, bazı pozisyonların inanç ve geleneklerine uymadığını ifade ederek bu durumları olumsuz deneyim olarak bildirmişlerdir (Benza ve Liamputtong, 2014; Dennis vd., 2019). Doğum sonu dönemde geniş aileye sahip olmayan göçmen kadınlar daha çok sosyal destek eksikliği hissetmişlerdir. Bu kadınlarda postpartum depresyon daha sık görülmüştür. Postpartum dönemde destek eksikliği ve yalnızlık hisseden kadınlarda emzirme oranlarının da daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (Dennis vd., 2019; Haugaard vd., 2020; Kurtuldu ve Şahin, 2018). Dennis ve arkadaşlarının 2019 yılında göçmen olan ve olmayan kadınların emzirme oranları arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yaptıkları meta-analiz çalışmasında; göçmen olmak, emzirmeye başlama veya emzirme sürelerindeki farklılıklarla ilişkilendirilmemiştir. Bununla birlikte göçmen kadınların emzirmeye başlama ve 12-24. haftalar arasında emzirmeye devam etme olasılıklarının göçmen olmayan kadınlara kıyasla yüksek olduğu saptanmıştır. Sonuçta doğum sonrası bu farklılığın kültürel uygulamalarla ilişkili olabileceği için emzirme oranlarına yönelik daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir (Dennis vd., 2019). Haugaard ve arkadaşlarının 2020 yılında proje kapsamında yaptıkları nitel bir çalışmada, doulaların göçmen kadınlarla gebelik, doğum ve postpartum sürecini nasıl deneyimlediklerini öğrenmek amaçlanmış ve proje kapsamında

göçmen kadınlara birçok kültüre hâkim doula desteği verilmiştir. Destek veren dokuz doula ile yapılan derinlemesine görüşmeler sonucunda; doulaların gebelik süresince, doğum sırasında ve sonrasında göçmen kadınlara; bedensel değişiklikler, doğum süreci gibi konularda bilgi verdikleri, kadınlara doğum ağrıları başlayınca hastaneye başvurma konusunda yardımcı oldukları, doğum sırasında yapılan uygulamaları açıkladıkları, doğum sırasında yalnız bırakmadıkları bildirilmiştir. Sonuçta; farklı kültürlere sahip doulaların desteği doğum ve doğum sonu dönemde bakımın sürekliliğini sağlamış, göçmen kadınların doğum memnuniyetleri artırmıştır (Haugaard vd., 2020).

Sonuç olarak; göç hangi sebeple gerçekleşirse gerçekleşsin kadınları fiziksel, sosyal ve kültürel olarak etkisi altına alan bir durumdur. Göçmen kadınlar erkeklere oranla daha dezavantajlı bir konumda olup, göçten çeşitli boyutlarda etkilenebilmektedirler. Sağlık bakım profesyonelleri göçmen kadınların olumsuz doğum ve postpartum dönem deneyimi yaşayabileceklerinin farkında olmaları gerekmektedir (Kurtuldu ve Şahin, 2018). Göçmen annelerin doğum bakım hizmetlerine erişimlerini artırmak, kadın merkezli bakım uygulamak, göçmen kadınların sosyal konumlarına, geleneksel bilgi ve inançlarına dikkat ederek kültüre dayalı bir bakım hizmeti sunmak oldukça önemlidir. Bu nedenle göçmen kadınların üreme sağlığının korunması için holistik bir yaklaşımla bakım vermek gerekmektedir. Göçmen kadınlara doğum ve doğum sonu dönemde sunulacak bakımda holistik hemşirelik yaklaşımları Tablo 1’de sıralanmaktadır (Kiyak vd., 2020; Erenel vd., 2017; Öztürk, 2017; Ozel vd., 2018; Gönenç vd., 2018).

Tablo 1. Göçmen Kadınlara Yönelik Doğum ve Doğum Sonu Dönem Bakımında Holistik Hemşirelik Yaklaşımları

Fiziksel Boyut	<ul style="list-style-type: none"> Göçmen kadınların gebelik sürecinde, doğum ve doğum sonu dönemde bakıma erişimleri sağlanmalıdır. Ev ve çadır ziyaretleri planlanarak göçmen kadınların sağlık durumu değerlendirilmeli, göçmen kadınlar genel sağlık kontrolünden geçirilmelidir. Göçmen kadınların sağlık davranışlarını etkileyebilecek kültürel uygulamaları sorgulanmalıdır. Gebelik ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan (CYBE) korunma, istemli düşük ve doğumlar ile ilgili sorunları yönetiminde sağlık bakım hizmeti ve danışmanlık verilmelidir. Doğum ve doğum sonu süreçte bakım verirken göçmen kadınların mahremiyetine saygı gösterilmeli, kültürlerine aykırı durumların farkında olunmalıdır. Göçmen kadınlara yönelik önyargıdan uzak, kültüre ve inanca duyarlı sağlık bakım hizmeti sağlanmalıdır. Yapılan zararlı geleneksel uygulamaların (vajinal duş vb.) tespit edilerek, bu uygulamaların azaltılması için eğitim ve danışmanlık verilmelidir.
Psikolojik Boyut	<ul style="list-style-type: none"> Göçmen kapsamlı, çok disiplinli bakım verilerek kadınlar psikolojik olarak rahatlatılmalıdır. Göçmen kadınların yaşadıkları savaş, göç, kayıp vb. durumlar nedeniyle sahip olabilecekleri psikolojik sorunlar açısından değerlendirilmeli ve desteklenmelidir. Göçmen kadınların doğuma ve ebeveynliğe psikolojik olarak hazır oluşluk durumları değerlendirilmelidir. Göçmen kadınların yaşadığı sorunlar fark edilerek, uygun kaynaklara yönlendirilmeli ve sorunlarla etkili baş etme becerileri kazandırılmalıdır. Göçmen kadınların stresle baş etme yöntemleri değerlendirilmelidir. Aynı zamanda gebeliğin getireceği ambivalan duygular hakkında kadınlara bilgilendirme yapılmalıdır.
Sosyal Boyut	<ul style="list-style-type: none"> İlk kez anne olan göçmen kadınlara, sosyal ve duygusal destek sağlanmalı, emzirme uygulamaları ve yenidoğanın bakımı konusunda rehberlik edilmelidir. Göçmen kadınlar anne-çocuk sağlığı programlarına dahil edilmeli, göçmen sağlığı merkezlerine yönlendirilmelidir. Göçmen kadınlar kendilerine yönelik ücretsiz sağlık bakımı gibi konularda bilgilendirilmelidir. Göçmen kadınların gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde sosyal çevresi ve destek durumları değerlendirilmelidir. Göçmen kadınların ailesi de doğum ve doğum sonu dönem bakım sürecine dâhil edilmeli, sosyal destek alması sağlanmalıdır. Doğum ve doğum sonu dönemde göçmen kadınların sosyal destek durumları değerlendirilerek, eğer mümkünse tercümandan ziyade aynı kültür ve dile sahip bir doula desteği almaları sağlanmalıdır.
Spiritüel Boyut	<ul style="list-style-type: none"> Göçmen kadınların kendilerini rahatlıkla ifade edebilecekleri güven ortamı sağlanmalıdır. Göçmen kadınların spiritüel olarak doğuma ve ebeveynliğe hazır oluşluğu değerlendirilmelidir. Göçmen kadınlar umutlu olma ya da kendini cezalandırılmış hissetme vb. açılardan değerlendirilmelidir. Göçmen kadınların doğum ve doğum sonrası çocuğuna bakımına yönelik düşünceleri değerlendirilmelidir. Göçmen kadınların inançları doğrultusunda stresle etkili baş edebilmesi sağlanmalıdır. Göçmen kadınlara gerekiyorsa doğum ve doğum sonu dönemde spiritüel danışmanlık verilmelidir.

Engelli Kadınların Doğum ve Doğum Sonu Dönem Bakım Deneyimleri

Günümüzde engelli bireylerin oranı gittikçe artmaktadır. Kadınlar, yaşlılar ve düşük gelirli aileler arasında daha çok engelli prevelansı bildirilmiştir (Smeltzer, 2007). Üreme çağındaki birçok engelli kadın; günlük yaşamda bazı zorluklarla karşılaşmaktadır. Engelli kadınlar diğer kadınlarla aynı istek duygusuyla anne olma hakkına sahipken, birçok kişi tarafından

ebeveynlik yetenekleri sorgulanmaktadır. Buna rağmen pek çok engelli kadın başarıyla anne olmakta ve sağlıklı bebekler doğurmaktadır (Akasreku vd., 2018; Kapan ve Boyacıoğlu, 2019). Bununla birlikte fiziksel engelli birçok kadının sağlık hizmetine erişimde engellerle karşılaştığı rapor edilmiştir (Öztabak, 2017). Nitel araştırmalardan elde edilen kanıtlar, birçok gebe engelli kadın için annelik bakım ihtiyaçlarının karşılanmadığını göstermektedir.

Fiziksel ve gelişimsel engelli kadınlar sezaryen doğum için artmış riske sahiptir, duyuşsal engelli kadınlar arasında da bu risk yüksektir. Çalışmalar; sağlık profesyonellerinin engelli kadınlarla ilgili cinsellikleri hakkında olumsuz düşünce ve algılara sahip olduklarını, gebeliklerini onaylamadıklarını ve ebeveynlik yeteneklerini sorguladıklarını bildirmektedir (Öztabak, 2017; Tarasoff, 2020). Sağlık profesyonelleri ile yaşanan bu olumsuz deneyimler, engelli kadınların doğum öncesi ve doğum sonrası yardım arama davranışlarını potansiyel olarak engelleyebilmektedir (Akasreku vd., 2018; Kapan ve Boyacıoğlu, 2019; Mitra vd., 2015). Redshaw ve arkadaşları 2013 yılında farklı engel türlerine (fiziksel, duyuşsal, zihinsel engelli gibi) sahip olan ve olmayan kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde aldıkları bakıma yönelik bakış açılarını anlamak, farklı engel türlerine sahip kadınların aldığı bakım ve bakım algılarını değerlendirmek amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Fiziksel engelli ve birden fazla engeli bulunan kadınların doğum eylemi sırasında rahat bir pozisyon alamadıkları, doğum sonrası dönemde hastanede kalma olasılıklarının yüksek olduğu, emzirme oranlarının düşük ve doğum sonrası bakımı olumsuz olarak değerlendirdikleri saptanmıştır. Ek olarak sezaryen doğum yapma olasılıklarının da engelli olmayan kadınlara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Duyusal engeli olan kadınların sağlık profesyonellerine ihtiyaç duyma oranları daha yüksek bulunurken, zihinsel engelli kadınların etkili bir doğum ve doğum sonu bakım almadıkları, doğum sırasında yalnız bırakıldıkları ve sağlık personellerinin kendileriyle anlayabilecekleri şekilde konuşmadıklarını belirtmişlerdir. Çalışma sonucunda engelli kadınların diğer tüm kadınlar gibi bireysel bakım almayı tercih ettikleri gösterilmiştir (Redshaw vd., 2013). Engelli kadınların doğum sırasındaki saygı deneyimlerini

öğrenmek amacıyla Hall ve arkadaşlarının 2018 yılında 37 engelli kadın ile yaptığı çalışmada, engelli kadınlardan yarısından fazlası doğumda verilen bakımdan memnun olmadıklarını ve bakımın gereksinimlerine uygun olmadığını ifade etmişlerdir. Ayrıca kadınlardan bazıları da engellilikleri nedeniyle olumsuz davranışlara maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Çalışma sonucunda engelli kadınların %31'ine gebelik ve doğum sırasında yeterince saygı gösterilmediği saptanmıştır. Kadınların %56'sı postpartum dönemde sağlık profesyonellerinin engellilik konusunda uygun bir tutuma ve farkındalığa sahip olmadıklarını belirtmiştir (Hall vd., 2018). Powell ve arkadaşlarının 2018 yılında engelli kadınlarla yaptıkları başka bir çalışmada, fiziksel engelli kadınlar arasında emzirmeyi kolaylaştırıcı ve zorlaştırıcı faktörleri araştırmışlardır. Çalışma son 10 yıl içerisinde doğum yapmış 25 fiziksel engelli kadınla yarı yapılandırılmış telefon görüşmeleri ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda emzirmeyi kolaylaştırıcı faktörler olarak; emzirme veya meme pompasının kullanımına yardımcı olan emzirme yastıklarının kullanılması, eş ve aile üyelerinden emzirme veya süt sağma sırasında fiziksel yardım alınması, fiziksel engelli akran annelerden emzirme hakkında tavsiyeler alınması gibi durumlar belirlenmiştir. Ayrıca yetersiz emzirme desteği, engele özgü emzirme eğitiminin verilmemesi, bebeğin memeyi kavrama ve yetersiz süt üretimi sorunları da çalışmada emzirmeyi zorlaştıran faktörler olarak saptanmıştır (Powell vd., 2018). Sağlık profesyonelleri tarafından fiziksel engelli kadınlar arasında emzirme konusunda bilgilendirmelerin artması ve aynı zamanda akran ve aile desteği, kişisel yardıma ve uyarlanabilir ekipmana daha fazla erişim sayesinde fiziksel engelli kadınların emzirme oranları arttırılabilir. Sonuç olarak; engelli kadınlar da diğer kadınlar gibi yaşam boyu üreme sağlığı sorunları ile

karşılaşabilmektedir. Özellikle doğum ve postpartum dönemde özel bakım gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Hemşireler ve sağlık profesyonelleri engelli kadınların üreme sağlığı gereksinimlerini göz ardı etmemeli, duyarlı ve holistik hemşirelik yaklaşımlarıyla bakım hizmeti verilmelidir. Engelli kadınlara doğum

ve doğum sonu dönemde sunulacak bakımda holistik hemşirelik yaklaşımlar Tablo 2’de sıralanmaktadır (Redshaw vd., 2013; Hall vd., 2018; Powell vd., 2018; Güngör, 2017; Hasson-Ohayon vd., 2018; McLeish ve Redshaw, 2019; Buldum ve Emül, 2020).

Tablo 2. Engelli Kadınlara Yönelik Doğum ve Doğum Sonu Dönem Bakımında Holistik Hemşirelik Yaklaşımları

Fiziksel Boyut	<ul style="list-style-type: none"> Tüm engelli kadınların doğum ve doğum sonu dönemde bakıma erişimi sağlanmalıdır. Gerekirse engelli kadınlara yönelik ev ziyaretleri düzenlenmeli, sağlık bakımına erişimin önündeki engeller belirlenip çözülmeye çalışılmalıdır. Doğum servisini ziyaret edip çevreyi değerlendirmesi sağlanmalı, mevcut durumun ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamadığını gözlemlemesine olanak sağlanmalıdır. Fiziksel engeli veya birden fazla engeli olan kadınlar doğum anında rahat edebilecekleri bir pozisyon alması için desteklenmelidir. Omurilik yaralanması, multiple skleroz veya spina bifida gibi durumlarda his kaybı nedeniyle kadınlar doğumda ağrı hissetmeyebilir. Bu kadınlara ve eşlerine uterus kasılmalarını elle nasıl takip edecekleri öğretilmelidir. Beyin felci, omurilik yaralanması olan engelli kadınlar doğum sırasında daha sık kasılmalar yaşayabilmektedir. Doğum boyunca kasılmalar arasında aralıklı pasif eklem hareketleri ile egzersizler yapılarak kramp ve kasılmalar önlenmeye çalışılmalıdır. Doğum eylemi süresince ağrı ile baş etmesi için non-farmakolojik teknikler öğretilmeli, tüm süreç boyunca uygulaması için desteklenmelidir. Doğum eylemi sürecinde engelli kadınların solunum egzersizlerini yapmasına ve ıkmmasına yardımcı olunmalıdır. Kadınlar doğum eylemi süresince yalnız bırakılmamalıdır, doğum ve doğum sonrası dönemlerde destek sağlanmalıdır. Doğum ile ilgili tehlike belirtileri engelli kadınlara ve eşlerine öğretilmelidir. Doğum sürecinde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmelidir. Doğum sonrası dönemde kadınların ihtiyaç duyduğu ekipmanlara (yastık, meme pompası vb.) ulaşımı sağlanmalı ve desteklenmelidir. Hareketsiz kalan engelli lohusalar derin ven trombozu açısından dikkatle izlenmelidir. Postpartum dönemde engelli kadınlara yönelik ev ziyaretleri düzenlenmeli, kadınların ihtiyaçları sorgulanmalıdır. Kadınların engel durumlarına özgü emzirme eğitimi ve ekipman (yastık, meme pompası kullanımı vb.) kullanımları öğretilmelidir. Engelli kadınlar taburcu olduktan sonra sağlık sigortası, sosyal hizmetler tarafından evde bakım imkanının olup olmadığı mutlaka sorgulanmalıdır. Doğum sonrası anne bebek izlemi diğer tüm kadınlarda önerildiği gibi yapılmalıdır.
Psikolojik Boyut	<ul style="list-style-type: none"> Engelli kadınlar psikolojik sorunlar açısından değerlendirilmeli, doğuma ve ebeveynliğe hazır oluşluk durumları sorgulanmalıdır. Engelli kadınların yaşadığı sorunlar fark edilerek, uygun kaynaklara yönlendirilmelidir. Baş etme becerilerinde kullandığı inançları sorgulanmalı ve stresli/anksiyeteli durumlarında kullanması sağlanmalıdır. Engelli kadınların doğum öncesinde sıcak banyo yapılması veya ılık suya batırılmış bir bez yardımıyla kasları rahatlatmaya yardımcı olunmalıdır.
Sosyal Boyut	<ul style="list-style-type: none"> Engelli kadınların sosyal destek durumları değerlendirilmeli, mümkünse akran desteği sağlanmalıdır. Doğum ve doğum sonu dönem bakım sürecine ailesi de dâhil edilmeli, sosyal destek alması sağlanmalıdır. Doğum esnasında utanma, sosyal etkilenme, çevresiyle ve ailesiyle iletişimi değerlendirilmelidir.
Spiritüel Boyut	<ul style="list-style-type: none"> Engelli duyu ve düşüncelerini rahatlıkla paylaşabilecekleri güven ortamı sağlanmalı, manevi olarak doğuma ve ebeveynliğe hazır oluşluğu değerlendirilmelidir. Engelli kadınların doğum ve doğum sonrası dönemde kendilerine güven durumları ve geleceğe yönelik düşünceleri değerlendirilmelidir. Engelli kadınlara gerekiyorsa spiritüel danışmanlık verilmeli, manevi uygulamalar yapmaya (meditasyon, yoga vb.) yönlendirilmelidir. Doğum ve doğum sonu dönemde yapılan zararlı geleneksel uygulamalar tespit edilmeli, bu uygulamaların azaltılması için eğitim ve danışmanlık verilmelidir.

Adölesanların Doğum ve Doğum Sonu Dönem Bakım Deneyimleri

Adölesan dönem; psikolojik, sosyal ve biyolojik değişimin eşlik ettiği çocukluktan erişkinliğe geçiş süreci olarak kabul edilmektedir (Aung vd., 2018). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl yaklaşık 16 milyon adölesan doğum yapmakta, bu da dünya genelindeki tüm doğumların yaklaşık %11'ini oluşturmaktadır (Buldum ve Emül, 2020; Aung vd., 2018). Doğum yapan adölesanlar ileri yaştaki kadınlara kıyasla maternal morbidite ve mortalite riski çok daha fazladır. Bu durum adölesanların ve yenidoğanların gebelikteki doğumda ve postpartum dönemde iyi bir bakım alma ihtiyaçlarını ortaya koymaktadır (Aung vd., 2018; Kaya vd., 2017). Adölesan gebelikler yüksek riskli olarak kabul edilmektedir. Özellikle adölesan gebelerde intrauterin gelişim geriliği, düşük doğum ağırlıklı bebek, preterm doğum, gestasyonel diyabet, anemi, hipertansiyon ve erken membran rüptürü görülme riski fazladır (Yurtçu vd., 2020). Bu nedenle adölesan gebeler yetişkin kadınlar gibi etkin ve yeterli bir sağlık bakımına ihtiyaç duymaktadır. Adölesanlarda pelvis gelişimi henüz tamamlanmadığından ilk doğumlarında ilerlemeyen ve uzamış doğum eylemi görülebilmektedir. Ayrıca adölesanlarda baş-pelvis uyumsuzluğu nedeniyle vajinal doğumlar daha çok forseps, vakum gibi müdahaleleri içermektedir. Tüm bu müdahaleler adölesanların olumsuz doğum deneyimi yaşamalarına yol açmakta ve fistül, idrar, gaita inkontinansı oluşumuna sebep olabilmektedir (Yurtçu vd., 2020; Şolt ve Yazıcı, 2015). Ek olarak adölesanlarda doğum sonrası dönemde postpartum kanama, enfeksiyon ve depresyon görülme riski fazla, emzirme oranları az, meme pompası kullanımında isteksizlik yaşanabilmektedir (Sangsawang vd., 2019; ACOG, 2016). Henüz kendisi çocuk olan adölesanın hem kendini hem de bebeğini

ihmal edebileceği de unutulmamalıdır. Çınar ve arkadaşlarının 2019 yılında ilk emzirme deneyimlerini belirlemek amacıyla yaptıkları nitel araştırmada, 13 adölesan anne ile görüşme yapılmıştır. Görüşme sonucunda adölesan annelerin; anneliğe yeteri kadar hazır olmadıkları ve ilk emzirme sırasında sağlık profesyoneli desteğine ihtiyaç duydukları görülmüştür. Ayrıca emzirme ve anne sütünün yararlarını bilmedikleri, emzirme konusunda isteksiz oldukları ortaya çıkmıştır (Çınar vd., 2019). Coley ve Nichols 2016 yılında yaptıkları nitel çalışmada doğum eğitimi ve doula programında adölesan annelerin doula kullanımını etkileyen faktörleri incelemiştir. Araştırmaya doğum eğitimi ve doula desteği alan 20 adölesan ve doğum desteği veren 6 doula dahil edilmiştir. Çalışma sonucunda adölesan annelerin doulalar tarafından desteklenip cesaretlendirildiği, hastanede kalış sürelerinin kısaldığı, yenidoğan etkileşimlerini olumlu etkiledikleri saptanmıştır. Bu durumda adölesan anneler için doula hizmeti sağlamak ve bu hizmetleri iyileştirmek anne-bebek sağlığı açısından önemli bir faktör olabileceği düşünülmektedir (Coley ve Nichols, 2016).

Sonuç olarak; adölesanlar fiziksel, bilişsel ve psikolojik gelişimlerini tamamlayamadıkları için doğum ve postpartum dönemde özel gereksinimleri olabilmekte, doğum sürecini olumsuz deneyimleyebilmektedirler. Bu bağlamda hemşirelerin adölesan gebelere holistik hemşirelik yaklaşımıyla sunulan kapsamlı ve nitelikli bakım, adölesan anne ve yenidoğanın sağlığını arttıracaktır. Adölesanlara doğum ve doğum sonu dönemde sunulacak bakımda holistik hemşirelik yaklaşımlar Tablo 3'de sıralanmaktadır (Çınar vd., 2019; Coley ve Nichols, 2016; Ayyıldız vd., 2015; Özcan ve Kırca, 2021).

Tablo 3. Adölesanlara Yönelik Doğum ve Doğum Sonu Dönem Bakımında Holistik Hemşirelik Yaklaşımları

Fiziksel Boyut	<ul style="list-style-type: none"> Adölesanların doğum ve doğum sonrası izlemelerine önem verilmelidir. Yapılan zararlı uygulamaların (sigara, alkol ve diğer zararlı maddelerin kullanımı vb.) tespit edilerek, bu uygulamaların azaltılması için eğitim ve danışmanlık verilmelidir. Sağlıklı cinsel davranışlar hakkında bilgi verilmeli, adölesan gebeliklerin önlenmesi öncelikli olmalıdır. Doğum eylemi süresince ağrı ile baş etmesi için non-farmakolojik teknikler öğretilmeli, tüm süreç boyunca uygulaması için desteklenmelidir. Doğum sürecinde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmelidir. Ayrıca adölesan annelerin postpartum dönemde daha geç taburcu olmaları sağlanarak bebeğine kendisinin bakabileceği konusunda güven verilmelidir. Postpartum dönemde adölesanlara yönelik ev ziyaretleri düzenlenmeli, adölesanların ihtiyaçları sorgulanmalıdır.
Psikolojik Boyut	<ul style="list-style-type: none"> Adölesanlar ile güvene dayalı bir iletişim kurulmalı, uygun bir ortamda yalnız görüşülmelidir. Adölesanla iletişimde kullanılan kelime ve cümlelere dikkat edilmelidir. Adölesan doğum anında desteklenmeli ve doğum sonu dönem ile ilgili eğitim ve danışmanlık yapılmalı, anksiyetesi azaltılmalıdır. Adölesanların doğuma ve ebeveynliğe hazır oluşluk durumları değerlendirilmeli, doğum ve annelik rolüne uyum ile ilgili sorunlar yaşayabileceği unutulmamalıdır. Ev ziyaretleri planlanarak gebelikten itibaren postpartum dönemde dahil olmak üzere depresyon yönünden değerlendirilmelidir. Adölesanlar değişken ruh haline sahip olmaları ve benmerkezci yapıları nedeniyle anne olduklarında daha az şefkatli olabilirler. Bu nedenle postpartum dönemde öfke, kaygı ve bebeği ihmal etme gibi psikolojik durumlar mutlaka değerlendirilmelidir. Hemşireler gerekli psikolojik desteği sağlamalı, adölesanları ihtiyaçları olan bilgiler konusunda aydınlatmalı ve izlemlerini dikkatli yapmalıdır.
Sosyal Boyut	<ul style="list-style-type: none"> Adölesanların sosyal etkilenme, çevresiyle ve ailesiyle iletişimi değerlendirilmeli, mümkünse akran desteği sağlanmalıdır. Doğum sonrası emzirme, bebek bakımı vb. durumlarda destek alacağı kişilerin varlığı mutlaka sorgulanmalı, sosyal destek sistemleri değerlendirilmelidir. Doğum ve doğum sonu dönem bakım sürecine ailesi de dâhil edilmeli, sosyal destek alması sağlanmalıdır. İlk kez anne olan adölesanlara, sosyal ve psikolojik destek sağlanmalı, emzirme uygulamaları ve yenidoğanın bakımı konusunda rehberlik edilmelidir.
Spiritüel Boyut	<ul style="list-style-type: none"> Adölesanların kendilerini rahatça ifade edebilecekleri ortam sağlanmalı, manevi olarak doğuma, anneliğe hazır oluşluğu değerlendirilmeli, geleceğe yönelik düşünceleri sorgulanmalıdır. Adölesanların doğum ve doğum sonu dönemde yenidoğana ve kendilerine ilişkin geleneksel uygulamalarda bulunup bulunmadığı sorgulanmalıdır. Yanlış geleneksel uygulamaların zararları hakkında bilgilendirilmelidir. Adölesanlara gerekiyorsa spiritüel danışmanlık verilmeli, manevi uygulamalar yapmaya (meditasyon, yoga vb.) yönlendirilmelidir.

LBT Bireylerin Doğum ve Doğum Sonu Dönem Deneyimleri

Günümüzde, lezbiyen, gey, biseksüel ve transseksüel (LGBT) bireyler, toplum içerisinde daha görünür ve sosyal yönden daha tanınır hale gelmektedirler. Ancak LGBT bireyler, yaşadıkları damgalanma ve ayrımcılık gibi eşitsizlikler nedeniyle sağlık hizmetlerini etkin kullanamamakta ve bu nedenle özellikle cinsel sağlık açısından riskli grup olarak ele alınmaktadır (Ekitli ve Çam, 2017). Pek çok LBT birey evlat edinme, taşıyıcı annelik, yardımcı üreme teknikleri yardımıyla ebeveyn olmasına rağmen, bireylerin deneyimlerini araştıran çok az

çalışma mevcuttur. Ulusal LGBT Sağlık Eğitim Merkezi'nin 2016 yılında yayınladığı rapora göre, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki eşcinsel evlilik yasalarındaki değişiklikler, ebeveynlik konusunda kararsız olan birçok LGBT bireyi aile kurmaya teşvik etmiştir (Griggs vd., 2021). Klinikte hemşireler doğum ve ebeveynlik konusunda tüm LBT ailelere saygılı perinatal bakım sağlamalıdır. Hemşirenin anne sütünün bebek sağlığı açısından önemi ve ebeveynler için mevcut olan beslenme seçenekleri konusunda bilgi sahibi olması gerekmektedir. Çünkü bu bireylerin bakım ihtiyaçları diğer kadınlardan farklıdır. Hemşireler LBT bireyleri

damgalamaktan kaçınmalı ve bu bireylerin nasıl olumlu deneyim yaşayabilecekleri konusuna odaklanması gerekmektedir (Griggs vd., 2021; Martos vd., 2019). LBT bireyleri psikolojik açıdan ele almamız oldukça önemlidir. Çünkü literatürde yapılan birçok çalışma heteroseksüel bireylerle karşılaştırıldığında LGBT bireylerin daha çok anksiyete, depresyon, intihar, madde kullanımı, sosyal destek azlığı, izolasyon, suçluluk duygusu, utanç gibi durumlar yaşadıklarını bildirmektedir (Martos vd., 2019). Yakın zamanda Gonzales ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptıkları çalışmada; lezbiyen ve biseksüel gebe kadınlarda depresyon görülme, sağlık hizmeti gereksinimlerinin karşılanmaması, kötü sağlık koşulları ve riskli yaşam tarzı davranışlarına sahip olma ihtimallerinin çok yüksek olduğu saptanmıştır (Gonzales vd., 2019). Hemşireler bu bireylerin sağlık ihtiyaçlarını belirleyebilmelidir. Goldhammer ve arkadaşlarının 2018 yılında yürüttüğü bir klinik çalışmada sağlık profesyonellerinin %19,4'ü lezbiyen, gay ve biseksüel, %31,8'i transeksüel hastaların klinik ihtiyaçlarını karşılamada kendilerini hazır hissetmediğini bildirmiştir. Bu durumun nedeni olarak; nasıl iletişim kuracağını bilememe, cinsel yönelim konusunda bilgi eksikliği ve kişisel, kültürel, ahlaki inançlar olarak belirtmişlerdir (Goldhammer vd., 2018). Hemşireler tüm bireylere yaşam boyu sağlık hizmeti sunmalıdır. Bu nedenle hemşirelere bu alanda farkındalık kazandırılıp LGBT bireylerin bakım ihtiyaçlarına yönelik eğitim almaları bir çözüm olabilmektedir.

Doğum eğitiminde de çiftlere uygun destek sağlanabilir. Transeksüel, lezbiyen ve biseksüel kadınlar için doğum sınıfları oluşturmak, saygılı bir bakım almalarını sağlamak bu alanda önemlidir. Özellikle gebe kalan transeksüel bireyler kendilerini yeterince destekleyebilecek donanıma sahip bir sağlık sisteminin olmadığını,

doğum eğitimi ve ebeveynliğe hazır olma konusunda danışmanlık alabilecekleri bir platformun olmadığını dile getirmişlerdir (Hoffkling vd., 2017). Hemşireler LBT bireylerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bireysel ihtiyaçlarının farkında olmalıdır. Özellikle aynı cinsten ebeveynlerin eşit görülmesi ve bunun desteklediği eğitimler verilmesi önemli bir faktör olabilir. Benzer şekilde doğum sırasında bireylere kendilerini ve vücutlarındaki bölgeleri tanımlamak için hangi terimleri kullandıklarını sormak ve sonrasında bunları kullandığından emin olmak önemlidir (Hoffkling vd., 2017; Garcia-Acosta vd., 2020). Postpartum dönemde emzirmenin faydalarının vurgulanması ve ebeveynlere alternatif laktasyon yöntemlerinin anlatılması gerekmektedir. Evlat edinen ebeveynleri, transeksüel bireyleri ve lezbiyen kadınları emzirmeye teşvik etmek mümkündür (Lee, 2018). Uyarılmış laktasyon, yakın zamanda doğum yapmamış kişilerde süt üretimini uyarma sürecidir. Evlat edinen lezbiyen annelerde emzirmeyi uyarma ve süt yapımını artırmak için hormon tedavisi, meme ucu uyarımı, diyet takviyeleri veya reçeteli ilaçların kullanımını içermektedir. Bu bireylere uygulanan protokollerde, 6 ay süresince oral kontraseptif kullanılmakta böylece gebelik sürecine benzer bir sürecin yaşanması sağlanmaktadır. Daha sonra bireyler ne zaman emzirecek ise emzirme zamanından birkaç hafta önce oral kontraseptifler aniden kesilmekte, böylece doğumla ilgili hormonal değişiklikler taklit edilmiş olmaktadır (Wilson vd., 2015). Evlat edinen ebeveynleri, transeksüel bireyleri ve lezbiyen kadınları emzirmeye teşvik etmek mümkündür. Daha önce emzirme öyküsü olan bireylerin bir sonraki gebeliklerinde de emzirmeye yetecek kadar süt üretimi olabilmektedir (Hoffkling vd., 2017; Garcia-Acosta vd., 2020; Lee, 2018; Wilson vd., 2015).

Sonuç olarak LBT kadınların olumlu doğum ve doğum sonu dönem yaşamasında hemşirelerin rolü oldukça önemlidir. Toplumlarda doğumda ve postpartum dönemde sağlık hizmeti arayışında olan LBT bireyler, sağlık hizmetleriyle karşılaştıklarında ayrımcılığa maruz kalmaktadırlar. Hemşirelerin bir diğer görevi de sağlıkta eşitsizliği ortadan kaldırmak ve yetkin

bakım sağlamaktır. Bu bağlamda LBT bireylerin ihtiyaçlarını da gözardı etmemeli, bütüncül bir yaklaşımla hemşirelik bakımı sunulmalıdır. LBT bireylere doğum ve doğum sonu dönemde sunulacak bakımda holistik hemşirelik yaklaşımlar Tablo 4’te sıralanmaktadır (Ekitli ve Çam, 2017; Hoffkling vd., 2017; Garcia-Acosta vd., 2020; Lee, 2018; Wilson vd., 2015).

Tablo 4. LBT Bireylere Yönelik Doğum ve Doğum Sonu Dönem Bakımında Holistik Hemşirelik Yaklaşımları

Fiziksel Boyut	<ul style="list-style-type: none"> Hemşireler, LBT bireylerin gebelik, doğum ve doğum sonrası bakım süreçlerine yönelik bilgilenmek, farkındalık ve duyarlılık kazanmak için bu konuda eğitim programlarına katılmalıdır. Bakımın bütüncül bir şekilde sunulması, LBT bireylerin bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve anlaşılması çok önemlidir. Bütüncül hasta değerlendirmesi, LBT bireylerinin/ailesinin bakım ihtiyaçlarını karşılayacak ve bakımı için bireyselleştirmeye yardımcı olacaktır. LBT bireyler cinsel sağlık/üreme sağlığı açısından riskli bir grup olduğundan, kapsamlı sağlık değerlendirilmesi yapılmalı, bu bireylerin doğum ve doğum sonu dönemde sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları benimsemeleri sağlanmalıdır. Yenidoğanı besleme tercihlerinde LBT aileleri için birden fazla seçenek vardır. Hemşirelerin kapsamlı beslenme seçeneklerini tartışması ve anne sütü ile besleme yöntemleri konusunda ailelere eğitim vermesi çok önemlidir. Aynı cinsiyetten partnerin veya eşin de beslenme sürecine dahil edilmesi ve tenisel temas kurulması, her iki eşin/partnerin ebeveynlik deneyimlerini geliştirebilir. Akademik ve klinik ortama LBT bireylerin sağlık eğitimini dahil etmek; kişisel önyargıları azaltabilir, klinik yeterliliği geliştirebilir, kapsayıcı iletişimi destekleyebilir. Böylelikle LGBT bireyler olumlu doğum ve doğum sonu bakım deneyimi yaşayabilirler.
Psikolojik Boyut	<ul style="list-style-type: none"> LBT bireylere karşı yargılayıcı olmayan, onaylayıcı, şefkatli ve saygılı bir iletişim ortamı yaratılması çok önemlidir. LBT bireyler toplum tarafından maruz kaldıkları homofobik tutum ve damgalanma nedeniyle ruhsal problemler yaşama ihtimali yüksek bir grup olduğundan, psikolojik durumları kapsamlı bir şekilde ele alınmalıdır. LBT bireylerin doğum ve doğum sonu dönemlerde ebeveynliğe hazır oluşluk (çocuğun bakımı, çocuk bakımının birlikte sürdürülmesi, ebeveynlik rollerinin paylaşılması gibi) durumları değerlendirilmelidir. LBT bireyler hem doğumda hem de doğum sonu dönemde toplum baskısına maruz kalma durumunda bir uzman tarafından psikolojik destek almak üzere yönlendirilmelidir.
Sosyal Boyut	<ul style="list-style-type: none"> Damgalanma nedeniyle LBT bireyler gebelik sürecinde, doğum ve doğum sonu dönemde toplum tarafından dışlanabilmektedirler. Bu nedenle LBT bireylerin sosyal destek sistemleri değerlendirilmelidir. LBT bireyler toplumsal şiddete maruz kalma riskleri açısından değerlendirilmeli, gerekli birimlere yönlendirilmelidir. LBT bireylerin partnerleri ve aileleriyle olan ilişkileri değerlendirilmelidir. Bu bireyler kendi gruplarına özel olarak hazırlanmış doğuma hazırlık sınıfı/kurslarına yönlendirilmelidir.
Spiritüel Boyut	<ul style="list-style-type: none"> LBT bireylerin doğuma ve ebeveynliğe yükledikleri anlamlar sorgulanmalıdır. LBT bireylere toplum stresine karşı spiritüel danışmanlık verilmeli, manevi uygulamalar yapmaya (meditasyon, yoga vb.) yönlendirilmelidir. LBT bireylerin doğum ve doğum sonu dönemde yapılan zararlı geleneksel uygulamalar tespit edilmeli, bu uygulamaların azaltılması için eğitim ve danışmanlık verilmelidir.

HIV Enfeksiyonu Olan Kadınların Doğum ve Doğum Sonu Dönem Deneyimleri

Günümüzde insan immün yetmezlik virüsü (HIV) salgını, en ciddi sağlık krizlerinden biridir (Kaya, 2021). HIV (+) bireyler için yaşamı ve sağlığı iyileştirmeye yönelik tedavilerdeki son gelişmeler, bireylerin daha uzun ve sağlıklı

yaşamına yardımcı olmaktadır. Son yıllarda HIV enfeksiyonu prevelansı erkeklerle kıyaslandığında kadınlarda daha hızlı yükseldiği görülmektedir (Akkuş ve Aydın, 2019). HIV (+) kadınların diğer kadınlara kıyasla daha farklı doğum ve postpartum dönem bakım ihtiyacı bulunmaktadır. Doğum sırasındaki bakımın amacı en az bulaşma

riski ile yenidoğanın anneye güvenli bir şekilde teslim edilmesidir (Montgomery, 2003). Doğum sırasında birçok gereksiz müdahalelerden kaçınılmalıdır çünkü müdahaleler de bulaş riskinin artmasına neden olabilmektedir. Maternal ve fetal komplikasyonlar erken dönemde teşhis edilmeli, viral bulgular takip edilmeli ve enfeksiyon açısından değerlendirilmelidir. Mümkün olduğunca anne ve bebeğin cilt bütünlüğünü bozabilecek ve hastane enfeksiyonlarına neden olabilecek girişimlerden kaçınılmalıdır. Doğum sırasında bakımın temel hedefi; gerekli genel koruyucu önlemler ile enfeksiyonu kontrol altına almak ve kadına psikolojik destek sağlamaktır (Akkuş ve Aydın, 2019; Montgomery, 2003). HIV (+) olan kadınların psikososyal yönden desteğe ihtiyacı vardır. Bu konuda çatışma yaşayan HIV (+) olan kadını ve ailesini terapötik bir şekilde, yargılamadan destek olunmalıdır. HIV ile enfekte sıvılara uzun süre maruz kalmanın yenidoğana bulaşma riskini artırabileceği için ten tene temas gerçekleştirilmez ve emzirme de gecikebilir. Tüm bu durumlar anne bebek etkileşiminin gecikmesine neden olabilir. Bu açıdan anneye psikolojik destek sağlanmalıdır. Destekleyici hizmetler kadının bireysel ihtiyaçlarına göre şekillenmeli ve bu hizmetler gebelik döneminden başlayıp doğum sonrası dönemde de devam etmelidir. Postpartum dönemde ise amaç rutin doğum sonrası bakımına ek olarak HIV (+) kadının özel bakım ihtiyaçlarını gidermektir. Postpartum dönemde enfeksiyon ve kanama bulguları açısından anne takip edilmelidir.

Ayrıca yenidoğanı hem emzirme yoluyla hem de mama ile beslemenin yol açacağı enfeksiyonlar konusunda anneye kapsamlı bilgi verilmelidir. HIV (+) lohusa kadına güvenli cinsel ilişki ve kontraseptif yöntemler hakkında eğitim verilmeli, psikolojik destek gruplarına yönlendirilmelidir (Akkuş ve Aydın, 2019; ACOG, 2018; Trafford vd., 2018; Yalçın, 2011). HIV (+) kadınların doğum ve doğum sonu dönemde bakımlarına ilişkin deneyimlerini içeren çalışmalar literatürde yeterli değildir. Bu alanda yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak, HIV (+) birçok kadın günümüzde hala üreme sağlığı hizmetlerine erişememekte ve sağlık profesyonelleri tarafından dışlanmaktadır. Günümüzde yasalar HIV ile enfekte olan tüm bireylerin ayırım yapılmaksızın en iyi standartlarda sağlık hakkından yararlanmasını önermektedir. Konumu itibariyle incinebilir grupta olan HIV (+) gebeler, her kadın gibi doğum ve postpartum dönemde holistik hemşirelik bakımından yararlanma hakkına sahiptir. Bu bağlamda hemşireler HIV (+) kadınlara psikolojik destek sağlamalı, doğum ve postpartum dönemde holistik danışmanlık hizmeti vermeli ve böylece kadınların kendi sağlık sorumluluğunu almalarını sağlamalıdır. HIV (+) kadınlara doğum ve doğum sonu dönemde sunulacak bakımda holistik hemşirelik yaklaşımlar Tablo 5'te sıralanmaktadır (Montgomery, 2003; Akkuş ve Aydın, 2019; ACOG, 2018; Trafford vd., 2018; Yalçın, 2011).

Tablo 5. HIV (+) Kadınlara Yönelik Doğum ve Doğum Sonu Dönem Bakımında Holistik Hemşirelik Yaklaşımları

Fiziksel Boyut	<ul style="list-style-type: none"> • Maternal ve fetal sağlık sonuçlarını olumsuz etkileyebilecek riskler belirlenmelidir. • Doğum ve postpartum dönemde kadının karşılaşabileceği riskler hakkında (enfeksiyon bulaş riski, tedavinin yan etkileri, kanama riski vb.) bilgi verilmelidir. • Beklenen doğum şekli anne ile konuşulmalı, sezaryen ve vajinal doğumun riskleri hakkında tartışılmalıdır. • Doğum sırasında ağrı yönetiminde uyuşturucu bağımlılığı olan HIV'li gebelerde daha yüksek ilaç toleransı olabilir. Bu nedenle doğumda ağrıyı azaltıcı egzersizler, doğumdan önce planlanmalıdır. • HIV ile enfekte sıvılara uzun süre maruz kalmanın yenidoğana bulaşma riskini artırabileceği bilinmektedir. Bu nedenle kadın, enfeksiyon riskini önlemek için doğumdan sonra yenidoğanın annenin karnında kalmayacağı ve ten tene temasın gecikeceği bilgisi kadına uygun şekilde verilmelidir. • Bulaş riskini azaltmak için bebeğin yıkanması hakkında bilgi verilmelidir. • Emzirmeyen HIV (+) lohusalar için postpartum dönemde meme dolgunluğuna bağlı semptomlar çok rahatsız edici olabilmektedir. Ağrı kontrolü için farmakolojik tedavi almak, memelere sıcak ve soğuk kompres uygulamak veya uygun sütyen giymek gibi destekleyici önlemler alınarak semptomları hafifletilmelidir. • HIV (+) kadına emzirme durumunda uygun antiretroviral profilaksi uygulanması gerektiği ya da bebeğini formula mama ile besleyebileceği bilgisi verilmelidir. • Emzirmenin olmaması fertilitenin erken dönmesi ile ilişkilidir. Bu nedenle HIV (+) lohusa kadına uygun aile planlaması danışmanlığı verilmelidir. • HIV enfeksiyonu herhangi bir kontraseptif yöntemin kullanılmasını engellemez. Ancak hormonal kontraseptifler ile ART arasındaki ilaç etkileşimleri de dikkate alınmalıdır. Bu nedenle HIV (+) kadınlara ART etkinliğini artırmak için prezervatif önerilmelidir. • Doğum sonrası dönemde ART'ye uyumda zorluklar yaşanabileceği için, taburculuk eğitiminde bu konuya yer verilmelidir.
Psikolojik Boyut	<ul style="list-style-type: none"> • HIV (+) kadınların konu hakkındaki bilgi düzeyi artırılarak farkındalık kazanmaları sağlanmalıdır. • HIV (+) kadınların doğuma ve ebeveynliğe hazırooluşluğu değerlendirilmeli, psikolojik destek sağlanmalıdır. • HIV (+) annenin sağlığına dikkat etmesini ve bebeğini önemseydiği fikri güçlendirilmelidir.
Sosyal Boyut	<ul style="list-style-type: none"> • Damgalanma nedeniyle HIV (+) kadınlar gebelik sürecinde, doğum ve doğum sonu dönemde dışlanabilmektedirler. Bu nedenle bu bireylerin sosyal destek sistemleri değerlendirilmelidir. • HIV (+) kadınların ailesinde ve çevresinde yaşadığı sorunlar tanımlanmalıdır. • HIV (+) kadının endişelerinin giderilmesinde sosyal destek sistemleri aktif hale getirilmeli ve bebek bakımında anneye destek olunmalıdır. • HIV (+) kadınlar, aynı deneyimleri paylaşan başka kadınlarla bir araya getirilmeli, böylece HIV pozitif kadınlara akran desteği sağlanmalıdır.
Spiritüel Boyut	<ul style="list-style-type: none"> • HIV enfekte kadınların duygu ve düşüncelerini çekinmeden paylaşabilecekleri bir güven ortamı sağlanmalıdır. • HIV enfekte kadınlar kendini güçlü bulma ya da kendini cezalandırılmış hissetme gibi düşünceleri açısından değerlendirilmelidir. • Gerekirse HIV (+) kadınlara spiritüel danışmanlık sağlanmalıdır.

SONUÇ

İncinebilir grupta yer alan tüm kadınlar yaşamları süresince birçok sağlık sorunu ile karşı karşıya kalmaktadır. Üreme sağlığı sorunlarından doğum ve doğum sonu dönem bakımları ise en fazla ihmal edilen alanlardan birisidir. Bu nedenle incinebilir kadınlar yetersiz doğum ve doğum sonu hizmeti alma, etkili sağlık hizmetlerine erişememe, yetersiz aile planlama danışmanlığı alma ve damgalanma açısından risk taşımaktadırlar. Sağlık profesyonelleri incinebilir kadınların karşılaştıkları sağlık bakım eşitsizliklerinin farkında olmalı ve bu konuda sağlık politikaları geliştirmelidir.

Sağlık profesyonellerinden özellikle hemşireler sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli sorumlulukları olan sağlık çalışanlarıdır. Bu nedenle sağlık hizmeti almakta olan incinebilir kadınlara doğum ve doğum sonu dönem bakımı verirken tüm boyutlarıyla bütüncül ve destekleyici sağlık hizmeti vermelidirler. Hemşireler doğum ve doğum sonu dönemde incinebilir kadınların ihtiyaçlarının neler olabileceği ve ne gibi risk faktörlerine sahip oldukları hakkında farkındalık kazanmalıdır. Böylelikle incinebilir kadınların üreme sağlıklarının yükseltilmesine, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesine katkıda bulunabilirler.

Bilgilendirme

Derlemede araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur. Derlemenin hazırlanmasına tüm yazarlar katkıda bulunmuştur. Derlemenin fikir, tasarım, denetleme ve eleştirel incelemesine MAT, FY, DB katkı sağlamıştır. Literatür taraması, fikir ve tasarımı konularında ise MAT, FY, DB, MB ve MB katkı sağlamıştır. Bu derleme herhangi bir kongrede tam metin veya bildiri olarak yayınlanmamış, daha önce hiçbir dergide yayınlanmamış, yayınlanmak üzere kabul edilmemiş ve değerlendirme altına alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Akasreku, B. D., Habib, H., & Ankomah, A. (2018). Pregnancy in disability: community perceptions and personal experiences in a rural setting in Ghana. *Journal of pregnancy, 2018*.
- Akkuş, E., & Aydın, N. (2019). HIV pozitif gebelerde ebeklik bakımı. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1)*, 22-25.
- Alscher, S. (2006). International Organization for Migration: World migration 2005: Costs and benefits of international migration.
- American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Obstetric Practice, & Breastfeeding Expert Work Group. (2016). Committee Opinion No. 658: Optimizing support for breastfeeding as part of obstetric practice. *Obstetrics and gynecology, 127(2)*, e86-e92.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG committee opinion no. 736: optimizing postpartum care. *Obstet Gynecol, 131(5)*, e140-e150.
- Aung, E. E., Liabsuetrakul, T., Panichkriangkrai, W., Makka, N., & Bundhamchareon, K. (2018). Years of healthy life lost due to adverse pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers in Thailand. *AIMS Public Health, 5(4)*, 463.
- Aydın, R., Körükcü, Ö., & Kabukçuoğlu, K. (2017). Bir göçmen olarak anneliğe geçiş: riskler ve engeller. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 9(3)*, 250-262.
- Ayyıldız, T., Topan, A., Öztürk, Ö., & Kulakçı, H. (2015). Adölesan gebeliklerin anne ve bebeğe yönelik obstetrik sonuçlar açısından değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8(2)*, 61-66.
- Benza, S., & Liamputtong, P. (2014). Pregnancy, childbirth and motherhood: a meta-synthesis of the lived experiences of immigrant women. *Midwifery, 30(6)*, 575-584.
- Buldum, A., & Emül, T. G. (2020). Adölesan gebelikte doğum korkusu ve hemşirelik bakımı. *Selçuk Sağlık Dergisi, 1(2)*, 85-96.
- Bükecik, E., Şahin, S., Abay, H., Kaplan, S., & Düzgün, A. A. (2019). Mülteci kadınlar ve üreme sağlığı: Sağlık hizmetlerine ulaşmalarını etkileyen faktörler, engeller ve çözüm önerileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(4)*, 460-464.
- Coley, S. L., & Nichols, T. R. (2016). Understanding factors that influence adolescent mothers' doula use: A qualitative study. *The Journal of Perinatal Education, 25(1)*, 46-55.
- Çınar, N., Alvir, T. M., Menekşe, D., & Güler, D. S. (2019). Adölesan annelerin ilk emzirme deneyimleri: Nitel bir çalışma. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 6(2)*, 329-341.
- Dennis, C. L., Shiri, R., Brown, H. K., Santos Jr, H. P., Schmied, V., & Falah-Hassani, K. (2019). Breastfeeding rates in immigrant and non-immigrant women: A systematic review and meta-analysis. *Maternal & Child Nutrition, 15(3)*, e12809.
- Ekitli, G. B., & Çam, O. (2017). Bakım sürecinde zorlandığımız alan LGBTİ'ye yönelik bir gözden geçirme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 8(3)*, 179-187.
- Erenel, H., Aydoğan Mathyk, B., Sal, V., Ayhan, I., Karatas, S., & Koc Bebek, A. (2017). Clinical characteristics and pregnancy outcomes of Syrian refugees: a case-control study in a tertiary care hospital in Istanbul, Turkey. *Archives of gynecology*

and obstetrics, 295, 45-50.

Esencan, T. Y., & Şimşek, Ç. (2017). Doğum sonu dönemde hemşirelik bakımı. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni*, 48(4), 183-189.

García-Acosta, J. M., San Juan-Valdivia, R. M., Fernández-Martínez, A. D., Lorenzo-Rocha, N. D., & Castro-Peraza, M. E. (2020). Trans* pregnancy and lactation: A literature review from a nursing perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 44.

Goldhammer, H., Maston, E. D., Kissock, L. A., Davis, J. A., & Keuroghlian, A. S. (2018). National findings from an LGBT healthcare organizational needs assessment. *LGBT health*, 5(8), 461-468.

Gonzales, G., Quinones, N., & Attanasio, L. (2019). Health and access to care among reproductive-age women by sexual orientation and pregnancy status. *Women's Health Issues*, 29(1), 8-16.

Gönenç, İ. M., Göktaş, M., Dursun, R. A., Çökelek, F., Ercan, N., & Şahin, D. (2018). Opinions and cultural sensitivities of midwives and nurses about providing health care to women seeking asylum. *Journal of Human Sciences*, 15(2), 683-696.

Griggs, K. M., Waddill, C. B., Bice, A., & Ward, N. (2021). Care during pregnancy, childbirth, postpartum, and human milk feeding for individuals who identify as LGBTQ+. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 46(1), 43-53.

Güngör İ. (2017). Engelli kadınlarda üreme sağlığı. İçinde Beji NK (editör). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. s.171-201.

Hall, J., Hundley, V., Collins, B., & Ireland, J. (2018). Dignity and respect during pregnancy and childbirth: a survey of the experience of disabled women. *BMC pregnancy and childbirth*, 18, 1-13.

Hasson-Ohayon, I., Hason-Shaked, M., Silberg, T., Shpigelman, C. N., & Roe, D. (2018). Attitudes towards motherhood of women with physical versus psychiatric disabilities. *Disability and Health Journal*, 11(4), 612-617.

Haugaard, A., Tvedte, S. L., Severinsen, M. S., & Henriksen, L. (2020). Norwegian multicultural doulas' experiences of supporting newly-arrived migrant women during pregnancy and childbirth: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 26, 100540.

Havrilla, E. (2017). Defining Vulnerability. *Madridge Journal of Nursing*, 2(1), 63-68.

Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J., & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC pregnancy and childbirth*, 17, 1-14.

Kapan, B. K., & Boyacıoğlu, N. E. (2019). Engelli gebelerin karşılaştıkları zorluklar ve ebelik yaklaşımı. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 64-71.

Karakaya, E., Coşkun, A. M., Özerdoğan, N., & Yakit, E. (2017). Suriyeli mülteci kadınların doğurganlık özellikleri ve etkileyen faktörler: Kalitatif bir çalışma. *J. Int. Soc. Res*, 10, 417-428.

Kaya, A. E., Başbuğ, A., Sönmez, C. I., Barut, C., Şengün, Y., & Çağlar, M. (2017). Geç adölesan gebelikler, maternal ve fetal sonuçlar. *Fam Pract Palliat Care*, 2(3), 22-7.

Kaya, N. (2021). Analysis of HIV/AIDS reports in Turkey from disaster management perspective. *Journal of International Health Sciences and Management*, 7(14), 46-52.

Khosla, R., Zampas, C., Vogel, J. P., Bohren, M. A., Roseman, M., & Erdman, J. N. (2016). International human rights and the mistreatment of women during childbirth. *Health and human rights*, 18(2), 131.

Kiyak, H., Gezer, S., Ozdemir, C., Gunkaya, S., Karacan, T., & Gedikbasi, A. (2020). Comparison of delivery characteristics and early obstetric outcomes between Turkish women and Syrian refugee pregnancies. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 23(1), 12-17.

Kulu, H., Hannemann, T., Pailhé, A., Neels, K., Krapf, S., González-Ferrer, A., & Andersson, G. (2017).

- Fertility by birth order among the descendants of immigrants in selected European countries. *Population and Development Review*, 31-60.
- Kurtuldu, K., & Şahin, E. (2018). Göçün kadın yaşamı ve sağlığı üzerine etkileri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 1(1), 37-46.
- Laureij, L. T., Van Der Hulst, M., Lagendijk, J., Been, J. V., Ernst-Smelt, H. E., Franx, A., & Lugtenberg, M. (2021). Insight into the process of postpartum care utilisation and in-home support among vulnerable women in the Netherlands: an in-depth qualitative exploration. *BMJ open*, 11(9), e046696.
- Lee, R. (2018). Breastfeeding and sexual difference: Queering Irigaray. *Feminist Theory*, 19(1), 77-94.
- Martos, A. J., Fingerhut, A., Wilson, P. A., & Meyer, I. H. (2019). Utilization of LGBT-Specific clinics and providers across three cohorts of lesbian, gay, and bisexual people in the United States. *SSM-Population Health*, 9, 100505.
- McAuliffe, M., & Khadria, B. (2020). Report overview: Providing perspective on migration and mobility in increasingly uncertain times. *World migration report*, 2020(1), e00011.
- McLeish, J., & Redshaw, M. (2019). Maternity experiences of mothers with multiple disadvantages in England: a qualitative study. *Women and Birth*, 32(2), 178-184.
- Mitra, M., Clements, K. M., Zhang, J., Iezzoni, L. I., Smeltzer, S. C., & Long-Bellil, L. M. (2015). Maternal characteristics, pregnancy complications, and adverse birth outcomes among women with disabilities. *Medical care*, 53(12), 1027-1032.
- Montgomery, K. S. (2003). Childbirth education for the HIV-positive woman. *The Journal of Perinatal Education*, 12(4), 16-26.
- Ozel, S., Yaman, S., Kansu-Celik, H., Hancerliogullari, N., Balci, N., & Engin-Ustun, Y. (2018). Obstetric outcomes among Syrian refugees: a comparative study at a tertiary care maternity hospital in Turkey. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 40, 673-679.
- Özcan, Ş., & Kırca, N. (2021). Primipar adölesan annelerin bebeğini algılaması yetişkin annelerden farklı mıdır? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(2), 278-285.
- Öztabak, M. Ü. (2017). Engelli bireylerin yaşamdan beklentilerinin incelenmesi. *FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, (9), 355-375.
- Öztürk, A. (2017). Göçlerin kadın sağlığına etkileri. *Türkiye Klinikleri Public Health-Special Topic*, 3, 41-48.
- Powell, R. M., Mitra, M., Smeltzer, S. C., Long-Bellil, L. M., Smith, L. D., Rosenthal, E., & Iezzoni, L. I. (2018). Breastfeeding among women with physical disabilities in the United States. *Journal of Human Lactation*, 34(2), 253-261.
- Redshaw, M., Malouf, R., Gao, H., & Gray, R. (2013). Women with disability: the experience of maternity care during pregnancy, labour and birth and the postnatal period. *BMC pregnancy and childbirth*, 13, 1-14.
- Rubenstein, E., Ehrenthal, D. B., Mallinson, D. C., Bishop, L., Kuo, H. H., & Durkin, M. (2020). Pregnancy complications and maternal birth outcomes in women with intellectual and developmental disabilities in Wisconsin Medicaid. *PloS one*, 15(10), e0241298.
- Sangsawang, B., Wacharasin, C., & Sangsawang, N. (2019). Interventions for the prevention of postpartum depression in adolescent mothers: a systematic review. *Archives of women's mental health*, 22, 215-228.
- Smeltzer, S. C. (2007). Pregnancy in women with physical disabilities. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(1), 88-96.
- Söğüt, K., & Bilge, Ç. (2021). Mülteci Kadınlar için Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi: Hemşirelik Yaklaşımı. *Journal of Human and Social Sciences*, 4(1), 192-206.
- Süt, H. K. (2017). Suriye'den göç eden kadınlar ve üreme sağlığı sorunları. *Sağlık ve Toplum*, 27(1), 3-7.

- Şolt, A., & Yazıcı, S. (2015). Adölesan Gebelikler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(2), 241-249.
- Tarasoff, L. A., Ravindran, S., Malik, H., Salaeva, D., & Brown, H. K. (2020). Maternal disability and risk for pregnancy, delivery, and postpartum complications: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(1), 27-e1.
- Trafford, Z., Gomba, Y., Colvin, C. J., Iyun, V. O., Phillips, T. K., Brittain, K., & Zerbe, A. (2018). Experiences of HIV-positive postpartum women and health workers involved with community-based antiretroviral therapy adherence clubs in Cape Town, South Africa. *BMC Public Health*, 18, 1-13.
- Wilson, E., Perrin, M. T., Fogleman, A., & Chetwynd, E. (2015). The intricacies of induced lactation for same-sex mothers of an adopted child. *Journal of Human Lactation*, 31(1), 64-67.
- World Health Organization. (2018). Report on the health of refugees and migrants in the WHO European region: no public health without refugee and migrant health.
- Yağmur, Y., & AYTEKİN, S. (2018). Mülteci kadınların üreme sağlığı sorunları ve çözüm önerileri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(1), 56-60.
- Yalçın, S. S. (2011). HIV pozitif anne bebeğinin beslenmesi, 2010 Dünya Sağlık Örgütü önerileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 54(1), 51-4.
- Yurtçu, E., Mutlu, S., ÇİTİL, A., & TOKGÖZ, V. Y. (2020). Adölesan ve erişkin gebelikler arasındaki perinatal sonuçların karşılaştırılması: Retrospektif kohort çalışma. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 42(6), 603-608.