

T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**FARKLI İKİ KÜLTÜRDEKİ KADINLARIN DOĞUM ÖNCESİ VE  
SONRASI DÖNEMLERİNE İLİŞKİN GELENEKSEL İNANÇ VE  
UYGULAMALARININ İNCELENMESİ**

**Rüveyda KARAMAN**

**DOKTORA TEZİ**

**GAZİANTEP - 2024**

## **TEZ BİLDİRİMİ**

Bu tezdeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edildiğini ve tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

## **DECLARATION PAGE**

I hereby declare that all information in this document has been obtained and presented in accordance with academic rules and ethical conduct. I also declare that, as required by these rules and conduct, I have fully cited and referenced all material and results that are not original to this work.

Rüveyda KARAMAN

Tarih:

HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

FARKLI İKİ KÜLTÜRDEKİ KADINLARIN DOĞUM ÖNCESİ VE  
SONRASI DÖNEMLERİNE İLİŞKİN GELENEKSEL İNANÇ VE  
UYGULAMALARININ İNCELENMESİ

Rüveyda KARAMAN

DOKTORA TEZİ

Danışman  
Prof. Dr. Ümran SEVİL

ÖZET

Anne ve bebek sağlığını etkileyebilecek doğum öncesi ve sonrası geleneksel inanç ve uygulamaları anlamak sağlık uzmanları için kritik öneme sahiptir. Bu çalışma Yalçın ve Koçak (2012) tarafından geliştirilen Fonksiyonel Olmayan İnanç ve Uygulamalar Ölçeğinin Suriye kültürü ve diline uyarlamasının yapılması ve Türk ve Suriyeli kadınların doğum öncesi ve sonrası geleneksel inanç ve uygulamalarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışma metodolojik ve kesitsel araştırma tipinde olup Aralık 2022 – Aralık 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmada Türk örneklem grubu için Balıkesir ili Bandırma ilçesindeki bir aile sağlığı merkezinden; Suriyeli örneklem grubu için Kilis ilinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı Suriyeli göçmenlere hizmet eden 1. basamak bir sağlık merkezinden veri toplanmıştır. Çalışmaya 228 Suriyeli katılımcı ölçek geçerlik güvenirlik aşamasında, 92 Suriyeli ve 85 Türk katılımcı iki kültürün incelenmesi aşamasında olmak üzere toplamda 320 Suriyeli ve 85 Türk katılımcı dahil edilmiştir. Ölçeğin Suriye kültür ve Arapça dilinde geçerlik güvenirlik çalışmaları sonucunda 25 madde ve dört alt boyuttan oluşan, %53 toplam varyansa sahip bir ölçek elde edilmiştir. Araştırma bulguları farklı iki kültürün geleneksel inanç ve uygulamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu ortaya koymuştur. Türk kadınlar Suriyeli kadınlara oranla doğum öncesi ve sonrası dönemlerde daha az geleneksel yöntemlere başvurmaktadır. İki kültür arasındaki farklılıkları açıklayan demografik ve obstetrik faktörler yaş, eğitim seviyesi, çocuk sayısı, aile tipi ve gelir seviyesidir. Bu çalışma iki kültür arasındaki kültürel uygulamaların yalnızca ortak yönlerini değil, aynı zamanda ayırt edici unsurlarını da analiz eden karşılaştırmalı analizler içermektedir. Suriye bağlamına uyarlanan, fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalar ölçeğini kullanan bu çalışma, bu inançların kültürel uyarlamaları ve çağdaş ortamlardaki geçerliliği hakkında yeni bilgiler sunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Transkültürel Hemşirelik, Geleneksel Uygulamalar, Kültür, Gebelik, Suriye

**HASAN KALYONCU UNIVERSITY  
GRADUATE EDUCATION INSTITUTE  
DEPARTMENT of NURSING**

**INVESTIGATION OF TRADITIONAL BELIEFS AND PRACTICES  
RELATED TO PRENATAL AND POSTNATAL PERIODS AMONG  
WOMEN IN TWO DIFFERENT CULTURES**

**Rüveyda KARAMAN**

**PHD THESIS**

**Advisor  
Prof. Dr. Ümran Sevil**

**ABSTRACT**

Understanding prenatal and postnatal traditional beliefs and practices that may affect maternal and infant health is critical for healthcare professionals. This study was conducted by Yalçın and Koçak (2012) to adapt the Dysfunctional Beliefs and Practices Scale to Syrian culture and language and to examine the prenatal and postnatal traditional beliefs and practices of Turkish and Syrian women. The study is a methodological and cross-sectional research type and was conducted between December 2022 and December 2023. For the Turkish sample group, data were collected from a family health center in Bandırma district of Balıkesir province; for the Syrian sample group, data were collected from a primary health center serving Syrian immigrants affiliated to the Ministry of Health in Kilis province. A total of 320 Syrian and 85 Turkish participants were included in the study, including 228 Syrian participants in the validity and reliability phase of the scale, 92 Syrian and 85 Turkish participants in the two-culture analysis phase. As a result of the validity and reliability studies of the scale in Syrian culture and Arabic language, a scale consisting of 25 items and four sub-dimensions with a total variance of 53% was obtained. The findings of the study revealed a statistically significant difference between the traditional beliefs and practices of the two cultures. Syrian women use more traditional methods in prenatal and postnatal periods compared to Turkish women. The demographic and obstetric factors that explain the differences between the two cultures are age, education level, number of children, family type and income level. This study includes comparative analyses that analyze not only the commonalities but also the distinctive elements of cultural practices between the two cultures. Using a scale of dysfunctional beliefs and practices adapted to the Syrian context, this study provides new insights into the cultural adaptations of these beliefs and their validity in contemporary settings.

**Keywords:** Transcultural Nursing, Traditional Practices, Culture, Pregnancy, Syria.

## ÖNSÖZ

Doktora eğitimi sürecinde başarıyı destekleyen, yanımda olan veya uzakta olup da varlığımı hissettiren herkese teşekkürü borç bilirim.

Öncelikle doktora tezimin hazırlanmasında bana rehberlik eden, bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen, ne zaman desteğe ihtiyacım olsa vaktini ayıran ve öğrencisi olmaktan her daim gurur duyacağım Değerli Hocam Prof. Dr. Ümran Sevil'e danışmanlığı için çok teşekkür ediyorum. Tez izleme komitemde yer alarak tüm görüşmelerimizde pozitif enerjileri ve sonsuz destekleriyle yanımda olan Değerli Hocalarım Dr. Sezer Avcı ve Dr. Betül Kaplan'a şükranlarımı sunarım. Bilimsel yolculuğumda bana ışık tuttıkları, eleştirileri ve önerileriyle çalışmamın daha ileri seviyeye taşınmasını sağladıkları için minnettarım.

Bu tezin hazırlık sürecinde emeği geçen tüm arkadaşlarıma, özellikle verilerin toplanma aşamasında özveriyle bana vaktini ayırıp katılımcıları yönlendiren Değerli Meslektaşım Hemşire Arzu Eker'e, ölçek uyarlama aşamasında her danıştığımda özveriyle dinleyen ve destek olan Değerli meslektaşım Hemşire İbrahim Akif'e çok teşekkür ediyorum. Destekleri ve varlıkları bu süreci daha verimli kılmıştır.

Aynı zamanda, bu uzun ve zorlu akademik maraton boyunca bana her türlü desteği sağlayan, dualarıyla ve güzel dilekleriyle varlığını hissettiren ve sonsuz sabır gösteren aileme en içten teşekkürlerimi ifade etmek istiyorum. Beni her ders çalışırken gördüğünde "şimdi sen okulu bitirince ne olacaksın?" diye soran, birkaç yıl önce kaybettiğimiz fakat sevgisini şefkatini hissetmeye devam ettiğim Sevgili Dedeciğime çok teşekkür ediyorum. Her zaman arkamda durdukları ve beni motive ettikleri için çok şanslıyım.

Üniversite yıllarında tanıştığımız günden itibaren hep yanımda olan; sevgisiyle, özverisiyle her zaman desteğini gösteren Sevgili Eşim Mehmet Akif Karaman'a beraber çıktığımız bu yolculukta her koşul ve şartta sonsuz sabır gösterdiği ve beni cesaretlendirdiği için teşekkür ederim. Belki de bu zorlu ve uzun süreçte en büyük görevi üstlendiği için minnettarım. Tabiki Sevgili Oğullarım Haluk ve Ozan'a hayatımda oldukları, her günüme ayrı bir anlam kattıkları ve bana karşılıksız sevgiyi öğrettikleri için ayrıca teşekkür ediyorum.

Son olarak; bu sürecin sonuna değil de başlangıcına, eğitim hayatımın en başına baktığımda, diğer tüm çocuklarında olduğu gibi benim eğitim hayatım için de emek veren, çaba harcayan, bu güzel günlere ulaşmamda en büyük özveriyi tüm kalbiyle sunan Canım Anneciğim Ayşe Türkmen'e.. Tezimi sana ve senin gibi eğitime, sevgiye, gelişime önem veren tüm kadınlara ithaf ediyorum.

Bu çalışmanın her aşamasında yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen tüm dostlarım ve meslektaşlarımı saygıyla anıyorum. Hepinizin desteği, bu çalışmanın tamamlanmasında büyük bir rol oynamıştır.

Rüveyda KARAMAN  
Gaziantep - 2024

# İÇİNDEKİLER

<b>HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI .....</b>	<b>iv</b>
<b>ÖNSÖZ .....</b>	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>vii</b>
<b>ÇİZELGELER LİSTESİ .....</b>	<b>x</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ .....</b>	<b>xi</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR.....</b>	<b>xii</b>
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı .....	1
1.2. Çalışmanın Amacı .....	1
1.3. Çalışmanın Önemi .....	2
1.4. Özgün Değer ve Katkı .....	2
<b>2. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>3</b>
2.1. Kültür, Kültürlerarası Farklılıklar ve Sağlık Hizmetlerindeki Etkisi .....	3
2.1.1. Kültürün tanımı .....	3
2.1.2. Kültürel farklılıkların tanımı ve sınıflandırılması .....	4
2.1.3. Kültürlerarası farklılıkların sağlık hizmetlerindeki rolü ve etkisi .....	6
2.2. Küreselleşme, Göç ve Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri .....	7
2.2.1. Küreselleşme ve göçün tanımı ve tarihsel gelişimi .....	7
2.2.2. Küreselleşme, göç ve kadın sağlığına etkileri .....	9
2.2.3. Geleneksel İnanç ve Uygulamaların Kökeni ve Evrimi .....	10
2.2.4. Gebelik, doğum ve lohusalık sürecinde geleneksel inanç ve uygulamalar .....	12
2.2.5. Sağlık hizmetlerinde geleneksel inanç ve uygulamaların rolü .....	13
2.3. Çeşitli Kültürlerde Kadın ve Doğurganlık.....	14
2.3.1. Türk kültüründe kadın ve doğurganlık .....	16
2.3.2. Suriye kültüründe kadın ve doğurganlık .....	18
2.4. Fonksiyonel Olmayan İnanç ve Uygulamalar .....	20
2.4.1. Gebelik öncesi fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalar .....	20
2.4.2. Gebelik dönemi fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalar .....	23
2.4.3. Doğuma yönelik fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalar .....	25
2.4.4. Doğum sonrası fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalar.....	26
2.5. Transkültürel Hemşirelik.....	32
2.5.1. Transkültürel hemşirelik tanımı ve tarihsel gelişimi .....	32
2.5.2. Transkültürel hemşireliğin kadın sağlığı ve geleneksel uygulamalar üzerindeki rolü.....	34
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>36</b>
3.1. Araştırma Soruları .....	36
3.2. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı .....	36

3.3. Araştırmanın Etik Yönü .....	36
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	37
3.5. Araştırma Planı .....	38
3.6. Tez Çalışması Takvimi.....	38
3.7. Tez İzleme Komitesi Toplantıları.....	39
3.8. Veri Toplama Araçları.....	39
3.8.1. Sosyo-demografik veri anketi.....	39
3.8.2. Fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalar ölçeği .....	40
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	41
<b>4. ARAŞTIRMA BULGULARI .....</b>	<b>42</b>
4.1. Ölçek Geçerlik Güvenirlik Çalışmaları .....	42
4.1.1. Ölçek dil ve geçerlik çalışmaları .....	42
4.1.2. Ölçek kapsam geçerlik çalışmaları .....	44
4.1.3. Ölçek yapı geçerlik çalışması .....	46
4.1.3.1. Doğrulayıcı faktör analizi .....	48
4.1.3.2. Paralel ve açımlayıcı faktör analizleri .....	49
4.2. Yordayıcı ve Gruplar Arası Karşılaştırma Analizleri.....	51
4.2.1. Gruplar arası analizler .....	58
4.2.2. Çoklu doğrusal regresyon analizi .....	60
<b>5. TARTIŞMA VE SONUÇ .....</b>	<b>63</b>
5.1. Fonksiyonel Olmayan İnanç ve Uygulamalar Ölçeği (FOİU) Suriye Arapçası Geçerlik Güvenirlik Bulgularının Tartışılması.....	63
5.1.1. Dil ve kapsam geçerlik güvenirlik bulgularının tartışılması .....	63
5.1.2. Yapı geçerlik güvenirlik bulgularının tartışılması.....	64
5.1.3. Doğrulayıcı faktör analiz bulgularının tartışılması.....	64
5.1.4. Paralel ve açımlayıcı faktör analiz bulgularının tartışılması .....	65
5.2 Farklı İki Kültüre Ait Bulguların Tartışılması.....	67
5.2.1. Katılımcıların demografik ve obstetrik bulgularının tartışılması .....	68
5.2.2. Katılımcıların doğum öncesi ve sonrası fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalarının tartışılması .....	71
5.2.3. Katılımcıların demografik bulgularının fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalarla olan ilişkisinin tartışılması.....	75
5.3 Sonuçlar .....	79
5.4 Öneriler.....	80
5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	81
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>82</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>95</b>
<b>EK-1 Etik Uygunluk Onayı .....</b>	<b>95</b>
<b>EK-2 Kilis İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni.....</b>	<b>96</b>
<b>EK-3 Bahkesir İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni .....</b>	<b>97</b>
<b>EK-4 Sosyo-demografik Veri Formu .....</b>	<b>98</b>

<b>EK-5 Türkçe Fonksiyonel Olmayan İnanç ve Uygulamalar Ölçeği (FOİUÖ) .....</b>	<b>100</b>
<b>EK-6 Ölçek Kullanım İzni .....</b>	<b>103</b>
<b>EK-7 Arapça Ölçek Formu (Uyarlanmış Form) .....</b>	<b>104</b>
<b>EK-8 Arapça Sosyo-demografik Veri Formu .....</b>	<b>106</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>108</b>



## ÇİZELGELER LİSTESİ

Çizelge 3.1. Tez Çalışma Takvimi.....	39
Çizelge 3.2. FOİUÖ Faktör Analizi ve Cronbach Alpha Güvenirlik Sonuçları.....	40
Çizelge 4.1. Kapsam geçerliğine yönelik uzman değerlendirmeleri ve maddelerin KGI değerleri.....	45
Çizelge 4.2. FOİUÖ açımlayıcı faktör analiz sonuçları.....	50
Çizelge 4.3. Araştırmaya katılan katılımcıların uyruk bazında demografik özelliklere göre dağılımları.....	51
Çizelge 4.4. Çoklu doğrusal bağımlılık testi değişkenlerin tolerans ve VIF değerleri.....	57
Çizelge 4.5. Mann-Whitney U-Testine Dair Bulgular .....	58
Çizelge 4.6. Katılımcıların uyruk bazında alt ölçek ortalama değerleri.....	59
Çizelge 4.7. Çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları.....	61

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1. Araştırma Akış Şeması .....	38
Şekil 4.1. Ölçek dil geçerliği aşamaları .....	42
Şekil 4.2. Değişkenlere ait çoklu doğrusal bağımlılık dağılımı .....	56
Şekil 4.3. Heteroskedisite dağılımı grafiği .....	56



## SİMGELER VE KISALTMALAR

### Kısaltmalar

<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>AFA</b>	Açımlayıcı Faktör Analizi
<b>AMOS</b>	Analysis of Moment Structures
<b>ANA</b>	American Nurses Association
<b>ANCOVA</b>	Analysis of Covariance
<b>ASM</b>	Aile Sağlığı Merkezi
<b>CFI</b>	Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
<b>DFA</b>	Doğrulayıcı Faktör Analizi
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>FOİU</b>	Fonksiyonel Olmayan İnanç ve Uygulamalar
<b>FOİUÖ</b>	Fonksiyonel Olmayan İnanç ve Uygulamalar Ölçeği
<b>HKÜ</b>	Hasan Kalyoncu Üniversitesi
<b>KGİ</b>	Kapsam Geçerlilik İndeksi
<b>KMO</b>	Kaiser-Meyer-Olkin
<b>MANOVA</b>	Multivariate Analysis of Variance
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Science
<b>TLI</b>	Tucker-Lewis İndeksi
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>UNICEF</b>	Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı

Doğum öncesi ve sonrası dönemler, kadınların hayatındaki önemli aşamalardır ve birçok kültürde belirli gelenekler, inançlar ve uygulamalar bu dönemleri şekillendirir (1). Bu uygulamalar, genellikle kuşaklar boyunca aktarılan bilgelik ve tecrübeleri temsil eder. Ancak, kültürler arası farklılıklar, sağlık hizmetleri tarafından kabul ve anlaşılmasında zorluklar doğurabilir (2,3).

Suriye ve Türkiye gibi farklı kültürel arka planlara sahip kadınların doğum öncesi ve sonrası deneyimleri, küreselleşme ve göçün etkisiyle değişiklik göstermektedir (4,5,6). Ancak, bu konuda yapılan mevcut araştırmalar, çoğunlukla belirli kültürler üzerine yoğunlaşmakta ve geniş çaplı bir karşılaştırma sağlamamaktadır (7).

Bu noktada, Suriyeli ve Türk kadınların doğum öncesi ve sonrası dönemlerine ilişkin geleneksel inanç ve uygulamalarının kapsamlı bir şekilde incelenmesi, kültürler arası farklılıkların ve benzerliklerin belirlenmesi açısından önemlidir. Ayrıca, bu tür bir çalışma, kültürel duyarlılık ve saygı gösteren daha etkili ve kapsayıcı bir sağlık hizmeti sunumuna yardımcı olabilir. Bu araştırma, bu alandaki bilgi boşluğunu doldurmayı ve hemşirelik, ebelik ve diğer sağlık hizmetleri meslekleri için bir kaynak sağlamayı hedeflemektedir.

## 1.2. Çalışmanın Amacı

Mevcut çalışmanın iki ana amacı bulunmaktadır. İlk amaç Yalçın ve Koçak (2012) tarafından geliştirilen Fonksiyonel Olmayan İnanç ve Uygulamalar Ölçeğinin (FOİÜÖ) Suriye kültürüne ve Suriye Arapçasına uyarlama yapmaktır (8). İkinci amaç, en az bir canlı doğum yapmış Suriyeli ve Türk kadınların gebelik ve doğum sonu döneme dair geleneksel inanç ve uygulamalarının incelenmesidir.

Çalışmada kadınlardan demografik bilgilerini içeren anket formunu ve “Fonksiyonel Olmayan İnanç ve Uygulamalar Ölçeğini” cevaplamaları istenmiş, Suriye Arapçasına uyarlanmış formun geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmış ve her iki kültürün farklılıkları değerlendirilmiştir.

Ortaya çıkan araştırma sonuçları ile FOİÜÖ puanlarının Suriye Arapçasına ve kültürüne uygunluğu analiz edilmiş, kültürlerarası farklılıklar ve benzerlikler, zararlı

veya zararlı olmayan uygulamaların değerlendirilmesi, sağlık uzmanlarını bu bilgilere ulaşmasının sağlanması ve sağlık bakım kalitesinin kültürel farklılıklar boyutunda artırılması amaçlanmıştır.

### **1.3. Çalışmanın Önemi**

Bu araştırma, farklı kültürlere sahip Suriyeli ve Türk kadınların doğum öncesi ve sonrası dönemlerindeki geleneksel inanç ve uygulamalarının incelenmesi üzerine odaklanmıştır. Kültürün gebelik, doğum ve lohusalık sürecindeki etkilerinin belirlenmesi, kadın sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (1,9).

### **1.4. Özgün Değer ve Katkı**

Bu araştırma, Türk ve Suriyeli kadınlar arasında doğum öncesi ve sonrası dönemlerdeki geleneksel inanç ve uygulamaların akademik olarak anlaşılmasına önemli bir katkı sunmaktadır. Bu tezin özgün değeri, bu iki grup arasındaki kültürel uygulamaların yalnızca ortak yönlerini değil, aynı zamanda ayırt edici unsurlarını da analiz eden karşılaştırmalı yaklaşımda yatmaktadır. Suriye bağlamına uyarlanan, fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalar ölçeğini kullanan bu çalışma, bu inançların kültürel uyarlamaları ve çağdaş ortamlardaki geçerliliği hakkında yeni bilgiler sunmaktadır. Ayrıca bu çalışma, geleneksel uygulamaların farklı kültürel ortamlarda kadınların sağlık kararlarını ve sonuçlarını nasıl etkilediğini göstererek kültüre duyarlı sağlık hizmeti söylemini geliştirmektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulguların, çok kültürlü ortamlarda anne ve bebek sağlığı hizmetlerinin kültürel nüanslarına daha uyumlu sağlık politikaları ve uygulamalarının geliştirilmesine katkıda bulunması beklenmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kültür, Kültürlerarası Farklılıklar ve Sağlık Hizmetlerindeki Etkisi

#### 2.1.1. Kültürün tanımı

Kültür terimi tarih boyunca toplumları şekillendiren bakış açılarının, değerlerin ve davranışların birleşimini somutlaştırarak önemli bir dönüşüm geçirmiştir. Kültür kelimesinin tarihsel yolculuğuna baktığımızda dil bilimciler bu sözcüğün Latince “edere- cultura” sözcüğünden geldiğini ileri sürmektedirler. Bir diğer anlamıyla “toprak kültürü” olan bu kelimenin temeli aslında çok zengin ve yönlü bir içeriğe sahip olan ve işlemek, inşa etmek, ekip biçmek gibi anlamları olan “colore” yani “kök” kelimesinden gelmektedir. Günümüzde kendiliğinden değil de insan müdahalesiyle yetiştirilen, kısaca tarım yöntemiyle elde edilen bitkilere “kültür bitkisi” tanımının Romalılardan, “culture” teriminden geldiği düşünülmektedir. Türkçede kültür sözcüğünün anlamı olarak öne sürülen “ekin” kelimesi de temelde “colere” fiilinden türemiştir. Genel olarak temelindeki “kök” anlamının kültür teriminin kullanım alanlarını ve anlamlarını etkilediğini söyleyebiliriz (10). İngilizcede “culture” olarak 15. yüzyılda yer bulan “kültür” terimi, çiftçilik ve bitkinin gelişimi gibi somut anlamları içeriyorken, 16. yüzyıldan itibaren insan gelişimini de içinde barındıran anlamına soyut bir geçiş yapmıştır (11).

İnsan üzerinde oluşturduğu anlamının kullanımı sonucunda kültür kelimesi “kök” anlamından uzaklaşıp insanın eğitilmesi, yetiştirilmesi manasına doğru ilerlemiş ve kültürlü insan tanımı için kullanılmaya başlanmıştır (12). Kültür terimi tarihsel süreci içerisinde tekil ve çoğul anlamlarının yanı sıra 19. yüzyıl itibariyle uygarlık anlamında da kullanılmaya başlanmıştır (13).

Kültür, çok yönlü ve geniş bir anlama sahip olmasından dolayı tam anlamıyla kapsamlı bir tanımlama yapılması zor bir terimdir. Antropologlar kültür hakkında tarih boyunca pek çok tanım öne sürmüşlerdir. Belki de bunlardan en ünlüsü Taylor’ın 1871’de yapmış olduğu tanımdır. Taylor’a göre kültür, bilgi, inanç, sanat, ahlak, hukuk, gelenek ve diğer yetenek ve alışkanlıkları içeren karmaşık bir bütündür ve insan tarafından toplumun bir üyesi olarak edinilir. Kültürün düşünselliğini vurgulayan antropologlara göre ise kültürler, insanoğlunun yaşama biçimlerinin altında yatan ve

ifade edilen ortak fikir sistemleri, kavram sistemleri, kült kuralları ve anlamları içermektedir (14).

Kültür, bir toplumun bireyleri arasında paylaşılan ve genellikle kuşaktan kuşağa aktarılan bilgi, inançlar, değerler, normlar, dil ve uygulamalar sistemini ifade eder (2). Bu kavramın özü, bireylerin yaşamlarını anlamlandırma ve yorumlama biçimlerini içerir. Kültür, bir bireyin dünya görüşünü ve yaşam biçimini belirler ve bu nedenle bir bireyin sağlık hizmetlerini algılama ve deneyimleme biçimini de etkilemektedir (3).

Her ne kadar kültür bir dereceye kadar sabit ve kalıcı olarak algılansa da aslında değişimi ve yeniden tanımlamaya tabi olan dinamik ve sürekli gelişen bir yapıya sahiptir (15). Bu, özellikle küreselleşme ve göç olgusunun hız kazandığı bugünkü dünyada daha da belirgindir (5). Küreselleşme, farklı kültürlerin birbirleriyle daha yoğun bir şekilde etkileşim kurmasına olanak sağlar ve bu etkileşim, kültürlerin birbirlerinden etkilenmesine ve dönüşmesine yol açar. Göç de benzer bir etkiye sahiptir; göçmenler genellikle yeni kültürlere ve normlara uyum sağlamaya çalışırken, aynı zamanda kendi kültürel değerlerini ve inançlarını da koruma eğilimindedirler. Bu nedenle, kültürlerarası etkileşim ve küresel dinamikler, kültürün karmaşık ve sürekli değişen doğasını daha da vurgulamaktadır.

Kültür genel itibari ile beş ana özelliğe sahiptir. İlk özellik kolektif programlamadır. Bu özelliğe göre kültür, bir grup veya kategorinin üyeleri arasında ortak olan değerleri, normları ve inançları içerir. İkincisi semboller, kahramanlar ve ritüellerdir. Kültür, ortak semboller, kahramanlar, anlatılar ve ritüeller aracılığıyla ifade edilir. Üçüncü özellik ise değerler ve normlardır. Kültür, bireylerin ve toplulukların değerlerini, etik normlarını ve beklentilerini şekillendirir. Dördüncü özellik inançlar ve dünya görüşüdür. Bu özellik insanların dünya hakkındaki inançlarını, algılarını ve dünya görüşlerini etkiler. Son olarak, kültür davranış ve eylemleri de içeren bir unsurdur. Kültür, bireylerin davranışlarını, iletişim tarzlarını ve eylemlerini etkileyen bir çerçeve sağlar (16).

### **2.1.2. Kültürel farklılıkların tanımı ve sınıflandırılması**

Kültürel farklılıklar, bir toplumdan diğerine değişen ve bireylerin düşünme, hissetme ve davranışlarına yön veren değerler, inançlar, tutumlar ve uygulamaları ifade

eder (17). Bu farklılıklar, toplumların tarihlerinden, dillerinden, dini inançlarından ve sosyal yapılarından kök alır ve genellikle kuşaktan kuşağa aktarılır.

Küreselleşmenin ve birbirine bağlılığın damgasını vurduğu bir çağda, kültürel farklılıkları anlamak ve sınıflandırmak her zamankinden daha zorunlu bir hale gelmiştir. Kültürel farklılıkları sınıflandırmanın temel yollarından biri Greet Hofstede' nin Kültürel Boyutlar Teorisidir. Bu teori kültürün 6 boyutunu tanımlar. Bunlar: güç mesafesi, bireycilik ve kolektivizm, erkeklik ve kadınlık, belirsizlikten kaçınma, uzun vadeli yönelim- kısa vadeli normatif yönelim, hoşgörü ve kısıtlama olarak tanımlanmaktadır. Bu teori ulusal kültürleri bu boyutlara dayalı olarak karşılaştırmak için bir temel sağlar (18).

Güç mesafesi, bir toplumun güç dağılımına yönelik inançlarına atıfta bulunur. Yüksek güç mesafeli kültürler, güç dağılımının eşitsiz olduğunu kabul ederken, düşük güç mesafeli kültürler daha eşitlikçi bir güç dağılımını savunur (18).

Bireycilik ve kolektivizm boyutu, bir toplumun bireyler arası ilişkilere yönelik inançlarını ifade eder. Bireycilik, bireylerin kendi çıkarlarına odaklandığı toplumları tanımlar, kolektivizm ise grup çıkarlarının bireysel çıkarların üzerinde olduğu toplumları tanımlar (18).

Erkeklik-dişilik boyutu, bir toplumun cinsiyet rollerine yönelik inançlarını ifade eder. Erkeksi kültürler, rekabetçi, başarı odaklı ve sert cinsiyet rollerini savunurken, dişil kültürler, iş birliği, duygusal anlayış ve daha esnek cinsiyet rollerini savunur (18).

Belirsizliğe tahammülsüzlük-belirsizliğe tahammüllülük boyutu, bir toplumun belirsizlik ve risklere yönelik tutumunu ifade eder. Belirsizliğe tahammülsüz kültürler, belirsizlik ve riskten kaçınırken, belirsizliğe tahammüllü kültürler belirsizliği ve riski kabul eder (18).

Uzun vade-kısa vade yönelimi boyutu, bir toplumun zaman perspektifine yönelik tutumlarını belirtir. Uzun vadeli yönelime sahip kültürler, sabır ve azim göstermeyi, geçmişi saygıyla anmayı ve gelecek nesiller için planlamayı önemser. Kısa vadeli yönelime sahip kültürler ise genellikle hemen sonuç almayı, hızlı değişimleri ve şimdiki zamanın keyfini çıkarmayı önemser (18).

Bunun yanında bazı araştırmacılara göre, kültürel farklılıklar sadece bu boyutlarla sınırlı değildir. Statü ve hiyerarşi, sosyal normlar ve kurallar, grup dinamikleri, dil ve iletişim tarzları gibi diğer faktörler de kültürel farklılıkları belirlemede önemli bir rol oynamaktadırlar (19).

Bunun yanı sıra, Triandis (1994) de kişilik ve davranışın kültürel farklılıklarla nasıl şekillendiğine dair kapsamlı bir çalışma sunmuştur. Triandis'e göre, kültürler, bireylerin düşünme, hissetme ve davranış biçimlerini belirlerken, bireyler de kendi kültürlerini etkileyebilir ve değiştirebilirler. Bu, kültürlerin statik olmadığı, ancak sürekli evrim geçirdiği anlamına gelmektedir (20).

Ulusal kültürlerin yanı sıra toplumdaki alt kültürlerin sınıflandırılması da önem kazanmıştır. Etnik, dini, mesleki alt kültürlerle odaklanan araştırmacılar, daha geniş kültürel çerçevedeki karmaşıklığı ve çeşitliliği ortaya koymaktadırlar (21). Dahası dijital teknolojinin gelişimi ve hızla ilerlemesi Siber kültürün ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bunun yanında Dil, kültürel farklılıkların sınıflandırılmasındaki önemini korumaktadır. Dil, kültürel kimliği ve dünya görüşünü şekillendiren ve yansıtan önemli bir faktördür (22).

Kültürel sınıflandırma aynı zamanda beden dili de dahil olmak üzere sözsüz iletişimi de kapsar. Jestler ve yüz ifadeleri gibi sözel olmayan ipuçlarındaki farklılıkları ortaya koyar. Sonuç olarak kültürel farklılıkların sınıflandırılması çok çeşitli boyutları kapsar. Her kültürün, kendi değerlerini, inançlarını, normlarını ve uygulamalarını yansıtan eşsiz bir yapısı vardır ve bu çeşitlilik, dünyamızın zenginliği ve karmaşıklığının bir yansımasıdır (22).

### **2.1.3. Kültürlerarası farklılıkların sağlık hizmetlerindeki rolü ve etkisi**

Kültür, toplum üyelerinin düşüncelerini, hislerini ve davranışlarını etkileyen öğretilmiş ve paylaşılan bir sistemdir. Bu nedenle kültür, bir bireyin sağlık anlayışını ve sağlık hizmetleriyle olan etkileşimini derinden etkilemektedir. Küreselleşme ve göç arttıkça sağlık hizmetlerindeki kültürel çeşitliliğin etkilerini daha belirgin bir şekilde görmekteyiz. Bu, adil ve yetkin bir bakımın sağlanması için sağlık hizmetlerinde kültürlerarası farklılıkların rolünün ve etkisinin derinlemesine anlaşılmasını gerektirir (23).

Her kültür, bireyin sağlıkla ilgili davranışlarını ve inançlarını şekillendiren kendi sağlık anlayışını, inançlarını ve uygulamalarını belirler (2). Sağlık hizmetleri sunumunda, bu kültürel farklılıkların anlaşılması ve kabul edilmesi, hastaların ihtiyaçlarına ve tercihlerine uygun bakımın sağlanması için hayati önem taşır. Ayrıca, kültürel duyarlılık, hasta-hemşire ilişkisini güçlendirir ve hastaların bakım hizmetlerinden memnuniyetini artırır (3).

Sağlık hizmetlerinde kültürel duyarlılığın önemi, küreselleşme ve göç olgusu ile daha da vurgulanmıştır. Küreselleşme ve göç, farklı kültürel arka planlara sahip bireylerin etkileşimini artırmış ve böylece sağlık hizmetlerinin bu farklılıkları anlama ve kabul etme ihtiyacını daha da belirginleştirmiştir (5).

Hemşirelikte kültürel yetkinliğin, özellikle de farklı kültürel kökenden gelen hastaların farklı ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması zorunludur (24). Betancourt ve arkadaşları (2003), kültürel yetkinliği tanımlayan ve sağlık ve sağlık hizmetlerindeki ırksal/etnik ayrımcılığı ele alan pratik bir çerçeve sunmuşlardır. Bu çerçeve, sağlık profesyonellerinin çeşitli kültürlerden gelen hastalara daha etkili ve adil hizmet sunabilmeleri için kültürel yetkinliğin esas alınmasını vurgulamaktadır (25).

Türkiye'deki sağlık çalışanlarının kültürlerarası yeterliliklerini ölçmek için yapılan bir saha çalışmasının bulguları, kültürel açıdan farklı nüfuslara sağlık hizmeti sunumunun artırılmasında kültürel farkındalık ve duyarlılığın kritik rolünün altını çizmektedir. Araştırma, sağlık çalışanlarının kültürel yetkinliği ile sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi arasında doğrudan bir ilişki olduğunu kanıtlamaktadır (26).

Doğum öncesi ve sonrası süreçler, kültürel inanç ve uygulamaların özellikle belirgin olduğu dönemlerdir. Farklı kültürler, gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerini farklı şekillerde anlar ve kutlar. Bu süreçler boyunca bireylerin yaşadıkları deneyimler ve duygusal halleri, kendi kültürel inançları ve uygulamaları tarafından derinden etkilenebilir. Bu nedenle, kültürlerarası farklılıkların anlaşılması ve kabul edilmesi, bu dönemlerde kadınlara etkili ve kapsayıcı bir bakım sunmak için kritik öneme sahiptir (9).

Sağlık hizmetlerinde kültürün rolünün anlaşılması ve kabul edilmesi önemlidir. Çünkü bu durum, sağlık hizmetlerinin bireylerin ihtiyaçlarına ve tercihlerine daha iyi hizmet etmesine yardımcı olabilir. Özellikle, kültürel duyarlılık, hasta-hemşire ilişkisini güçlendirir ve hastaların bakım hizmetlerinden memnuniyetini artırır (3). Bu nedenle, sağlık hizmetleri sunumunda kültürel farklılıkların anlaşılması ve kabul edilmesi, hemşirelik pratiği için temel bir gerekliliktir (2).

## **2.2. Küreselleşme, Göç ve Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri**

### **2.2.1. Küreselleşme ve göçün tanımı ve tarihsel gelişimi**

Küreselleşme, günümüzde en çok ekonomik bir kavram olarak görülse de hemen hemen her alanda kullanılan; ekonomik, politik, kültürel ve ekolojik boyutları kapsayan

çok yönlü ve karmaşık bir sürece sahiptir. Küreselleşme malların, hizmetlerin, insanların ve bilginin artan hareketliliği sonucunda sınırlar ötesine geçmesi; buna bağlı olarak yerel ve küresel yapıların entegrasyonu ve birbirine bağımlı hale gelmesi olarak tanımlanmaktadır. Dünyanın değişim sürecini kavramsal olarak açıklamaya çalışan küreselleşme, bir yandan kültürel çeşitliliği artırırken diğer yandan da kültürlerin birbirine benzemesine yol açmaktadır (27).

Küreselleşmenin ortaya çıkışındaki temel gerekçe ekonomidir. Buna göre 15. ve 16. yüzyıllardaki coğrafi keşifler ve kolonizasyon süreçleri, uluslararası ticaret yollarının oluşmasına ve böylece küreselleşme sürecinin başlamasına sebep olmuştur. Endüstri devriminde imparatorlukların geniş topraklara yayılma ve sömürge arayışı küreselleşmenin gelişimini sağlamıştır (28). Küreselleşmenin önündeki engeller temel olarak teknolojinin gelişimi sayesinde aşılmış; denizcilik ve tren yollarının gelişimi ve telgrafın icadı ile başlayan gelişim süreci günümüz internet ve iletişim olanağı ile hız kazanmış; bilgi ve sermayenin sınırlar ötesi akışını kolaylaştırarak küreselleşmeyi daha da derinleştirmiştir. Küreselleşme, ekonomik büyüme ve bilgi akışını artırması gibi pozitif etkilerinin yanında; küresel eşitsizlikler, çevresel sorunlar ve uluslararası çatışmalar gibi olumsuz sonuçlar da doğurmuştur (29).

Göç, tarih boyunca var olan ve insanoğlunun temel ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlayan, çeşitli faktörlere bağlı olarak şekillenen bir olgudur. Bu sosyal fenomen, zaman içerisindeki ekonomik, sosyal ve kültürel değişimlerle yeni boyutlar kazanmakta ve insanlar veya gruplar arasında mekânsal değişikliklere yol açmaktadır. Göç, esasen bir yer değiştirme eylemi olmakla birlikte, bireylerin ve toplumların yeni sosyal, ekonomik ve politik süreçlere dâhil olmasını sağlayan dinamik bir süreci tetikler (30). Göç kavramı, ekonomik, politik, sosyal ve çevresel faktörlerin etkisiyle insanların sınırlar arası hareketi olarak tanımlanmaktadır ve küresel değişimin asli bir parçası olarak görülmektedir (31).

Küreselleşme, kültürel çeşitliliği ve kimlikleri etkileyerek, toplumların birbirine daha da yaklaşmasına neden olmaktadır. Göç ise, bu küresel süreçlerin hem bir sonucu hem de bir tetikleyicisi olarak, toplumlar arasındaki etkileşimi ve çeşitliliği arttırmaktadır. Göç, küreselleşmenin getirdiği fırsatlar ve zorluklar nedeniyle, bireylerin ve toplulukların yaşamlarında önemli değişikliklere yol açabilir. Böylece küreselleşme ve göç, birbirini şekillendiren ve tamamlayan süreçler olarak ortaya çıkmaktadır (32,33).

### 2.2.2. Küreselleşme, göç ve kadın sağlığına etkileri

Küreselleşme ve göç, toplumların şekillenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu olgular kaçınılmaz olarak sağlık sistemlerini ve bireysel sağlık deneyimlerini etkilemektedir özellikle toplumların omurgasını oluşturan kadınlar küreselleşme ve göçün etkisiyle benzersiz sağlık sorunları yaşamaktadır. Şener ve Başer'e (2019) göre küreselleşmenin yoksulluk üzerinde belirgin etkileri vardır ve kadınların sağlığı ekonomik eşitsizliklerden benzersiz bir şekilde etkilenmektedir. Yoksulluk, kadınların sağlıklı beslenme, temiz su ve sağlık hizmetlerine erişimlerini sınırlayabilir ve böylece genel sağlık durumlarını zayıflatabilir (34). Ekonomik kaynak eksikliği ve eşitsizlikleri sağlık hizmetlerine, ilaçlara ve diğer temel ihtiyaçlara erişimi kısıtlayabilir böylece kadınların sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık sonuçlarını olumsuz yönde etkileyebilir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sonucu bakım hizmetlerinin maliyetinde ortaya çıkan artış, özellikle düşük ve orta gelirli kadınlar için sağlık hizmetine erişimi zorlaştırabilir (5). Bu sebeplerden dolayı Harcourt'a (2001) göre, küresel sağlık politikaları tartışılırken bu ekonomik dinamiklerin göz önünde bulundurulması çok önemlidir (35).

Göç, bireylerin ve toplulukların yaşadığı sosyo-ekonomik, çevresel ve psikolojik değişiklikler nedeniyle sağlık üzerinde önemli etkiler yapabilmektedir. Kadınlar bu durumdan özellikle etkilenebilir. Çünkü göçle birlikte karşılaşılan yeni koşullar (örneğin, dil engelleri, farklı sağlık hizmeti sistemleri, farklı kültürel pratikler, vb.) onların sağlık hizmetlerine erişimini ve genel sağlık durumlarını etkileyebilir. Göçmen kadınlar, karşılaştıkları zorluklar ve stres faktörleri nedeniyle, ayrıca baskı, ayrımcılık ve yabancı düşmanlığı gibi olumsuz sosyal faktörlerden dolayı çeşitli sağlık sorunlarıyla karşılaşabilirler (36).

Özellikle gebelik ve doğum dönemlerinde, kadınların daha fazla ve özel türde sağlık hizmetlerine ihtiyacı vardır ve bu süreçte dil engelleri, kültürel farklılıklar ve bilgi eksikliği gibi faktörler erişimi daha da zorlaştırabilir. Ayrıca, kadınların üreme sağlığı, menopoz ve yaşlılık dönemlerinde de benzersiz ve özel sağlık ihtiyaçları vardır. Bu ihtiyaçlar da yeni ve yabancı bir ülkede yaşarken daha da karmaşıklaşabilir (37).

Göç, getirdiği sosyo-ekonomik ve psikolojik yüklerle birlikte kadınların ruh sağlığını da derinden etkilemektedir. Kendi kültüründen uzaklaşma ve bilinmezliğin getirdiği zorluklar potansiyel olarak zihinsel refahı zorlayabilir. Ayrıca kadınlar göç sonucu dil, yeni sisteme aşına olmama gibi engeller ve bazen de yasal kısıtlamalar

nedeniyle yeterli sağlık hizmetlerine erişimde sıklıkla zorluklarla karşılaşmaktadırlar (38).

Küreselleşme ve göçün kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini ortadan kaldırmak, sağlık hizmeti sunumunda incelikli bir yaklaşımı gerektirmektedir. Hemşirelerin ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının, bu olgunun kadınlar üzerindeki sosyokültürel, ekonomik ve psikolojik etkilerinin farkında olmaları ve ardından sağlık hizmetlerini kapsayıcı bir anlayışla bu ihtiyaçlara uygun olacak şekilde uyarlamaları gerekmektedir (38).

### **2.2.3. Geleneksel İnanç ve Uygulamaların Kökeni ve Evrimi**

Geleneksel inançlar ve uygulamalar, insanların doğayı, yaşamı ve ölümü anlama ve bu konularda kontrol sağlama yolunda geliştirdikleri zengin ve çeşitli bir mirası temsil eder. Bu inançlar, kültürel çeşitliliğin ve insanın evrensel ihtiyaçlarının bir yansımasıdır ve günümüzde hala birçok toplum için önemini korumaktadır (39). İnsanlık tarihine binlerce yıl önce uzanan derin bir kökene sahip olan bu inanç ve uygulamalar zaman içinde karmaşık bir evrim geçirmişlerdir (1).

Edgerton'a (2000) göre geleneksel inanç ve uygulamaların kökleri oluştukları toplumların kültürel, tarihi ve çevresel bağlamında derinden gömülmüdüdür. Bu inançlar ve uygulamalar kültürlerin adaptasyonunu ve dayanıklılığını yansıtacak şekilde değişen koşullara yanıt olarak zaman içinde gelişmiştir. Bunların bazılarının belirli sağlık ve sosyal ihtiyaçları karşılamada etkili olduğu kanıtlanmış olmasına rağmen; birçoğu ya etkisiz ya da zararlı etkiler ortaya çıkarmaktadır (40). Geleneksel inanç ve uygulamaların kökenleri, antik dönemlere kadar uzanmaktadır. İnsanlar, doğa olayları, hastalıklar, doğumlar ve ölümler gibi yaşamın önemli yönlerini açıklamak ve kontrol etmek amacıyla geleneksel inanç sistemlerini geliştirmişlerdir. Bu inançlar; çoğu zaman doğal olayları, tanrıları, ruhları ve doğaüstü varlıkları içerir.

Geleneksel inanç ve uygulamaların evrimi, küreselleşme, kültürel etkileşimler ve toplumsal değerlerdeki değişimler gibi çeşitli faktörlerden etkilenen dinamik bir süreç olarak görülebilir. Bu uygulamaların bazı yönleri uyarlanabilirliğini ve geçerliliğini göstererek varlığını sürdürürken, diğerleri değiştirilmiş veya terk edilmiştir (40).

İnanç ve uygulamalar yüzyıllar boyunca, zamana karşı dayanma ve uyum sağlama özelliklerini kanıtlamıştır. Değişen toplumsal ihtiyaçlara ve dış etkilere yanıt olarak gelişmişlerdir. Bu evrimsel süreç, bir kültüre ait uygulamaların diğer kültürlerle

birleşebildiği veya etkileyebildiği dinamik bir kültürel alışverişe benzer. Kùltürler yeni zorluklarla karşılaştıkça, geleneksel uygulamalar genellikle bu zorluklara etkili bir şekilde yanıt verecek şekilde uyarlanır. Bu evrim statik değildir ve sürekli olarak kültürel etkileşimler ve toplumsal değerlerdeki değişimler tarafından şekillenmektedir (41).

Artan kültürel değişim ve teknolojik ilerlemelerle birlikte küreselleşme, geleneksel inanç ve uygulamaların gelişiminde önemli bir rol oynamıştır. Wamala ve Kawachi (2007), küreselleşmenin geleneksel sağlık uygulamalarına nasıl meydan okuduğunu ve onları nasıl zenginleştirdiğini tartışmaktadır. Teknoloji, alternatif tıp yaklaşımlarını tanıtırken, geleneksel şifa yöntemlerine olan ilginin de yenilenmesini sağlamıştır. Bazı durumlarda geleneksel uygulamalar sağlık ve refaha yönelik bütünsel yaklaşımları nedeniyle küresel çapta tanınmaktadır. Bazı uygulamalar, onları uygulayan toplulukların ihtiyaçlarını karşılamaya devam ettikleri için varlığını sürdürmüştür. Diğerleri ise değişen koşullara tepki olarak ya değiştirilmiş veya terk edilmiştir (41).

Geleneksel sağlık inanç ve uygulamaları, tarihsel bir perspektiften değerlendirildiğinde insanlık tarihinin derinliklerine uzanır ve toplulukların sağlık ve iyilik hali konusundaki bilgilerini, tecrübelerini ve değerlerini yansıtır. Bu inançlar, hastalıkları tedavi etmek, sağlığı korumak ve ruhsal iyilik halini teşvik etmek amacıyla nesilden nesile aktarılır. Geleneksel sağlık uygulamaları, topluluklar için sadece fiziksel sağlığı değil, aynı zamanda kültürel kimliği ve toplumsal bağları da yansıtır (42).

Geleneksel sağlık inançları ve uygulamaları, eski medeniyetlerden günümüze kadar uzanan bir geçmişe sahiptir. Örneğin, Antik Mısır ve Mezopotamya medeniyetlerinde, tıbbi bilgi tapınaklarda saklanmakta ve rahipler tarafından yönlendirilmekteydi. Benzer şekilde, antik Çin'de, geleneksel Çin tıbbı yüzyıllar boyunca evrilmiş ve Çin kültürünün önemli bir parçası haline gelmiştir (43).

Ortaçağ Avrupası'nda, kiliseler ve manastırlar sağlıkla yakından ilgilenirdi. Bu dönemde, geleneksel inançlar Hristiyanlıkla birleşti ve manastırlar sağlık hizmetleri sunmakla kalmayıp aynı zamanda tıbbi bilgileri koruyup geliştirdi. Bu dönemde, hastalıkların bir ceza olarak görülmesi yaygındı ve bu inanç hastalıkların tedavisinde dini ritüellerin kullanılmasına yol açtı. Ortaçağ İslam dünyasında, İslam tıbbı büyük bir gelişim yaşamış ve bu dönemde önemli tıbbi eserler yazılmıştır. Örneğin, İbn Sina (Avicenna), "El-Kanun fi't-Tıbb" (Tıp Kanunu) adlı eseriyle tanınır ve bu eser Ortaçağ boyunca tıbbi bir otorite olarak kabul edildi. İslam tıbbı, Yunan, Hint ve Pers tıp

geleneğinden etkilendi ve bu çeşitlilik İslam dünyasının farklı coğrafyalarında farklı tıp okulları ve uygulamalarının gelişmesine yol açtı (44).

Geleneksel sağlık uygulamaları, yerel bitkilerin kullanımından ritüellere, meditasyondan akupunktura kadar çeşitli yöntemleri içermektedir. Bu uygulamalar, yerel kültür ve coğrafyaya bağlı olarak farklılık gösterir ve toplulukların özgün ihtiyaçlarına cevap vermektedir (45).

Geleneksel sağlık uygulamaları ve inançları hem Türkiye'de hem de dünya genelinde sağlık bakımının önemli bir parçası olarak varlığını sürdürmektedir. Bu uygulama ve inançların yaygınlığını etkileyen faktörler şöyle sıralanabilir:

**1-Tarihsel ve kültürel kökenler:** Geçmişteki deneyimlerin bir sonucu olarak gelişirler ve bu nedenle tarihsel kökleri derindir. Örneğin, Türkiye'de Osmanlı İmparatorluğu'nun etkisiyle geleneksel sağlık uygulamaları, Orta Asya ve Orta Doğu'nun zengin tıbbi mirasından beslenmiştir.

**2-Coğrafi ve iklimsel faktörler:** Geleneksel sağlık uygulamalarının çeşitliliğini etkiler. Özellikle bitkilerin yetiştiği bölgeler, yerel tıbbi bilgilerin oluşmasında kritik bir rol oynar. İklimsel koşullar, hangi bitkilerin hangi hastalıkların tedavisinde kullanılacağını belirler (46).

**3-Sosyal ve ekonomik faktörler:** Düşük gelirli topluluklar, modern tıp hizmetlerine erişimde zorluk yaşadıklarında geleneksel yöntemlere daha fazla başvurabilirler. Bu, geleneksel uygulamaların yaygınlığını artırır.

Geleneksel sağlık uygulamalarının kullanımı batıya göre doğuda, şehirlere göre ise kırsal kesimlerde daha yaygındır (47).

#### **2.2.4. Gebelik, doğum ve lohusalık sürecinde geleneksel inanç ve uygulamalar**

Geleneksel sağlık uygulamaları dünyanın her yerinde az veya çok oranda hemen hemen her alanda uygulanmaya devam etmektedir. Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemler ise insan hayatındaki en önemli geçiş dönemleri olup; kültürden kültüre, coğrafyadan coğrafyaya ve daha birçok faktörün etkisinde değişen oranlarda birçok geleneksel uygulama ve inancı barındırmaktadır. Sağlık profesyonellerinin bu uygulamaları tanınması, gözlemlemesi bu süreçte kritik öneme sahiptir. Çünkü bazı geleneksel uygulamalar zararsız ya da etkisiz olmasına rağmen süreç içerisinde var olan bir hastalığın tanı ve tedavisinin gecikmesine sebep olabilir (48). Örneğin yapılan bir

çalışmada gebe kadınların %63,6'sının kanaması olduğunda geleneksel yöntemlerle kanamayı durdurmaya çalıştığı, sadece %15,8'inin ilk seçenek olarak doktora başvurduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, gebelerin %8,2'sinin ödem geliştiğinde geleneksel yöntemlere (bitkisel ilaç yapma ve ayağı yukarı kaldırma v.b.) başvurduğu belirlenmiştir. Bu gibi durumlar var olan sağlık sorununun devam etmesine, zaman kaybettikçe ilerlemesine, tanı ve dolayısıyla tedavinin gecikmesine sebep olmaktadır (49).

Anne ölümlerinin doğrudan ve dolaylı tıbbi nedenleri olmasına rağmen, geleneksel inanç ve uygulamalar ve anne sağlığı hizmetlerine erişimin yetersiz olması gibi diğer faktörler üreme sağlığına ilişkin kararları etkileyebilmektedir. Anne ölümlerinin önemli bir belirleyicisi olan gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde annelerin aldığı bakımın belirlenmesinde kültürel uygulamalar ve inançlar sıklıkla söz konusudur. Ülkemizde de halen uygulanmaya devam edilen birçok geleneksel yöntem vardır.

#### **2.2.5. Sağlık hizmetlerinde geleneksel inanç ve uygulamaların rolü**

İnsanoğlu yüzyıllardır sağlığını koruma ve sürdürme içgüdüleriyle birçok uygulamaya başvurmuştur. Günümüze kadar gelmiş, halen uygulanan veya terkedilen sağlık inanç ve uygulamalarının hemen hemen hepsinin temelinde insanın doğüstü güçlerle sağlık sorunlarını çözme amacı yer almaktadır. Geleneksel inanç ve uygulamalarda ilkel dinlerin, özellikle de Şamanizm'in izleri görülmektedir (39). Dünyada pek çok bölgede izlerine rastlanılan Şamanizm sadece bir dini inanış olmaktan öte hayatı anlamlandırmak, doğüstü güçleri hastalık ve sağlığı kontrol altına almak için çeşitli ritüel ve inanışlardan oluşan büyük bir sistemdir (50).

Geleneksel inanç ve uygulamaların günümüze kadar gelme sebebi sadece kültürel ve inanış kaynaklı değildir aynı zamanda birey ve toplum için bir anlam ifade ettiğinden dolayı süregelir ve devam eder. Örneğin Kanada'da yaşayan Çinli kadınların doğum sonu dönemde tıbbi uygulamalara ek olarak geleneksel uygulamaları da yaptığı görülmüştür. Bunun sebebi ise kendilerini akılsal olarak daha iyi hissetmeleridir (51). Aynı zamanda yapılan başka bir çalışmada doğum sonu dönemde geleneksel uygulama yapmayan Çinli kadınların doğum sonu depresyondan daha fazla etkilendiği görülmüştür (52).

Geleneksel uygulamaların bazıları hastalıkların tanı ve tedavisinin gecikmesine, varolan sağlık sorununun temel nedeninin göz ardı edilmesine sebep olacak derecede zararlı olabilir (53). Örneğin halk arasında “albasması” olarak isimlendirilen; yüksek ateş, halsizlik, sayıklama gibi belirtiler ile tanımlanan ve aslında doğum sonu puerperal enfeksiyon durumunda kadınlar aileleri tarafından doktora götürülmemekte, hocaya götürülmekte, dua okuyarak, baş ucuna Kuran-ı Kerim koyularak veya hocanın okuduğu suyu kadına içirerek hastalığı iyileştirilmeye çalışılmaktadır. Tıbbi yardımın gecikmesi sonucu kadının hayatını kaybetmesine kadar kötü sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (54). Bunun yanında çocuğu olmayan kadınların değişik yöntemlerle oluşturdukları karışımları rahimlerine yerleştirmeleri, sorunu çözenin ötesinde geri dönüşümü olmayan yeni sağlık sorunlarına sebep olabilmektedir (55). Yapılan bazı uygulamalar ise dolaylı sağlık sorunlarına sebep olabilmektedir. Örneğin doğum sonu dönemde annelerin bebeği emzirmek için ezan okunmasını beklemeleri bebekte hipoglisemi gelişmesine sebep olabilir. Yine doğum sonu lohusalık döneminde anneye uygulanan ve öğretilen olumsuz inanışlar annenin korkmasına, baskı altında kalmasına ve doğum sonu depresyona sebep olabilir (56).

Zararlı veya etkin olmayan uygulamalar yanında modern tıp tarafından da desteklenen birçok geleneksel uygulama bulunmaktadır. Örneğin doğum sonu dönemde 40’ı çıkana kadar bebek ve annenin aile yakınları tarafından yalnız bırakılmaması sosyal destek açısından önemlidir (57).

### **2.3. Çeşitli Kültürlerde Kadın ve Doğurganlık**

“Bir medeniyetin seviyesini ölçmek isterseniz derhal kadının hayat şartlarına bakınız” der, Neda Armaner kitabına başlarken (58). Kadın algısı yüzyıllardır ve belki de yaşamın başlangıcından beri hep erkek cinsiyel kıyas yapılarak değerlendirilmiş, biyolojik ve fiziksel farklılıklar göz önünde bulundurulmuş ve böylece kadın içinde bulunduğu toplumda problemler yaşamıştır (59). Bunun yanında kadın, sahip olduğu doğurganlık özelliğiyle neslin devamında vazgeçilmez bir görev üstlenerek zamanın hemen hemen çoğu kesiminde kutsal bir konuma yerleşmiştir. Belki de çoğu zaman sadece anneliği ile var olma mücadelesi verebilen kadının diğer rolleri, hakları ve özellikleri toplumdan topluma değişerek günümüze kadar gelmiştir (60).

Tarih boyunca kadının toplumdaki statüsü ve rolü doğurganlık kavramıyla yakından bağlantılı olmuştur. Doğurganlık, yani çocuk doğurma yeteneği, çeşitli

toplumlarda güç ve prestij kaynağı olmaktan, toplumu kontrol etme konusuna kadar farklı anlam ve öneme sahiptir (61).

Pek çok eski kültürde kadının doğurganlığına büyük değer verilmekteydi. Örneğin eski Mısır'da çocuk doğurma yeteneği canlılığın ve gücün simgesi olarak görülmekte ve kadınlara üreme yeteneklerinden dolayı saygı ve hayranlık duyulmaktaydı. Eski Mısır'da anaerkil bir toplum yapısı mevcuttu ve kadının toplumdaki yeri birçok kültüre ya da topluma göre oldukça iyi bir konumdaydı. Evlenen çiftlerin çocuk yapması beklenir, çocuk sahibi olamayan kadınlar ise evlat edinirdi. Çünkü tanrılar gözünde çocuk sahibi olmak ve geniş bir aileye mensup olmanın önemli ve kutsal olduğu inancı mevcuttu. Eski Mısır'da bir çocuğun adının, ataerkil toplumların tersine babası ile değil de annesi ile anılması, kadının özellikle de annenin toplumda saygı duyulan bir yere sahip olduğunun en önemli göstergesidir (62).

Antik Yunan dönemine baktığımızda cinsiyet ayrımcılığı ve erkek egemen toplum yapısı görülmektedir. Kadının tüm sınıfsal yapılarda erkeğin hakimiyeti altında olduğu, aile içerisinde söz sahibi olamadığı ve toplumda geri kaldığı söylenebilir. Kadının doğurganlığının olmaması veya çocuk doğurmaması boşanma sebebi olarak görülmekteydi. Üstelik boşanma tek taraflı olarak erkeğin isteğiyle gerçekleşebiliyordu. Sosyal hayatını evde, kapalı kapılar ardında geçiren kadının statüsü elbette ki anne olmasıyla yükselmesine rağmen yine de kadın, çocuğu üzerinde çok fazla hakka sahip olamıyordu. Dönemin düşünürlerinden olan Platon'un fikirlerine baktığımızda aslında kadının toplumdaki yeri hakkında bilgiler edinebiliriz. Zira Platon'a göre kadın hem fiziksel olarak hem de ruhsal olarak erkekten aşağı konumdadır. Kadın güçsüz, zayıf olarak nitelendirilmekte ve bu durum toplum açısından bir sorun teşkil etmektedir (60). Öyle ki; Antik Yunan mitlerinde kadın, erkeğe verilmiş bir ceza olarak görülmekte, "bütün kötülüklerin anası" olarak ifade edilmektedir (63).

Mitolojik unsurlarda kadın her zaman doğurganlığı, güzelliği ve üretkenliği ifade etmektedir. Paleolitik çağa ait kadın heykelciklerini incelediğimizde büyük göğüs ve geniş kalçaları ile doğurganlığı simgeledikleri görülmektedir. Rönesans döneminde kadın imgesi Venüs adıyla eşleşmiş; ideal fiziksel güzelliği ve çıplaklığı sembolize etmiştir. Sanayi devriminden sonra teknolojinin ve endüstrinin gelişmesi ve bilimin ilerlemesiyle beraber kadın, evin kapalı kapılarının dışına çıkarak sosyal hayata ve üretime katılmaya başlamıştır. Zaman içerisinde popüler kültürün etkileriyle kadın toplumda daha çok dış görünüşüyle var olmaya başlamış, kapitalist ekonomi kültürü kadını cinsellik ve arzu nesnesi olarak ön plana çıkarmaya çalışmıştır (64). Kadının her

çağda ve toplumda tamamlayıcılığını sağlayan doğurganlığı ve annelik rolleri günümüzde sosyal medyada, reklamlarda ve popüler kültür içerisinde iç içe geçmiş durumdadır. Reklamlarda kadın bedeni genellikle anneliği üzerinden vurgulanmakta “ideal kadın= ideal anne” teması esas teşkil etmektedir. Kadının çalışma hayatında var olma mücadelesi ve ideal meslek grupları ise yine annelikle ilişkili özellikleri ile bağdaştırılmaktadır. Öğretmenlik, ebelik, hemşirelik gibi meslekler halen kadının fitratına ve annelik rolüne uygun meslekler olarak görülmektedir. Bu durum kadına atfedilen yumuşak huylu olma, şefkatli, sabırlı, koruyucu ve bakım gösterici olma gibi niteliklerden kaynaklanmaktadır (65).

### **2.3.1. Türk kültüründe kadın ve doğurganlık**

Cinsiyet kavramı biyolojik olarak kadın ve erkek arasındaki farklılıkları tanımlamaktadır. Oysaki bir toplumdaki veya kültürdeki kadın ve erkeğin rollerini ve statülerini tam olarak toplumsal cinsiyet kavramı ile açıklayabiliriz (66). Türk kültüründe doğurganlığından dolayı kadına yüklenmiş en önemli görev şüphesiz ki anneliktir. Ancak annelik, biyolojik boyutlardan öte psikolojik ve sosyolojik anlamlar ifade etmektedir. Kültürümüzde anneliğe büyük bir önem verilmektedir. Türk mitolojisinde ağaç doğurganlığı temsil etmekte; üreme, türeme, neslin devamlılığı, hayatın başlangıcını simgelemektedir. Kökleri ve dalları ile yer ve göğü birleştiren ağaç, anne ile bebek arasındaki bağı sağlayan plasenta gibi değerlendirilerek yeryüzü ve gökyüzü arasında köprü görevi görmektedir. Bu benzetmede yeryüzü yani toprak kadını; gökyüzü yani gelecek çocuğu, neslin devamını temsil etmektedir (67). Yine Türk mitolojisindeki ulu ağaçların kovukları kadın rahmi ile özdeşleştirilmiş, Ağaç (Ana) soyluluğun anlamı olarak kabul edilmiştir. Bazı Türk topluluklarında hastalanan çocuğun hatta ölen çocukların ağaç kovuğuna bırakılması bu inanıştan dolayıdır. Oğuz Destanı'na göre Oğuz Boyu bir ağacın kovuğundan doğan bir çocuğun soyundan gelmektedir (68).

Türk kültüründe anne kavramı “ög” kelimesi ile tabir edilmiş, “öksüz” kelimesi de buradan türemiştir. Çocuk sahibi olmak diğer tüm toplumlardakinden daha fazla önemsenmiştir. Çocuksuz kadın tuzsuz yemeğe, meyvesiz ağaca benzetilmiş; toplum içinde kadına anneliğine göre değer verilmiştir (69). Çocuk sahibi olamayan kadınların destanlarda, atasözlerinde “çorak” yani verimsiz toprak ile ilişkilendirilmesi yine doğurganlığın önemini vurgulamaktadır. Çocuk sahibi olduğunda ailelerin bunu

şölenlerle kutlaması, etrafına duyurması günümüze kadar gelmiş ve hala devam eden bir gelenektir.

Mehmed Kaplan kitabında Türk kadınına yaşadığı medeniyet evrelerine göre üç boyutta değerlendirmiştir (70):

- 1.İslamiyet öncesi göçebelik dönemindeki Türk kadını
- 2.Yerleşik hayat ve İslamiyet sonrası Türk kadını
- 3.Batının etkisi sonrası Türk kadını.

Orhun Yazıtları bağlamında Türk kadınına inceleyen Köksel (2011) çalışmasında, aile içindeki kadının adının eşiyle (kağan) beraber zikredildiğini, devlet yönetiminde önemli bir yere sahip olduğunu, ayrıca doğurganlık özelliğinden dolayı dini-mitolojik bir misyona sahip olduğunu belirtmektedir (71). Hun ve Göktürkler döneminde kız-erkek fark etmeksizin tüm çocuklara “oğul” denmesi, oğuz beylerinin kız çocuklarının olması için dua etmesi, Türk kadınına yiğit, gözü pek olarak nitelendirilmesi de yine bu döneme dair kadının toplumdaki yerini ve önemini göstermektedir (72). Eski göçebe Türk kültüründe kadın güzelliği ve cesareti ile ön planda, eşinin yanında hem sosyal hem siyasal hayatta aktif, söz sahibi olan, eğitimine önem verilen bir statüde yer almıştır.

İslamiyet'ten önceki Türk toplumlarına baktığımızda namus ve iffet kavramlarının kadın üzerinden tanımlandığını görmekteyiz. Doğu kaynaklarından Kutadgu Bilig'den alınan bilgiler doğrultusunda uygun eşin bakire, iyi bir aileden gelmiş ve eşinden alt statüde olması önemli kabul edilmiştir (73). Bu durumun günümüzde de devam ettiğini söyleyebiliriz. Bekaret konusu halen sadece kadın cinsi üzerinden gündeme gelmekte ve tartışmalara konu olmaktadır. Bunun yanında kadının toplumdaki statüsü zaman içerisinde sürekli değişmiştir. Örneğin İslamiyet öncesinde erkeğin yanında savaşa katılan kılıç kuşanan kadın, İslam dininin Türk toplumlarında yayılmasıyla beraber daha pasif bir konuma geçmiştir (73,74).

Kültürümüzde evlilik müessesesi kutsaldır ve evlilik dışı kadın erkek ilişkileri toplum tarafından hoş karşılanmamaktadır. Evlenen çiftler için “muradına ermek” deyimini mutlu sonu temsilen kullanılır. Türk topluluklarında tek eşlilik esastır. İkinci eş ancak çocuk sahibi olamama veya erkek çocuk sahibi olamama durumlarında başvurulan bir yoldur. Tarihimizde kuma kelimesinin kullanımı fetih dönüşü zengin olan erkeğin yanında getirdiği esir kadınlar ile münasebeti sonrasında kullanılmaya başlanmış; ancak töreler gereği esas eşe olan saygıdan dolayı bu kişilere hatun ismi verilmemiştir (75).

Şüphesiz ki kadına en büyük değeri veren konumu anneliğidir. Kadın evi evirip çevirir, çocuklarının eğitimi ve ahlakından sorumludur, ev ekonomisini düzenler ve akraba ilişkilerini yürütür. Günümüzde halen birçok bölgede, özellikle kırsal kesimlerde erkek çocuk doğurmak kadına ek statüler sağlamakta, saygınlığını arttırmaktadır. Bu durum neslin devamından öte soyun, soyadının devamlılığını sağladığı için önemsenmektedir. Türk kültüründe annelikten sonra kadının statüsü ve saygınlığını arttıran diğer bir durum kayınvalide olmaktır. Böylece kadın aile ve toplum içindeki yerini sağlamlaştırmış olur. Kayınvalide olan kadın aileye yeni katılan gelinin davranışlarından da sorumludur aynı zamanda. Kültürümüzde “gelin -kayınvalide” ilişkileri geçmişten günümüze kadar birçok alanda incelenmiş, tartışılmış ve geleneksel aile yapısı içerisinde yerini korumaya devam etmektedir (72).

Eski Türk topluluklarında boşanma çok nadir görülmekteydi. Dönemin diğer topluluklarının aksine Türklerde boşanma hakkı tek taraflı değildi, kadının da boşanma hakkı vardı (76).

Osmanlı dönemi Türk kadınının geçmiş dönemlere göre kısıtlanma yaşadığı bir dönemdir. Kadın-erkek dünyasının ayrı yaşandığı, kadınların sadece dini eğitim alabildiği, nerede nasıl giyinip gezebileceğine dair fermanlar yayınlanan bir dönem olan Osmanlı dönemi ile kadının toplumdaki yeri kısıtlanmaya başlamıştır. Osmanlı Devleti'nin gerileme döneminde ortaya çıkan bazı değişiklikler ve özellikle Tanzimat Fermanı ile kadınlara bazı siyasal ve sosyal haklar verilmeye başlanmıştır. Özellikle Meşrutiyet Döneminden sonra batı örnek alınmaya başlanmış; kadınların eğitim, miras, sosyal hayat, çalışma hayatı gibi birçok konuda yeni haklar kazanması sağlanmıştır (76).

Şüphesiz ki tarihimizde kadının en çok değer gördüğü dönem Cumhuriyet dönemidir. Atatürk'ün “Erkeklerden daha çok aydın, daha çok feyizli, daha fazla bilgili olmaya mecburdurlar.” Sözü kadına verdiği değeri açıkça ortaya koymaktadır (77). Türk Medeni Kanunu'nun kabul edilmesiyle beraber kadın ve erkek yasalar önünde eşit haklara sahip olmuş, yapılan inkılap ve devrimlerle bu denge pekiştirilmiştir (76).

### **2.3.2. Suriye kültüründe kadın ve doğurganlık**

Kadınların Suriye kültüründeki yeri ve rolü sosyal, dini ve tarihi bağlamlarla ilişkilidir. Kadınlar geleneksel olarak ailevi ve sosyal faktörlerden önemli ölçüde etkilenen roller üstlenmektedir. Bu roller genellikle özel alan içerisinde tanımlanır ve

kadınların bakıcı, anne ve aile onurunu koruyucu konumlarını vurgular (78). Suriye geleneksel ve ataerkil bir aile yapısına sahiptir. Kadınların aile ve toplum içindeki yeri neredeyse her alanda dezavantajlı konumdadır. Suriye şeriat kuralları doğrultusunda yönetildiği için bir erkeğin dörde kadar kadınla evlenmesine izin verilmektedir. Bu yüzden çok eşlilik yaygındır. Fakat bu durum yine de ülke içinde bölgeden bölgeye ve eğitim durumuna göre değişmektedir. Örneğin Rakka bölgesi eğitim ve ekonomik seviyenin düşük olduğu bir bölge olduğundan bu durum Rakka'da daha yaygın görülmektedir. Suriye'deki erkeklerin birden fazla eşi sahip olma durumu 2005 yılı verilerine göre kırsal kesimde %16,3, kentlerde %9 oranındadır (79). Çelik ve Vural (2018) "Suriyeli mülteci kadınların kuma dramı" başlıklı çalışmasında Suriyeli kadınların ikinci eşi kabul etmek zorunda olduğunu, bunun en önemli sebebinin kadının yaşının ilerlemesiyle beraber eşine artık daha fazla çocuk veremeyecek olması olduğunu belirtmektedir (80).

Suriye toplumunda kızların evlenme yaşı ilk regli ile ergenliğe girmesi olarak görülmektedir. Özellikle aile içindeki ilk kız çocuk annesi gibi evin düzeni, kardeşlerin bakımında daha erken yaşlarda sorumluluk verildiği için daha fazla mağdur olmaktadır. Günlük hayata dair aile içerisinde zaten her sorumluluğu öğrenmiş olan kız çocuğunun ergenliğe girmesi evliliğe hazır olduğunun kanıtıdır. Üstelik evlilik kararında sadece babanın söz hakkı vardır. Damat adayı için ise ilk düşünülen kişi öncelikle amca oğlu gibi yakın akrabalar, çünkü akraba evliliği Suriye kültüründe yaygındır. Amcasının oğlu ile evlenme planı yapılmamış ise diğer akrabalar talip olabilirler (81).

Erken yaşta evlendirilmenin en önemli sebebi kız çocuklarının eğitim almasının uygun görülmemesidir. Yine bu durum da ailenin eğitim seviyesi ve kırsal kesimde yaşamasına göre değişmektedir. Özellikle annenin eğitim seviyesi kadına o ailedeki verilen değeri etkilemektedir. Bunun yanında kadınlar eğitilmiş olmalarına rağmen çalışma ve sosyal hayatında çok da yer edinememektedirler. Bunun sebebi dini kültürel sebeplerden dolayı kadının en önemli görevinin evin düzeni ve çocukların bakımı olmasıdır (82,83).

Kadının erken yaş evliliğindeki temel amaç kız çocuğunun gözünün açılmasına fırsat vermemektir. Ataerkil yapının getirdiği bu durum kadının erkeğe tabi olması, sözünü dinlemesi, erkeğin hükmünü geçirebilmesi ile alakalıdır. Erken evlilikteki diğer sebep aile tarafından kız çocuklarının ahlakı bozulmadan önce bir erkeğin himayesine sokulmak istenmesidir (82,84).

Suriyeli kadının ailedeki statüsü doğurduğu çocuk sayısı ve özellikle erkek çocuk sayısı ile orantılı olarak artmaktadır. Erkek çocuk doğurmak diğer tüm ataerkil aile yapılarında olduğu gibi Suriye kültüründe de önemlidir. Nitekim erkek çocuk doğuran kadın kocasının şanını yürütmektedir (81,85).

## **2.4. Fonksiyonel Olmayan İnanç ve Uygulamalar**

### **2.4.1. Gebelik öncesi fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalar**

Gebelikten önceki dönem genellikle bireylerin doğurganlık ve üreme ile ilgili davranışlarını ve algılarını etkileyen sayısız kültürel inanç ve uygulamalarla doludur. Çeşitli toplumlarda ve kültürlerde, hamileliği kolaylaştırmak ve sağlıklı bir hamileliği garanti altına almak amacıyla çeşitli ritüeller, tabular ve çareler kullanılmaktadır (55). Bu geleneksel uygulamaları anlamak, kültürel normlara ve inançlara saygılı etkili üreme sağlığı müdahalelerinin tasarlanması için gereklidir.

Doğurganlık ve başarılı gebelik arayışı evrensel bir insan çabasıdır. Ancak bu hedeflere ulaşmak için kullanılan yöntemler kültürler arasında önemli ölçüde farklılık gösterir. Afrika ve bazı Güney Asya toplumlarında doğurganlık, soy ve ailesel süreklilik kavramlarıyla yakından bağlantılıdır. Bu durum, doğurganlık için ataların kutsamasını amaçlayan ayrıntılı ritüellerin ve törenlerin benimsenmesine yol açmıştır (86). Örneğin Nijerya'nın Yoruba halkı arasında ataların ruhlarına adakların yapıldığı ritüellerin, sağlıklı çocukların doğmasına yardımcı olduğuna inanılmaktadır (87). Bu ritüeller genellikle sosyal uyumu ve toplumsal destek ağlarını güçlendirmeye hizmet ederken, bireylere üreme süreçlerini etkileme konusunda bir temsil duygusu sağlamaktadır.

Bitkisel ilaçlar ve geleneksel tıp, çeşitli kültürlerde uzun süredir kullanılmaktadır. Geleneksel Çin tıbbında kısırlığı azaltmak ve üreme sağlığını iyileştirmek için bitkisel formüller ve akupunktur kullanılmaktadır (88). Batı alternatif tıp uygulamalarında bitkiler genellikle tek tek kullanılırken Çin Tıbbında karışım uygulamaları daha yaygındır (89). Genellikle menstrüasyon döngülerini düzenlemek, iyileşmeyi sağlamak için bu formüller kullanılmaktadır. Geleneksel Çin Tıbbında doğurganlığa yönelik kullanılan bitkilerden bazıları şunlardır: Çin Angelikası (*Angelica Sinensis*), Ginseng (*Panax Ginseng*), Kızılıcık (*Lycium Barbarum*), Süpürge Otu (*Astragalus Membranaceus*), Çin Yam Kökü (*Dioscorea Opposita*), Çin Güllü veya Jujube Yaprakları (*Rehmannia Glutinosa*) (90,91). Benzer şekilde Amazon yağmur

ormanları gibi yerli topluluklarda doğurganlık özelliğini arttırmak için bitkisel ve geleneksel şifa uygulamaları kullanılmaktadır. Bu bitkisel ilaçlar genellikle doğayla bağlantıyı ve ataların bilgeliğini sembolize eder (92). Bitkisel formüller maliyetinin düşük olması, ulaşımının kolay olması ve doğal olmasından dolayı yan etki endişesinin az olmasından dolayı infertilite tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır (89).

Diyet ve yaşam tarzı uygulamaları birçok kültürde doğurganlığın artırılmasına yönelik yaklaşımlarında önemli bir rol oynamaktadır (93). Modern öncesi toplumlarda belirli yiyecekleri çevreleyen diyet kısıtlamalarının ve tabuların doğurganlık sonuçlarını etkilediğine inanılıyordu. Örneğin Doğu Afrika'daki Maasai halkı arasında belirli bitki ve hayvansal ürünlerin tüketiminin hem erkeklerde hem de kadınlarda doğurganlığı arttırdığına inanılmaktadır. Ek olarak alkolden uzak durmak, dansa benzer ritüelleri içeren fiziksel aktivitelere katılmak gibi uygulamalar sıklıkla üreme sağlığını ve canlılığı teşvik etmek için önerilmektedir (94).

Kehanet ve manevi danışma birçok kültürde doğurganlık ile ilgili konularda rehberlik ve iç görü arama aracı olarak yaygındır. İnfertilitenin nedenlerini tespit etmek ve potansiyel çareleri belirlemek için kehanetleri okumak, kahinlere danışmak veya manevi şifacıları ziyaret etmek gibi uygulamalara başvurulmaktadır (86).

Kültürümüzde ve coğrafyamızda çocuk sahibi olmak geçmişimizden günümüze kadar her dönemde çok önemli bir olgudur. Evlenen çiftlerden en büyük beklenti gebelik haberidir. Soyun devamlılığını müjdeleyen bu haber büyük bir sevinç kaynağıdır. Çiftlerin üzerinde çocuk sahibi olmaları konusunda ailevi ve toplumsal baskı vardır. Bunun yanında çocuk sahibi olamama durumunda tıbbi yöntemlerin dışında uygulanan birçok geleneksel yöntem ve inanç bulunmaktadır. Türk halk hikayeleri ve destanlarında çocuk sahibi olmanın önemi ve değeri sıkça anlatılmış ve değişik yöntemlerden bahsedilmiştir. Dede Korkut Hikayelerinden Dirse Han Oğlu Boğaç Han Hikayesindeki "Hey Dirse Han! Bana kızma, acı sözler söyleme. Yerinden doğrul alaca çadırını yeryüzüne diktir. Aç görürsen doyur, çıplak görürsen giydir, tepe gibi et yığ, toy eyle, dilek dile, belki bir ağzı dualının hayır duasıyla Tanrı bize bir oğul verir." İfadesi özellikle erkek çocuk sahibi olmak için başvuru yöntemleri içermektedir (95). Türk halk hikâye ve destanlarında çocuk sahibi olabilmek için elmalı yerlerde yuvarlanmak, su pınarlarında geceleme gibi mitolojik unsurların yanında fakirlere yardım edilmesi, borç sahibi insanların borçlarının ödenmesi, hayırlar işlenmesi gibi eylemlerden de bahsedilmektedir. Bunun yanında aksakallı dede, derviş, Hızır Aleyhisselam gibi olağanüstü güçlerin yardımları ve dualarından da söz

edilmektedir (96). Çocuğu olmayan aileler yatırlara, türbelere, kutsal ağaçlara gidip dualar okur, adaklar bağışlar veya mum yakar. Kutsal ağaçlara gidip bez bağlama geleneği Kaşıkay, Kazak ve Kırgız Türklerinde görülmektedir. Bir bozkırda kendi kendine yetişen bir ağacın veya bir suyun ya da kuyunun baş ucunda dua ederek sabahlamak çocuk sahibi olmak isteyen kadınların başvurduğu yöntemlerdendir (97). İnebolu yöresine ait geleneksel doğum uygulamalarını araştıran Saygı'nın (2017) çalışması hamile kalabilmek için kadınların yaptığı adetlerden bahsetmektedir. Bunlar; yeni gelinin yatağında bebek yuvarlamak, düğününde gelinin kucağına bebek vermek, Kuran ayetleri yazılı kâğıdı su şişesine koyup çalkalamak ve içmek, Hıdırellez'de deniz kıyısında kuma bebek beşiğı çizmek veya kâğıda çizip gül dalına bağlamak, hamile bir kadınla kucaklaşmak, lohusa kadının elinden şerbet veya su içmek şeklinde sıralanmaktadır. Bunların yanında sıcak kumda oturma, bel çektirme, sıcak tuğlayı ayaklarının altına koyma, kasık çektirme, hamam taşında uzanma gibi uygulamalar da mevcuttur (98).

Coğrafyamızda gebelik öncesi bakımda bitkisel ilaçlar ve halk hekimliğı önemli bir rol oynamaktadır. Çeşitli şifalı bitkiler ve doğal ilaçlar doğurganlığı arttırmak, menstrüasyonu düzenlemek, üreme sağlığını desteklemek amacıyla kullanılmaktadır. Örneğin Adaçayı (*Salvia Officinalis*) ve Papatya (*Matricaria Chamomilla*) gibi bazı şifalı bitkiler bu amaca büyük ölçüde hizmet etmektedirler. Bunun yanında infertilite tedavisinde Fatma/ Meryem ana eli, keçiboynuzu, soğan, karanfil, maydanoz suyu, civan perçemi, hurma ve incir gibi bitkiler kullanılmaktadır. Bu bitkilerden keçiboynuzu daha çok erkek infertilitesinde yaygın bir uygulamadır. Kullanılan bitkilerin bazıları besin olarak tüketilirken bazıları ise vajinal yolla rahim içine uygulanmaktadır. Örneğin süt, ebegümece, maydanoz ve su teresi bitkilerinin kaynatılarak elde edilen karışımın buharına oturmak sık görülen uygulamalardan biridir. Ayrıca hercai menekşe ve yabani nergis otlarının sıkıştırılıp vajinaya yerleştirilmesi de kullanılan yöntemlerden biridir (99). Osmaniye çevresinde buğuya oturma en çok başvurulan yöntemlerden biridir. Bu işlem için yeşil sebze ve süt kullanımının yanında tavuk pisliğı de kullanılmaktadır. Tavuk pisliğı kullanılmasının sebebi tavuğun yumurtlama özelliğinin kadına geçtiğine olan inançtır (100).

Antalya bölgesindeki yürüklerde infertilite veya gebe kalmaya yönelik yapılan tahta kaşığın ısıtılarak zeytinyağına batırıldıktan sonra rahmin açılması, ısıtılan kerpice oturma, kaynamış soğan kabuğı suyunun içilmesi gibi uygulamalar görülmektedir. Bazı bitkilerin tüketilmesi veya kullanılmasının yanında yasaklanan bitkiler de mevcuttur.

Örneğin rahim duvarını kalınlaştırdığı düşünülerek gebe kalmak isteyen kadınlara nar yememesi önerilmektedir (101).

#### **2.4.2. Gebelik dönemi fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalar**

Tarih boyunca hemen hemen her kültürde hamilelik, toplumların kültürel, dini ve sosyal normlarını yansıtan çok sayıda geleneksel inanç ve uygulamalarla çevrelenmiştir (102). Bu uygulamalar kültürden kültüre farklılıklar gösterse de anne adayları için önemli işaretler ve destek kaynakları olarak halen hizmet etmektedir.

Anne ve çocuğun refahını sağlamak, kötü ruhları kovmak, güvenli bir doğum sürecine hazırlık yapmak amacıyla hamilelik sürecinde yapılan ritüel ve törenler birçok kültürde yaygındır. Bunlar genellikle çeşitli duaları, ritüelleri ve kutlamaları içermektedir. Örneğin Hindu kültüründe Simantonnayana töreni gebeliğin yedinci ayında çocuğu kutsamak ve sağlıklı bir doğum yapabilmek için yapılmaktadır (103). Gana'da ise doğum eyleminde ve gebelik sürecinde geleneksel doğum görevlilerine güven duyulmaktadır. Bu geleneksel sağlık uygulayıcıları anne ve çocuğu kötü ruhlardan korumak ve güvenli bir doğum sağlamak için çeşitli ritüeller uygulamaktadır. Bunlar bitkisel karışım suları ile annenin banyo yapması, dualar yazılı çeşitli aksesuar ve muska gibi eşyaların gebelik boyunca anne tarafından taşınması, atalara ve tanrıya adaklar sunulması gibi uygulamaları içermektedir (104). Tayland'da gebelik döneminde cenaze törenlerine ve kalabalık kültürel faaliyetlere katılmak uygun görülmemektedir (105).

Diyet ve beslenme uygulamaları hamilelikte önemli rol oynamaktadır. Geleneksel inançlar genellikle anne ve fetüs sağlığını geliştirmeyi amaçlayan belirli beslenme kısıtlamalarını veya önerilerini zorunlu kılar. Örneğin Japonya'da fetal beyin gelişimini desteklediğine inanılan yüksek iyot içeriği nedeniyle hamile kadınlara deniz yosunu tüketmeleri önerilmektedir (106). Beslenme ile ilgili diğer bir örnek Afrika'nın bazı bölgelerinde potansiyel olarak riskli görülen ikizlerin doğumunu önlemek için hamile kadınlara ikiz muz yemekten kaçınmalarının önerilmesidir (107).

Kültürümüzde halk arasında aşırme olarak bilinen anne adayının bazı yiyeceklere karşı gelişen ani yeme isteği geleneksel inanç nedeniyle hemen giderilmesi gereken bir durumdur. Annenin canının çektiği yiyecek veya içecek mevsim veya zaman fark etmeksizin hemen temin edilmeye çalışılır. Bunun nedeni aşırilen besini yiyememe durumunda bebeğin şaşı, eksik, açgözlü veya gözünün dışarıda olacağına

dair inançtır. Ayrıca aşerilen besin yenilemezse bebeğin vücudunda ona benzeyen bir iz olacağına da inanılmaktadır (108,109). Bunun yanında gebelikte yenilmesi sakıncalı görülen çilek, ciğer, böğürtlen, gül yaprağı gibi yiyecekler de mevcuttur. Bunun sebebi, gebeliğinde bu besinleri tüketen annelerin bebeklerinde bu besinlerin görüntüsünde doğum lekesi olacağı inancından kaynaklanmaktadır. Yemesi sakıncalı bulunan yiyecekler arasında tavşan ve deve eti de bulunmaktadır. Çünkü gebelikte tüketildiğinde bebeğin yarık dudak olacağına inanılmaktadır. Bebeğin gamzeli olması için ayva, dişlerinin nar taneleri gibi olması için nar, gözlerinin yeşil olması için yeşil erik ve al yanaklı olması için elma tüketmek yaygın görülen inanç ve uygulamalardan bazılarıdır (110). Ayrıca tüketilen yiyeceklerin bebeğin göz rengini belirleme konusunda da etkili olduğuna dair geleneksel inanç ve uygulamalar mevcuttur. Örneğin yeşil veya siyah yiyeceklerin bebeğin gözlerinin yeşil veya siyah olmasını etkileyeceğine dair bir inanç görülmektedir (111). Gebelik döneminde saç kestirmemek bebeğin uzun ömürlü olması için yapılan uygulamalardan biridir. Aynı şekilde doğacak bebeğin güzel olması için gebelikte çirkin kişilere veya maymun gibi hayvanlara bakmama, hep güzel kişilere bakma, sakız çiğnememe ve türbeye gitmeme gibi inanç ve uygulamalar da mevcuttur (112).

Ülkemizde bebeğin cinsiyetini belirlemede kullanılan inanç ve uygulamalar halen varlığını sürdürmektedir. Bunlara göre anne gebeliğinde tatlı aşerirse, gebelikte anne güzelleşirse, karnı öne doğru çıkarsa veya bebeği sağ tarafında hissederse cinsiyetin erkek; ekşi aşerirse, gebelikte çirkinleşirse, karnı yaygınlaşarak büyürse, bebeği sol tarafta hissederse veya gebeliğinde çirkinleşirse cinsiyetin kız olacağına inanılmaktadır (112,113).

Ülkemizde bebeğin cinsiyetini belirlemek için nesne kullanılarak uygulanan çeşitli yöntemler de bulunmaktadır. Gebeye fark ettirmeden başına tuz dökülür; eğer dudağını kaşırsa kız, burnunu kaşırsa erkek olacağına inanılmaktadır. Dökülen tuz etrafa saçılırsa kız, sadece başın üzerinde toplanırsa cinsiyeti erkek olacaktır. Yine gebeden gizli olarak oturacağı yerin bir tarafına makas, diğer tarafına bıçak koyulur. Anne bıçak olan mindere oturursa erkek, makasa oturursa kız olacağına inanılır. Diğer bir yöntem de gebenin alyansına ip bağlayıp havada bekletmektir. Eğer alyans havada dairesel hareketler çizerse kız, doğrusal hareketler çizerse erkek olacağına inanılmaktadır (111,114,115).

### 2.4.3. Doğuma yönelik fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalar

Doğuma yönelik geleneksel inanç ve uygulamalar birçok kültürde nesilden nesile aktararak günümüze kadar varlığını korumaktadır. Doğumu kolaylaştırmak, anne ve yenidoğanın sağlığını korumak amacıyla yapılan bu uygulamalar beslenme önerilerinden manevi ritüellere kadar çeşitlilik göstermektedirler (39).

Birçok kültür doğumu kolaylaştırdığına inanılan bitkisel çaylara ve karışımlara güvenmektedir. Ahududu yaprağı çayı uterus kaslarını güçlendirdiği ve böylece doğum sırasında etkili olacağı gerekçesiyle ABD (Amerika Birleşik Devletleri), İngiltere ve Avustralya gibi ülkelerde uygulanan bir yöntemdir (105). Bazı Asya kültürlerinde zencefil doğumu kolaylaştırdığı inancından dolayı tüketilmektedir (1). Orta Doğu ülkelerinde doğumu kolaylaştırarak servikal efasman ve dilatasyonda etkili olduğu düşünüldüğü için gebeliğin son trimesterinde hurma tüketilmesi oldukça yaygındır (116). Hurmaya benzer şekilde ABD ve İngiltere gibi batı kültürlerinde dilatasyona ve kontraksiyonlara etkili olduğu düşüncesiyle taze ananas tüketimi görülmektedir (117).

Ülkemizde doğum eylemini kolaylaştırmaya yönelik en yaygın kullanılan yöntemler bazı besinlerin tüketimi ile ilgilidir. Hurma tüketmek ülkemizde de kullanılan bir yöntemdir. Doğum sırasında annenin gücünü toparlayabilmesi için manda yoğurdu yemek, zenzem suyu veya okunmuş su içmek, pekmez, şerbet tüketmek çeşitli bölgelerde başvurulan yöntemlerden bazılarıdır. Bunun yanında kolay doğum tecrübesine sahip bir kadının elinden su içmenin doğumu kolaylaştıracağına inanılmaktadır (114).

Ülkemizde doğumu kolaylaştırmak için kullanılan en yaygın yöntemlerden biri Fatma Ana Eli bitkisidir. Bilimsel adı *Anastatica Hierochuntica L.* olan bu bitkinin diğer bilinen isimleri Kaff Maryam (Arap kültüründeki ismi), Sanggul Fatimah (Malezya'daki ismi), Meryem Ana Eli olup dünya çapında da aynı sebeple kullanılmaktadır. Doğum eylemi sırasında bu bitki suyun içine koyulur ve yavaş yavaş açılmaya başlar. Açıldıkça doğum kanalının da açılıp bebeğin zorluk çıkarmadan ilerleyeceğine inanılmaktadır. Bazı Doğu ve İç Anadolu Şehirlerinde bitkinin suyu doğum esnasında anneye içirilmektedir (118). Yalçın'ın Karaman'da yaptığı çalışma, araştırmaya katılan kadınların %77,9'unun bu yöntemi kullandığını ortaya koymuştur (119).

Doğumu kolaylaştırmak için bazı fiziksel uygulamalar ve inançlar da mevcuttur. Bunlar doğum sırasında gebenin örülü saçlarının açılması, düğümlü veya bağlı olan

eşyaların açılması, babanın ayakkabı bağlarının açılması, merdivenden inip çıkma, bol hareket etme, çömelme pozisyonunda doğum yapma, gebenin karnına bası uygulama, etkili ıkınma sağlamak için ısırması için kadının ağzına çomak sokmak gibi uygulama ve inançlardır (114,119,120).

Dini ritüeller ve inanışlar ülkemizde bölgeden bölgeye farklılık göstermekle beraber sıklıkla uygulanmaktadır. Örneğin doğumu kolaylaştırmak için suya Duha Suresi veya Yusuf Suresi okunarak gebeye içirilir. Benzer şekilde yatırlardan veya Hac'dan getirilen toprak suya koyularak suyu kadına içirilir. Başucunda Kur'an okunur (120).

#### **2.4.4. Doğum sonrası fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalar**

Doğum sonrası dönem anne için önemli fiziksel, duygusal ve sosyal değişimlerin yaşandığı doğumdan sonraki ilk 6 haftayı kapsar. Dünya çapında çeşitli kültürlerde, bu dönemde kadınları desteklemek, iyileşmeyi teşvik etmek, anne ve yeni doğanın refahını sağlamak ve anneliğe geçişi kolaylaştırmak amacıyla geleneksel inanç ve uygulamalar geliştirilmiştir. Bu uygulamalar toplulukların kültürel, manevi ve sosyal dokusunda derin köklere sahiptir; vücut ve zihin sağlığını bütünleştiren bir doğum sonrası bakım anlayışını yansıtmaktadır (121).

En evrensel uygulamalardan biri, annenin iyileşmeye ve yeni doğan bebeğiyle bağ kurmaya odaklanmak için olağan ev görevlerinden muaf tutulduğu dinlenme dönemidir. Çin'de "Zuo Yue Zié. Kore'de "Samchilil" ve Japonya'da "Sango" olarak adlandırılan ve bir karantina süreci gibi yaşanan lohusalık dönemi doğum sonrası kadınların savunmasız bir durumda oldukları ve vücut dengelerini kayb ettikleri bir süreç olarak görülmektedir. Örneğin birçok Asya kültüründe genellikle 30 ile 40 gün süren bu süreç, annenin iyileşmesi için çok önemlidir (105). Bu süre içerisinde annelerin olası komplikasyonlarını önlemek için evde kalmaları, soğuk sudan kaçınmaları, fiziksel olarak yorucu faaliyette bulunmamaları teşvik edilmektedir (1). Malezya'da da genel bir dinlenme ve izolasyonu içeren bu süreç 44 gün sürmektedir (122).

Diyet değişiklikleri annenin iyileşmesine yardımcı olmak, kaybedilen enerjiyi yenilemek ve anne sütünü artırmak için hazırlanan özel yiyecek ve içeceklerden oluşan yaygın doğum sonrası uygulamadır. Örneğin Güney Afrika'da anneyi güçlendirmek ve süt üretimini teşvik etmek için besin açısından zengin gıdaların önemi vurgulanmaktadır

(107). Benzer şekilde Türkiye’de ve birçok Ortadoğu kültüründe çorba, et suyu gibi demir ve protein açısından zengin besinler annenin gücünü yeniden kazanmasına yardımcı olmak için yaygın olarak tüketilmektedir (123,124).

Temelini geleneksel Çin Tıbbından alan, Kore, Japonya, Vietnam ve Hindistan gibi Asya ülkelerine de etki etmiş olan Yin ve Yang felsefesi sağlığı ve refahı etkilediğine inanılan karşıt ama tamamlayıcı güçleri temsil etmektedir. Doğum sonu dönem bir kadının vücudundaki Yin yani serin, nemli ve karanlık ve Yang yani sıcak, kuru ve aydınlık enerjiler arasındaki dengenin diyet ve yaşam tarzı uygulamalarıyla dikkatle yönetilmesi gereken bir dönem olarak kabul edilmektedir. Buna göre doğum sonu vücudun Yin ile ilişkili kan ve vücut sıvılarının kaybıyla birlikte önemli bir enerji tükenmesi durumuna girdiğine inanılmaktadır. Bu sebeple doğum sonu beslenmenin odak noktası Yin’i yenilemek üzerinedir ve sıvı açısından zengin Yin özelliğinde gıdalar tüketilmesi, vücudun soğutulması ve nemlendirilmesi önerilmektedir. Fakat aynı zamanda Yang dengesini de sağlamak için sıcak; protein ve demir açısından zengin besinler de tüketilmektedir (51,125).

Bitkisel banyolar ve masajlar vücudu temizlemede, iyileştirmede ve güçlendirmede sözde faydaları nedeniyle yaygın olarak kullanılmaktadır Güneydoğu Asya’da bitkisel banyoların vücudun rüzgârı dışarı atmasına, sıcaklığı geri kazanmasına ve içsel iyileşmeyi desteklemesine yardımcı olduğuna inanılmaktadır (105). Genellikle belirli yağlarla yapılan masajların uterus involüsyonuna ve annenin genel refahına yardımcı olduğu düşünülmektedir (104).

Anne ve çocuğu kötü güçlerden veya ruhlardan korumaya, sağlık ve mutluluklarını sağlamaya hizmet eden manevi ve ritüel uygulamalar da yaygındır. Örneğin Gana’da geleneksel doğum görevlileri anne ve çocuğu temizlemek ve kötü ruhlara karşı koruma altına almak için ritüeller gerçekleştirmektedirler (104). Benzer şekilde Tayland’da da bu hassas dönemde anneyi ve yeni doğanı korumak için özel dualar ve muskalar kullanılmaktadır (105).

Türkiye’de doğum sonrası dönem hem annenin hem de yeni doğanın sağlığına odaklanan geleneksel uygulama ve inançlar bakımından zengindir. Bu gelenekler coğrafi bölgelere göre değişmekle beraber Türk toplumunun kültürel dokusuna derinlemesine işlemiştir. İslam’dan etkilenen inançların, İslam öncesi Türk geleneklerinin ve bölgesel kültürel uygulamaların bir karışımını yansıtır. Türk kültüründe postpartum dönem lohusalık olarak adlandırılmakta ve 40 gün sürmektedir.

Bu süreçte annenin dinlenmesi, sosyal hayattan izolasyonu ve yorucu ev işlerinden uzaklaşması teşvik edilir (126).

Lohusalıkta anne ve yenidoğanı kötü ruhlar veya olumsuzluklardan korumak, annenin dinlenmesini ev işlerinden uzaklaşmasını ve daha çok bebeğine zaman ayırmasını sağlamak için genellikle anne veya babanın yakın akrabaları ile geçirilir. Türk kültüründe nazar çok önemlidir ve anne ve yenidoğanı nazardan kötü gözlerden korumak için nazar boncuğu, nazarlık veya dua okunmuş eşya kullanımı yaygındır (127). Postpartum döneminde anne ve bebeğin bulunduğu odaya kötü ruhlara karşı Kur'an-ı Kerim konur veya yanlarında düzenli olarak okunur. Bu dönemde anneyi veya yenidoğanı etkileyebilecek "albasması" olarak adlandırılan inanışlar mevcuttur. Albasması inanışı özetle "kötü bir cinin lohusaya musallat olarak onu hasta etmesi ve hatta öldürmesi" olarak bilinmekte ve Anadolu'nun birçok yöresinde değişik korkutucu hikayelerle anlatılmaktadır. Bu kötü cinin yalnız kalan anneye yaklaştığı ve zarar verdiği düşünüldüğünden postpartum dönemde anne yalnız bırakılmaz. Çeşitli inanışlara göre albasmasını önlemek için bu cini korkutmak gerekmektedir ve bunun için silah sesi, kırmızı renk ve demir kullanılmaktadır. Bu sebeptendir ki postpartum döneminde anneye kırmızı renkli saç bandı, eşarp, başörtüsü, kıyafet giydirilir, kırmızı kurdeleli altın hediye edilir; kırmızı şeker veya şerbet verilir. Kapı eşliğine veya odanın herhangi bir yerine demirden yapılmış bir eşya veya nal gibi objeler koyulur, albasmasının erkeklerden korktuğu düşünüldüğü için annenin yatağının başucuna eşinin gömleği asılır veya herhangi bir eşyası bırakılır. Kırklı kadınlar yani lohusalar birbirleriyle bu dönem bitene kadar görüşürülmez (54,127). Genellikle gece uykularında musallat olduğu inancından dolayı evin ışıkları albasmasını gündüz olduğuna inandırmak için açık bırakılır. Bakır ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında katılımcıların %53,2'si albasmasına inanmadıklarını belirtse de genelinin önlem amaçlı herhangi bir yöntem uyguladığı ortaya çıkmıştır (54). Postpartum dönemindeki geleneksel inanç ve uygulamaların %88' i albasmasına karşı alınan önlemleri içermektedir (128).

Halk arasında albasması olarak yorumlanan semptomları bilimsel olarak açıklamak gerekirse; postpartum dönemdeki mastit, postpartum depresyon, puerperal enfeksiyon veya dehidratasyon durumunda ateş, sayıklama, halüsinasyon, uykusuzluk, dikkat eksikliği, ağlama gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır (119,129,130). Albasmasına karşı uygulanan yöntemlerin birçoğu zararsız uygulamalar olsa da bu süreçte sağlık

kuruluşuna başvurmama veya gecikme, temelde yatan hastalık tanısının geç koyulmasına ve tedavinin gecikmesine sebep olmaktadır (131).

Türk kültüründe postpartum 40 gün içerisinde anne veya yenidoğanın hastalanmasına “Kırkbasması” denilmektedir. Bu dönemde albasmasında olduğu gibi anne ve yenidoğan yalnız bırakılmaz, dışarıya çıkarılmaz, diğer lohusa kadınlarla görüştürülmez, menstrüasyon dönemindeki (adetli veya abdestsiz) kadınların ziyareti engellenir. Yenidoğandaki kilo kaybı, hipoaktivite, emmeme gibi yenidoğan sepsis belirtileri veya annedeki iştahsızlık, ateş ve halüsinasyon gibi puerperal enfeksiyon belirtileri halk arasında albasması veya kırkbasması olarak yorumlanmaktadır (130,132).

Dünyada ve Türkiye’de anne sütü üretimini arttırmaya yönelik çeşitli geleneksel inanç ve uygulamalar, emzirmenin yenidoğan sağlığı ve gelişimindeki önemini yansıtmaktadır. Birçok kültürde galaktagog olarak bilinen bazı bitki ve çayların tüketimi teşvik edilmektedir. Yaygın olarak kullanılan bitkiler çemen otu (buyotu), dededikeni, dereotu, kişniş, karahindiba, kimyon ve rezenedir (133). Sıvı tüketimi, yulaf, arpa, badem, darı gibi besinlerin çorba veya lapa şeklinde tüketimi, göğüs masajı gibi uygulamalar bu amaçla başvurulan yöntemlerdendir (134).

Ülkemizde de süt üretimini arttırmak için benzer uygulamalar yapılmaktadır. Anason ve rezene çayı galaktagog özelliklere sahip olduğuna inanılan popüler seçeneklerdir. Ayrıca çorba, bulgur ve şekerli içeceklerin tüketimi de diğer seçenekler arasında sayılabilir (135).

Yenidoğanın kundaklanması Türk kültüründe olduğu gibi Doğu Avrupa, Orta Doğu ve Asya kültürlerinde de oldukça yaygın olan bir uygulamadır. Özünde rahimdeki ortamı taklit ederek rahatlık ve güven sağladığına inanılan bu uygulama bebeğin sıcak tutulması, hareket kısıtlılığı ile uyumasına yardımcı olması gibi sebeplerle uygulanmaktadır (136). Buna rağmen uygun olarak yapılmayan sıkı kundaklama gelişimsel kalça displazisine, göğüs hareketlerini engelleyerek pnömoniye, hipertermiye, çok uzun süre kundaklandığında raşitizme, cilt problemlerine ve bebekte strese sebep olabilir (137).

Ülkemizde kundaklama ile beraber yapılan höllük beleme özellikle İç ve Doğu Anadolu bölgesinde yaygın olarak uygulanmaktadır. Emici özelliğinden dolayı pişik oluşumunu engellemek ve bebeği sıcak tutmak için elenen kil özelliğindeki toprak ateşte kavrulduktan sonra bebeğin altına konularak bağlanmaktadır. Neonatal tetanosun

en önemli sebeplerinden biridir (138). Sivas'ta yapılan bir çalışmada höllük uygulanma oranı %29,3 olarak belirtilmiştir (139).

Tuzlama olarak bilinen bebek banyo suyuna tuz eklemenin geleneksel uygulaması çeşitli kültürel inanışlara dayanmaktadır ve ülkemiz dışında Orta Doğu, Doğu Avrupa, Asya ve Afrika kültürlerinde görülmektedir. Bunun yanında Yunan, Roma ve İslam kültürlerine ait tıbbi ve kültürel metinlerde yer bulmuş bir uygulamadır. Bu uygulamadaki amaçlar bebeğin sağlığını korumak, temiz olmasını sağlamak, kötü ruhlar ve nazardan korumak, fiziksel olarak güçlü olmasını sağlamak ve terinin kokmasını önlemektir (140,141,142). Akçay ve arkadaşlarının (2019) Muğla'da yapmış olduğu çalışmada tuzlama oranı %59,9 iken; Karabulutlu'nun Kars'ta yapmış olduğu çalışmada bu oran %64 olarak bulunmuştur (143,144).

Yenidoğanın göbek kordonu bakımıyla ilgili geleneksel uygulama, inanç ve ritüeller dünya çapında çeşitli kültürlerde yaygındır. Bu uygulamalar genellikle iyileşmeyi sağlamak, enfeksiyonlardan korumak ve bazen manevi sebeplerle yapılmaktadır. Birçok kültür kurumayı hızlandırmak için doğal kurutucu maddeler veya bitkiler uygulamaktadır. Yaygın kullanılan ürünler arasında kül, zerdeçal veya bitki karışımları yer almaktadır. Örneğin Hindistan'ın bazı bölgelerinde bu amaçla yağ ve zerdeçal karışımı sürülmektedir (145). Afrika'da göbek kordonu steril bir aletle kesildikten sonra şifalı bitki karışımları sürülerek tedavi edilmektedir. Nijerya'nın bazı kırsal kesimlerinde ise göbek kordonu saç teli veya areca ağacından (bir tür palm ağacı) kesilen ve keskinleştirilen bir çubuk yardımıyla kesilmektedir. Bunun sebebi jiletle kesilen kordonun kuruyup düşmesinin uzun sürdüğüne ve kötü kokuya sebep olduğuna olan inançtır. Ayrıca göbek bakımında iri sofraya tuzu ile ovma işlemi yapılmaktadır (146).

Göbek bağının atılması veya saklanması birçok toplumda kültürel ve manevi öneme sahiptir. Japonya'da göbek bağı sıklıkla anne ve bebek arasındaki bağın simgesi olarak saklanır. Bunun tersine bazı Kızılderili kültürlerinde çocuğun toprakla bağının simgesi olarak gömülmektedir (147,148).

Ülkemizde göbek kordonuna yapılan uygulamalarda özellikle nasıl saklandığına dair inanışlar yaygındır. Örneğin bebeğin ileride dinine düşkün olması için cami avlusuna, okuyup eğitimi için okul bahçesine gömülmektedir. Bunun yanında ömrünün uzun olması veya sesinin güzel olması için göbek kordonunun uzun kesilmesi inancı da mevcuttur (119,149). Ülkemizde göbek bakımında alkol, batikon, tuz, zeytinyağı ve kahve kullanılırken bazen hiçbir işlem uygulamadan kendiliğinden

düşmesi de beklenmektedir. Uğurlu ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada bu yöntemlerden en çok uygulanma oranı %58 ile alkol kullanımıdır (150).

Yenidoğanın ilk beslenmesi ile ilgili geleneksel uygulamalar kültürel mirasın derinliklerine dayanmaktadır. Birçok kültürde kolostrum besleyici ve koruyucu zengin içeriğiyle oldukça değerlidir. Buna rağmen Afrika ve Asya'daki bazı topluluklarda, Bangladeş, Etiyopya, Vietnam ve Güney İtalya'da çok güçlü olması ve bu sebeple bebeğe zarar vereceği inancından dolayı kolostrumun atılması geleneği mevcuttur (151,152). Çeşitli kültürlerde ise ilk emzirmeden önce yenidoğana bal, sade yağ, su veya şekerli su gibi gıdalarla beslenme yapılması yaygındır. Afrika ve Asya'nın bazı bölgelerinde yenidoğana ilk olarak bal verilmesi çocuğun mizacını tatlandıracağına veya tatlı bir yaşam sunacağına olan inançtan dolayı yaygın bir uygulamadır (153).

Ülkemizde yenidoğanın ilk beslenmesine yönelik geleneksel uygulamalarda sırasıyla su, zembek suyu, ağzına hurma sürme, şekerli su, bal ve pekmez yer almaktadır (154). Yiğitalp ve Gümüş'ün (2017) Diyarbakır'da yapmış olduğu çalışmada annelerin bebeklerine %27.5 oranla ilk olarak şekerli su verdiği, %17.5'inin kolostrum vermediği tespit edilmiştir (155).

Yenidoğanın ilk beslenmesinin ilk bir saat içinde gerçekleşmesi önemlidir aksi halde maternal ve neonatal riskler gelişebilir. Ancak kültürümüzde "ilk emzirme için 3 ezan vakti beklenmelidir" şeklinde bir geleneksel uygulama mevcuttur ve ne yazık ki hala bazı bölgelerde uygulanmaktadır. Diyarbakır'da yapılan bir çalışmada annelerin %6,9'u ilk emzirme için 3 ezan vaktini beklediğini bildirmiştir (155). Hizel ve arkadaşlarının Türkiye'nin 10 ilini kapsayan çalışmasında ise bu oran %23.4 olarak belirlenmiş, doğuda yaşayan annelerin batıda yaşayanlara göre bu uygulamayı daha çok yaptıkları tespit edilmiştir (156).

Yenidoğanı sarılıktan korumak için ülkemizde yapılan en yaygın uygulama bebeğe sarı örtü veya yazma örtmek veya sarı kıyafet giydirmektir. Bu geleneğin uygulanma oranı bölgeden bölgeye değişmektedir. Her ne kadar bu uygulama zararsız etkisiz bir uygulama olsa da literatürde yenidoğana şekerli su vermek, iki kaş arasına jilet attırmak, dil altına veya kulak arkasına küçük bir kesi atmak gibi zararlı uygulamalar da mevcuttur (119,155).

Plasentaya (eş) ilişkin geleneksel uygulamalar ve ritüeller dünya çapında farklı kültürlerde derin köklere sahiptir. Bu gelenekler sıklıkla yenidoğanın sağlığı ile alakalı olup; hayat veren bir varlık olarak plasentanın önemini yansıtmaktadır. Örneğin Yeni Zelanda'da bazı yerli kültürler arasında çocuğun toprakla, atalarıyla ve kimliğiyle olan

bağlantısını simgeleyen plasenta toprağa gömülmektedir (157). Bu plasenta gömme ritüeline benzer uygulamalar Endonezya, Hindistan ve Malezya’da da yapılmaktadır (158). Zambiya’da ise kötü niyetli kişilerin plasentayı bulup büyü yapma olasılığına karşı kimse görmeden gömülmektedir (159). Haiti ve Mirebalis’de ise plasenta gömülürken bir parça kord bebek hasta olduğunda kaynatıp ilaç gibi içirmek için saklanmaktadır (160). Ülkemizde bu konuda yapılan yaygın uygulamalar ise plasentanın akarsuya atılması veya gömülmesidir (56). Türk halk kültüründe plasenta Umay Ana ile anlamlandırılmış, Divanü Lügati’t Türk’te tanımlanacak kadar önem verilmiş bir unsurdur. Kültürümüzde plasentanın gömülmesi hem toprakla bütünleşip özüne dönmesi hem de büyü gibi kötü durumlara maruz kalmaması için yapılan bir uygulamadır (161).

Yaygın olmasa da plasentofaji olarak bilinen plasentayı yeme uygulaması bazı kültürlerde ve Batı toplumundaki bazı modern savunucular arasında görülmektedir. Bu konudaki bilimsel kanıtlar sınırlı olmasına rağmen doğum sonu annede iyileşmeyi hızlandırdığı ve süt üretimini arttırdığına inanılmaktadır (162). Antik Mısırda bu uygulamanın yapıldığına dair kanıtlar bulunmuş ayrıca Pagan dinlerin hâkim olduğu kültürlerde de olduğu ancak Hristiyanlığın ve Yahudiliğin baskıları sonucu bir süre durdurulduğu düşünülmektedir (160). Bu uygulama aynı zamanda hastalıkları iyileştirmek için Çin tıbbında da yer almaktadır (163).

## **2.5. Transkültürel Hemşirelik**

### **2.5.1. Transkültürel hemşirelik tanımı ve tarihsel gelişimi**

Transkültürel (kültürlerarası) hemşirelik, farklı kültürel ortamlarda, kültürel açıdan yetkin bakım sağlamak için hemşirelik ve antropoloji birleştirmeye odaklanan uzmanlaşmış bir alanıdır. Etkili ve kişiselleştirilmiş sağlık hizmetleri sunmak için hastaların farklı kültürel geçmişlerini anlamayı ve bunlara saygı duymayı amaçlamaktadır. Bu alanın öncü isimlerinden biri olan Madeleine Leininger, transkültürel hemşireliği benzer veya farklı kültürlere sahip bireylerin veya grupların karşılaştırmalı kültürel bakım değerleri, inançları ve uygulamalarına odaklanan önemli bir çalışma ve uygulama alanı olarak tanımlamaktadır. Leininger’ın “Kültürel Bakımda Çeşitlilik ve Evrensellik” teorisi, kültürler arası hemşireliğin temel çerçevesini oluşturur ve kültürel olarak uyumlu bakımın ancak hastaların kültürel inançlarını, değerlerini ve

uygulamalarını bakım planına entegre ederek ve anlayarak elde edilebileceğini vurgular (164).

Transkültürel hemşirelik birkaç temel boyutu kapsar:

- 1.Kültürel yeterlilik: Hemşirenin hastaların kültürel, sosyal ve dinsel ihtiyaçlarını karşılayan sağlık hizmetlerini etkili bir şekilde sunma becerisini içerir. Sağlık inançlarını, davranışlarını ve ihtiyaçlarını etkileyen kültürel faktörlerin anlaşılmasını gerektirir.
- 2.Kültürel bakımın korunması/ sürdürülmesi: Bu boyut hastanın kültürel değer ve inançlarına saygı göstererek sağlığına faydalı kültürel uygulamaların kullanımının desteklenmesini ve kolaylaştırılmasını içerir.
- 3.Kültürel bakımdan uyum: Kültürlerarası bir bağlamda çalışan hemşirelerin hastaların kültürel uygulamalarına uyum sağlaması gerekebilir. En etkili bakım sonuçlarına ulaşmak için sağlık bakım planlarında gerekli ayarlamaların yapılması gerekmektedir.
- 4.Kültürel bakımın yeniden modellenmesi/ Yapılandırılması: Hastaların kültürel değerlerine ve inançlarına saygı göstererek sağlıklarına zararlı olabilecek uygulamaları değiştirmelerine yardımcı olmayı içerir. Hemşire ile hasta arasında hassas bir iş birliği gerektirir.
- 5.Kültürel değerlendirme: Sistematik ve kapsamlı bir kültürel değerlendirme, transkültürel hemşireliğin kritik bir bileşenidir ve hemşirelerin hastanın sağlık hizmeti ihtiyaçları ve tercihleriyle ilgili kültürel bilgilerin toplamasını sağlar (24,164,165,166).

Transkültürel hemşireliğin tarihsel gelişimi, hemşirelik uygulamalarında kültürel olarak uyumlu bakımın önemini vurgulayarak kültürel yetkinliği sağlık hizmetlerine entegre etmeye yönelik çok önemli bir yolculuk olmuştur. Bu evrim, kültürel çeşitliliğin sağlık sonuçları ve hasta bakımı üzerindeki etkisinin giderek daha fazla kabul edildiğini yansıtmaktadır (167).

Transkültürel hemşireliğin temeli ve ilerlemesi büyük ölçüde 20. yüzyılın ortalarında Madeleine Leininger' ın öncü çalışmalarıyla başlamıştır. Farklı kültürlerden gelen çocuklarla hemşirelik deneyimi yaşayan Leininger, 1950'lerde aynı zamanda kültürel ve sosyal antropoloji alanında doktora çalışmaları sırasında bu alandaki bilgilerini hemşireliğe entegre etmesiyle teorisinin temellerini atmaya başlamıştır. Leininger, 1970'lerde kültürel bakımda çeşitlilik ve evrensellik teorisini geliştirmiştir (168). Kültürlerarası Hemşirelik Derneği ise 1974'te kuruldu ve hemen ardından

1989'da Kùltùrlerarası Hemşirelik Dergisinin yayına girmesiyle araştırma, eğitim ve uygulama için bir platform sağlayan önemli adımlar atılmış oldu (169).

Hemşirelik eğitiminde kültürel yeterlilik eğitimine olan önem artarak gelişmeye devam etmiştir. Campinha- Bacote'nin "Sağlık Hizmetleri Sunumunda Kültürel Yeterlilik Süreci" ve Purnell' in "Kültürel Yeterlilik Modeli" gibi çeşitli modeller ve çerçeveler hemşirelere kültürel açıdan yetkin bakım sağlama konusunda rehberlik etmek üzere geliştirilmiştir (166,170). Transkültürel hemşirelik ilkelerinin eğitim müfredatlarına, klinik kılavuzlara ve sağlık politikalarına eklenmesi ve entegrasyonu birlikte önemini her geçen gün daha da ortaya koymaktadır. Günümüzde kùltùrlerarası etkileşim, savaş, göç, küreselleşme gibi sebeplerle sağlık profesyonelleri giderek daha çok kültürel çeşitliliğe sahip ortamlarda çalışması, bu alandaki gelişmelerin hızlanmasına zemin hazırlamakta ve ivmesini arttırmaktadır (2,171).

### **2.5.2. Transkültürel hemşireliğin kadın sağlığı ve geleneksel uygulamalar üzerindeki rolü**

Geleneksel uygulamaların ve inançların sağlık davranışlarını ve sonuçlarını önemli ölçüde etkilediği transkültürel hemşirelik, özellikle doğum öncesi ve sonrası bakım konusunda kadın ve çocuk sağlığı konusunda kritik bir rol oynamaktadır. Kùltùrlerarası hemşirelik yaklaşımını benimseyen sağlık profesyonelleri, zararlı geleneksel uygulamaları daha iyi ele alabilir, güvenli doğum uygulamalarını teşvik edebilir ve genel sağlık sonuçlarını iyileştirebilir (172).

Transkültürel hemşireliğin temel ilkesi, sağlık hizmetleri inanç ve uygulamalarındaki kültürel farklılıkları anlamayı ve saygı duymayı içeren kültürel yeterliliktir. Kadın sağlığı bağlamında özellikle doğum öncesi ve sonrası dönemde kültürel yeterlilik, hemşirelerin ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının sağlığı geliştirici davranışları teşvik ederken, zararlı geleneksel uygulamaları etkili bir şekilde ele almalarına ve azaltmalarına olanak tanır (164). Kadınların bu dönem bakımıyla ilgili çok sayıda geleneksel uygulamanın sağlık üzerinde zararlı etkileri olabilir. Transkültürel hemşirelik kültürel inançlara saygı göstererek kültürel olarak kabul edilebilir alternatifler bulurken, toplumu bu tür uygulamalarla ilişkili sağlık riskleri konusunda eğitmede önemli bir rol oynamaktadır. Kanıta dayalı tıbbi uygulamalar kültürel inançlarla bütünleştirilerek güvenli uygulamaları teşvik edebilir. Buna hem anne hem de çocuk için tüm bu süreçteki bakım ve güvenli doğum uygulamaları

konularında kültürel açıdan duyarlı danışmanlık sağlanması da dahildir. Amaç, kültürel uygulamalara saygı göstermek ile sağlık güvenliği standartlarının karşılanmasını sağlamak arasında bir denge sağlamaktır (173).

Eğitim, transkültürel hemşirelikte güçlü bir araçtır. Eğitim sayesinde hemşireler, kadınları kendileri ve çocuklarının sağlığı hakkında bilinçli kararlar alma konusunda güçlendirebilir (174). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA- American Nurses Association), hemşire- hasta etkileşiminin karmaşık olduğunu ve bu karmaşıklığın birbiriyle ilişkili üç kültürel boyuttan etkilendiğini vurgulamaktadır: hemşirenin kültürü, hastanın kültürü ve ortamın kültürü. Bu kavramsal çerçeve hemşire ve hastanın kendi benzersiz kültürel geçmişlerini ve değerlerini sağlık ortamına getirdiklerini ve ortamın kendi kültürel norm ve beklentilerine sahip olduğunu kabul ederek, hemşirelik uygulamalarında kültürel yeterliliğin önemini altını çizmektedir (57,166).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırma Soruları**

1. Suriye Arapça dili ve kültürüne uyarlanan FOİÜÖ' nden elde edilen puanlar geçerli midir?
2. Suriye Arapça dili ve kültürüne uyarlanan FOİÜÖ' nden elde edilen puanlar güvenilir midir?
3. Farklı iki kültürdeki kadınların doğum öncesi dönemlerine ilişkin geleneksel inanç ve uygulamalarında farklılıklar var mıdır?
4. Farklı iki kültürdeki kadınların doğum sonrası dönemlerine ilişkin geleneksel inanç ve uygulamalarında farklılıklar var mıdır?
5. Suriyeli ve Türk katılımcıların yaş, gelir düzeyi, gebelik sayıları, aile tipleri, FOİÜ'a dair bilgi kaynakları ve eğitim düzeyi değişkenleri FOİÜ'ı ne düzeyde açıklamaktadır?

#### **3.2. Araştırmanın Yeri, Tipi ve Zamanı**

Araştırma Aralık 2022 ve Aralık 2023 tarihleri arasında Kilis Göçmen Sağlığı Merkezi'ne başvuran Suriyeli göçmen kadınlar ve Balıkesir'in Bandırma İlçesindeki bir ASM' ye (Aile Sağlığı Merkezi) başvuran Türk kadınlar ile yürütülmüştür.

Mevcut çalışma, nicel araştırma yöntemlerinden metodolojik ve kesitsel araştırma tiplerindedir. Çalışmada kullanılacak olan gruplar arası farklılıklar, değişkenler arası ilişkiler ve faktör analizi yöntemleri mevcut çalışmanın metodolojik boyutlarını yansıtırken, kesitsel tür ise araştırma verilerinin belli bir zaman diliminde toplanacağını ifade etmektedir.

#### **3.3. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın uygulanabilmesi için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 12.12.2022 Tarih ve 2022/132 no'lu etik uygunluk onayı (EK-1) alınmıştır. Sonrasında çalışmanın yürütüleceği Kilis İl Sağlık Müdürlüğü'nden 27.12.2022 Tarihli (EK-2) ve Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü'nden 31.01.2023 Tarihli (EK-3) kurum izinleri alınmıştır. Ölçek kullanımı için ölçek yazarından eposta yoluyla izin alınmıştır. Çalışmaya katılmak isteyen tüm katılımcılara formları dağıtmadan önce çalışmanın amacı hakkında sözel olarak bilgilendirme yapılmış; ayrıca yazılı onamları alınmıştır.

### 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmaya Kilis ili Göçmen Sağlığı Merkezi'ne başvuran Suriyeli göçmen kadınlar ve Balıkesir ili Bandırma İlçesindeki bir ASM' ye başvuran Türk kadınlar dahil edilmiştir. Kilis Göçmen Sağlığı Merkezinde kayıtlı başvuran hasta nüfusu sabit olmadığı için örneklem sayısı belirlenirken evreni belli olmayan örneklem sayısı hesaplanmıştır.

Veri toplamaya ilk olarak 2023 Haziran ayında Kilis ilinden başlanmıştır. Suriyeli katılımcılardan toplamda 358 kişiye ulaşılmış ancak veri girişi eksik veya yanlış olan 38 katılımcı çalışma dışı bırakılmış, böylece 320 katılımcının verisi istatistiğe hazır hale gelmiştir.

Çalışmanın 1. Aşaması yani ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında yapılan faktör analizi için örneklem sayısı genel olarak kabul gören uygulamalara göre ölçüm aracındaki her bir madde başına en az 5 katılımcı veya en az 100-200 katılımcı önerilir (175). Bu nedenle basit örneklem yöntemine dayalı olarak seçilen 228 katılımcı verileri çalışmanın geçerlik güvenilirlik aşamasında kullanılmıştır.

Çalışmanın ikinci yani iki farklı kültürün işlevsel olmayan inanç ve uygulamalarının incelendiği kısmında, çalışmaya dahil edilecek minimum örneklem sayısını belirlemek amacı ile G.Power 3.1.9.7 istatistik analizi programından faydalanılmıştır. Çalışmanın amacına uygun olarak x2 test grubu içerisinde Goodness-of-fit Test: Contingency tables ve A priori analizi seçilmiştir. Çalışmanın etki derecesi  $w = 0.3$ , hata değeri  $p = .05$ ,  $B = .80$  ve serbestlik derecesi  $df = 5$  olarak belirlenmiştir. Bu değerlere göre çalışmanın ikinci kısmına dahil edilmesi gereken minimum katılımcı sayısı 143 (her iki kültürden ulaşılacak toplam katılımcı) olarak bulunmuştur. Türk katılımcılardan çalışma başında 93 kişiye ulaşılmış, 8 katılımcının verileri eksik ve yanlış olduğu gerekçesiyle çalışma dışı bırakılmış, sonuç olarak 85 katılımcının verileri istatistiğe hazır hale getirilmiştir. Çalışmanın bu aşamasında 85'i Türk ve 92'si Suriyeli olmak üzere toplamda 177 kişi ile çalışma tamamlanmıştır.

Örneklemin araştırmaya dahil olma kriterleri;

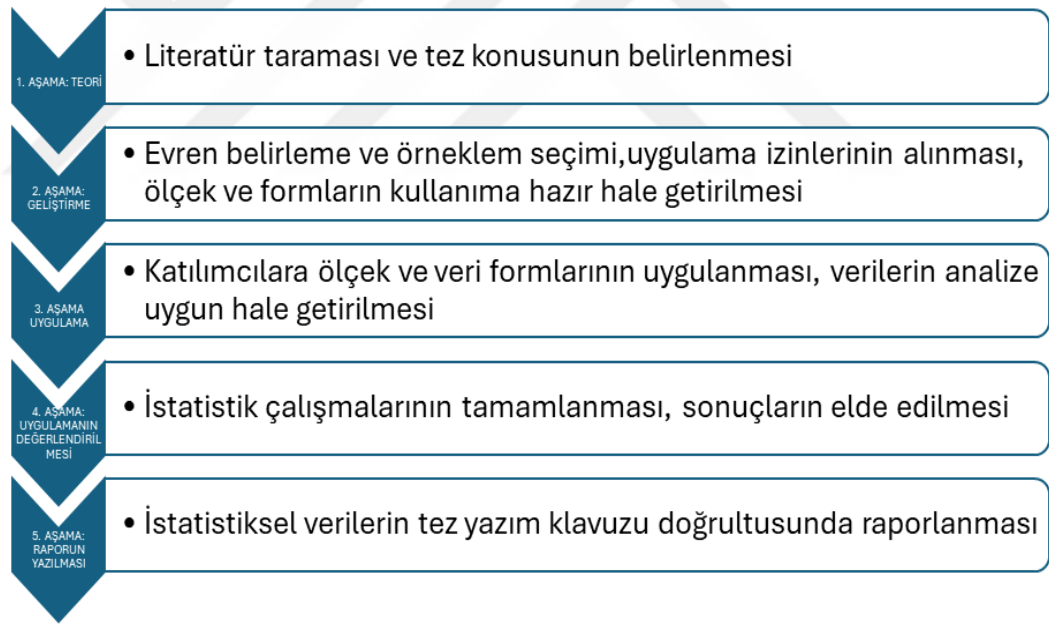
- 18 yaş ve üzeri olmak,
- En az 1 canlı doğum yapmış olmak,
- Kendi dilinde en az okur-yazar olmak
- Soruları anlama ve yanıtlama yeterliliğinde olmak.

Dahil olma ölçülerine uymayan ve çalışmaya katılmak istemeyen, verileri eksik veya yanlış dolduran katılımcılar araştırmaya dahil edilmemiştir.

### 3.5. Araştırma Planı

Araştırmaya ilk olarak literatürün incelenerek tez konusunun belirlenmesi ile başlanmıştır. Tez konusunun kabul edilmesinin ardından evren belirlenerek örneklem seçimi yapılmıştır. Sırasıyla ölçek kullanım izni ve her iki örneklem için kurum izinleri alınmıştır. Ardından literatür değerlendirilerek demografik form hazırlanmıştır. Çalışmanın yapılacağı sağlık kuruluşları ile iletişime geçilmiş ve katılımcılardan veri toplanmıştır. Toplanan veriler analize uygun hale getirilmiş, analizler yapılmış ve elde edilen bulgular eşliğinde tez yazım yönergesi doğrultusunda mevcut araştırma tamamlanmıştır.

Araştırmamızın tüm aşamaları ve içerikleri Şekil 3.1’de anlatılmıştır.



Şekil 3.1. Araştırma Akış Şeması

### 3.6. Tez Çalışması Takvimi

Tez çalışması HKÜ Lisansüstü Eğitim- Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'ne uygun olarak düzenlenmiştir.

### Çizelge 3.1. Tez Çalışma Takvimi

Doktora Yeterlilik Sınavı	24.05.2022
Literatür Tarama, Araştırma Konusunun Belirlenmesi	2022 Haziran-Kasım
Tez Önerisinin Sunumu	10.11.2022
Etik Kurul İzninin Alınması	12.12.2022
Kurum İzinlerinin Alınması	27.12.2022 (Kilis) 31.01.2023 (Balıkesir)
Verilerin Toplanması ve Analiz	2023 Haziran-Aralık
Araştırma Raporunun Yazılması	2023 Aralık-2024 Mayıs
Tez Savunması	27 Haziran 2024

### 3.7. Tez İzleme Komitesi Toplantıları

HKÜ Lisansüstü Eğitim- Öğretim ve Sınav Yönetmeliği doğrultusunda düzenlenen Tez İzleme Komitesi toplantıları şu şekildedir;

1. Tez izleme komitesi toplantı tarihi: 12.12.2022
2. Tez izleme komitesi toplantı tarihi: 14.07.2023
3. Tez izleme komitesi toplantı tarihi: 17.12.2023

### 3.8. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama formları olarak Sosyo-Demografik Bilgi Formu ve FOİÜÖ kullanılmıştır. Çalışmanın amacına uygun olarak, Türk grubu için Türkçe formu, Suriyeli katılımcı grubu için ise uyarlama çalışma basamaklarına uygun olarak hazırlanmış Suriye Arapçası formları kullanılmıştır.

#### 3.8.1. Sosyo-demografik veri anketi

Araştırmacı tarafından konu ile ilgili literatür taranarak ve Ebelik, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği alanında uzmanlaşmış akademisyenlerin, önerileri doğrultusunda oluşturulan sosyo-demografik anket formu kadınların sosyo-demografik, doğurganlık ve gebelik özelliklerini sorgulayan 26 maddeden (EK-4) oluşmaktadır.

### 3.8.2. Fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalar ölçeği

FOİÜÖ Yalçın ve Koçak (2012) tarafından, anne adaylarının kendi sağlıkları ve bebek bakımındaki etkisiz ve zararlı uygulamalara yönelik tutumları belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (EK-5). Ölçek, 5’li likert tipi tutum ölçeğinden oluşmaktadır. Ölçek; gebelik (23 madde), doğum (8 madde), lohusalık (9 madde) ve bebek bakımıyla ilgili (18 madde) olmak üzere 4 alt boyut ve 58 maddeden oluşmaktadır.

Gebeliğe ilişkin alt boyut maddeleri 1.-23. Maddelerden;

Doğuma ilişkin alt boyut maddeleri 24.-31. Maddelerden;

Lohusalığa ilişkin alt boyut maddeleri 32.-40. Maddelerden ve,

Bebek bakımına ilişkin alt boyut maddeleri 41.-58. Maddelerden oluşmaktadır.

Maddelere ilişkin görüşler; “Tamamen Katılıyorum (1)”, ”Katılıyorum (2)”, “Kararsızım (3)”, “Katılmıyorum (4)” ve “Kesinlikle Katılmıyorum (5)” kategorilerinden biri ile belirtilmiştir.

Alt boyutlardaki maddelerin faktör yük değerleri 0,22 ile 0,58 arasında değişmektedir. Toplam varyans açıklama oranı %49 ve Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ise 0,87 olarak bulunmuştur. Alt boyutların yanı sıra ölçeğin tümünden elde edilen puanlar da hesaplanabilmektedir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe kadınların bu inanç ve uygulamalarla ilgili bilgilerinin az olduğu, alınan puan düştükçe bu uygulamalar hakkında daha çok bilgilerinin olduğu belirtilmiştir. Ölçekte 51 numaralı madde ters puanlanmaktadır ve ölçekten toplamda alınabilecek en düşük puan madde sayısı olan 58 iken, en yüksek puan ise 290 puandır. Fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalar tutum ölçeği alt boyutlarına ilişkin faktör analizi ve Cronbach Alpha güvenilirlik sonuçları Çizelge 3.2’de sunulmuştur.

**Çizelge 3.2.** FOİÜÖ Faktör Analizi ve Cronbach Alpha Güvenirlik Sonuçları.

Boyutlar	Maddeler	Varyans	Cronbach Alpha
Gebelik	1-23 (23 madde)	47,86	0,89
Doğum	24-31 (8 madde)	52,12	0,87
Lohusalık	32-40 (9 madde)	52,22	0,87
Bebek bakımı	41-58 (18 madde)	53,66	0,86
Ölçek Toplam	58 madde	49,87	0,87

### 3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen tüm veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS (Statistical Package for the Social Science- Sosyal Bilimler için İstatistik Programı) ve AMOS (Analysis of Moment Structures) istatistik programları ile değerlendirilmiştir. Değerlendirmelerde verilerin özelliklerine göre uygun istatistiksel yöntemler ile değerlendirme yapıp, istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edilmiştir.

Çalışmada ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmak amacı ile Paralel Analiz, DFA (Doğrulayıcı Faktör Analizi) ve AFA (Açımlayıcı Faktör Analizi) yapılmıştır. Paralel analiz ve DFA yapılmadan önce, verilerin faktör analizi için uygun olup olmadığını belirlemek için KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) incelenmiştir. Veri setinin normallik derecesini ölçmek için her bir maddenin skewness ve kurtosis değerleri incelenmiştir. Faktör analizi sonrasında her iki kültüre ait alt ölçek puanları arasındaki farkları tespit etmek için MANOVA (Multivariate Analysis of Variance) analizi yapılmıştır. Ayrıca ölçek alt puanları için normallik analizi yapılmıştır. Kolmogorov-Smirnov testi normallik varsayımını test etmek için kullanılmıştır. Analiz sonucunda verilerin bebek bakımı alt ölçek puanları hariç normal dağılıma uygun olmadığı görülmüş ve bu nedenle de gruplar arası farklılıkları ölçmek için normal dağılımdan etkilenmeyen ve non-parametrik bir test olan Mann-Whitney U-Testi yapılmıştır. İşlevsel olmayan inanç ve uygulamalara dair toplam puanlarında her iki grup arasında bir farklılığın olacağı varsayımına binaen bu farklılığın gruplar arasındaki yaş farkından kaynaklandığı düşünülmüştür. Bu yüzden yaş değişkeni ANCOVA (Analysis of Covariance) analizinde ara değişken olarak kullanılmıştır. Son olarak, demografik bilgilerin işlevsel olmayan inanç ve uygulamaları her iki grup toplam örneklemini ne düzeyde açıkladığını ölçmek amacıyla doğrusal çoklu yordama analizi yapılmıştır. Çalışmaya katılan kadınların uyruk bazında demografik değişkenlere ait yüzde değerlerine yer verilmiştir. Ölçeğin güvenirlik analizi için İç Tutarlılık yöntemlerinden Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı Yöntemi uygulanmıştır. Bu yöntem ölçek maddeleri “doğru-yanlış” şeklinde değil de eşit ve artan sayılarla puanlandığında kullanımı uygun olan bir yöntemdir. Ölçekte bulunan tüm maddelerin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile elde edilmektedir (176).

## 4. ARAŞTIRMA BULGULARI

### 4.1. Ölçek Geçerlik Güvenirlik Çalışmaları

Standardize edilmiş ve yapılandırılmış ölçüm araçlarının gerekliliği toplumların çok kültürlü ve uluslu olmasıyla beraber giderek artmaktadır. Önceki süreçlerde bir ölçeğin başka kültür ve dillere uyarlama aşaması genel olarak çeviri süreci olarak görülmekteydi. Ancak günümüzde uyarlama süreci dilbilimsel içeriğin korunmasının yanı sıra, aynı zamanda kültürel tutarlılığının da sağlanması gerekliliğini vurgulamaktadır (177,178).

Kavramların incelenmeden bir kültür ve dilden diğerine aktarılması maddelerin farklı anlamlandırılmasına veya anlam kopukluklarına sebep olarak ölçülmek istenen durumun net olarak ortaya çıkarılamamasına neden olabilir. Bu da gerçeği tam olarak yansıtmayabilir (179).

Ölçek uyarlama sürecinde izlenecek adımlar literatürde farklılıklar göstermekle beraber birbirine çok yakın anlatımlar mevcuttur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Test Komisyonu tarafından yayınlanan rehberler birbiriyle paralellik göstermekle beraber bazı kaynaklarda süreç aşamalarının sıralamalarında farklılıklar görülmektedir (180-182).

#### 4.1.1. Ölçek dil ve geçerlik çalışmaları

Ölçeğin dil uyarlaması süreci Şekil 4.1' de belirtilen aşamalara göre yapılmıştır.



Şekil 4.1. Ölçek dil geçerliği aşamaları

**1. Aşama- Çeviri:** Bu aşama ölçek kullanım izni için ölçek yazarı ile e-posta yoluyla iletişime geçilerek ölçek kullanım izni (EK-6) alındıktan sonra her iki dile ve

kültüre hâkim olan bir uzman tarafından orijinal ölçeğin uyarlanacak dile çeviri aşamasıdır.

Türkçe dilinde yazılmış olan FOIUÖ, çeviri hizmeti veren profesyonel iki ayrı tercüman tarafından Suriye Arapçasına çevirisi yapılmıştır. İlk çevirmen konu hakkında bilgilendirilmemiş, 2. çevirmen ise bilgilendirilmiştir. Bilgilendirilen çevirmene konu, amaç ve yapılmak istenenler anlatılmış, örneklem hakkında ayrıntılı bilgiler verilmiştir. Ayrıca her iki çevirmenin de ana dilinin Arapça olmasına dikkat edilmiştir. Kendi dillerinde yaygın kullanılan nüans, anlam ve deyimlerin tam yerinde kullanılmasını sağlamak amacıyla yayımlanan bazı yönergeler çeviri yapılan dil ile çevirmenin ana dilinin aynı olması gerektiğini önermektedir (177,183).

**2. Aşama- Semantik (Anlamsal) Açıklamalar:** Her iki çevirmenle beraber online ortamda aynı anda video görüşmesi yapılarak hem Arapça hem de Türkçe çeviriler ayrıntılı olarak incelenmiştir. Her iki çeviri madde madde karşılaştırılmış, uyarlama yapılacak dile özgü nüans ve terimler kelime kelime değerlendirilmiştir. Kültüre özgü anlamlar; örneğin albasması, höllükleme v.b. terimlerin Suriye kültürü ve dilindeki tam karşılıkları araştırılmış, karşılığı olan kelimeler kullanılmış, karşılığı tam olarak olmayanlara açıklamalar getirilerek birebir sorulmak istenen soru formuna getirilmiştir. Her iki formun maddeleri en sade ve anlaşılır hale getirilmiştir.

**3. Aşama- Uzman Paneli:** Bu aşamada ölçeğin hem orijinali hem de çevirisi üzerine uzmanların değerlendirme yapımları gerekmektedir. Böylece ilgisiz, yetersiz veya değersiz maddeler değiştirilebilir ve tekrar gözden geçirilebilir. Bu amaçla en az 3, en fazla 20 uzmandan görüş alınır ve Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) saptanabilir (184).

**4. Aşama- Geri Çeviri:** Arapça çeviri Suriye uyruklu, Kilis'te hemşire olarak görev yapan ve aynı zamanda Kilis 7 Aralık Üniversitesi Hemşirelik bölümünde yüksek lisans eğitimine devam eden 2. bir çevirmen tarafından tekrar Türkçeye çevrilmiştir. Geri çeviri yapılırken çevirmene orijinal ölçeğin maddeleri gösterilmemiştir. Buradaki amaç kör çeviri yöntemiyle çevirmeni yönlendirmeden çeviriyi güçlendirmektir (185). Ayrıca bu yöntem DSÖ tarafından da önerilmektedir (186). Geri çeviri işleminde orijinal ölçek maddeleri ile çevirisi yapılan maddeler arasında özellikle anlamsal tutarlılıklara dikkat edilmiş, anlam kayması olup olmadığı kontrol edilmiştir.

**5. Aşama- Pilot Uygulama ve Bilişsel İnceleme:** Ölçek maddelerinin anlaşılma, okunabilme ve cevaplanma sürelerinin uygunluğunu değerlendirmek amacıyla yapılan pilot uygulama için örneklem sayısının en az %10-20'si kadar olması

önerilmektedir (176). Bu aşamada Kilis ilinde çalışmanın yürütüleceği sağlık kuruluşuna başvuran ve örneklem grubu ile aynı özellikleri taşıyan 25 Suriyeli kadına pilot çalışma yapılmıştır. Katılımcılardan soruları sesli olarak okumaları istenmiş ve maddelerin ne anlama geldiğini kendi cümleleriyle açıklamaları istenmiştir. Anlamadıkları veya rahatsız oldukları terimlerin olup olmadığı sorulmuştur.

Pilot uygulamanın bir kısmı kişisel görüşme, bir kısmı ise odak grup görüşmesi ile yapılmıştır. Pilot uygulamaya alınan kişiler örneklem grubuna dahil edilmemiştir. Yapılan uygulama sonucu anlam karmaşasına neden olabilecek herhangi bir madde görülmemiştir.

**6. Aşama- Son Sürüm:** Bu aşamaya kadar yapılan tüm değerlendirmeler sonucunda ölçek formu ve demografik form son halini almıştır.

#### **4.1.2. Ölçek kapsam geçerlik çalışmaları**

Kapsam geçerliği ölçek maddelerinin ölçülmek istenilen kavramları ölçüp ölçmediğini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmamızın bu aşamasında Kilis İl Sağlık Müdürlüğü'nde ve müdürlüğe bağlı farklı kurumlarda hekim, hemşire ve tercüman olarak görev yapan ve her iki dile ve kültüre hâkim olan 3 memur tarafından çevirideki yetersiz ifadeleri çözmek ve iki dil arasındaki tutarsızlıkları tespit etmek amacıyla yeniden bir değerlendirme yapılmıştır. Kapsam geçerliği konusunda Davis tekniğine başvurulmuştur (187).

Bu aşamada kelimelerin her iki dilde de aynı anlamı taşıyıp taşımadığı (anlamsal eşdeğerlik), kültürel olarak anlamı (deyimsel eşdeğerlik), aynı kavramları sorgulayıp sorgulamadığı (kavramsal eşdeğerlik) ve hedef gruba uygunluğu (deneysel eşdeğerlik) değerlendirilmiştir.

Uzmanlara gönderilen maddelerin puanlanması gerekmektedir. Buna göre;

Puanlama:

- (1) Uygun Değil
- (2) Maddenin Uygun Şekle Getirilmesi Gerekir
- (3) Uygun, Ancak Küçük Değişiklikler Gerekir
- (4) Çok Uygun

şeklinde yapılmalıdır. Hesaplama yapılırken 3 ve 4 puan veren uzman sayısı, toplam uzman sayısına bölünür. Uzmanlardan gelen dönüşler sonucunda her bir maddenin KGİ

değerinin %80 ve üzerinde olması gerekmektedir. Bu değer altındaki maddeler yeniden değerlendirilmeli veya ölçek dışı bırakılmalıdır (178,187).

**Çizelge 4.1.** Kapsam geçerliğine yönelik uzman değerlendirmeleri ve maddelerin KGİ değerleri.

Madde (M)	Uygun Değil	Maddenin Uygun Şekle Getirilmesi Gerekir	Uygun Ancak Küçük Değişiklikler Gerekir	Çok Uygun	Madde Bazında KGİ Değeri
M1			1	2	1.00
M2			2	1	1.00
M3				3	1.00
M4				3	1.00
M5			1	2	1.00
M6				3	1.00
M7			1	2	1.00
M8			1	2	1.00
M9			2	1	1.00
M10				3	1.00
M11				3	1.00
M12				3	1.00
M13			1	2	1.00
M14			1	2	1.00
M15			2	1	1.00
M16				3	1.00
M17				3	1.00
M18				3	1.00
M19			1	2	1.00
M20				3	1.00
M21			1	2	1.00
M22				3	1.00
M23				3	1.00
M24			3		1.00
M25			2	1	1.00
M26			1	2	1.00
M27				3	1.00
M28				3	1.00
M29			1	2	1.00
M30				3	1.00
M31			1	2	1.00
M32			1	2	1.00
M33				3	1.00
M34				3	1.00
M35			1	2	1.00
M36				3	1.00

M37	1	2	1.00
M38	1	2	1.00
M39		3	1.00
M40		3	1.00
M41	1	2	1.00
M42	2	1	1.00
M43	1	2	1.00
M44		3	1.00
M45	1	2	1.00
M46		3	1.00
M47		3	1.00
M48	2	1	1.00
M49	3		1.00
M50		3	1.00
M51		3	1.00
M52	1	2	1.00
M53		3	1.00
M54		3	1.00
M55		3	1.00
M56	3		1.00
M57		3	1.00
M58		3	1.00
Toplam			1.00

FOİÜÖ Arapça formunun kapsam geçerliği için yapılan değerlendirme sonucuna göre KGİ değerleri çizelge 4.1’de sunulmuştur. Maddeleri Davis tekniğine uygun olarak değerlendiren görüşler doğrultusunda kapsam geçerliği indekslerinin 1.00 olduğu görülmüştür. Madde 24, 49 ve 56 ile ilgili tüm uzmanlar uygun ancak küçük değişiklikler yapılması gerekliliğini düşünmüşlerdir. 24. Maddede yer alan “Fatma Ana Eli”, 49. Maddede yer alan “Höllük Beleme” ve 56. Maddede yer alan “Kırkbasması” terimlerini değerlendiren uzmanların görüşleri doğrultusunda bu maddelere açıklama getirilerek tekrardan düzenlenmiştir. Özellikle doğum anında eylemi kolaylaştırmak ve hızlandırmak için Anadolu’da başvurulan yöntemlerden biri olan Fatma Ana Eli otu aynı zamanda Meryem Ana Eli olarak da adlandırılmaktadır (118). Bu tanımlara yönelik terimler tekrar değerlendirilmiş ve düzenlenmiştir.

#### 4.1.3. Ölçek yapı geçerlik çalışması

Bilimsel çalışmalarda güvenilir sonuçlar elde etmek amacıyla yapı geçerliğinin değerlendirilmesi önemlidir. Ölçekten elde edilen sonuç ile bu sonucun ne ile ilişkili olduğunu değerlendirmek için birçok yöntem kullanılmaktadır (188). Bu çalışmada

geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmak amacı ile Paralel Analiz, DFA ve AFA yapılmıştır. Bu analiz yöntemleri ölçek uyarlama çalışmalarında kullanılan yaygın yöntemlerdir (189,190). Bu yöntemler ile, mevcut bir yapıya sahip olan veya teorik olarak ispatlanmış ölçeklerin başka kültürlere ve dillere uyarlanırken mevcut yapısını koruyup korumadığı doğrulanmaktadır.

Faktör analizi; ölçümün geçerliğini ve kalitesini belirlemek için yapılan bir yöntemdir. Genel olarak amacı; birbiriyle ilişkili olan çok sayıda değişkeni bir araya getirerek kavramsal olarak anlamlı ve daha az sayıda yeni değişkenler bulmaktır, özetle boyut indirgemedir (189,190).

Faktör analizi iki şekilde uygulanmaktadır. Açımlayıcı Faktör Analizi yeni geliştirilmiş veya uyarlanmış bir ölçeğin değişkenlerine ilişkin ifadelerin faktör yapısını belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Doğrulayıcı Faktör Analizi ise daha önce kullanılmış bir ölçme aracının mevcut çalışmada kullanıldığında faktör yapısına ne derecede uyduğunu değerlendirmek için yapılmaktadır. Ölçek geliştirmede ilk basamak olarak AFA kullanılırken; geliştirilmiş bir ölçeğin yeni bir örnekte ne oranda çalıştığını değerlendirmek için DFA kullanılmaktadır (190,191). Tip 1 ve Tip 2 hata türlerini yapmamak için verilerin analizinden önce model varsayımlar test edilmiştir. Farklı gruplardan farklı zamanlarda veriler toplandığı için model varsayımlar testi her veri seti için ayrı ayrı yapılmıştır. İlk olarak Suriyeli kadın grubundan toplanan ve FOİÜÖ analizinde kullanılan veri setinin faktör analizine uygun olup olmadığına bakılmıştır. Bu amaçla ilk olarak örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığı incelenmiştir. Faktör analizi genellikle büyük örneklem büyüklüklerini gerektirir. Genel olarak kabul gören uygulamalara göre ölçekteki her bir madde başına en az 5 katılımcı veya en az 100-200 katılımcı önerilir (175). Mevcut veri setinde 228 katılımcının olması bu model varsayımın gerçekleştiği anlamına gelmektedir. Faktör analizi için bakılan ikinci varsayım ise değişkenler arası korelasyondur. Faktör analizi, değişkenler arasında anlamlı ilişkiler olmasını gerektirir. Eğer değişkenler arasında düşük ilişkiler varsa, faktör analizi yapmak uygun olmayabilir. Korelasyon matrisinin determinantı, KMO ölçütü ve Bartlett'in küresellik testi gibi istatistikler bu varsayımın test edilmesine yardımcı olur. Paralel analiz ve DFA yapılmadan önce, verilerin faktör analizi için uygun olup olmadığını belirlemek için KMO incelenmiştir. KMO değeri .82 (Bartlett's Test of Sphericity,  $\chi^2(1653)= 6770 [p< .001]$ ) olarak bulunmuştur. Sonuç olarak eldeki verilerin analiz için uygun olduğu sonucuna varılmıştır (192). Son olarak veri setinin normallik derecesini ölçmek için her bir maddenin skewness ve kurtosis değerleri

incelenmiştir. Normal dağılıma uygunluk açısından, ideal skewness değerlerinin -1 ve +1, kabul edilebilir değerlerin ise -2 ve +2 arasında; ideal kurtosis değerlerinin ise 3'ten, kabul edilebilir değerlerin ise 7'den düşük olması gerekmektedir (193). Veri grubunun sadece Kilis ilinde yaşayan Suriyeli kadınlardan oluştuğu göz önüne alındığında verilerin normal dağılımdan sapma gösterebileceği varsayılmış bu yüzden de hem Skewness hem de Kurtosis değerleri için kabul edilebilir değerler gözlemlenmiştir. Skewness ve Kurtosis değerleri veri setinin normal dağılım gösterdiğini ortaya koymuştur. Skewness değerleri en düşük -.011 (Madde 51) ve en büyük -1.570 (Madde 8) değerleri arasında dağılım göstermiştir. Kurtosis değerleri ise en düşük 0.040 (Madde 55) ve en büyük 3.255 (Madde 31) değerleri arasında dağılım göstermiştir. Bu analizler ile Normallik varsayımının da karşılandığı tespit edilmiştir.

#### **4.1.3.1. Doğrulayıcı faktör analizi**

Yalçın ve Koçak (2012) tarafından yapılan Açımlayıcı Faktör Analizi sonuçlarına dayanılarak, dört faktörlü modelin Suriyeli kadın nüfusuyla uygun olacağı hipotezlenmiştir. Bu nedenle, modeli değerlendirmek için DFA kullanılmıştır. FOİÜÖ'nin doğrulanmış bir araç olması ve tutarlı bir teoriye sahip olması nedeniyle DFA seçilmiştir. Model uyumunu incelemek için kullanılan indeksler arasında ki-kare ( $\chi^2$ ), yaklaşık hata karekökü ortalaması (RMSEA), karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI) ve Tucker-Lewis indeksi (TLI) yer almaktadır (194,195). Bir DFA modelinin kabul edilebilir bir uyuma sahip olması için;  $\chi^2$  ( $p > .05$ ), CFI  $> .90$ , TLI  $> .90$ , SRMR  $< .08$  ve RMSEA [90% CI]  $< .08$  değerlerinin belirtilen kesme puanlarının üzerinde olması gerekmektedir (Eşici ve Karaman, 2022).

DFA hesaplamaları için AMOS 24.0 paket programı kullanılmıştır. DFA'da bulunan değerlerden  $\chi^2(1169) = 3903.29$ ,  $\chi^2/df = 3.34$ , CFI = .55, TLI = .53, RMSEA [90% CI] = .09 [.087, .094], önerilen dört boyutlu modele ilişkin tespit edilmiştir. DFA'nın sonuçları, kesme değerlerine göre kabul edilemez bir uyum göstermiştir (Eşici ve Karaman, 2022). Bir diğer ifade ile Türkçe dilinde geliştirilen ve Türk kadınları üzerinde geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan FOİÜÖ, Arapça dilinde ve Suriyeli kadınlardan toplanan veri seti puanları ile doğrulanamamıştır.

Verilere uygun olası bir model bulamama durumunda, Karaman, Balkin ve Juhnke (2018) iki adımdan oluşan bir yöntem tavsiye etmektedirler (195). Birinci adım bir ölçeğin kaç boyut içerdiğini hesaplamak için paralel analiz yapılmasıdır. İkinci

olarak ise paralel analizden elde edilen sonuçlara paralel olarak AFA yapılmasıdır. Bu nedenle FOİÜÖ'nün farklı bir modelini tanımlamak için paralel analiz ve AFA yapılmıştır.

#### ***4.1.3.2. Paralel ve açıklayıcı faktör analizleri***

Paralel analiz, AFA'da tutulacak boyut sayısını belirlemek için kullanılan bir Monte Carlo simülasyon tekniğidir (196). Horn (1965) tarafından tanımlanan paralel analiz, gözlemlenen özdeğerleri, rastgele verilerden elde edilen bileşenlerden daha fazla varyansı açıklayan özdeğerlerle karşılaştırır (197,198). Paralel analiz yapmak için Gonzaga Üniversitesi'nin geliştirmiş olduğu Paralel Analiz Motoru kullanılmıştır (197,199).

Ortalama özdeğerleri hesaplamak için rastgele veri setleri için 1,000 değeri belirlenmiştir. Daha kesin ve güvenilir sonuçlar elde etmek için çok sayıda veri seti kullanılmıştır (198). Gerçek veri setlerinin özdeğerleri rastgele veri setlerinin özdeğerleri ile karşılaştırılmış ve gerçek özdeğerler rastgele veri setlerinden elde edilen özdeğerleri aştığı sürece faktörler tutulmuştur. Paralel analiz sonucunda ölçeğin yedi boyutlu bir yapıya sahip olduğu bulunmuştur.

Sonrasında, yedi boyutu tanımlamak için maksimum olasılık ile bir promax dönüşümlü AFA yapılmıştır. Hipotez edilen faktörlerin ilişkili olduğu göz önünde bulundurularak bu yöntem tercih edilmiştir. Yedi faktör, modeldeki varyansın yaklaşık %52'sini açıklamıştır. Yedi boyutun tanımlanmasına, ilk olarak maddelerin faktörler arasında nasıl dağıldığının gözden geçirilmesi ile başlanmıştır. Bu tarama sonucunda altıncı boyut altında iki, yedinci boyutun altında da bir maddenin listelendiği tespit edilmiştir. Alanında uzman bir ölçme değerlendirme uzmanından (Halil İbrahim Sarı, 16 Aralık Kişisel görüşme) alınan tavsiye doğrultusunda ölçek beş faktörlü yapıya zorlanmıştır. İkinci olarak .40 veya daha yüksek faktör yüklerine sahip maddelerin ölçekte tutulmasına karar verilmiştir. Büyüköztürk (2023), bir maddenin en düşük faktör yükü için .30'un iyi bir kural olduğunu belirtmiştir (200). Genel olarak .30 ile .40 arasında aynı maddenin farklı faktörler altında yüklenmesi nedeni ile .40 kesme puanı faktörleri belirleme konusunda daha sağlıklı sonuçlar vermektedir. Eş boyutlu analiz sonucunda beşinci boyutun altında dört maddenin listelendiği ve bu dört maddeden ikisinin faktör yükünün .40'den düşük olduğu tespit edilmiştir. Bir önceki tavsiyeye uyularak ölçek dört faktörlü yapıya zorlanmıştır. Maddeler tek tek analiz edilmiş,

.40'dan daha düşük faktör yüküne sahip maddeler (Madde 2,3,5,8,9,14,15,16,18,20,21,22,23,26,30,32,33,34,41,42,44,45,46,47,51,53,55,56,57,58) ve başka faktörlere paralel olarak yüklenen maddeler (Madde 27 ve 52) analizden çıkarılmıştır. FOİÜÖ üzerinde yer alan 58 orijinal maddeden 32'si elenmiştir. Elde edilen dört faktör altındaki maddeler orijinal ölçeğe uygun şekilde dağılım göstermiştir.

Dört boyutlu ve 26 maddeli Suriye-Arapçası FOİÜÖ modeldeki varyansın yaklaşık %53'ünü açıklamıştır. Her bir boyutun ve tüm ölçek puanlarının Cronbach Alpha güvenilirlik analizi yapılmış ve sonuçlar Bebek Bakımı .75, Lohusalık .62, Gebelik .81 ve Doğum .82 olarak bulunmuştur. Lohusalık alt ölçek güvenilirlik puanları gözden geçirilmiş ve madde 19'un silinmesi durumunda güvenilirlik puanının .80'e çıkacağı tespit edilmiştir. Bu nedenle madde 19 silinmiştir ve ölçeğin son hali 25 maddeye düşmüştür (Çizelge 4.2). Tüm ölçek puanları güvenilirlik katsayısı ise .88 olarak bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar orijinal ölçeğin (Yalçın ve Koçak, 2012) sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

**Çizelge 4.2.** FOİÜÖ açımlayıcı faktör analiz sonuçları

Faktörler	
Madde	Gebelik Doğum Lohusalık Bebek B.
1	0,52
4	0,68
6	0,68
7	0,44
10	0,67
11	0,64
12	0,55
17	0,49
25	0,57
28	0,67
29	0,74
31	0,53
38	0,70
39	0,60
54	0,49
35	0,78
36	0,72
37	0,80
40	0,42
13	0,46
24	0,56
43	0,61

48	0,48
50	0,65

#### 4.2. Yordayıcı ve Gruplar Arası Karşılaştırma Analizleri

Çalışmanın bu kısmında her iki gruptan elde edilen verilerin (alt grupların) birbirleriyle olan ilişkilerini ölçmek amacı ile ilişki analizi, gruplar arası farklılıkları hesaplamak için Mann-Whitney U-Testi ve ANCOVA analizleri, demografik bilgilerin işlevsel olmayan inanç ve uygulamaları ne düzeyde açıkladığını ölçmek amacıyla doğrusal çoklu yordama analizi yapılmıştır. Çalışmaya katılan kadınların uyruk bazında demografik ve obstetrik değerlerine ait verilerine yer verilmiştir (bakınız Çizelge 4.3).

Suriyeli (n=92) ve Türk (n=85) katılımcılara ait ölçek alt puanları toplanmış ve aynı veri seti içinde analiz yapmak üzere birleştirilmiştir. Gruplar arası farkları tespit etmek için MANOVA yapılması planlanmıştır. Bu amaçla model varsayımların en önemlilerinden biri olan gruplar arası varyansın eşit dağılımı varsayımı test edilmiştir. Suriyeli ve Türk kadın grubuna ait olan dört alt ölçek puanlarının eşit dağılım göstermediği tespit edilmiştir, Box's M(10)=110,  $p < .001$ .

**Çizelge 4.3.** Araştırmaya katılan katılımcıların uyruk bazında demografik özelliklere göre dağılımları.

Demografik özellik	Uyruk	Değişkenler	n	(%)
Yaş	Türk	18-26	3	3,5
		27-36	30	35,3
		37-46	34	40
		47-56	13	15,3
		57 ve üzeri	5	5,9
		Toplam	85	100
	Suriyeli	18-26	24	26,1
		27-36	40	43,5
		37-46	21	22,8
		47-56	6	6,5
57 ve üzeri		1	1,1	
	Toplam	92	100	

<b>Medeni hali</b>	Türk	Evli	83	97,6
		Bekar	2	2,4
		Toplam	85	100
	Suriyeli	Evli	89	96,7
		Bekar	3	3,3
		Toplam	92	100
<b>Eğitim durumu</b>	Türk	İlköğretim	15	17,6
		Lise	32	37,6
		Lisans ve ü.	38	44,8
		Toplam	85	100
	Suriyeli	Okuryazar	16	17,4
		İlköğretim	34	37,0
		Lise	27	29,3
		Üniversite	14	15,2
		Toplam	91	98,9
		Eksik veri	1	1,1
<b>Çalışma durumu</b>	Türk	Çalışıyor	39	45,9
		Çalışmıyor	45	52,9
		Toplam	84	98,8
		Eksik veri	1	1,2
	Suriyeli	Çalışıyor	23	25,0
		Çalışmıyor	69	75,0
		Toplam	92	100
<b>Gelir algısı</b>	Türk	Kötü	1	1,2
		Orta	66	77,6
		İyi	18	21,2
		Toplam	85	100
	Suriyeli	Kötü	11	12,0
		Orta	56	60,9
		İyi	25	27,2
Toplam	92	100		
<b>Gebelik sayısı</b>	Türk	1-2	68	80,0
		3-4	14	16,5

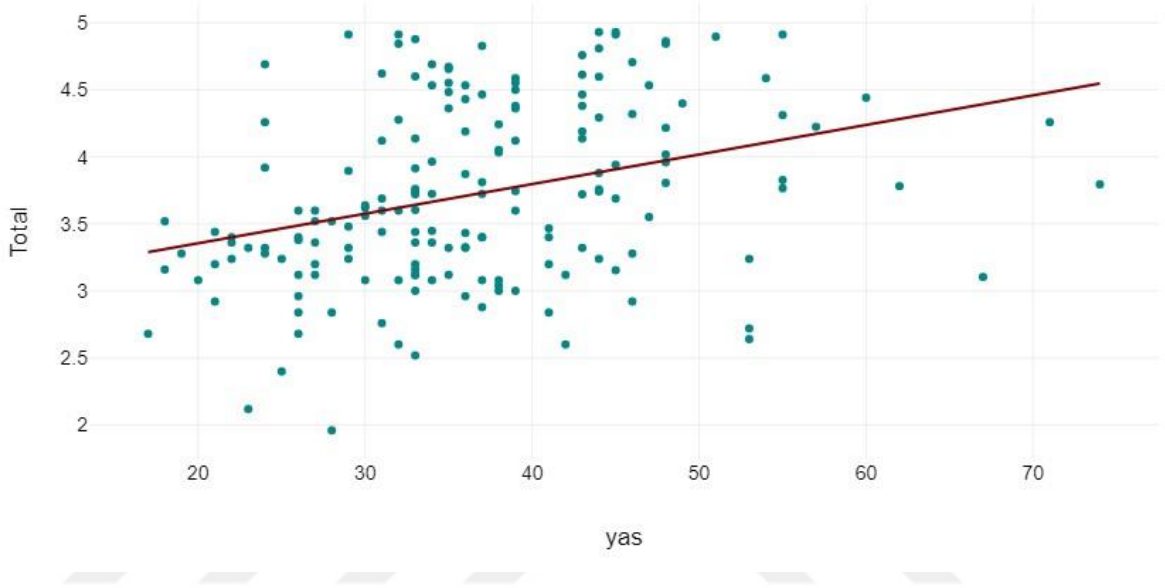
		5-6	3	3,5
		Toplam	85	100
	Suriyeli	1-2	28	30,5
		3-4	34	37,0
		5-6	25	27,1
		7 ve üzeri	5	5,4
		Toplam	92	100
<b>Yaşayan çocuk</b>	Türk	1	23	27,1
		2	53	62,3
		3	7	8,2
		7 ve üzeri	1	1,2
		Toplam	84	98,8
		Eksik veri	1	1,2
	Suriyeli	1	12	13
		2	17	18,5
		3	18	19,6
		4	17	18,5
		5	15	16,3
		6	10	10,8
		7 ve üzeri	3	3,3
		Toplam	92	100
<b>Son doğum şekli</b>	Türk	Normal	29	34,1
		C/S	55	64,7
		Toplam	84	98,8
		Eksik veri	1	1,2
	Suriyeli	Normal	74	80,4
		C/S	18	19,6
		Toplam	92	100
<b>Aile tipi</b>	Türk	Geniş	4	4,7
		Çekirdek	81	95,3
		Toplam	85	100
	Suriyeli	Geniş	42	45,6
		Çekirdek	49	53,3

		Toplam	91	98,9
		Eksik veri	1	1,1
<b>İlk evlilik yaşı</b>	Türk	18 ve altı	6	7,1
		19-24	47	55,3
		25-29	26	30,6
		30 ve üzeri	6	7,0
		Toplam	85	100
	Suriyeli	18 ve altı	43	46,7
		19-24	35	38,0
		25-29	12	13,0
		30 ve üzeri	2	2,3
		Toplam	92	100
<b>İlk gebelik yaşı</b>	Türk	18 ve altı	3	3,5
		19-24	40	47,1
		25-29	29	34,1
		30-34	11	12,9
		35 ve üzeri	2	2,4
		Toplam	85	100
	Suriyeli	18 ve altı	30	32,6
		19-24	44	47,8
		25-29	14	15,2
		30-34	2	2,2
		35 ve üzeri	2	2,2
		Toplam	92	100
<b>AP kullanımı</b>	Türk	Evet	37	43,5
		Hayır	48	56,5
	Suriyeli	Evet	61	66,3
		Hayır	31	33,7
<b>Son gebelik şekli</b>	Türk	Planlı	65	76,5
		Plansız	18	21,1
		Yard. Teknik	1	1,2
		Toplam	84	98,8
		Eksik veri	1	1,2

	Suriyeli	Planlı	26	28,3
		Plansız	60	65,2
		Yard.teknik	5	5,4
		Toplam	91	98,9
		Eksik veri	1	1,1
<b>Geleneksel yönt. önemi</b>	Türk	Önemsiz	24	28,3
		Biraz önemli	54	63,5
		Çok önemli	4	4,7
		Toplam	82	96,5
		Eksik veri	3	3,5
	Suriyeli	Önemsiz	36	39,2
		Biraz önemli	52	56,5
		Çok önemli	4	4,3
		Toplam	92	100
<b>G. yöntem bilgi kaynağı</b>	Türk	Almadım	17	20
		Sağlık personeli	19	22,4
		Aile, sosyal çev.	38	44,7
		İnternet ve diğer	7	8,2
		Toplam	81	95,3
		Eksik veri	4	4,7
	Suriyeli	Almadım	26	28,3
		Sağlık personeli	23	25
		Aile, sosyal çev.	33	35,9
		İnternet ve diğer	9	9,7
		Toplam	91	98,9
		Eksik veri	1	1,1

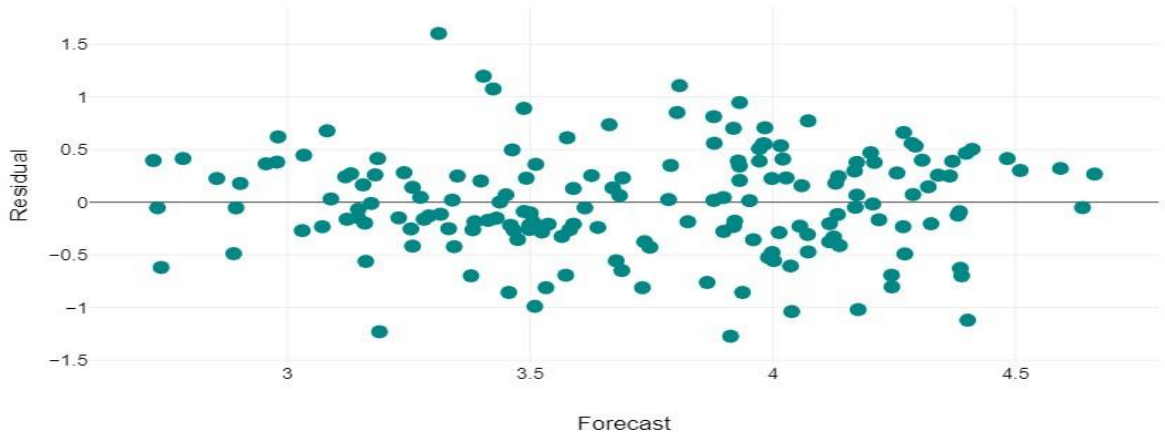
Ayrıca ölçek alt puanları için normallik analizi yapılmıştır. Kolmogorov-Smirnov testi normallik varsayımını test etmek için kullanılmıştır. Sonuçlar, verilerin Bebek Bakımı alt ölçek puanları hariç,  $D=.063$ ,  $p= .087$ ,  $n=177$ , normal dağılıma uygun olmadığını gösterdi. Sırasıyla, Gebelik  $D=.095$ ,  $p= .001$ ,  $n=177$ , Doğum  $D=.091$ ,  $p= .001$ ,  $n=177$ , Lohusa  $D=.098$ ,  $p= .000$ ,  $n=177$ . Bu nedenle gruplar arası farklılıkları ölçmek için normal dağılımdan etkilenmeyen ve non-parametrik bir test olan Mann-

Whitney U-Testi kullanılmasına karar verilmiştir. ANCOVA analizi için her iki örneklemin toplam puanlarının normallik dağılımına bakılmış ve puanların normal olarak dağıldığı bulunmuştur,  $D= .486$ . Doğrusal çoklu regresyon analizi için ise Heteroskedisite (Heteroskedasticity), doğrusallık (Linearity) ve çoklu doğrusal bağımlılık testleri (Multicollinearity) analiz edilmiştir. Analiz sonucunda bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir (bakınız Şekil 4.2).



**Şekil 4.2.** Değişkenlere ait çoklu doğrusal bağımlılık dağılımı

Bir başka varsayım olan heteroskedisiteye göre, residual varyansı tahmin edilen değerler üzerinde sabit olmalıdır. Dolayısıyla veriler heteroskedisite göstermemelidir. Şekil 4.3’de görüleceği üzere heteroskedisite mevcut değildir.



**Şekil 4.3.** Heteroskedisite dağılımı grafiği

Son olarak çoklu doğrusal bağımlılık (Multicollinearity) test edilmiş (Çizelge 4.4) ve değişkenlere ait hiçbir puanın üst limit olan VIF 10 puanını geçmediği bulunmuştur. Bu da değişkenler arasında çoklu doğrusal bağımlı bir ilişki olmadığını ve doğrusal çoklu yordama analizinin sonuçlarının güvenli bir şekilde yorumlanabileceğini göstermektedir. Bütün model varsayımlar test edilmiş ve diğer bir aşama olan analiz aşamasına geçilmiştir.

**Çizelge 4.4.** Çoklu doğrusal bağımlılık testi değişkenlerin tolerans ve VIF değerleri.

Model	Tolerance	VIF
Yaş	0.89	1.12
<b>Gelir Algısı</b>		
İyi Gelir	0.26	3.77
Orta Gelir	0.26	3.79
<b>Gebelik Sayısı</b>		
2	0.45	2.23
3	0.58	1.72
4	0.59	1.7
5	0.64	1.56
6	0.67	1.49
7 ve üzeri	0.8	1.25
<b>Aile Tipi</b>		
Geniş Aile	0.76	1.32
<b>FOİU'a Dair Bilgi Kaynağı</b>		
Sağlık Personeli	0.61	1.64
Aile ve Sosyal Çevre	0.56	1.77
Diğer Kaynak	0.9	1.11
İnternet	0.74	1.35
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lise	0.69	1.45
Lisans veya üzeri	0.61	1.64

#### 4.2.1. Gruplar arası analizler

Çalışmanın amacı kapsamında üçüncü ve dördüncü araştırma sorularına cevap vermek amacıyla Mann-Whitney U analizi uygulanmıştır. Suriyeli ve Türk katılımcıların doğum öncesi (Gebelik ve Doğum) ve sonrası (Lohusalık ve Bebek Bakımı) FOİÜÖ alt ölçek toplam puanları (Çizelge 4.5) ve ortalama puanları (Çizelge 4.6) karşılaştırılmıştır. Değerlendirme yapılırken ortalama puanların kullanılmasının sebebi geçerlik güvenirlik çalışmaları sırasında ölçek yapısının değişmesidir.

İlk olarak Gebelik sürecine ait FOİÜÖ puanları analiz edilmiştir. Verilen veriler için Mann-Whitney U-Testi, Gebelik bağımlı değişkeni açısından Türk ve Suriyeli katılımcılar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir,  $U = 1345.5$ , *Türkler* ( $n_1$ )= 85, *Suriyeliler* ( $n_2$ )= 92  $p <.001$ . Hangi katılımcı grubunun daha yüksek FOİÜÖ puanına sahip olduğunu anlamak için ortalama puanları (Çizelge 4.6) incelenmiş ve Türk katılımcıların Suriyeli katılımcılara göre Gebeliğe dair FOİÜÖ puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu farklılığın etki büyüklüğünü ölçmek için  $r = .57$  değerine bakılmış ve etki derecesinin büyük olduğu bulunmuştur.

İkinci olarak Doğum sürecine ait FOİÜÖ puanları analiz edilmiştir. Verilen veriler için Mann-Whitney U-Testi, Doğum bağımlı değişkeni açısından Türk ve Suriyeli katılımcılar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir (Çizelge 4.5),  $U = 3205$ , *Türkler* ( $n_1$ )= 85, *Suriyeliler* ( $n_2$ )= 92  $p = .039$ . Hangi katılımcı grubunun daha yüksek FOİÜÖ puanına sahip olduğunu anlamak için ortalama puanları (Çizelge 4.6) incelenmiş ve Türk katılımcıların Suriyeli katılımcılara göre Doğuma dair FOİÜÖ puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu farklılığın etki büyüklüğünü ölçmek için  $r = .16$  değerine bakılmış ve etki derecesinin oldukça küçük olduğu bulunmuştur.

**Çizelge 4.5.** Mann-Whitney U-Testine Dair Bulgular

<b>Faktör</b>	<b>U</b>	<b>z</b>	<b>p</b>	<b>R</b>
Gebelik	1345.5	- 7.53	<.001	0.57
Doğum	3205	- 2.08	.039	0.16
Lohusa	1338	- 7.57	<.001	0.57

<b>Faktör</b>	<b>U</b>	<b>z</b>	<b>p</b>	<b>R</b>
Bebek Bakımı	1183	-	<.001	0.60
		8.01		

Üçüncü olarak Lohusalık sürecine ait FOİÜÖ puanları analiz edilmiştir. Verilen veriler için Mann-Whitney U-Testi, Lohusa bağımlı değişkeni açısından Türk ve Suriyeli katılımcılar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir (Çizelge 4.5),  $U = 1338$ , *Türkler* ( $n_1$ )= 85, *Suriyeliler* ( $n_2$ )= 92  $p < .001$ . Hangi katılımcı grubunun daha yüksek FOİÜÖ puanına sahip olduğunu anlamak için ortalama puanları (Çizelge 4.6) incelenmiş ve Türk katılımcıların Suriyeli katılımcılara göre Lohusalığa dair FOİÜÖ puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu farklılığın etki büyüklüğünü ölçmek için  $r = .57$  değerine bakılmış ve etki derecesinin oldukça büyük olduğu bulunmuştur.

Son olarak Bebek Bakımı sürecine ait FOİÜÖ puanları analiz edilmiştir. Verilen veriler için Mann-Whitney U-Testi, Bebek Bakımı bağımlı değişkeni açısından Türk ve Suriyeli katılımcılar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir (Çizelge 4.5),  $U = 1183$ , *Türkler* ( $n_1$ )= 85, *Suriyeliler* ( $n_2$ )= 92  $p < .001$ . Hangi katılımcı grubunun daha yüksek FOİÜÖ puanına sahip olduğunu anlamak için ortalama puanları (Çizelge 4.6) incelenmiş ve Türk katılımcıların Suriyeli katılımcılara göre Bebek Bakımına dair FOİÜÖ puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu farklılığın etki büyüklüğünü ölçmek için  $r = .60$  değerine bakılmış ve etki derecesinin oldukça büyük olduğu bulunmuştur.

**Çizelge 4.6.** Katılımcıların uyruk bazında alt ölçek ortalama değerleri.

<b>Bağımlı Değişken</b>	<b>Uyruk</b>	<b>n</b>	<b>Ortalama a</b>	<b>Medya n</b>	<b>SS</b>
<b>Gebelik</b>	Türk	85	4.27	4.26	0.49
	Suriyeli	92	3.49	3.5	0.68
<b>Doğum</b>	Türk	85	4.33	4.5	0.55
	Suriyeli	92	4.14	4.14	0.59
<b>Lohusa</b>	Türk	85	4	4	0.73
	Suriyeli	92	2.98	2.88	0.78
<b>Bebek Bakımı</b>	Türk	85	4.21	4.17	0.5

Bağımlı Değişken	Uyruk	n	Ortalama	Medyan	SS
	Suriyeli	92	3.28	3.33	0.72

Mevcut iki grup arasındaki farklılıkların yaş değişkeninin aracılığından kaynaklandığı düşünülmüş bu yüzden tek yönlü ANCOVA analizi yapılmıştır. Suriyeli ve Türk katılımcılar iki grubu temsil etmiş, yaş değişkeni bağımsız ara değişken ve FOİÜÖ toplam puanları ise bağımlı değişken olarak analiz edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre iki grup FOİÜÖ toplam puanları arasındaki farklılık bağımsız yaş değişkeni tarafından anlamlı düzeyde etkilemiştir,  $F(1, 175)= 18.18, M^2= 7.85, p< .001$ .

#### 4.2.2. Çoklu doğrusal regresyon analizi

Çalışmanın amaçları doğrultusunda ve beşinci araştırma sorusunun cevabını bulmak için, yaş, algılanan gelir, gebelik sayısı, aile tipi, fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamaların kaynakları ve eğitim düzeyi gibi bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken olan FOİÜÖ toplam puanı üzerindeki etkisini değerlendirmek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon modeli, bu bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki varyansın %47,11'ini açıkladığını göstermiştir. Mevcut örneklem kullanılarak elde edilen sonuçlar, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni anlamlı düzeyde yordadığını göstermiştir,  $F(16,155)=8.63, p = <.001, R^2 = 0.47 (\Delta R^2=0.42)$ .

Elde edilen bulgular, algılanan gelir ve eğitim düzeyi gibi sosyo-ekonomik faktörlerin yanı sıra yaş, aile büyüklüğü ve gebelik sayısı gibi demografik değişkenlerin işlevsel olmayan inançlar ve uygulamalar toplam puanını anlamlı düzeyde etkilemiştir. Fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalara dair bilgilerin kaynağı ise toplam puan üzerine anlamlı bir etki göstermemiştir (Çizelge 4.7).

Fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamaları en çok açıklayan değişken gebelik sayısı değişkenidir. Hem Suriyeli hem de Türk kadınlardan oluşan katılımcı grupta gebelik sayısı arttıkça katılımcıların FOİÜÖ'ne dair puanları azalma göstermiştir. Ancak, yedi gebeliğe kadar olan sayılarda regresyon modeli anlamlı iken yedi ve üzeri gebelik sayılarında sonuçlar anlamsız bulunmuştur. Ayrıca iki veya daha az sayıda gebelik geçiren katılımcıların işlevsel olmayan inanışlarına anlamlı düzeyde bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir.

Bir diğerk bulgu ise algılanan gelirin fonksiyonel olmayan inanışları yordama düzeyidir. Orta ve iyi gelir algısına sahip bireylerin referans noktası olarak ele alınan düşük gelire göre fonksiyonel olmayan inanışları daha fazla açıkladığı bulunmuştur. Örneğin orta gelir algısına sahip bireylerde gerçekleşecek bir birimlik değişim işlevsel olmayan inanış puanını 0.47 düzeyinde artırırken, iyi gelir algısına sahip bireylerde bu artış 0.39 düzeyindedir. Bir başka ifade ile iyi gelir algısına sahip bireylerin orta ve düşük gelir algısına sahip bireylere göre fonksiyonel olmayan inanış puanları daha az artmaktadır.

**Çizelge 4.7.** Çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları.

Model	Unstandardized	Standardized	Standard	t	p	95% confidence	
	Coefficients	Coefficients				error	interval for B
	B	Beta				Lower	bound
(Constant)	2.61		0.24	11.1	<.001	2.14	3.08
Yaş	0.02	0.31	0	4.96	<.001	0.01	0.03
Orta Gelir	0.47	0.32	0.16	2.82	.005	0.14	0.79
İyi Gelir	0.39	0.25	0.18	2.2	.03	0.04	0.75
2 Gebelik	-0.05	-0.04	0.12	-0.41	.68	-0.29	0.19
3 Gebelik	-0.34	-0.19	0.14	-2.44	.016	-0.61	-0.06
4 Gebelik	-0.61	-0.29	0.16	-3.82	<.001	-0.92	-0.29
5 Gebelik	-0.40	-0.16	0.18	-2.25	.026	-0.76	-0.05
6 Gebelik	-0.51	-0.18	0.2	-2.59	.011	-0.89	-0.12
7 ve üzeri Gebelik	-0.17	-0.04	0.29	-0.6	.55	-0.75	0.40
Geniş aile	-0.22	-0.14	0.1	-2.13	.034	-0.42	-0.02
FOİU Bilgi kaynağı (Sağlık personeli)	-0.02	-0.01	0.12	-0.14	.891	-0.25	0.22
FOİU Bilgi kaynağı (Aile-sosyal çevre)	-0.04	-0.03	0.11	-0.42	.679	-0.25	0.17
FOİU Bilgi	0.08	0.03	0.18	0.42	.674	-0.28	0.43

Model	Unstandardized	Standardized	Standard error	t	p	95% confidence interval for B	
	Coefficients	Coefficients				Lower bound	Upper bound
kaynağı (İnternet)							
FOİÜ Bilgi kaynağı (Diğer)	0.23	0.05	0.27	0.83	.406	-0.32	0.77
Lise M.	0.28	0.2	0.1	2.77	<b>.006</b>	0.08	0.48
Üniversite M.	0.46	0.32	0.11	4.24	<b>&lt;.001</b>	0.25	0.68

Katılımcı grup yaş aralığı geniştir ve yaşın bağımlı değişkeni pozitif yönde açıkladığı bulunmuştur. Yaş değişkeninde gerçekleşen bir birimlik artış bağımlı değişkende 0.02'lik bir artışa neden olmuştur. Aile büyüklüğü de bağımlı değişkeni anlamlı düzeyde yordayan başka bir değişkendir. Çekirdek aileye sahip katılımcılara nazaran geniş aileye sahip katılımcıların puanlarındaki biri birimlik artışın bağımlı değişkeni 0.22 puan azalttığı bulunmuştur. Yani geniş ailelerde yaşayan kadınların çekirdek ailelerde yaşayan kadınlara oranla fonksiyonel olmayan inaniş puanları daha azdır. Son ve önemli olan bir başka değişken ise eğitim düzeyidir. Eğitim düzeyi lise ve üniversite olan katılımcıların eğitim düzeylerindeki bir birimlik artışın fonksiyonel olmayan inanişları sırası ile 0.28 ve 0.46 oranında arttırdığı bulunmuştur. Yani eğitim düzeyi arttıkça fonksiyonel olmayan inaniş puanları da artış göstermiştir.

Bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişken üzerindeki etkisini ölçmek için Cohen  $f^2$  değerleri hesaplanmıştır. Bu değer, regresyon analizi bağlamında, bağımsız değişkenlerin dahil edilmesinin, bağımlı değişkendeki varyansın ne kadarını açıkladığını gösterir. Cohen'in  $f^2$  değeri, R-kare ( $R^2$ ) değerinden türetilir ve bu da bize modelin etkinliği hakkında bilgi verir. Cohen (1988), etki büyüklüğünün farklı seviyelerini tanımlamak için spesifik değerler önermiştir (201). Bu değerler genellikle şu şekildedir: 0.02 (küçük etki), 0.15 (orta etki) ve 0.35 (büyük etki). Tüm bağımsız değişkenlerin etki dereceleri 0.31 (3 Gebelik) ve 0.34 (Orta gelir, lise eğitim, üniversite eğitim) arasında değişmiştir. Bu değerler bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerinde orta düzeyde etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Ancak, değerler orta yüksek düzeyde değerlerdir ve büyük etki olmasa da büyük etkiye yakın değerlere sahiptir.

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalar toplumda hayatın başlangıcından itibaren var olan, kültürel faktörlerle şekillenen yaşam boyu gelişen, kolay kolay değişmeyen ve nesilden nesle aktarılan inanış ve uygulamaları kapsamaktadır. Bu inanç ve uygulamalar özellikle kadın ve bebek sağlığı üzerinde değişik boyutlarda etkilere sahiptir. Özelde kadın sağlığı ve bebek bakımı genelde ise toplum sağlığı açısından etkisiz, yararlı veya zararlı uygulamaları belirlemek amacıyla 2012 yılında Yalçın ve Koçak tarafından bir ölçme aracı geliştirilmiştir. Türkiye'de yaşayan önemli sayıda Suriyeli mülteci göz önüne alındığında bu ölçeğin Suriye kültürüne ve diline uyarlanması, özellikle kültürler arası hemşirelik bağlamında sağlık hizmetlerinin daha etkili sunulmasına yardımcı olacaktır. Aynı zamanda kanıta dayalı uygulamaların toplum sağlığı stratejilerine entegrasyonunu da desteklemektedir.

Bu bölümde Yalçın ve Koçak (2012) tarafından geliştirilen Fonksiyonel Olmayan İnanç ve Uygulamalar Ölçeğinin Suriye Arapçasına uyarlama bulguları ve Türkiye ve Suriye bazında farklı iki kültürün doğum öncesi ve doğum sonrası fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalarının bulguları tartışılmış ve incelenmiştir.

Tartışma bölümü 2 başlıkta ele alınmıştır:

- Fonksiyonel Olmayan İnanç ve Uygulamalar Ölçeği Suriye Arapçası geçerlik güvenilirlik bulgularının tartışılması,
- Farklı iki kültüre ait bulguların tartışılması.

### 5.1. Fonksiyonel Olmayan İnanç ve Uygulamalar Ölçeği (FOİU) Suriye Arapçası Geçerlik Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

#### 5.1.1. Dil ve kapsam geçerlik güvenilirlik bulgularının tartışılması

Yalçın ve Koçak (2012) tarafından Türkçe dilinde geliştirilen FOİUÖ'nin dil ve kapsam geçerlik çalışmaları sırasıyla çeviri, semantik açıklamalar, uzman paneli, geri çeviri, pilot uygulama, son sürüm ve dokümantasyon aşamaları takip edilerek yapılmıştır. Literatürde, uyarlama yapılacak dil ve kültür ile ölçeğin orijinal dil ve kültürünü bilen birbirinden bağımsız en az 2 kişinin çeviriyi yapması önerildiğinden, çeviriler her iki dile de hâkim ve ana dili Arapça olan uzmanlar tarafından yapılmıştır (202). Böylece anlam ve nüansların tam yerinde kullanılması ve açıklamak istenilen konunun tam olarak netlik sağlaması hedeflenmiştir (183). Kapsam geçerliği için Davis

tekniki kullanılmış, 3 uzman tarafından değerlendirilen ölçeğin. KGİ skorları literatürde belirtildiği üzere  $>0,80$  üzerinden değerlendirilmiştir (187). Bu çalışmada maddelerin KGİ skorları bu şartı sağlamaktadır. Maddelerin anlamsal, deyimsel, kavramsal ve deneysel eşdeğerliği her iki dil ve kültürde değerlendirilerek uygun bulunmayan veya eksik görülen terimler yeniden düzenlenmiş ve maddelere son hali verilmiştir. Bu da ölçeğin, hedef kitlesinin kültürel çerçevesi içinde amaçlanan yapıları ölçmesini sağlamaktadır.

Geri çeviri aşamasında DSÖ'nün de önerisiyle kör çeviri yöntemine başvurulmuş, böylece çevirmeni yönlendirmeden çeviriyi güçlendirmek hedeflenmiştir (186). Pilot uygulama aşamasında literatür doğrultusunda örneklem sayısının en az %10-20'si kadar katılımcı ile pilot çalışma yapılmıştır (176). Geçerlik güvenirlik çalışmalarına katılan 228 örnekleme karşılık 25 farklı katılımcı ile pilot çalışma yapılarak yeterli sayıda pilot uygulama örneklem sayısına ulaşılmıştır.

### **5.1.2. Yapı geçerlik güvenirlik bulgularının tartışılması**

Ölçeğin yapı geçerliği çalışmaları için ilk olarak Suriyeli örneklem grubundan toplanan veri setinin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek amacıyla örneklem büyüklüğünün yeterliliği incelenmiştir. Örneklem büyüklüğünün yeterliliği doğrulandıktan sonra değişkenler arasında anlamlı ilişkiler olup olmadığını yani veri setinin faktör analizi için uygunluğunu değerlendirmek amacıyla KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) testi yapılmıştır. KMO değeri genel olarak 0,60 ve üzeri olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmanın KMO değeri 0,82 olarak bulunmuş, bu da KMO değerlendirme skalasında sonuçlarımızın “çok iyi uygunluk” derecesinde olduğunu göstermektedir (203).

Son olarak veri setinin normal dağılıma uyup uymadığını değerlendirmek amacıyla maddelerin skewness ve kurtosis değerleri incelenmiştir. Veri setine ait değerler çalışmanın metodolojik açıdan sağlam olduğunu ve analiz sonuçlarının güvenilir olduğunu desteklemektedir.

### **5.1.3. Doğrulayıcı faktör analiz bulgularının tartışılması**

Yalçın ve Koçak (2012) tarafından yapılan açımlayıcı faktör analizi sonuçları doğrultusunda dört faktörlü modelin doğrulanmış bir araç olması ve tutarlı bir teoriye sahip olması sebebiyle Suriyeli kadın nüfusuyla uygun olacağı hipotezlenmiş ve modeli

değerlendirmek için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. Model uyumunu değerlendirmek için ki-kare ( $\chi^2$ ), yaklaşık hata karekökü ortalaması (RMSEA), karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI) ve Tucker–Lewis indeksi (TLI) indeksleri kullanılmıştır. Çalışmanın DFA değerleri  $\chi^2(1169) = 3903.29$ ,  $\chi^2/df = 3.34$ , CFI = .55, TLI = .53, RMSEA [90% CI] = .09 [.087, .094] olarak bulunmuştur. Standart kabul edilen DFA değerleri ( $\chi^2$  ( $p > .05$ ), CFI  $> .90$ , TLI  $> .90$ , SRMR  $< .08$  ve RMSEA [90% CI]  $< .08$ ) ile bu çalışmanın indekslerini karşılaştırdığımızda mevcut sonuçların kabul edilemez bir uyum gösterdiği ortaya çıkmıştır (194). Bu uyumsuzluğun iki muhtemel sebebi vardır. Bunlardan ilki orijinal ölçeğin geliştirilmesi aşamasında Yalçın ve Koçak'ın kullanmış oldukları istatistiki yöntemdir. Yazarlar madde yükü kesme değeri olarak 0.22'yi kullanmışlardır. Genel olarak kabul edilen kesme puanı 0.30 (Büyüköztürk, 2023) olmasına rağmen Yalçın ve Koçak 0.22'yi kullanma nedeni olarak kapsam geçerliliğini işaret etmişlerdir. Orijinal ölçeğin madde yükleri incelendiğinde 0.40 (mevcut çalışmada kullanılan değer) altında olan 13 madde olduğu görülmüştür. Bu anlamda düşük madde yüklerinin DFA sonuçlarını anlamlı yönde etkilediği düşünülmektedir. İkinci olarak Türkçe modelin Suriyeli örneklem veri setine uyum yetersizliği, ölçeğin farklı nüfuslarda uygulanabilirliğini etkileyebilecek potansiyel kültürel ve dilsel farklılıkları vurgulamaktadır. Yani Türkçe dilinde geliştirilen ve Türk katılımcılar üzerinde geçerlik güvenirliği yapılmış olan ölçek, Arapça dilinde Suriyeli örneklem grubundan toplanan veri setinde doğrulanamamıştır. Mevcut çalışma, Suriyeli kadınların işlevsel olmayan sağlık inanç ve uygulamalarını daha iyi yakalamak için ölçeğin Suriye kültüründeki doğum öncesi ve sonrası inanışlarının nitel olarak araştırılmasını ve anlamlandırılmasını işaret etmektedir. Bu uyarılma sadece doğru ölçüm için değil aynı zamanda bu ölçümlere dayalı olarak geliştirilen müdahalelerin uygun ve etkili olmasını sağlamak açısından da büyük önem taşımaktadır.

#### **5.1.4. Paralel ve açıklayıcı faktör analiz bulgularının tartışılması**

DFA'dan elde edilen sonuçlar, Türk kadın örneklem grubu ile Suriyeli Kadın örneklem grubu arasındaki kültürel farklılıklardan kaynaklanmış olabilir. Başka dil ve kültürlerde geliştirilen ölçekler, farklı dillere çevrildiğinde ve kültürel uyarılması yapıldığında farklı faktör yapıları ve madde sayıları içerebilmektedir (195,205). Bu nedenle, FOİÜÖ'nün faktör yapısının Suriye örneklemini ile yeniden değerlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Bu çalışmada faktör sayısını objektif olarak belirlemek, istatistiksel olarak anlamlı faktörlerin seçimini sağlamak amacıyla Horn (1965) tarafından temelleri atılan ve tanıtilen paralel analiz yöntemi kullanılmıştır (197). Bu yöntem analiz edilecek faktör sayısını belirlerken rastgelelikten kaynaklanan özdeğerlerle gerçek veri setinden elde edilen özdeğerleri karşılaştırmaktadır. Analizde 1,000 rastgele veri setinin kullanılmasının nedeni ise istatistiksel güvenilirliği arttırmaktır. Rastgele veri setleri üzerinden elde edilen özdeğerlerin ortalaması alınarak gerçek veri setinin özdeğerleri ile karşılaştırılması sağlanır. 1,000 gibi yüksek bir değer analiz sonuçlarının tesadüfi olmadığını ve tekrarlanabilir olduğunu göstermektedir.

Yapılan paralel analiz sonucunda ölçeğin yedi boyutlu bir yapıda olduğu belirlenmiştir. Devamında ise bu yedi faktörü tanımlamak amacıyla promax dönüşümlü açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Promax, faktörler arası kolerasyonları kabul eden, hesaplama kolaylığı olan ve faktör yükleri genellikle daha yüksek çıktığı için yorumlama kolaylığı olan bir yöntemdir. Analizde maddenin faktörle olan ilişkisinin hem istatistiksel olarak anlamlı hem de pratikte yeterli olduğunu belirlemek için faktör yükü olarak 0.40 kesme noktası kabul edilmiştir. Bu değer maddenin ilgili faktöre önemli bir katkı sağladığını ve bu faktörle güçlü bir ilişkisi olduğunu göstermektedir (196). Yapılan analiz sonucunda yedi faktörlü modelin toplam varyansı %52 olarak bulunmuştur. Bu değer ölçek tarafından ele alınan faktörlerin veri setindeki bilgiyi nispeten iyi bir şekilde yakaladığını göstermektedir (206). Maddelerin dağılımına bakıldığında ise altıncı boyutta iki, yedinci boyutta bir maddenin yer aldığı görülmüştür. Genellikle bir faktör altında en az üç veya beş maddenin listelenmesi önerilmektedir. Literatürde bir faktör altında yeterli sayıda madde yoksa genellikle o faktörün yapısal güvenilirliğinin düşük olduğu ve faktör yapısının yeniden değerlendirilmesi gerekliliği önerilmektedir. Faktör yapısının yeniden değerlendirilmesi yani faktör revizyonu için başvurulan yöntemlerden biri yetersiz sayıda madde içeren faktörlerin kaldırılması veya diğer faktörlerle birleştirilmesidir. Bu aşamalar sonucunda alanında uzman bir ölçeğe değerlendirme uzmanının tavsiyesiyle ölçek beş faktörlü yapıya zorlanmıştır. Bu yeni değerlendirme sonucunda beşinci faktör altında dört maddenin listelendiği, ancak bu maddelerden ikisinin faktör yüklerinin 0.40'tan düşük olduğu görülmüştür. Uzman tavsiyesi doğrultusunda bu kez ölçek dört faktörlü yapıya zorlanmış ve maddeler tek tek değerlendirilerek faktör yükü 0.40'ın altındakiler elenmiştir. Bu son analiz ve eleme sonucunda maddelerden 32 tanesi faktör yükleri düşük veya başka faktörlere paralel yüklenmeleri sebebiyle elenmiştir. Son haliyle dört boyutlu ve 26 maddeden oluşan

Arapça ölçek modelinin toplam varyansı %53 olarak bulunmuştur. Bu aşamada Cronbach Alpha güvenilirlik analizi yapılarak her alt boyutun sonuçları değerlendirilmiştir. Lohusalık alt ölçek güvenilirlik puanları incelendiğinde madde 19'un silinmesi durumunda Cronbach Alpha değerinin 0,62'den 0,80' e çıkacağı görülmüş ve bu yüzden madde 19 ölçekten çıkarılmıştır. Sonuç itibariyle, Türkçe 4 boyutlu ve 58 maddeden oluşan FOİÜÖ, Suriyeli veri seti üzerinde Arapça geçerlik güvenilirlik çalışmaları sonucunda dört boyutlu ve 25 maddeli olarak son şeklini almıştır.

Orijinal Türkçe ölçekteki faktör yükleri 0.22 ile 0.58 arasında değişmekte ve toplam varyans açıklama oranı %49 iken, Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur. Alt boyutlardan elde edilen güvenilirlik skorları ise sırası ile şu şekildedir: Gebelik 0.89; Doğum 0.87; Lohusalık 0.87 ve Bebek bakımı 0.86'dır. Mevcut çalışmanın Suriye-Arapçası uyarlamasında ise, dört faktörlü model toplam varyansın yaklaşık %53'ünü açıklamış ve Cronbach Alpha değerleri şu şekilde bulunmuştur: Bebek Bakımı için .75, Lohusalık için .80, Gebelik için .81, Doğum için .82. Bu sonuçlar, Türkçe orijinal ölçeğe kıyasla biraz daha yüksek bir varyans açıklama oranına işaret ederken, Lohusalık dışında diğer alt boyutlar için benzer veya daha yüksek güvenilirlik katsayılarına sahiptir. Bu karşılaştırmadan yola çıkarak, Suriye-Arapçası uyarlamasının orijinal ölçeğin güçlü yönlerini koruduğu ve hatta bazı yönlerden iyileştirdiği söylenebilir.

Sonuç olarak, Suriye-Arapçası uyarlaması, genel olarak yüksek bir toplam varyans açıklama oranı ve kabul edilebilir güvenilirlik katsayıları ile ölçeğin uygulanabilirliğini ve etkinliğini kanıtlamıştır. Ancak, Lohusalık alt boyutunun güvenilirliği ve geçerliliği konusunda ek çalışmalar yapılması gerekmektedir. Bu çalışmalar, bu boyutun daha kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesini ve Suriyeli kadınların lohusalık dönemine ilişkin inanç ve davranışlarının daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır. Ölçeğin nihai amacı, Suriye toplumundaki gebelik, doğum, lohusalık ve bebek bakımıyla ilgili fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamaları saptamak ve bu bilgiler ışığında daha etkili sağlık müdahaleleri geliştirmektir.

## **5.2 Farklı İki Kültüre Ait Bulguların Tartışılması**

Çalışmamızın bu bölümünde Suriyeli (n=92) ve Türk (n=85) örneklem grubuna dair demografik bilgileri ve ölçek puanları incelenmiş, bulgular doğrultusunda ve literatür eşliğinde tartışılmıştır. Çalışmanın hazırlık aşamasında evren olarak Suriyeli

katılımcılar için Kilis İlinin, Türk katılımcılar için Balıkesir ilinin seçilmesinin en önemli sebebi iki farklı kültürün kendi kültürel özelliklerini kaybetmeden, başka kültürlerle entegre olmadan devam ettiriyor olmalarıdır. Öncelikle Suriyeli örnekleme kültürel olarak Türk kültürüne entegre olmamış veya olamamış, kendi dil ve kültürel özelliklerini Suriye'deki gibi devam ettirmeye çalışan evrene ulaşılmaya çalışılmış ve bu sebeple veri toplamak için Kilis ili uygun bulunmuştur. Çünkü Kilis Şubat 2024 verilerine göre %31,4 ile Suriyeli nüfus oranının en yoğun olduğu ildir ve aynı zamanda Suriye sınırında yer aldığı için Kilis yerel nüfusu ile kültürel olarak benzerlikleri vardır ve bu yüzden Türk kültürüne entegrasyonu yavaş ilerlemektedir (207). Diğer taraftan çalışmanın diğer ayağı olan Balıkesir Bandırma, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2020 verilerine göre 161.894 nüfusa sahip Güney Marmara bölgesinde konumlanmış bir sahil kentidir. Balıkesir ili Suriyeli nüfus barındırma sıralamasında toplamda 4357 Suriyeli ile 37. Sırada yer almaktadır. Bandırma'nın Suriyeli nüfus yoğunluğu %2,6'dır (208). Özetle evren olarak bu iki merkezin seçilme sebebi her iki kültürün de kendi içinde tüm özelliklerini barındırıyor olması ve böylece verilerin sonuçları daha gerçekçi yansıtacağına olan inançtır.

### **5.2.1. Katılımcıların demografik ve obstetrik bulgularının tartışılması**

Çalışmaya 85 Türk ve 92 Suriyeli olmak üzere toplamda 177 kadın katılmıştır. Türklerin yaş ortalaması 41 olup katılımcıların en çok 37-46 yaş aralığında (n=34) olduğu bulunmuştur. Suriyelilerin yaş ortalaması 33 ve en fazla katılımcının 27-36 yaş grubunda (n=40) yer aldığı görülmektedir. Çalışmamızda Türk katılımcılara oranla daha genç bir Suriyeli örnekleme mevcuttur.

Türklerin %97,6'sı, Suriyelilerin ise %96,7'si evlidir. İlk evlilik yaşını değerlendirdiğimizde Türk katılımcıların %7,1'i 18 yaş ve altı, %55,3'ü 19-24 yaş, %30,6'sı 25-29 ve %7'si 30 yaş ve üzeri yaş aralığında ilk evliliklerini gerçekleştirmişlerdir. Suriyeli katılımcıların ise %46,7'si 18 yaş ve altı, %38'i 19-24 yaş, %13'ü 25-29 yaş ve %2,3'ü 30 yaş ve üzerinde ilk evliliklerini yapmıştır. TÜİK verilerine göre ilk evlenme yaşı ortalaması Türk kadınlarda 2001 yılında 22,7 iken 2023 yılında bu değer 25,7 ye yükselmiştir. Çalışma bulgularımızla karşılaştırdığımızda Türk katılımcıların ilk evlilik yaşı ortalama değerler arasındayken Suriyeli kadınların neredeyse yarısının (46,7) 18 ve altı yaşlarda evlilik yaptığı görülmektedir. Dereli (2016)'nin çalışmasında da benzer şekilde Suriyelilerin ilk evlilik yaşının Türk

kadınlara göre oldukça düşük olduğu bulunmuştur (9). 2009 PAPFAM (Arap Aile Sağlığı Projesi) araştırma sonuçlarına göre savaş ve göç öncesi 18 yaş altı evliliklerin oranı %8,4 iken savaş, göç, ekonomik zorluklar, hayatta kalma mücadelesi, cinsel istismar, yoksulluk, barınma zorlukları gibi sebeplerin bu oranı arttırdığı, mecburi evliliklere sebep olarak üreme sağlığı sorunlarında artış potansiyeli görüldüğü bildirilmiştir (209,210). Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu (UNICEF) 2021 raporu da benzer şekilde Suriyeli mülteciler arasında erken yaş evliliklerinin arttığını göstermektedir (211). Kadınların erken yaş evliliklerinin genel sebepleri ise kültürel ve dini olarak kızların erken evlendirilmesi, kızların eğitim oranının düşük olması, göç ve savaş durumundan dolayı ekonomik ve güvenlik endişeleri gibi faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir (212).

Çalışmamızdaki Türk katılımcıların %17,6'sı ilköğretim, %37,6'sı lise ve %44,7'si lisans ve üzeri eğitime sahipken; Suriyeli katılımcıların %17,4'ü okur-yazar, % 37'si ilkokul, % 29,3'ü lise ve %15,2'si üniversite mezunudur. Türklerde ilkokul seviyesi altında; Suriyelilerde ise lisansüstü eğitime sahip katılımcı yoktur. Eğitim durumu literatürle karşılaştırıldığında sonuçlar benzer şekilde olmakla beraber Dereli'nin (2016) çalışmasındaki Suriyeli kadınların %83,4'ü okur-yazar değildir (9). Bu çalışmaya okur-yazar olmayanların dahil edilmemesi sebebiyle Suriyeli eğitim seviyesi sonuçlarımız nispeten yüksek olsa da Türk katılımcılarla karşılaştırıldığında oldukça düşük çıkmıştır. Bunun sebebi olarak Suriye kültüründe kız çocuklarının eğitiminin önemsenmemesi, erken yaş evlilikleri, dini faktörler, savaş ve göç sebebiyle eğitime ulaşamama gibi faktörler etkili olduğu düşünülmektedir (82). TÜİK 2021 verilerine göre 25 yaş ve üzeri Türk kadınların %20,9'u yükseköğretim mezunudur ve çalışmamızdaki Türk katılımcıların neredeyse iki katı oranla Türkiye ortalamasının çok üzerinde olduğu görülmektedir (213). Bunun sebebi ise 15-64 yaş grubu kadınların Batı Anadolu bölgesinin en yüksek eğitim seviyesine sahip olmasıdır, nitekim Türk örneklem verileri de bunu desteklemektedir (214).

İlk gebelik yaşı her iki kültürde de 19-24 yaş aralığında en yüksek orana sahiptir. Fakat 18 ve altı yaş grubunda ilk gebe kalma oranlarını incelediğimizde, Suriyeli katılımcıların oranının azımsanamayacak derecede yüksek olduğu (32,6) görülmektedir. Yine de bu oran ilk evlilik yaşı ile paralellik göstermektedir. Her ne kadar Türk kültüründe de çocuk sahibi olmak büyük öneme sahip olsa da bu durum Suriye kültüründe çok daha önemlidir. Çünkü kadının ailedeki statüsü doğurduğu çocuk sayısı ile doğru orantıda artmaktadır (81). Literatürü incelediğimizde 1990'lı yıllarda Suriyeli

kadınların gebelik hızı 5,1 iken 2009 yılı itibariyle 3,8'e düştüğü görülmektedir (215). Çalışmamızda Suriyeli kadınların %37'si en yüksek oranla 3 veya 4 sayıda gebelik öyküsüne sahipken, 7 veya üzeri toplam gebelik sayısına sahip olma oranı %5,4'tür. Türklerde ise %80 oranla 68 katılımcı 1 veya 2 gebelik sayısına sahiptir. Yaşayan çocuk sayısı Türklerde en büyük oranla (%62,4) 2 iken Suriyeli katılımcılarda bu oran çeşitlilik göstermiştir. En sık olarak %18,5'i 2, %19,6'sı 3, %18,5'i 4 ve %16,3'ü 5 çocuk sayısına sahiptir. Çalışmamızdaki Türk katılımcıların ortalama yaşayan çocuk sayısı 1,8 iken Suriyelilerin 3,5 olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızdaki Türk katılımcıların son doğum şekli %64,7 oranla sezaryen iken Suriyeli kadınların %80,4'ünün normal doğum yaptığı görülmüştür. Türklerin sezaryen doğum nedenleri ise %30,6 oranla tıbbi sebepler, %29,4 oranla sezaryen öyküsü ve %5,9 oranla normal doğum korkusudur. Sezaryen doğumun artışı ile ilgili yapılan çalışmalar özellikle 1990'lı yıllardan itibaren hemen hemen tüm dünyada artış gösterdiğini fakat özellikle Mısır, Türkiye, Çin, Gürcistan, Dominik Cumhuriyeti gibi ülkelerde bu artışın %30'un üzerinde olduğunu göstermektedir (216). Türkiye için sezaryen doğum oranı 1993'te %7 iken 2020 verilerine göre %57,3 olarak dünyada en yüksek orana yükselmiştir (217). Sezaryen doğum nedenlerine bakıldığında ise en büyük orana sahip nedenler vajinal doğum korkusu, hekim isteği, sezaryen doğumun ağrısız olmasıdır (218,219). Katılımcıların son gebelikleri Türklerin %76,5'i ve Suriyelilerin %28,6'sı planlı gebelik olarak gerçekleşmiştir.

Çalışmadaki Türk kadınların %45,9'u, Suriyelilerin ise %25'i çalışmaktadır. Katılımcıların gelir algısına baktığımızda ise her iki kültürün de çoğunluğu orta seviye gelir algısına sahiptir ancak Türk katılımcılar gelir algısını daha yüksek değerlendirmiştir.

Aile tipini incelediğimizde Türk katılımcıların %4,7'si, Suriyelilerin ise %45,7'si geniş ailede yaşamaktadır. Suriye kültüründe geniş aile tipi yaygın olmasına rağmen Türkiye'de yaşayan Suriyelilerin bu tip ailede yaşamasının ek sebepleri mevcuttur. Bunlar kültürel normlar, ekonomik sebepler, destek sisteminin getirdiği avantajlar, göçün getirdiği zorluklarla mücadele yöntemleri gibi sebepler olabilmektedir.

Katılımcıların geleneksel inanç ve uygulamalara verdiği önem derecesi Türklerde %63,5 ve Suriyelilerde %56,5 oranla "biraz önemli" cevabı olmuştur. Literatürde yine Suriyeli ve Türk katılımcılarla yapılan benzer çalışmada bu soruya en çok verilen cevap Türklerde %77,2 ve Suriyelilerde %61,4 ile "biraz önemli" cevabı

olup mevcut çalışmanın bulgularıyla paralellik gösterdiği, Türklerde Suriyelilere göre fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalara önem verildiği görülmektedir (9). Diğer taraftan Türk ve İranlı kadınların geleneksel uygulamalarının incelendiği bir çalışmada Türklerin %75,5'inin, İranlı kadınların %82,3'ünün özellikle gebelik döneminde fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamaları takip ettiği bulunmuştur (124). Bu inanç ve uygulamalar dünyanın her yerinde farklı oranlarda uygulanmasına rağmen özellikle orta doğu ülkelerinde ve geleneksel yaşam tarzına sahip kültürlerde sıkça başvurulan ve inanılan yöntemlerdir.

### **5.2.2. Katılımcıların doğum öncesi ve sonrası fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalarının tartışılması**

Çalışmanın amacı doğrultusunda Suriyeli ve Türk katılımcıların doğum öncesi ve sonrası fonksiyonel olmayan inanış alt ölçeklerine ait puanlar karşılaştırılmış ve Suriyeli ve Türk katılımcılar arasında Gebelik, Doğum, Lohusalık ve Bebek bakımı dönemlerine ait tüm puanlarda anlamlı düzeyde farklılıklar bulunmuştur. İki grup arasında farklılıkların en az olduğu boyut doğum sürecine aittir. Doğum sürecine dair inanç ve uygulamalar katılımcılar arasında uyruk bazında anlamlı bir farklılığa sahip olsa da diğer süreçlerle kıyasladığımızda en az farklılığa sahiptir. Bu sürece dair Türk katılımcıların ortalama puanı 4.33 iken Suriyelilerin puanı 4.14 olarak bulunmuştur. Ayrıca etki analizinde bu farklılığın etki düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur.

Katılımcılar arasındaki farkın istatistiksel olarak en büyük etkiye sahip olduğu değişken ise bebek bakımı alt boyutudur. Türk katılımcıların bebek bakımına dair ortalama puanı 4.21 iken Suriyelilerin puanı 3.28'dir.

Genel olarak her bir alt boyutu değerlendirdiğimizde uyruk bazında katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ve Türk katılımcıların inanç ve uygulamaları Suriyelilerden daha azdır. Kültürel inançlar, doğum uygulamaları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bazı kültürlerde ebeveyn adayları vajinal doğum tercih ederken, bazılarında ise sezaryen doğumunu daha güvenli bulabilir. Türk ve Suriyeli topluluklar arasında doğum ile ilgili geleneksel inançlar farklılık gösterebilir. Etnik kökenin sağlık algıları ve uygulamaları üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir (220).

Dereli'nin (2016) FOİU ölçeğini kullanarak Türk ve Suriyeli katılımcılarla yapmış olduğu çalışmada tüm alt boyutlarda Türk katılımcıların Suriyelilere göre daha az geleneksel inanç ve uygulamalarının olduğu bulunmuştur (9). Katılımcıların yaşları

incelendiğinde Türklerin Suriyeli kadınlara göre daha yaşlı olduğu görülmüştür. Bunlara ek olarak her iki kültüre ait katılımcılar eğitim durumu ve gelir durumuna göre kıyaslandığında Türkler Suriyelilere göre daha iyi eğitim seviyesine ve gelir durumuna sahiptir. Tüm bu etkenler FOİU'nun eğitim ve yaş gibi deneyimlerin bilinç düzeyini önemli düzeyde arttırdığının kanıtıdır. Eğitimli bireyler doğru bilgilere ve modern uygulamalara daha çok hakimken, zaman içinde insanların yaşayarak ve öğrenerek edindikleri deneyimlerin önemini de ortaya koymaktadır. Bu anlamda eğitimli olmanın yanı sıra yaş ile yılların getirdiği tecrübe de doğru bilinen yanlışların zaman içinde fark edilmesini sağlamıştır. Mevcut çalışma bu anlamda sadece iki kültür arasındaki farklılıkları ortaya koymamış, yaş ve eğitim gibi demografik değişkenlerinde ne denli önemli olduğunu göstermiştir.

Mevcut sonuçlar, Etiyopyadaki hamile kadınlar arasında doğum öncesi ve sonrasına dair FOİU'yu inceleyen Zepro (2015) tarafından yapılan çalışma ile tutarlıdır (221). Zepro, eğitim düzeyinin beslenmeye dair geleneksel inanışların yaygınlığını önemli ölçüde etkilediğini, daha eğitimli kadınların bu geleneksel inançlara bağlı kalma olasılığının daha düşük olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde, mevcut çalışmadan elde edilen bulgular Türk kadınlarının, özellikle de eğitim düzeyi yüksek olanların, Suriyeli hemcinslerine kıyasla geleneksel inançlara daha az sahip olduğunu vurgulamaktadır. Bu da eğitimin geleneksel uygulamalara bağlılığı azaltmada kritik bir faktör olduğunu göstermektedir.

Eğitimin yanı sıra yaş da önemli bir faktör olarak ortaya çıkmıştır. Yaşça daha büyük olan kadınların geleneksel inançlara daha az bağlı olduğu görülmüştür; bu bulgu, hastanelerde doğum yapan kadınlar arasında gebelik ve doğum sonrası döneme ilişkin geleneksel sağlık uygulamalarını araştıran Karahan ve diğerlerinin (2016) sonuçları ile benzerdir (48). Yaşça daha genç olan kadınların, muhtemelen örgün eğitim ve modern sağlık bilgilerine daha az maruz kalmaları nedeniyle geleneksel uygulamaları takip etme olasılıklarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Elde edilen sonuçlar bu gözlemi desteklemekte olup, yaş ilerledikçe kadınların daha fazla sağlık bilgisi ve deneyimi edinebileceğini ve böylece geleneksel inançlara olan güvenin azalabileceğini göstermektedir.

Withers ve arkadaşları (2016) Asya ülkelerinde gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki geleneksel inanç ve uygulamalara ilişkin kapsamlı bir inceleme yapmışlardır (1). Araştırmacılar geleneksel uygulamaların kültürel bağlamlarda derin köklere sahip olduğunu ve genellikle sosyal normlar ve toplum beklentileri tarafından

sürdürüldüğünü vurgulamışlardır. Bununla birlikte, araştırmalarında yüksek eğitim seviyelerinin ve modern sağlık hizmetlerine erişimin artmasının bu uygulamaların azalmasına yol açabileceğini de belirtmişlerdir. Bu durum, eğitim ve sağlık hizmetlerine daha iyi erişimden faydalanan Türk kadınlarının Suriyeli kadınlara kıyasla daha az geleneksel inanç sergilediğini bulgularda ortaya koymuştur.

Kyomuhendo (2003) Uganda'daki kırsal bölgelerde doğum hizmetlerinin düşük kullanımını incelemiş ve bunu kadınların statüsü, geleneksel inançlar ve sınırlı kaynakların etkisine bağlamıştır (222). Çalışma, geleneksel inançların daha düşük sosyo-ekonomik statüye ve daha az eğitime sahip kadınlar arasında daha yaygın olduğunu vurgulamıştır. Bu durum, potansiyel olarak daha fazla sosyo-ekonomik zorlukla karşılaşan ve eğitime erişimi kısıtlı olan Suriyeli kadınların geleneksel inançlara Türk kadınlardan daha fazla bağlı olduğu yönündeki bulguyla paralellik göstermektedir. Kyomuhendo'nun çalışması, sosyo-ekonomik ve eğitimsel eşitsizliklerin geleneksel uygulamaların devamlılığı üzerindeki etkisini vurgulamaktadır.

Türk ve İranlı kadınların geleneksel inanç ve uygulamalarını inceleyen Katabi (2008), geleneksel inanç ve uygulamaların her iki komşu ülkede de halen yaygın olarak uygulandığını; fiziksel ve cinsel aktivite, beslenme düzeni ve dini uygulamalar ve ritüeller noktasında benzerlikler olmasına rağmen genele bakıldığında büyük farklılıklar olduğunu ifade etmektedir (124). Bu çalışma, Türkiye ve İran'ın her ne kadar İslamiyet'ten miras kalan benzer kültürel yapılara sahip olsalar da geleneksel inanç ve uygulamaların aynı amaç için farklı yöntemlerle gerçekleştirildiğini ortaya koymaktadır. Bu noktadan yola çıkarak mevcut çalışmada da ortak kültürel özelliklere, dini ve tarihi mirasa rağmen Türk ve Suriyeli kadınların geleneksel inanç ve uygulamaları belki de aynı amaç için fakat farklı yollarla yaptıkları düşünülmektedir. Bu bağlamda; Dereli'nin (2016) çalışma sonuçları mevcut çalışma ile Türklerin Suriyelilere göre geleneksel inanç ve uygulamaları daha az benimsediği konusunda benzer olsa da dil ve kültür bazında geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan bir ölçek materyali ile Suriyeli katılımcılardan toplanan verilerin iki kültür arasındaki farkı daha iyi yansıtacağı gerçeği göz ardı edilmemelidir (9). Kültürlerarası araştırmalarda kullanılan materyalin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin veriler elbette ki çok önemlidir. Ölçülmek istenen verinin derinliği ve etkileri ancak kültürel olarak değerlendirilmiş, uyarlanmış veya geliştirilmiş ölçüm araçları ile elde edilir. Geisinger (2013), kültürel adaptasyonun önemini tartıştığı ve incelediği çalışmasında, değerlendirme araçlarının geçerlik ve güvenilirliğinin

evrensel olmadığını, araçların ancak geliştirildiği veya uyarlandığı kültür için kullanılması gerekliliğini vurgulamaktadır (223). Türk dili ve kültüründe hazırlanan FOİU ölçeği Türk kültürünü, dilini, geleneksel uygulamalarını yansıtan, sistematik bir süreç takip edilerek hazırlanmış ve geliştirilmiştir. Fakat aynı ölçeğin Suriyeliler üzerinde net ve tarafsız ölçüm yapabilmesi için uyarlanması gerekmektedir.

Yaman ve Erenoğlu'nun (2021) Hatay'daki Suriyeli kadınlarla yapmış olduğu çalışma sonuçları önemli bulgular içermektedir (224). Geleneksel yöntemlerin araştırıldığı çalışmada Suriyeli kadınların tamamı gebelik döneminde geleneksel yöntem yaptığını belirtmiş ve bu yöntemlerin genel olarak beslenme ve diyet kısıtlamalarını içerdiği tespit edilmiştir. Kadınlar süt, yumurta, et, balık vb. gıdaları daha fazla; çay, kahve, tuz vb. gıdaları daha az tükettiklerini; maydanoz ve tarçın gibi besinlerden ise tamamen uzak durduklarını belirtmişlerdir. Doğumu hızlandırmak için neredeyse tamamının (%98,7) yöntem uyguladığı ve en çok başvurdukları yöntemlerin tarçın çayı ve hurma tüketmek olduğu görülmüştür. Doğum ağrısı için nane çayı tüketimi, fetüsün doğumunu kolaylaştırmak için ise vulva ve vajinal açıklığa zeytin yağı sürmek (%77,4) ve son gebelik haftasında cinsel ilişki sıklığını arttırmak gibi yöntemlere başvurduklarını belirtmişlerdir. Postpartum dönemde yine neredeyse tamamının geleneksel yöntem uyguladığı; en çok iyileşmeyi hızlandırmak adına bel bölgesini sardıkları ve besin tüketimine (et, süt, yumurta vb.) özen gösterdikleri belirlenmiştir. Süt miktarını arttırmak için ise geleneksel yöntem başvuran (%82,4) kadınların tamamı maydanoz tüketirken, diğer tüketimi artırılan besinler süt ve su olmuştur. Wehbe ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu ve Lübnanlı ve Suriyeli katılımcıların yer aldığı bir çalışmada kadınların birçoğu mavi boncuğun nazarı önleyeceğine inanmadıklarını, bunun yanlış veya modası geçmiş olduğunu belirtmişlerdir (225). Aynı zamanda bebek bakımı için yenidoğanın gaz sancısı ve mide problemlerini önlemek amacıyla ilk 4-5 ay karın ve bel bölgesinin *zennar* denilen kumaş bir bel bağı ile sarılması gerektiğini belirtmişlerdir. Tüm bu literatür değerlendirmeleri göstermektedir ki bazı noktalarda benzer inanç ve uygulamalar olsa da her kültürün kendine özgü benzersiz gelenekleri vardır (226). Mevcut çalışma farklı iki kültüre ait bu inanç ve uygulamaları benzerlikler doğrultusunda yakalamış, incelemiş ve analiz etmiştir.

Çalışma sonuçlarını ve farklılıklarını Suriyeli kadınların penceresinden değerlendirmek tartışmayı daha güçlendirecektir. Göç ve savaş deneyimleri sonucunda kültürel olarak benimsenen inanç ve uygulamalar çeşitli faktörlerle etkilenmektedir.

Özellikle zorunlu göç bu geleneklerin aktarımı için hayati önem taşıyan topluluk, sosyal çevre ve aile bağları gibi unsurlara ve geleneklere daha sıkı sarılabilir. Bu destek sistemleri geleneksel uygulamaların aktarımını ve devam ettirilmesini kolaylaştırır (227). Karaman ve Ricard (2016) Suriyeli mülteciler üzerine yaptıkları çalışmada dil kaynaklı engellerin Suriyeli bireylerin sağlık hizmetlerine dair bilgi edinme de daha çekingen davranabileceklerini ortaya koymuştur (228). Yazarlar, çevirmen kullanılsa dahi Suriyeli mültecilerin kurumlara başvurma ve bilgi edinme konularında daha az istekli olduklarını göstermiştir. Mevcut çalışmadaki kadınların dil kaynaklı bazı zorluklar yaşıyor olabileceği düşünüldüğünde, doğum öncesi ve sonrasına dair bilgilerinin daha çok anane ve örflerinden geldiği varsayılabilir.

### **5.2.3. Katılımcıların demografik bulgularının fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalarla olan ilişkisinin tartışılması**

Bağımlı değişkenlerin bağımsız değişken olan fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalar toplam puanı üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan regresyon analizi sosyo-ekonomik faktörlerin ve demografik bilgilerin bağımlı değişkeni anlamlı düzeyde etkilediğini göstermiştir.

Bağımlı değişkeni en fazla açıklayan bağımsız değişken gebelik sayısıdır. Çalışmamızdaki her iki örneklem grubunda da gebelik sayısı arttıkça fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalara dair puanlar azalmaktadır. Başka bir ifade ile çocuk sayısındaki artış FOİU ile paralellik göstermiştir. Çocuk sayısı arttıkça işlevsel olmayan inanışlarda artmıştır. Demografik bilgilere ve yapılan karşılaştırma analizlerine bakıldığında bu sonuç anlamlıdır. Çünkü Suriyeli kadınların gebelik sayısı Türk kadınların gebelik sayısının neredeyse iki katıdır. Bu bulgu literatürdeki bulgularla tutarlılık göstermektedir.

Bu durum, Şimşek'in (2013) primipar kadınların (bir kez doğum yapmış olanlar) multipar kadınlara (birden fazla doğum yapmış olanlar) kıyasla daha az geleneksel yöntem kullandıklarını bildiren bulgularıyla tutarlıdır (229). Ancak bu bulgu, Çetinkaya ve arkadaşlarının (2008) gebelik sayısının geleneksel yöntemlerin kullanımında önemli bir faktör olmadığını buldukları çalışma ile çelişmektedir (230). Taşhan ve Koyuncu bu durumu örneklem gruplarındaki farklılıklara bağlamışlardır (231).

Mevcut çalışmada gebelik sayısı ile geleneksel inançlara bağlılık arasında gözlenen ilişki birkaç şekilde yorumlanabilir. Her bir gebelikle birlikte kadınların daha deneyimli ve bilgili hale gelmeleri ve modern sağlık uygulamalarına daha aşina hale geldikçe geleneksel inançlara olan bağlılıklarının azalması beklenmektedir. Bununla birlikte, geleneksel uygulamaların köklü olduğu ve sosyo-ekonomik faktörlerin eğitim ve sağlık hizmetlerine erişimi sınırladığı durumlarda, artan gebelik sayısı bu uygulamaların devamını güçlendirebilir. Bu durum, çalışmamızda yer alan ve Türk hemcinslerine kıyasla daha ciddi sosyo-ekonomik zorluklarla karşılaşabilecek Suriyeli kadınlar için özellikle geçerlidir.

Bulgular, Suriyeli kadınlar arasında gebelik sayısının daha fazla olmasının geleneksel inançların devam etmesinde bir etken olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, multipar kadınların geleneksel uygulamaları savunabilecek aile üyeleriyle daha fazla etkileşime girme eğiliminde olduğu gözlemiyle desteklenmektedir (231). Sonuçların Şimşek'in çalışmasıyla tutarlı olması, muhtemelen kültürel normların ve uygulamaların çoğul gebelikler üzerindeki toplu etkisi nedeniyle geleneksel uygulamaların multipar kadınlar arasında daha yaygın olduğu fikrini daha da güçlendirmektedir (229).

Kadınların inanç ve uygulamalarını etkileyen diğer bir değişken aile tipidir. Konu hakkında yapılan literatür incelemesinde çekirdek aileye sahip kadınların geleneksel inanç ve uygulamalara daha az başvurduğunu veya önemseydiğini; geniş ailede yaşayanların ise ailedeki daha geleneksel ve kültürel bakış açısına sahip büyükler tarafından yönlendirilerek bu yöntemleri daha çok uyguladığını göstermektedir (1,232,233). Diğer taraftan ise Pekyiğit ve ark.'nın (2020), annelerin bebek bakımındaki geleneksel inanç ve uygulamalarını inceleyen çalışmasında geniş aileye sahip olma ile bu uygulamaların kullanımı arasında önemli bir fark bulunamamıştır (234). Mevcut çalışmada ise neredeyse yarısı geniş aileye sahip Suriyeli katılımcıların geleneksel inanç ve uygulamalar puanları genel olarak çekirdek ailede yaşayan Türk katılımcılara göre düşük bulunmuştur. Türkiye'de modern tıp uygulamalarının geleneksel inançlarla bütünleşmesi çekirdek aileler arasında da yaygınlaşmaktadır. Diğer taraftan Suriyeli kadınlar göç ve yeni bir kültüre entegrasyonun neden olduğu stres ve değişiklikleri ve bunların doğum öncesi ve sonrasına etkilerini, diğer aile bireylerinden edindikleri bilgiler ile azaltabilirler (235). Bunun yanında ailede tecrübeli ve deneyimli aile büyüklerinin olması FOİU'nun daha da pekişmesine sebep olabilir.

Tartışmaya değer bir diğer bulgu da eğitim seviyesinin artması ile inanç ve uygulamalar puanının artmasıdır. Yani başka bir ifade ile eğitim seviyesi FOİU'ı azaltmaktadır. Konu hakkında yapılan benzer çalışmalarda eğitim seviyesi arttıkça geleneksel uygulamaların azaldığı bulunmuştur (236,237). Diğer taraftan Wang ve ark.'nın (2008) Çin'de yapmış olduğu çalışma yaş ve eğitim seviyesinin kadınların geleneksel inanç ve uygulamalar üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olmadığını göstermiştir (239).

Ergün ve arkadaşları (2019), doğum sonrası dönemde kadınlar tarafından tercih edilen geleneksel uygulamaları incelemiş ve eğitimin bu uygulamaları önemli ölçüde etkilediğini tespit etmiştir (236). Yüksek eğitim seviyesine sahip kadınların geleneksel uygulamalara bağlı kalma olasılığı daha düşüktür, bunun yerine daha modern sağlık uygulamalarını tercih etmektedirler. Bu durum artan sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerine erişim, bilinçlendirme ve kültürel değişimler gibi sebeplerle açıklanabilir.

Eğitim, kadınların sağlık bilgilerini anlamalarını ve bilinçli kararlar verme becerilerini geliştirir. Daha yüksek eğitim seviyesi genellikle daha iyi sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir ve kadınların geleneksel uygulamaları eleştirel bir gözle değerlendirip kanıta dayalı tıbbi bakımı benimsemelerini sağlar. Bu durum, eğitilmiş kadınların geleneksel yöntemler yerine tıbbi olarak önerilen doğum sonrası bakımı tercih ettiği Ergün ve diğerlerinin (2019) çalışmasında açıkça görülmüştür (236).

Eğitilmiş kadınların sağlık hizmetlerine erişimi ve bu hizmetlerden yararlanma olasılığı daha yüksektir. Akman ve Gözüyeşil (2018) doğum sonrası dönemde geleneksel uygulamalarla ilgili çalışmaları gözden geçirmiş ve eğitimin geleneksel uygulamalara olan bağımlılığı azaltmada önemli bir faktör olduğunu bulmuştur (237). Eğitilmiş kadınların sağlık uzmanlarından tavsiye alma ve onların tavsiyelerine uyma olasılığı daha yüksektir, böylece geleneksel inançlara olan bağımlılık azalmaktadır.

Eğitim, kadınlara bağımsız ve bilinçli sağlık kararları alabilmeleri için bilgi ve beceri sağlayarak onları güçlendirir. Bu bilinçlilik, geleneksel uygulamalara uyma yönündeki ailesel ve toplumsal baskıların etkisinin azalmasına yol açabilir. Akman ve Gözüyeşil'in (2018) bulguları, eğitilmiş kadınların batıl veya zararlı olarak algıladıkları geleneksel uygulamalara karşı çıkma ve bunları uygulamama ihtimallerinin daha yüksek olduğunu göstererek bunu desteklemektedir (237).

Son olarak eğitim, geleneksel uygulamaları önemsizleştiren kültürel değişimlere katkıda bulunabilir. Kadınlar daha eğitilmiş hale geldikçe, farklı kültürel normlara ve geleneksel yaklaşımlar yerine bilimsel yaklaşımlara değer veren tıbbi yöntemlere daha

açık olabilirler. Bu durum, toplum değerlerini kademeli olarak değiştirerek geleneksel uygulamaların yaygınlığını azaltmış olabilir.

Bu bulgular, eğitimin sağlık davranışları üzerindeki etkisine ilişkin daha geniş kapsamlı araştırmalarla tutarlıdır. Örneğin Withers ve arkadaşları (2016) Asya ülkelerinde gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki geleneksel inanç ve uygulamaları inceledikleri çalışmalarında, yüksek eğitim seviyesinin geleneksel uygulamalarda azalma ile ilişkili olduğunu tespit etmiştir (1). Eğitim, kadınlara modern sağlık bilgilerine erişme, bunları anlama ve uygulama araçları sağlayarak hem anneler hem de bebekler için daha iyi sağlık sonuçları elde edilmesine yol açmaktadır.

Çalışma sonuçları katılımcıların gelir algısının inanç ve uygulamalarını etkilediğini göstermektedir. Her iki kültürdeki katılımcıların çoğunluğu orta derece gelir algısına sahipler. Analiz sonuçlarına göre iyi gelir algısına sahip kadınların orta ve düşük gelir algısına sahip olanlara göre daha az fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalara sahip oldukları bulunmuştur.

Benzer çalışmalar incelendiğinde, Çetinkaya ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında gelirinin giderinden az olduğunu belirten katılımcıların daha fazla geleneksel uygulama yaptığı görülmüştür (230). Aynı şekilde Değer'in (2011) çalışmasında da gelir seviyesi arttıkça kadınların hem bebekleri hem de kendileriyle ilgili daha az geleneksel yöntemlere başvurdukları bulunmuştur (235). Sakar ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışma da benzer sonuçlar içermektedir (239,240). Bunun sebebi ekonomik olarak daha refah bir durumda olan bireylerin sağlık kararlarında ve inanışlarında daha kontrollü hissetmeleri ve daha az fonksiyonel olmayan inanış geliştirmeleri olabilir. Düşük veya orta gelir algısına sahip bireyler ekonomik kaygılar nedeniyle sağlık sorunu yaşadıklarında veya önlem alma gereksinimi duyduklarında ilk önce modern tıbbi yöntemlere başvurmak yerine geleneksel yöntemleri tercih edebilirler. Bu bulgu ekonomik istikrarın sağlık davranışlarını ve inanç sistemlerini etkileyebileceğini öne süren çalışmalarla uyumludur. Mirowsky ve Ross'a (2003) göre ekonomik güvenlik ve istikrar bireylere daha sağlıklı seçimler yapmaları için gereken kaynakları sağlar ve işlevsiz sağlık inançlarına yol açabilecek stresi azaltır (240). Benzer şekilde Adler ve Ostrove (1999) daha yüksek sosyoekonomik statüdeki bireylerin sağlık bilgi ve kaynaklarına daha iyi erişime sahip olduğunu, bunun da daha etkili ve sağlık açısından olumlu karar almaya yol açabileceğini ileri sürmektedir (241). Bu bulgular sosyoekonomik durumun sağlıkla ilgili inanç ve uygulamalar üzerindeki önemli etkisini vurgulayarak farklı

sosyoekonomik özelliklere sahip gruplara sağlık davranışı ve eğitimi verilirken ekonomik bağlamların göz önüne alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

### 5.3 Sonuçlar

Yalçın ve Koçak (2012) tarafından Türkçe olarak geliştirilen Fonksiyonel Olmayan İnanç ve Uygulamalar Ölçeğinin (FOİUÖ) Suriye kültürüne ve Suriye Arapçasına uyarlanmasının yapılmasını ve Türk ve Suriyeli kadınların doğum öncesi ve sonrası dönemlerine ilişkin fonksiyonel olmayan geleneksel inanç ve uygulamalarının incelenmesini amaçlayan bu çalışma sonucunda şu bilgilere ulaşılmıştır:

Türkçe olarak geliştirilen ölçeğin Suriyeli örnekleme uygunluğu doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmiş ve değerlendirme sonucunda ölçeğin uygun olmadığı, daha fazla uyarlanması ve değiştirilmesi gerektiği tespit edilmiştir. Ölçeğin faktör yapısını Suriyeli örnekleme üzerinden yeniden değerlendirmek ve yapılandırmak için paralel analiz yapılmıştır.

Yapılan tüm analizler itibariyle; Türkçe 4 boyutlu ve 58 maddeden oluşan FOİUÖ, Suriyeli veri seti üzerinde Arapça geçerlik güvenilirlik çalışmaları sonucunda dört boyutlu ve 25 maddeli olarak son şeklini almıştır. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Orijinal Türkçe ölçeğin toplam varyansı %49 iken, çalışmamız sonucundaki Suriye Arapçası adaptasyonu toplam varyansın %53'ünü açıklamaktadır. Sonuç olarak uyarlanmasını yapmış olduğumuz ölçeğin, Türkçe ölçeğin güçlü yönlerini koruduğu ve hatta bazı yönlerden iyileştirdiği söylenebilir. 25 maddeden oluşan 4 alt boyut içeren geçerlik güvenilirlik çalışması tamamlanmış Arapça fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalar ölçeği EK-7'de sunulmuştur.

Çalışmada, Türk ve Suriyeli kadınlar arasında geleneksel inanç ve uygulamalara bağlılık açısından önemli farklılıklar bulunmuştur. Türk katılımcılar Suriyeli kadınlara göre doğum öncesi ve sonrası dönemlerde daha az geleneksel uygulamalara ve inançlara başvurmuştur.

İki farklı kültürün geleneksel inanç ve uygulamalarındaki farklılıkları açıklayan demografik ve obstetrik faktörler yaş, eğitim seviyesi, çocuk sayısı, aile tipi ve gelir seviyesidir. Farklılıkları en çok açıklayan faktör yaş faktörüdür. Kadınların yaşı arttıkça geleneksel inanç ve uygulamalara daha az başvurmaktadır.

Bulgular, kültürel uyumun Suriyeli kadınlar arasında geleneksel uygulamaların devamlılığını bozmadığını göstermektedir. Aslında, göç ve yerinden edilmenin

psikolojik stresine rağmen, birçok Suriyeli kadın geleneksel inanç ve uygulamalarını sürdürme konusunda direnç göstermiştir. Geleneksel uygulamaların sürdürülmesi, yerinden edilmiş bireyler için psikolojik bir dayanak olabilir. Suriyeli kadınlar için tanıdık gelenek ve göreneklere bağlı kalmak, aksi takdirde kesintiye uğrayacak bir yaşamda istikrar ve süreklilik duygusu sağlamaktadır. Bu durum, önemli değişim ve belirsizlik dönemlerinde bir başa çıkma stratejisi olarak kültürel koruma kavramıyla örtüşmektedir.

Göç etmiş topluluklarda, geleneksel uygulamaları güçlendirmek ve sürdürmek için genellikle güçlü destek ağları mevcuttur. Suriyeli kadınlar, kolektif olarak kültürel geleneklerin korunmasına öncelik veren bu topluluklarda dayanışma ve onay bulabilirler. Bu topluluk uyumu, yeni bir kültürel ortamda bile geleneksel uygulamaları sürdürme becerisini artırabilir.

#### **5.4 Öneriler**

Bu araştırmanın bulguları ve sonuçları doğrultusunda;

Kültürel inançların sağlık davranışlarını şekillendirmedeki önemli rolü göz önüne alındığında, sağlık hizmeti sağlayıcılarının kültürel yetkinlik konusunda eğitim almaları önerilmektedir. Bu, özellikle çok kültürlü ortamlarda hastaların farklı kültürel geçmişlerini daha iyi anlamaları ve yönlendirmeleri için onları donatacaktır. Geleneksel inançlara saygı duyan ve bunları kanıta dayalı uygulamalarla bütünleştiren özel sağlık hizmetleri, sağlık sonuçlarını ve hasta memnuniyetini iyileştirebilir.

Bulgular, Türk ve Suriyeli kadınların kendilerine özgü ihtiyaçlarını ve kültürel bağlarını ele almak üzere özel olarak tasarlanmış sağlık eğitimi programlarına duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır. Bu programlar, güvenli ve faydalı geleneksel uygulamaları çağdaş tıbbi tavsiyelerle bütünleştirmenin faydalarını vurgulayarak geleneksel uygulamalar ile modern sağlık hizmetleri arasındaki boşlukları doldurmaya odaklanmalıdır.

Türk ve Suriyeli akademisyenler de dahil olmak üzere farklı kültürel geçmişlere sahip araştırmacılar arasında iş birliğini içeren daha fazla araştırma teşvik edilmelidir. İşbirliğine dayalı çabalar, kültürel nüansların anlaşılmasını geliştirebilir ve daha etkili ve kapsayıcı sağlık müdahalelerine katkıda bulunabilir.

Sunulan öneriler, anne ve bebek sağlığında kültürel uygulamaların anlaşılmasını ve entegrasyonunu geliştirmeyi amaçlamaktadır. Eğitim, politika ve ileri araştırmalara

odaklanan bu öneriler, Türk ve Suriyeli kadınların sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi ve kültürel kimliklerine sağlık sistemi içinde saygı gösterilmesini sağlamayı amaçlamaktadır. Bu stratejiler yalnızca doğrudan incelenen nüfuslara fayda sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda küresel bağlamda kültürel sağlık dinamiklerinin daha geniş bir alanını da geliştirmektedir.

### **5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırmanın temel sınırlılıklarından biri araştırmacının Arapça bilmemesinden kaynaklı Suriyeli örnekleme çalışırken iletişim kurmak için tercüman kullanılmasını gerektirmiştir. Ölçek geçerlik güvenilirlik çalışmaları sırasında daha emin çeviri yapabilmek ve iletişimi güçlü tutmak adına ek zaman harcanmıştır. Ayrıca çalışmanın yapıldığı merkezlerin birbirine uzak olması da zaman açısından zorluk yaşanmasına sebep olmuştur.

Bir diğer kısıtlama, özellikle yerinden edilme ve göç bağlamında Suriyeli kadınların geleneksel uygulamalarına ilişkin güncel araştırmaların azlığıdır. Suriyeli göçmenler ve mülteciler hakkında özellikle savaş sonrası çok sayıda çalışma yapılmış olsa da bu konudaki çalışmaların azlığı, bulguları mevcut literatürle karşılaştırma becerisini sınırlamıştır.

Çalışma bulgularının genellenebilirliği sınırlı olabilir ve sonuçlar farklı bağlamlarda veya bölgelerde daha geniş Türk ve Suriyeli kadın popülasyonlarına uygulamaları düşünüldüğünde dikkatle yorumlanmalıdır.

## KAYNAKÇA

1. Withers, M., Kharazmi, N., & Lim, E. (2018). Traditional beliefs and practices in pregnancy, childbirth, and postpartum: A review of the evidence from Asian countries. *Midwifery*, 56, 158-170. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.019>
2. Temel, A. B. (2008). Kültürlerarası (çok kültürlü) hemşirelik eğitimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 92-101.
3. Bektaş, H. (2013). Hemşirelik eğitiminde ve uygulamalarında kültür. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29(1), 60-67.
4. Ekşioğlu, A., Yücel, U., ve Türkoğlu, Ö. (2021). Göç ve kadın sağlığı hizmetleri. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2), 361-370. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.775726>
5. Çakır, B. ve Çevik, C. (2021). Küreselleşme, göç ve kadın sağlığı. *Humanistic Perspective*, 3(1), 225-243. <https://doi.org/10.47793/hp.856206>
6. Aksu, H. ve Sevil, Ü. (2010). Migration and women's health. *Maltepe University Nursing Science and Art Journal*, 3(2), 133-138.
7. Yorulmaz, D. S., ve Karadeniz, H. (2021). Farklı kültürel uygulamaların sağlığa etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13(2). <https://doi.org/100.5336/nurses.2020-77145>
8. Yalçın, H., ve Koçak, N. (2012). Fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalar tutum ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *International Journal of Social and Economic Sciences*, 2(2), 157-163. <https://ijses.org/index.php/ijses/article/view/62>
9. Dereli, D. (2016). *Farklı iki kültürdeki kadınların gebelik, doğum, yenidoğan bakımına ilişkin geleneksel inanç ve uygulamalarının karşılaştırılması* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Medipol Üniversitesi
10. Oğuz, E. S. (2011). Toplum bilimlerinde kültür kavramı. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 28(2).
11. Eagleton, T. (2016). *Culture*. Yale University Press.
12. Ökeli, H. (2014). *Kültürlerarası iletişim bağlamında bir altkültür grubu olan Çerkeslerin hâkim kültürle iletişimi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Anadolu Üniversitesi
13. Güvenç, B. (2011). *Kültür ve insan*. İstanbul: Boyut Yayınları.
14. Helman, C. (2007). *Culture, health, and illness*. CRC Press.
15. Hall, S. (1989). Cultural identity and cinematic representation. *Framework: The Journal of Cinema and Media*, (36), 68-81.
16. Spencer-Oatey, H., & Franklin, P. (2012). What is culture. *A compilation of quotations. GlobalPAD Core Concepts*, 1(22), 1-21.
17. Triandis, H. C. (2018). *Individualism and collectivism*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429499845>
18. Hofstede, G., & Bond, M. H. (1984). Hofstede's culture dimensions: An independent validation using Rokeach's value survey. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 15(4), 417-433. <https://doi.org/10.1177/0022002184015004003>
19. Matsumoto, D., & Hwang, H. S. (2012). Culture and emotion: The integration of biological and cultural contributions. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 43(1), 91-118. <https://doi.org/10.1177/0022022111420147>
20. Triandis, H. C. (1994). *Culture and social behavior*.
21. Schwartz, S. (2006). A theory of cultural value orientations: Explication and applications. *Comparative Sociology*, 5(2-3), 137-182. <https://doi.org/10.1163/156913306778667357>

22. Bell, D. (2006). *An introduction to cybercultures*. (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203192320>
23. Temel, A. (2012). Çok kültürlülük ve kültürlerarası iletişimin sağlık hizmetlerinin sunumuna etkileri. *Onlar Bizim Hemşehrimiz Uluslararası Göç ve Hizmetlerin Kültürlerarası Açılımı*, 43-73.
24. Öztürk, E. ve Öztaş, D. (2012). Transkültürel hemşirelik. *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi*, 1(1), 293-300.
25. Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Owusu Ananeh-Firempong, I. I. (2003). Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*. <https://doi.org/10.1093/phr/118.4.293>
26. Başlı, M., Bekar, M. ve Civelek, İ. (2018). Kültürlerarası hemşirelikte kullanılan modeller ve ‘‘kültürel yeterlilik süreci modeli’’ni anlamak. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 18-24.
27. Steger, M. B. (2003). *Globalization: A very short introduction*. Oxford University Press
28. Kıvılcım, F. (2013). Küreselleşme kavramı ve küreselleşme sürecinin gelişmekte olan ülke Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 5(1), 219-230.
29. Karaman, Ç. ve Holton, Y. R. (2013). Küreselleşmenin kültürel sonuçları. *Istanbul Journal of Sociological Studies*, (47), 59-75.
30. Karakaya, H. (2020). Türkiye’de göç ve etkileri. *Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(2), 93-130.
31. Castles, S., & Miller, M. J. (1998). *The age of migration: International population movements in the modern world*. Red Globe Press London
32. İçduygu, A. ve Aksel, D. B. (2012). Türkiye’de düzensiz göç. *Uluslararası Göç Örgütü Türkiye*.
33. Erdoğan, T. (2019). Kavramsal ve kuramsal açıdan göç olgusu. *Konya Kitabı XVII*, 17.
34. Şener, Y. ve Başer, M. (2019). Küreselleşme ve yoksulluğun kadın sağlığı üzerine etkileri. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2), 6-10.
35. Harcourt, W. (2001). Women's health, poverty, and globalization. *Development*, 44(1), 85-90.
36. Kara, P. ve Nazik, E. (2018). Göçün kadın ve çocuk sağlığına etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 58-69.
37. Tuzcu, A. ve Ilgaz, A. (2015). Göçün kadın ruh sağlığı üzerine etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(1), 56-67. <https://doi.org/10.5455/cap.20140503020915>
38. Çıtak, T., Erbil, N. ve Güler, E. (2023). Göçün kadın sağlığına etkileri ve hemşirenin rolü. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 5(2), 157-162. <https://doi.org/10.48071/sbuhemsirelik.1207876>
39. Koyun, Ö. G. A., Çamuroğlu, C., Korkmaz, G., Menteşe, N. ve Ocak, F. (2010). Kadınların gebelik, doğum ve yenidoğan bakımına ilişkin geleneksel inanç ve uygulamaları. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 22(22), 57-64.
40. Edgerton, R. B. (2000). Traditional beliefs and practices-Are some better than others. *Culture matters: How values shape human progress*, 126-140.
41. Wamala, S., & Kawachi, I. (2007). Globalization and women's health. *Globalization and health*, 171-173. Oxford University Press.
42. Xie, Z. F. (2001). Harmonization of traditional and modern medicine. *Traditional medicine in Asia*, (115-309). World Health Organization.
43. Chen, X., & Swartzman, L. C. (2001). Health beliefs and experiences in Asian cultures. In *Handbook of cultural health psychology* (pp. 389-410). Academic Press.

- 44.Pormann, P. E., & Savage-Smith, E. (2007). *Medieval Islamic medicine*. Washington DC.
- 45.Türkmen, H. Ö. (2011). Tarihsel olarak kadın şifacılık ve tıbbın değerleri. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 1(2), 21-27.
- 46.Pieroni, A., & Quave, C. L. (2006). Functional foods or food medicines? On the consumption of wild plants among Albanians and southern Italians in Lucania. *Eating and Healing Traditional Food as Medicine*, 101-129. The Haworth Press.
- 47.Yapıcı, G., Ögenler, O., Öztosun, E. ve Durukan, H. (2021). Bir hastane örneğinde gebe kadınların bildikleri ve uyguladıkları geleneksel yöntemler. *Milli Folklor*, 17(131), 5-23.
- 48.Karahan, N., Aydın, R., Güven, D. Y., Benli, A. R. ve Kalkan, N. B. (2017). Traditional health practices concerning pregnancy, birth, and the postpartum period of women giving birth in the hospital. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*, 28(3). <https://doi.org/10.14744/scie.2017.33042>
- 49.Çakırer, N. ve Çalışkan, Z. (2010). Nevşehir İli Ağılı Köyünde gebelik, doğum ve lohusalığa ilişkin geleneksel inanç ve uygulamalar. <http://hdl.handle.net/20.500.11787/2404>
- 50.Demir, M. (2016). Şamanizm’de hastalık kavramı ve tedavi yaklaşımları. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 6(1), 19-24.
- 51.Brathwaite, A. C., & Williams, C. C. (2004). Childbirth experiences of professional Chinese Canadian women. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33(6), 748-755. <https://doi.org/10.1177/0884217504270671>
- 52.Lee, D. T., Ngai, I. S., Ng, M. M., Lok, I. H., Yip, A. S., & Chung, T. K. (2009). Antenatal taboos among Chinese women in Hong Kong. *Midwifery*, 25(2), 104-113. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.01.008>
- 53.Çelik, A. S., Çapık, A. ve Engin, R. (2012). Erzurum’da gebelik ve doğum sonu dönemde yapılan geleneksel uygulamaların belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(4), 262-267.
- 54.Bakır, E., İnci, H., Alan, S., Gökyıldız, Ş. ve Elmas, E. (2011). Adana’da albasması inancı ve geleneksel uygulamalar. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 1(1), 13-18.
- 55.Dinç, A. ve Ocaktan, E. (2020). Gebelik öncesi döneme ilişkin Türkiye’deki geleneksel uygulamalar ve hemşirelik yaklaşımı. *Researcher*, 8(2), 138-147.
- 56.Bozkuş Eğri, G. ve Konak, A. (2011). Doğum sonu dönem ile ilgili geleneksel inanç ve uygulamalara dünyadan ve Türkiye’den örnekler. *Zeitschrift für die Welt der Türken/Journal of World of Turks*, 3(1), 143-155.
- 57.Koçak, Y. Ç. ve Sevil, Ü. (2015). Kadın doğum kliniklerinde yatan hastalara kültürlerarası yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 1(3), 52-61.
- 58.Armaner, N. (1961). Hadîslere göre kadının sosyal durumuna umumi bir bakış. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 9(1-4), 131-140.
- 59.Komut, S. (2011). Türkiye’de kadın, cinsellik ve kürtaj. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 3(1).
- 60.Karaaslan, D. (2016). Antik Yunan’da kadın olmak. *Siirt Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 1(2), 159-174.
- 61.İlçioğlu, K., Keser, N. ve Çınar, N. (2017). Ülkemizde kadın sağlığı ve etkileyen faktörler. *Journal of Human Rhythm*, 3(3), 112-119.

- 62.Özbakır, Z. N. (2022). Eski Mısır’da kadın (Doctoral dissertation, Necmettin Erbakan University (Turkey)).
- 63.Yıldızdöken, Ç. ve Aydın, H. (2021). Antik Yunan’da kadın. *Kongre Tam Metin Kitabı Editör*, 27.
- 64.Işıkören, N. D. (2015). Kadın imgesi ve tarih boyu değişimi. *Sanat ve Tasarım Dergisi*, (16), 115-131.
- 65.Yücebaş, S. (2019). Kadının imkansız tamlığı olarak annelik: reklamlarda anneler. *Akdeniz Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, (31), 577-600.
- 66.Tuğrul, Y. G. (2019). Toplumsal cinsiyet bağlamında kadınların annelik deneyimleri üzerine bir saha çalışması. *Toplum ve Kültür Araştırmaları Dergisi*, (3), 71-90.
- 67.Karakurt, D. (2012). Türk mitoloji ansiklopedisi. Açıklamalı-Resimli. Türk Söylence Sözlüğü.
- 68.Gedik, S. (2021). Anadolu sahası masal ve efsanelerinde yılan-şahmaran.
- 69.Küçük, M. A. (2020). İşlevsellik bağlamında Türk mitlerinde "annelik olgusu". *Milli Folklor*, 16(126), 27-39.
- 70.Kaplan, M. (1951). Dede Korkut kitabında kadın. *Journal of Turkology*, 9, 99-112.
- 71.Köksel, B. (2011). Orhon yazıtlarında kadın. *Humanities Sciences*, 6(2), 331-341.
- 72.Yılmaz, A. (2004). Türk kültüründe kadın. *Millî Folklor*, 16(61), 111-123.
- 73.Okray, Z. (2015). Türk atasözleri ve deyimlerinde kadın imgesi. *LAÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(1), 93-102.
- 74.Anıl, A. Y. (2004). Kutadgu Bilig’de kadın. *Hacı Bektaş Veli Araştırmaları Dergisi*, (32), 91-99.
- 75.Gökalp, Z. (2020). Türk medeniyeti tarihi. Bilgeoğuz Yayınları.
- 76.Acar, H. (2019). Türk kültür ve devlet geleneğinde kadın. *İnsan ve İnsan*, 6(21), 395-411.
- 77.Kara, N. N. (2019). Türkiye’deki Suriyeli kadınların toplumsal bağlamda yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerileri. *Göç Araştırmaları Dergisi*, 1(2).
- 78.Habib, N. (2018). Gender role changes and their impacts on Syrian women refugees in Berlin in light of the Syrian crisis.
- 79.Aktaş, M. (2018). Türkiye’deki Suriyeliler: Sorunlar ve çözüm önerileri. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (42), 129-154.
- 80.Çelik, İ. A. ve Vural, F. (2018). Suriyeli mülteci kadınların kuma dramı: Kilis ili örneği. *OPUS International Journal of Society Researches*, 8(14), 341-382.
- 81.Döner, P. & Şahin, K. (2021). “This is not my decision; I have no alternative”. Perceptions and experiences of marriage age and family planning among Syrian women and men: A primary care study. *Primary Health Care Research & Development*, 22, e25. <https://doi.org/10.1017/S1463423621000220>
- 82.Duman, T. (2020). The situation of Syrian women in Turkey. *Comparative demography of the Syrian diaspora: European and Middle Eastern destinations*, 93-107.
- 83.Karakaya, E., Coşkun, A. M., Özerdoğan, N. ve Yakıt, E. (2017). Suriyeli mülteci kadınların doğurganlık özellikleri ve etkileyen faktörler: Kalitatif bir çalışma. *J. Int. Soc. Res*, 10, 417-428.
- 84.Birliği, T. (2016). Savaş, Göç ve Sağlık. Türk Tabipleri Birliği. <https://dspace.ceid.org.tr/xmlui/handle/1/1529>
- 85.Barın, H. (2015). Türkiye’deki Suriyeli kadınların toplumsal bağlamda yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerileri. *Göç Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 10-56.
- 86.Smith, D. J. (2004). Contradictions in Nigeria's fertility transition: The burdens and benefits of having people. *Population and Development Review*, 30(2), 221-238. [https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2004.011\\_1.x](https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2004.011_1.x)

87. Agunbiade, O. M., & Ayotunde, T. (2012). Ageing, sexuality, and enhancement among Yoruba people in south western Nigeria. *Culture Health & Sexuality*, 14(6), 705-717. <https://doi.org/10.1080/13691058.2012.677861>
88. Rayner, J. A., McLachlan, H. L., Forster, D. A., & Cramer, R. (2009). Australian women's use of complementary and alternative medicines to enhance fertility: exploring the experiences of women and practitioners. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 9, 1-10. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-9-52>
89. Beşen, Ö. G. M. A. ve Beji, N. K. (2014). Fertilité ve bitkiler. *Androloji Bülteni*, 59, 286-289.
90. Chen, J., & Tsim, K. W. (2020). Medical effects of goji berries (*Lycium barbarum*) development of supplementary products for health benefits. In *Phytochemicals in Goji Berries* (pp. 59-77). CRC Press.
91. Wuttke, W., & Seidlova-Wuttke, D. (2012). Complementary and traditional Chinese medicine methods in the treatment of gynecological diseases. In *Evidence and Rational Based Research on Chinese Drugs* (pp. 397-430). Vienna: Springer Vienna.
92. Pieroni, A., & Vandebroek, I. (Eds.). (2007). *Traveling cultures and plants: The ethnobiology and ethnopharmacy of migrations* (Vol. 7). Berghahn Books.
93. Özçini Uz, G. (2018). İnfertilite tedavisi alan kadınların beslenme durumu ve yaşam tarzının embriyo kalitesine etkisi [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
94. Talle, A. (1994). The making of female fertility: Anthropological perspectives on a bodily issue. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 73(4), 280-283. <https://doi.org/10.3109/00016349409015763>
95. Deveci, H., Belet, D. ve Türe, H. (2013). Dede Korkut hikâyelerinde yer alan değerler. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(46), 294-321.
96. Yıldız, N. (2009). Türk destanlarında "çocuksuzluk". *Millî Folklor*, 21(82).
97. Peler, G. Y. A. (2013). Doğumla ilgili bazı âdetler bağlamında Kıbrıs Türklerinin etnik kökeni üzerine düşünceler. *Motif Akademi Halkbilimi Dergisi*, 6(11), 118-127.
98. Saygı, E. (2017). İnebolu halk kültüründe doğum âdetleri. *Motif Akademi Halkbilimi Dergisi*, 10(20), 263-276.
99. İpekoğlu, H. Y. ve Oral, H. B. (2019). İnfertilitede kullanılan geleneksel tedavi yöntemleri ve çeşitli uygulamalar: Isparta bölgesi. *Motif Akademi Halkbilimi Dergisi*, 12(25), 105-119. <https://doi.org/10.12981/mahder.523760>
100. Teke, E. (2005). Osmaniye'de doğumla ilgili inanç ve uygulamalar (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
101. Kökus, Ö. G. C. ve Fatih, U. S. L. U. Batı Antalya Yörüklerinde hamilelik sürecinde halk hekimliği. *Yörük Araştırmaları-2*, 143.
102. Yalçın, H. ve Koçak, N. (2013). Gebelikle ilgili geleneksel inanç ve uygulamalar ve Karaman örneği. *Kent Akademisi*, 6(13), 18-34.
103. Bhattacharji, S. (2012). Motherhood in ancient India. In *Motherhood in India* (44-72). Routledge India.
104. Aziato, L., & Omenyo, C. N. (2018). Initiation of traditional birth attendants and their traditional and spiritual practices during pregnancy and childbirth in Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1691-7>
105. Liamputtong, P., Yimyam, S., Parisunyakul, S., Baosoung, C., & Sansiriphun, N. (2005). Traditional beliefs about pregnancy and childbirth among women from Chiang Mai, Northern Thailand. *Midwifery*, 21(2), 139-153. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2004.05.002>
106. Hisada, A., Takatani, R., Yamamoto, M., Nakaoka, H., Sakurai, K., Mori, C., & Japan Environment and Children's Study (JECS) Group. (2022). Maternal iodine intake and

- neurodevelopment of offspring: The Japan Environment and Children's Study. *Nutrients*, 14(9), 1826. <https://doi.org/10.3390/nu14091826>
- 107.Chakona, G., & Shackleton, C. (2019). Food taboos and cultural beliefs influence food choice and dietary preferences among pregnant women in the Eastern Cape, South Africa. *Nutrients*, 11(11), 2668. <https://doi.org/10.3390/nu11112668>
- 108.Yasubuğa, S. (2021). Osmanlı devleti'nde çocuğa bakış açısından doğum ritüelleri. *Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 151-168. <https://doi.org/10.31463/aicusbed.991987>
- 109.Yalçın, H. ve Koçak, N. (2013). Anne adaylarına verilen eğitimin gebelik, doğum ve lohusalığa ilişkin geleneksel uygulamalara etkisi. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 23(1), 1-14.
- 110.Yaşar, Ö. ve Çerçi, N. K. (2017). Artvin Yusufeli ilçesi örnekleminde doğum. *Sosyolojik Düşün*, 2(1), 31-44.
- 111.Işık, M. T., Akçınar, M. ve Kadioğlu, S. (2010). Mersin ilinde gebelik, doğum ve loğusalık dönemlerinde anneye ve yenidoğana yönelik geleneksel uygulamalar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 63-84.
- 112.Emül, T. G., Buldum, A., Vural, R. ve Bebitova, G. Gebeliğe yönelik bilinen ve uygulanan geleneksel uygulamaların belirlenmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 111-118.
- 113.Polatcan, M. (2006). *Pertek ve çevresinde yaygın halk inanışları* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- 114.Tanrıverdi, G. ve Gülyenli, N. (2020). Türkiye'de gebelik sürecinde uygulanan geleneksel uygulamalar: Sistematik derleme. *Farklı Boyutlarıyla Sağlık içinde*, 35-47.
- 115.Erbil, N. ve Sağlam, G. (2010). Gebelikte bebeğin cinsiyetini belirleme ve tahmin etmeye ilişkin geleneksel inanç, uygulamalar ve bazı sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 347-359.
- 116.Al-Kuran, O., Al-Mehaisen, L., Bawadi, H., Beitawi, S., & Amarin, Z. (2011). The effect of late pregnancy consumption of date fruit on labour and delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 31(1), 29-31. <https://doi.org/10.3109/01443615.2010.522267>
- 117.Fourney, A., White, R. W., & Horvitz, E. (2015, April). Exploring time-dependent concerns about pregnancy and childbirth from search logs. In *Proceedings of the 33rd Annual ACM Conference on Human Factors in Computing Systems* (pp. 737-746). <https://doi.org/10.1145/2702123.2702427>
- 118.Şen, E. ve Dinç, H. (2021). Doğumda geleneksel uygulamalar: Fatma Ana eli bitkisi (*Anastatica hierochuntica* L.). *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 11(2), 223-229. <https://doi.org/10.31020/mutftd.871831>
- 119.Yalçın, H. (2012). Gebelik, doğum, lohusalık ve bebek bakımına ilişkin geleneksel uygulamalar (Karaman örneği). *Cocuk Sagligi ve Hastaliklari Dergisi*, 55(1).
- 120.Kabalcıoğlu, F. ve Kurçer, M. A. (2008). Niteliksel bir araştırma: Şanlıurfa'da geleneksel ebeler ve doğuma yönelik geleneksel yöntemleri. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 18(6), 377-382.
- 121.Çevik, A. ve Alan, S. (2020). Doğum sonu dönemde yapılan geleneksel uygulamalar. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 10(1), 14-22. <https://doi.org/10.31020/mutftd.624508>
- 122.Hishamshah, M., bin Ramzan, M. S., Rashid, A., Wan Mustafa, W., Haroon, R., & Badaruddin, N. (2010). Belief and practices of traditional postpartum care among a rural community in Penang, Malaysia. *The Internet Journal of Third World Medicine*, 9(2), 1-9.

- 123.Koçak, Y. Ç., Can, H. Ö. ve Sogukpınar, N. (2010). Geleneksel doğum uygulamaları ve doğum yardımcıları. *Life Sciences*, 5(4), 1-6. <https://doi.org/10.12739/10.12739>
- 124.Katabi, V. (2008). A comparison of traditional practices used in pregnancy, labour, and the postpartum period among women in Turkey and Iran. *Midwifery*, 24(3), 291-300. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.06.008>
- 125.Choudhry, U. K. (1997). Traditional practices of women from India: Pregnancy, childbirth, and newborn care. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 26(5), 533-539. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1997.tb02156.x>
- 126.Altuntuğ, K., Anık, Y., & Ege, E. (2018). Traditional practices of mothers in the postpartum period: Evidence from Turkey. *African Journal of Reproductive Health*, 22(1), 94-102.
- 127.Geçkil, E., Şahin, T., & Ege, E. (2009). Traditional postpartum practices of women and infants and the factors influencing such practices in South Eastern Turkey. *Midwifery*, 25(1), 62-71. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.12.007>
- 128.Gölbaşı, Z., ve Eğri, G. (2010). Doğum sonu dönemde annenin bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamalar. *Cumhuriyet Medical Journal*, 32(3), 276-282.
- 129.Çevirme, H., & Sayan, A. (2005). The alkarısı beliefs and science. *Milli Folklor*, 17, 67-72.
- 130.Sevil, Ü., Bozkurt, Ö. D. ve Hadimli, A. (2014). Günümüzde lohusalıkta devam eden albasması ve kırklama uygulamaları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(1), 111-126.
- 131.Karaman, S. (2019). Denizli Tavas ilçesinin doğuma ilişkin geleneksel adet, inanç ve uygulamaları. *Türkoloji*, (94), 173-183.
- 132.Şenol, V., Ünal, D., Çetinkaya, F., ve Öztürk, Y. (2004). Kayseri ilinde halk ebeliği ile ilgili geleneksel uygulamalar. *Klinik Gelişim*, 17(3/4), 47-55.
- 133.Top, K., ve Canarlan, B. (2021, Mayıs, 19-20). *Anne sütü üretimini artıran bitkisel galaktoglar* [Sözlü sunum]. 5. Uluslararası Beslenme Obezite ve Toplum Sağlığı Kongresi, Nevşehir, Türkiye.
- 134.Sellen, D. W. (2001). Comparison of infant feeding patterns reported for nonindustrial populations with current recommendations. *The Journal of Nutrition*, 131(10), 2707-2715. <https://doi.org/10.1093/jn/131.10.2707>
- 135.Yaman, S., & Balcı, E. (2019). Anne sütünü artıran geleneksel uygulamalar. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(4), 230-236.
- 136.Van Sleuwen, B. E., Engelberts, A. C., Boere-Boonekamp, M. M., Kuis, W., Schulpen, T. W., & L'Hoir, M. P. (2007). Swaddling: A systematic review. *Pediatrics*, 120(4), e1097-e1106. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2083>
- 137.Erkut, Z., & Yıldız, S. (2017). Bebek bakımında: Geleneksel kundaklama mı? Güvenli sarmalama mı? In baby care: Is traditional swaddling? Is safe swaddling? *International Refereed Journal of Nursing Researches*, 268.
- 138.Özdemir, S. (2020). Bebek bakımında geleneksel uygulamalar. *Sağlık ve Toplum*, 30(3), 3-10.
- 139.Alparslan, Ö., & Demirel, Y. (2013). Traditional neonatal care practices in Turkey. *Japan Journal of Nursing Science*, 10(1), 47-54. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2012.00209.x>
- 140.Mehmet, A. Ç. A. (2001, Nisan, 19-20). *Türk halk geleneğindeki doğum sonrası uygulamalara bir örnek: "Tuzlama"*. Türk Kültüründe Ayrıntılar: Tuz-Uluslararası Sempozyum, İstanbul, Türkiye
- 141.Al-Sagarat, A. Y., & Al-Kharabsheh, A. (2017). Traditional practices adopted by Jordanian mothers when caring for their infants in rural areas. *African Journal of*

- Traditional Complementary and Alternative Medicines*, 14(1), 1-9.  
<https://doi.org/10.21010/ajtcam.v14i1.1>
142. Forcada, M. (2012). Salting babies. Innovation and tradition in premodern procedures for neonatal care. *Suhyal. International Journal for the History of the Exact and Natural Sciences in Islamic Civilisation*, 155-178. <http://hdl.handle.net/2445/113129>
143. Akçay, G., Kırılı, U., Topal, H., Topal, Y., Hakan, N., & Özer, E. A. (2019). Muğla ilinde annelerin bebek bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemler. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 11(3), 263-270. <https://doi.org/10.21601/ortadogutipdergisi.458292>
144. Karabulutlu, Ö. (2014). Kars ilinde doğum sonu dönemde yenidoğan bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamaların belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(4), 295-302.
145. Arumugam, L., Kamala, S., Ganapathy, K., & Srinivasan, S. (2023). Traditional newborn care practices in a tribal community of Tamilnadu, South India: A mixed methods study. *Indian Journal of Community Medicine*, 48(1), 131-136. [https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm\\_498\\_22](https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_498_22)
146. Simane-Netshisaulu, K. G., Lebeso, R. T., & Tulelo, P. M. (2022). Provision of neonatal care: An African indigenous perspective. In *Working with indigenous knowledge: Strategies for health professionals*. AOSIS Books, Cape Town, pp. 107–125. <https://doi.org/10.4102/aosis.2022.BK296.07>
147. Ward, T. C. S. (2015). Reasons for mother–infant bed-sharing: A systematic narrative synthesis of the literature and implications for future research. *Maternal and Child Health Journal*, 19, 675-690. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1557-1>
148. Batkalova, K., & Galiev, A. (2016). Rites of passage in Japanese traditional culture. In *IICAJ2016 Conference theme: Cultural struggle and praxis: Negotiating power and the everyday*, Thursday June.
149. Arabacı, Z., Yıldırım, J. G., DüNDAR, B. N., & Kadam, Z. (2016). Bebeklerde uygulanan geleneksel yöntemler. *Çocuk ve Medeniyet*, 1(1), 61-86.
150. Uğurlu, E. S., Başbakkal, Z., Dayılar, H., Çoban, V., & Ada, Z. (2013). Ödemiş'te bulunan annelerin bebek bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemlerin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 342-360.
151. Aguayo, V. M., Ross, J. S., Kanon, S., & Ouedraogo, A. N. (2003). Monitoring compliance with the international code of marketing of breastmilk substitutes in West Africa: Multisite cross-sectional survey in Togo and Burkina Faso. *BMJ*, 326(7381), 127. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7381.127>
152. Pisacane, A., Graziano, L., Mazzarella, G., Scarpellino, B., & Zona, G. (1992). Breast-feeding and urinary tract infection. *Journal of Pediatrics*, 120(1), 87-89. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(90\)91559-S](https://doi.org/10.1016/0140-6736(90)91559-S)
153. Sankar, M. J., Sinha, B., Chowdhury, R., Bhandari, N., Taneja, S., Martines, J., & Bahl, R. (2015). Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104, 3-13. <https://doi.org/10.1111/apa.13147>
154. Turan, A., ve Kutlu, L. (2020). Bebeklerin ilk emzirilmesinde geleneksel yaklaşımların etkisinin değerlendirilmesi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 53-64.
155. Yiğitalp, G., & Gümüş, F. (2017). Diyarbakır'da 15-49 yaş kadınların bebek bakımıyla ilgili geleneksel uygulamaları. *Journal of Pediatric Disease/Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 11(3). <https://doi.org/10.12956/tjpd.2017.266>
156. Hizel, S., Ceyhun, G., Tanzer, F., & Sanli, C. (2006). Traditional beliefs as forgotten influencing factors on breast-feeding performance in Turkey. *Saudi Medical Journal*, 27(4), 511.
157. Odgers, S. (2023). *Confidence and mastery in mothering occupations* (Master's thesis).

158. Manan, A. (2021). Pregnancy and childbearing in Aceh, Indonesia: An ethnographic study. *Mankind Quarterly*, 62(1). <https://mankindquarterly.org/archive/issue/62-1>
159. Maimbolwa, M. C., Yamba, B., Diwan, V., & Ransjö-Arvidson, A. B. (2003). Cultural childbirth practices and beliefs in Zambia. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3), 263-274. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02709.x>
160. Ober, W. B. (1979). Notes on placentophagy. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 55(6), 591-599.
161. Çelik, G. (2023). Küreselleşme bağlamında Türk halk kültürünün ticarete dönüşmesi: Göbekbox kırklama setleri ve fal uygulamaları. *Kültür Araştırmaları Dergisi*, (19), 60-75. <https://doi.org/10.46250/kulturder.1345979>
162. Joseph, R., Giovinazzo, M., & Brown, M. (2016). A literature review on the practice of placentophagia. *Nursing for Women's Health*, 20(5), 476-483. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2016.08.005>
163. Young, S. M., & Benyshek, D. C. (2010). In search of human placentophagy: A cross-cultural survey of human placenta consumption, disposal practices, and cultural beliefs. *Ecology of Food and Nutrition*, 49(6), 467-484. <https://doi.org/10.1080/03670244.2010.524106>
164. McFarland, M. R., & Leininger, M. (2002). Transcultural nursing: Curricular concepts, principles, and teaching and learning activities for the 21st century. *Culture Care Diversity & Universality: A Worldwide Nursing Theory*.
165. Soylu, Z., Ergöz, S. Z., Yağcan, H. B., Bilgiç, D., & Tokat, M. A. (2023). Leininger kültür bakımı çeşitliliği evrenselliği teorisine dayalı göçmen gebe okulları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 9(Özel Sayı-1), 49-55.
166. Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
167. Tanrıverdi, G. (Ed.). (2022). 6. Ulusal 3. Uluslararası Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi Bildiriler Kitabı. Holistence Publications.
168. Leininger, M. (1994). Quality of life from a transcultural nursing perspective. *Nursing Science Quarterly*, 7(1), 22-28. <https://doi.org/10.1177/089431849400700109>
169. Maier-Lorentz, M. M. (2008). Transcultural nursing: Its importance in nursing practice. *Journal of Cultural Diversity*, 15(1), 37-43.
170. Purnell, L. D. (2016). The Purnell model for cultural competence. In *Intervention in Mental Health-Substance Use* (pp. 57-78). CRC Press.
171. Narayanasamy, A., & White, E. (2005). A review of transcultural nursing. *Nurse Education Today*, 25(2), 102-111. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2004.09.011>
172. McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's theory of culture care diversity and universality: An overview with a historical retrospective and a view toward the future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540-557. <https://doi.org/10.1177/1043659619867134>
173. Kulbok, P. A., Thatcher, E., Park, E., & Meszaros, P. S. (2012). Evolving public health nursing roles: Focus on community participatory health promotion and prevention. *Online Journal of Issues in Nursing*, 17(2), 1. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol17No02Man01>
174. Kaçan, C. Y., & Örsal, Ö. (2020). Effects of transcultural nursing education on the professional values, empathic skills, cultural sensitivity, and intelligence of students. *Journal of Community Health Nursing*, 37(2), 65-76. <https://doi.org/10.1080/07370016.2020.1736374>
175. Stevens, J. (2009). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (5th ed.). Routledge.

- 176.Ercan, İ., & İsmet, K. A. N. (2004). Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-216.
- 177.Coster, W. J., & Mancini, M. C. (2015). Recommendations for translation and cross-cultural adaptation of instruments for occupational therapy research and practice. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 26(1), 50-57. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i1p50-57>
- 178.Esin, M. (2014). Veri toplama yöntem ve araçları ve veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği [Data collection methods and tools and reliability and validity of data collection tools]. In *Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik* (pp. 46).
- 179.Erkut, S. (2010). Developing multiple language versions of instruments for intercultural research. *Child Development Perspectives*, 4(1), 19-24. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2009.00111.x>
- 180.Castro, S. S., & Leite, C. F. (2017). Translation and cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule-WHODAS 2.0. *Fisioterapia e Pesquisa*, 24, 385-391. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/17118724042017>
- 181.Gregoire, J. (2018). ITC guidelines for translating and adapting tests. *International Journal of Testing*, 18(2), 101-134.
- 182.Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: Some considerations. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22, 423-432. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>
- 183.Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2007). Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. *Institute for Work & Health*, 1(1), 1-45.
- 184.Çapık, C., Gözüm, S., & Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 26(3), 199-210.
- 185.Bracken, B. A., & Barona, A. (1991). State of the art procedures for translating, validating, and using psychoeducational tests in cross-cultural assessment. *School Psychology International*, 12(1-2), 119-132. <https://doi.org/10.1177/0143034391121010>
- 186.World Health Organization (WHO). (2017). Process of translation and adaptation of instruments.
- 187.Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5(4), 194-197. [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(05\)80008-4](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80008-4)
- 188.Akyüz, H. E. (2018). Yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi: Uygulamalı bir çalışma. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 7(2), 186-198. <https://doi.org/10.17798/bitlisfen.414490>
- 189.Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 32(32), 470-483.
- 190.Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46, 74-85.
- 191.Erkorkmaz, Ü., Etikan, İ., Demir, O., Özdamar, K., & Sanisoğlu, S. Y. (2013). Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(1), 210-223. <https://doi.org/10.5336/medsci.2011-26747>
- 192.Leech, N., Barrett, K., & Morgan, G. A. (2013). *SPSS for intermediate statistics: Use and interpretation*. (3rd ed.). Routledge.
- 193.Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson.

- 194.Eşici, H., & Karaman, M. A. (2022). Doğrulayıcı faktör analizi. In M. Otrar, B. Dilmaç, & A. Haktanır (Eds.), *Psikolojik danışmanlık ve rehberlik, psikoloji ve diğer sosyal bilimlerde ileri istatistik: SPSS ve AMOS uygulamalı* (pp. 205-233). Nobel Yayıncılık.
- 195.Karaman, M. A., Balkin, R. S., & Juhnke, G. A. (2018). Turkish adaptation of the Juhnke-Balkin Life Balance Inventory. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 51(3), 141-150. <https://doi.org/10.1080/07481756.2017.1308226>
- 196.Ledesma, R. D., & Valero-Mora, P. (2007). Determining the number of factors to retain in EFA: An easy-to-use computer program for carrying out parallel analysis. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 12(2), 1-11. <http://pareonline.net/getvn.asp?v=12&n=2>
- 197.Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30(2), 179-185. <https://doi.org/10.1007/BF02289447>
- 198.O'Connor, B. P. (2000). SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 32(3), 396-402. <https://doi.org/10.3758/BF03200807>
- 199.Patil, V. H., Surendra, N. S., Mishra, S., & Donavan, D. T. (2017). Parallel Analysis Engine to aid in determining the number of factors to retain using R [Computer software]. Available from <https://analytics.gonzaga.edu/paralelengine/>
- 200.Büyüköztürk, Ş. (2023). *Bilimsel araştırma yöntemleri* (34. Baskı). Pegem Akademi.
- 201.Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- 202.Güngör, D. (2016). Psikolojide ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uyarlanması kılavuzu. *Türk Psikoloji Yazıları*, 19(38), 104-112.
- 203.Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31-36. <https://doi.org/10.1007/BF02291575>
- 204.George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference, 17.0 update* (10th. ed.). Pearson.
- 205.Owen, F. K., & Öğretmen, T. (2013). Beş faktörlü iyilik hali ölçeği-ergen formu: Türk ergenler. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(1), 53-73.
- 206.Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Prentice Hall.
- 207.Mülteciler Derneği (2024, 9 Mayıs). Türkiye'deki Suriyeli Sayısı. [https://muletciler.org.tr/turkiyedeki-suriyeli-sayisi/?gad\\_source=1&gclid=CjwKCAjw3NyxBhBmEiwAyofDYWPbARJO4R\\_gUhm51ICBKLtGCFJICE-kvaiCZhDzYuwchYxmh34rXBoClosQAvD\\_BwE](https://muletciler.org.tr/turkiyedeki-suriyeli-sayisi/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjw3NyxBhBmEiwAyofDYWPbARJO4R_gUhm51ICBKLtGCFJICE-kvaiCZhDzYuwchYxmh34rXBoClosQAvD_BwE) adresinden 10 Mayıs 2024 tarihinde alınmıştır.
- 208.Mülteciler Derneği. (2024, 9 Mayıs). Türkiye'deki Suriyeli Sayısı Mayıs 2024. [https://muletciler.org.tr/turkiyedeki-suriyeli-sayisi/?gad\\_source=1&gclid=Cj0KCQjwu8uyBhC6ARIsAKwBGpRFo5XBO1GXknLcAjhL6T0CJaPJNw1UgbZMmWmcpapBU7Mb8P5MsW8aApXDEALw\\_wcB](https://muletciler.org.tr/turkiyedeki-suriyeli-sayisi/?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwu8uyBhC6ARIsAKwBGpRFo5XBO1GXknLcAjhL6T0CJaPJNw1UgbZMmWmcpapBU7Mb8P5MsW8aApXDEALw_wcB) adresinden 12 Mayıs 2024 tarihinde alınmıştır.
- 209.Abdulrahim, S., DeJong, J., Mourtada, R., & Zurayk, H. (2017). Estimates of early marriage among Syrian refugees in Lebanon in 2016 compared to Syria pre-2011: Sawsan Abdulrahim. *The European Journal of Public Health*, 27(3), 189-049. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx189.049>
- 210.Cevirme, A., Hamlaci, Y., & Ozdemir, K. (2015). Women on the other side of war and poverty: Its effect on the health of reproduction. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2015.27>

- 211.UNICEF (2018, Ağustos). Child marriage in humanitarian settings: Spotlight on the situation in the Arab region. <https://www.unicef.org/mena/sites/unicef.org.mena/files/2018-08/CM%20in%20humanitarian%20settings%20MENA.pdf> adresinden 10 Mayıs 2024 tarihinde alınmıştır.
- 212.Nabolsi, M., Safadi, R., Sun, C., Ahmad, M., Halasa, S., Saleh, M., & Dohrn, J. (2020). The health-related quality of life of Syrian refugee women in their reproductive age. *PeerJ*, 8, e9990. <https://doi.org/10.7287/peerj.9990v0.2/reviews/1>
- 213.Türkiye İstatistik Kurumu (2023, 6 Mart). İstatistiklerle Kadın. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Kadin-2022-49668> adresinden 6 Mayıs 2024 tarihinde alınmıştır.
- 214.Kabalıcı, M., & Metin, G. (2012). İl ve Bölgelere Göre Eğitim Düzeyi Göstergeleri. *TÜCAUM VII. Coğrafya Sempozyumu*, 18-19.
- 215.Çağatay, P., Keskin, F., & Ergöçmen, B. (2020). Fertility behavior of Syrian women in Turkey: The crosscut of intention and regulation. In A. Cavlin (Ed.), *Syrian refugees in Turkey* (1st ed.). Routledge.
- 216.Duman, F. N., & Gölbaşı, Z. (2023). Artan sezaryen doğum oranının anne-bebek sağlığı üzerine etkileri ve sezaryen doğumların azaltılmasına yönelik stratejiler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 17(1), 188-194. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.1188235>
- 217.Organization for Economic Co-Operation and Development. (2023, Kasım). *Caesarean Sections (indicator)*. <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm> adresinden 6 Mayıs 2024 tarihinde alınmıştır.
- 218.Karabulutlu, Ö. (2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 20(3), 210-218.
- 219.Çakmak, B., Arslan, S., & Nacar, M. C. (2014). Kadınların isteğe bağlı sezaryen konusundaki görüşleri. *Fırat Tıp Dergisi*, 19(3), 122-125.
- 220.Yiğitalp, G., Bayram Değer, V., & Çifçi, S. (2021). Health literacy, health perception, and related factors among different ethnic groups: A cross-sectional study in southeastern Turkey. *BMC Public Health*, 21(1), 1109. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11119-7>
- 221.Zepro, N. B. (2015). Food taboos and misconceptions among pregnant women of Shashemene District, Ethiopia 2012. *Science Journal of Public Health*, 3(3), 410-416. <https://doi.org/10.11648/j.sjph.20150303.27>
- 222.Kyomuhendo, G. B. (2003). Low use of rural maternity services in Uganda: Impact of women's status, traditional beliefs, and limited resources. *Reproductive Health Matters*, 11(21), 16-26. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(03\)02176-1](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(03)02176-1)
- 223.Geisinger, K. F., Bracken, B. A., Carlson, J. F., Hansen, J. I. C., Kuncel, N. R., Reise, S. P., & Rodriguez, M. C. (2013). *APA handbook of testing and assessment in psychology: Testing and assessment in clinical and counseling psychology* (Vol. 2, pp. ix-605). American Psychological Association.
- 224.Yaman Sözbir, Ş., & Erenoğlu, R. (2021). Harmful traditional health practices used by Syrian refugee women in Turkey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 26(2), 148-154. <https://doi.org/10.1080/13625187.2020.1826427>
- 225.Wehebe-Alamah, H. B., McFarland, M. R., & Wehebe-Alamah, H. B. (2014). Folk care beliefs and practices of traditional Lebanese and Syrian Muslims in the Midwestern United States. In *Leininger's culture care diversity and universality* (pp. 137-181).

- 226.Karatopuk, S., & Yarıcı, F. (2021). Kültürel değişikliklerin gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlere etkisi. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 147-157.
- 227.Zor, A. (2021). Türkiye'deki Suriyeli sığınmacıların farklılıkla bir arada yaşama deneyimi (Bursa-Orhangazi örneği) [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Sakarya Üniversitesi. (Tez No: 664154)
- 228.Karaman, M. A., & Ricard, R. J. (2016). Meeting the mental health needs of Syrian refugees in Turkey. *The Professional Counselor*, 6(4), 318-327. <https://doi.org/10.15241/mk.6.4.318>
- 229.Şimşek, Ş. (2013) Iğdır Melekli kasabasında yaşayan evli kadınların gebe kalmaya yönelik bildikleri geleneksel yöntemler. [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Hacettepe Üniversitesi
- 230.Çetinkaya, A., Özmen, D., & Cambaz, S. (2008). Manisa'da çocuğu olan 15-49 yaş kadınların doğum sonu dönemde yenidoğan sağlığı ile ilgili geleneksel uygulamaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 39-46.
- 231.Taşhan, S. T., & Koyuncu, S. B. (2018). Kadınların doğuma yönelik kullandıkları geleneksel yöntemler ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2, 150-155. <https://doi.org/10.31067/0.2018.6>
- 232.Felisian, S., Mushy, S. E., Tarimo, E. A., & Kibusi, S. M. (2023). Sociocultural practices and beliefs during pregnancy, childbirth, and postpartum among indigenous pastoralist women of reproductive age in Manyara, Tanzania: A descriptive qualitative study. *BMC Women's Health*, 23(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02277-4>
- 233.Gökkaya, A. Ç., & Özkan, H. (2022). Bir Devlet Hastanesine Başvuran Gebelerin Batıl İnançlarının Değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 12(2), 334-341. <https://doi.org/10.31020/mutfd.988631>
- 234.Pekyiğit, A., Yıldız, D., Fidancı, B. E., Bağrıyanık, B. Ç., Dehmen, Ö., Koçak, T., & Altıntaş, S. (2020). Annelerin bebek bakımında kullandıkları geleneksel uygulamaların kuşaklararası boyutu. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(3), 443-451. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.733696>
- 235.Değer, V. (2011). Mardin ili Kızıltepe ilçe merkezinde yaşayan evli kadınların doğum sonrası dönemde anne ve bebek bakımına yönelik bildikleri ve/veya uyguladıkları geleneksel yöntemler (Yüksek lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 236.Ergün, S., Kaynak, S., Karadaş, A., & Çevik, C. (2019). Bir ASM bölgesindeki kadınların doğum sonu dönemde geleneksel uygulama tercihlerinin incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 37-47. <https://doi.org/10.17942/sted.411964>
- 237.Akman, G., & Gözüyeşil, E. (2018). Investigation of studies conducted on traditional practices in the postpartum period. *International Refereed Journal of Gynaecology and Maternal Child Health*, 12, 92-125.
- 238.Wang, X., Wang, Y., Zanzhou, S., Wang, J., & Wang, J. (2008). A population-based survey of women's traditional postpartum behaviours in Northern China. *Midwifery*, 24(2), 238-245. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.12.010>
- 239.Sakar, T., Sevil, Ü., & Apay, S. E. (2015). Lohusaların gebelik, doğum ve doğum sonrası bakıma ilişkin fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalarının değerlendirilmesi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 1, 32-46.
- 240.Mirowsky, J., & Ross, C. (1991). *Social causes of psychological distress*. (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315129464>
- 241.Adler, N. E., & Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic status and health: What we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 3-15. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08101.x>

## EKLER

### EK-1 Etik Uygunluk Onayı

---

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**Sağlık Bilimleri**  
**Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararı**

Karar No : 2022/132  
Karar Tarihi : 12.12.2022

Sayın Rüveyda KARAMAN,

*"Farklı İki Kültürdeki Kadınların Doğum Öncesi ve Sonrası Dönemlerine İlişkin Geleneksel İnanç ve Uygulamalarının İncelenmesi"* konulu çalışmanızın girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun olduğuna;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

## EK-2 Kilis İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni



T.C.  
KILIS VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

KILIS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KILIS SAĞLIK  
HİZMETLERİ BİRİMİ  
23.12.2022 14:09 - E-81362127 - 771 - 1138



Sayı : E-83362127-771  
Konu : Bilimsel Çalışma İzni(Rüveyda  
KARAMAN)

### DAĞITIM YERLERİNE

Hasan Kalyoncu Üniversitesinde Doktora Tezini yapmakta olan Rüveyda Karaman'ın **'Farklı İki Kültürdeki Kadınların Doğum Öncesi ve Sonrası Dönemlerine İlişkin Geleneksel İnanç ve Uygulamalarının İncelenmesi'** konulu çalışmayı Müdürlüğümüze bağlı Kilis Göçmen Sağlık Merkezinde yürütmek için izin talebi ve ilgili başvuru formları incelenmiş olup komisyonumuzca uygun görülmüştür.

26.12.2022-28.02.2023 tarihleri arasında veri toplamaya yönelik beyan edilen çalışmanın;

- Sağlık tesisinde işleyiş ve hizmeti aksatmayacak şekilde kişisel verilere ve özel hayatın gizliliğinin korunmasına özen gösterilerek yürütülmesi,
- Beyan edilen süre içerisinde tamamlanmaması durumunda Müdürlüğümüze gerekçenin bildirilerek ek süre talebinde bulunulması,
- Kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışmanın sonucunun araştırmanın tamamlanmasının ardından Müdürlüğümüze iletilmesi,
- Araştırmadan elde edilecek verilerin Kilis İl Sağlık Müdürlüğünden izin almaksızın yayınlanmaması gerekmektedir.

Araştırma sonuçlarının Müdürlüğümüze iletilmemesi ve Müdürlüğümüzden izin almadan yayınlanması durumunda yasal işlem yapılabileceği ve aynı kişilerin ilerdeki süreçte Müdürlüğümüze bağlı sağlık tesislerinde yürütmeyi talep edecekleri çalışmalara izin verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dt.Murat ŞEKEROĞLU  
Sağlık Hizmetleri Başkanı

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Belge Doğrulama Kodu: 762caaa3-457d-4e5b-a75b-7840d439ac13 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Telefon: Faks No: 106

e-Posta: mehmet.kurt14@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Bilgi için: Mehmet KURT

HEMŞİRE

Telefon No: (0 348) 822 15 15



### EK-3 Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni

T.C. BALIKESİR VALİLİĞİ Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü			
 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BALIKESİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	<b>BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ KOMİSYON DEĞERLENDİRME FORMU</b>	 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BALIKESİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	
Doküman Kodu:ARGE.FR.03	Yayın Tarihi: 14.07.2016	Revizyon Tarihi/No:21.01.2020 / 02	Sayfa No:1/1
<b>ARAŞTIRMA SAHİBİNİN</b>			
Adı Soyadı	Rüveyda KARAMAN		
Kurumu / Üniversitesi	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi		
Araştırma Yapılacak İl / İller	Balıkesir		
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Balıkesir Bandırma İlçesi 10 No'lu Aile Sağlığı Merkezi		
Araştırmanın Konusu	Farklı İki Kültürdeki Kadınların Doğum Öncesi ve Sonrası Dönemlerine İlişkin Geleneksel İnanç ve Uygulamalarının İncelenmesi		
Araştırmanın Statüsü	Doktora Tezi		
Ön İzin Formu	<input type="checkbox"/> Var <input checked="" type="checkbox"/> Yok		
Başvuru Belgeleri	Hastane Ön İzin Formu	<input type="checkbox"/> Var	<input checked="" type="checkbox"/> Yok
	Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu	<input checked="" type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
	Üniversite / Kurum Talebi	<input checked="" type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
	Araştırma Yöntemi Örneği	<input checked="" type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
	Kurumsal Kimlik Belgesi	<input checked="" type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Veri Toplama Araçları	*Prospektif *Veri Toplama Formu *Fonksiyonel Olmayan İnanç ve Uygulamalar Ölçeği		
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	Aralık 2022 – Aralık 2023		
Görüş İstenilen Birimler			
<b>KOMİSYON GÖRÜŞÜ / KARAR</b>			
19.01.2023 tarihinde yapılan komisyon toplantısında; <b>Rüveyda KARAMAN</b> isimli araştırmacının " <i>Farklı İki Kültürdeki Kadınların Doğum Öncesi ve Sonrası Dönemlerine İlişkin Geleneksel İnanç ve Uygulamalarının İncelenmesi</i> " konulu araştırmasına ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, <b>çalışmanın yapılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir.</b>			
Komisyon Kararı	<input checked="" type="checkbox"/> Oy Birliği <input type="checkbox"/> Oy Çokluğu ile alınmıştır.		
Muhalef Üyenin Adı ve Soyadı: Gereği:			
<b>KOMİSYON</b>			

## EK-4 Sosyo-demografik Veri Formu

### Sayın katılımcı;

Bu çalışma en az bir canlı doğum yapmış Suriyeli ve Türk kadınların gebelik ve doğum sonu döneme dair geleneksel inanç ve uygulamalarının incelenmesi amacıyla yapılacaktır. Yaptığımız araştırma sadece bilimsel çalışma amaçlı kullanılacaktır. Kişisel bilgileriniz tamamen gizli tutulacaktır. Araştırmamıza sağladığınız katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Doktora Öğrencisi Rûveyda Karaman

### VERİ TOPLAMA FORMU

Katılımcı No:

Tarih:

**1.Doğum Yılıınız? .....**

**2.Medeni haliniz?**

a) Evli                      b) Bekar                      c) Boşanmış

**3.Eğitim durumunuz nedir?**

a) Okur yazar    b) İlköğretim    c) Lise                      d) Üniversite                      e) Lisansüstü

**4.Çalışma durumunuz?**

a) Çalışıyorum    b)Çalışmıyorum

**5.Ailenizin gelir durumu nedir?**

a) Kötü                      b)Orta                      c)İyi

**6.Mesleğiniz nedir?**

a) Memur    b) Sağlık Çalışanı                      c) Serbest meslek                      d) Ev hanımı    e)

Diğer.....

**7.Sosyal güvenceniz var mı?**

a) Var                      b) Yok

**8.Memleketiniz hangi bölgede yer almaktadır? (Türk katılımcılar için)**

a)Marmara    b)Karadeniz    c)Doğu    d)Ege    e)Akdeniz    f)İç Anadolu    g)Güneydoğu Anadolu

**9.Ne kadar süredir Türkiye’de yaşıyorsunuz? (Suriyeli katılımcılar için)**

a) 1-5 yıl    b)6-10 yıl    c)11-15 yıl    d)16 ve üzeri

**10.İlk evlilik yaşıınız?**

a)18 yaş ve altı    b)19-24 yaş    c)25-29 yaş    d) 30-34 yaş    e) 35 yaş veya üzeri

**11.Evlilik süreniz?**

a) 1-5 yıl    b)6-10 yıl    c)11-15 yıl    d)16- 20 yıl    e)21 yıl veya üzeri

**12.İlk gebelik yaşıınız?**

a)18 yaş ve altı    b)19-24 yaş    c)25-29 yaş    d) 30-34 yaş    e) 35 yaş veya üzeri

**13.Toplam gebelik sayınız?**

a) 1    b) 2    c) 3    d) 4    e) 5    f) 6    g) 7 ve üzeri

**14.Yaşayan çocuk sayınız?**

a) 1    b) 2    c) 3    d) 4    e) 5    f) 6    g) 7 ve üzeri

**15. Düşük sayınız?**

a) 0    b) 1    c) 2    d) 3 ve üzeri

**16.Kürtaj sayınız?**

a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 ve üzeri

**17. Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?**

a) Evet b) Hayır

**18. Aile planlaması yöntemi kullanıyorsanız hangisini kullanıyorsunuz?**

a) Geri çekme b) Prezervatif c) Hap d) Enjeksiyon e) Cerrahi yöntem f) Rahim içi araç

**19. Gebe kalma şekliniz?**

a) Planlayarak b) Plansız c) Yardımcı Üreme Teknikleri ile

**20. Aile yapınız?**

a) Geniş aile b) Çekirdek aile

**21. Herhangi bir sağlık probleminiz olduğunda ilk olarak ne yaparsınız?**

a) Doktora giderim b) Geleneksel uygulamalara başvururum

**22. Geleneksel yöntemlere verdiğiniz önem nedir?**

a) Hiç önemli değil b) Biraz önemli c) Çok önemli

**23. Geleneksel yöntemlerle ilgili bilgi aldığınız kaynak nedir?**

a) Hiç almadım b) Sağlık Personeli c) Aile büyükleri ve sosyal çevre  
d) İnternet e) Diğer.....

**24. Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde hiç geleneksel bir uygulama yaptınız mı?**

a) Evet b) Hayır

**25. Son doğum şekliniz?**

a) Normal doğum b) Sezaryen doğum

**26. Sezaryen ile doğum yaptıysanız nedeni nedir?**

a) Tıbbi sebepler b) Önceki doğum sezaryen olduğu için c) Normal doğum korkusu

## EK-5 Türkçe Fonksiyonel Olmayan İnanç ve Uygulamalar Ölçeği (FOİÜÖ)

FONKSİYONEL OLMAYAN İNANÇ VE UYGULAMALAR ÖLÇEĞİ		Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
<b>GEBELİĞE İLİŞKİN FONKSİYONEL OLMAYAN UYGULAMALAR</b>						
01	Annenin yediği yiyeceklerle bebeğin cinsiyeti arasında ilişki vardır	1	2	3	4	5
02	Çocuğu olmayan kadına bel çekme uygulaması yapılmalıdır	1	2	3	4	5
03	Rahime şeker, soğan vb şifalı bitki ve baharatlarla karıştırılan pamuk vb yerleştirilirse gebelik oluşur	1	2	3	4	5
04	Türbe ziyaretine gitme veya dua etme gibi uygulamalar, kadınların gebe kalmasında etkilidir.	1	2	3	4	5
05	Kaplıcada sıcak suda oturma uygulaması, gebe kalmayı sağlar	1	2	3	4	5
06	Kadının gebelikte güzelleşmesi ve çirkinleşmesi bebeğin cinsiyetini etkiler	1	2	3	4	5
07	Bebeğin cinsiyeti, gebenin başına tuz dökerek, kolu ya da başı üzerinde altın alyans sallayarak anlaşılır	1	2	3	4	5
08	Çeşitli uygulamalar (içinde "Ahmet, Mehmet vb" isimler yazan bir tasta kırk gün boyunca kadın ve eşinin su içmesi vb uygulamalar) erkek bebek sahibi olmayı etkiler	1	2	3	4	5
09	Belirli günlerde birleşme ya da tuz-şeker diyeti gibi farklı yöntemlerle doğacak bebeğin cinsiyeti belirlenir	1	2	3	4	5
10	Adak adama, muska yazdırma gibi uygulamalar gebe kalmayı etkiler	1	2	3	4	5
11	Gebelikte tatlı besinler yenirse erkek, ekşi besinler yenirse kız bebek olur	1	2	3	4	5
12	Gebe, güzel olan her şeye bakarsa, doğacak çocuk güzel olur	1	2	3	4	5
13	Gebe aşerdiğinde istediğini yiyemezse, çocuğun vücudunda istenen yiyeceğe benzer leke olur	1	2	3	4	5
14	Gebelik gizli tutulursa doğacak çocuk çok güzel ve akıllı olur	1	2	3	4	5
15	Çocuk gebenin karnında ilk hareket ettiği zaman, kadın ilk olarak kime veya neye bakarsa çocuk ona benzer	1	2	3	4	5
16	Gebelik ayıp olduğu için herkese haber verilmez	1	2	3	4	5
17	Bebeğin olmaması, eşlerin ruh sağlığını etkiler	1	2	3	4	5
18	Cinler gebe kalmada ve düşük yapmada etkilidir	1	2	3	4	5
19	Toplumumuzda bilimsel açıklaması olmayan uygulamaları yapma konusunda baskı vardır	1	2	3	4	5

20	Gebelikle ilgili bir problemde, çevredeki kişilerin söylediği yöntemlerin uygulanmasında sakınca yoktur	1	2	3	4	5
21	Ultrason gibi yöntemler zararlıdır; bu nedenle gebeliğin takibi, geleneksel yöntemlerle yapılmalıdır	1	2	3	4	5
22	Erkek çocuğu olmayan erkeklere hiç çocuk sahibi değilmiş gibi muamele edilir	1	2	3	4	5
23	Erkek çocuk sahibi olmak bir ayrıcalıktır	1	2	3	4	5
<b>DOĞUMA İLİŞKİN FONKSİYONEL OLMAYAN UYGULAMALAR</b>						
24	Doğumu kolaylaştırmak için "Fatma Ana Eli vb". gibi isimler alan bitkiler yararlıdır	1	2	3	4	5
25	Doğum zor olmaya başlayınca kadının örülü saçları, düğümlü eşyaları, kocasının ayakkabı bağı vb. düğümleri çözümlenmelidir	1	2	3	4	5
26	Bebeğin tam çıkım anına gelmesi durumunda kadının karnına kuvvetli bir kadının dirsekleriyle bastırması bebeğe zarar verebilir	1	2	3	4	5
27	Plasentanın çıkması gecikirse sıcak su buharına oturtma, soğan koklatma gibi geleneksel uygulamalar yapılmalıdır	1	2	3	4	5
28	Plasentanın gömüldüğü yer ile bebeğin büyüyünce seçeceği meslek arasında bir ilişki vardır	1	2	3	4	5
29	Plasenta aile bireyleri tarafından toprağa gömülürse bebek hastalıklı olur	1	2	3	4	5
30	Plasenta düşerken ses çıkarılmaz, çünkü plasenta sestem ürker ve düşmez	1	2	3	4	5
31	Akan suyun bıçakla kesilmesi, doğum yapan kadının başucunda kocasının ezan okuması gibi uygulamaların yapılması, doğumun problemsiz geçmesinde etkilidir	1	2	3	4	5
<b>LOHUSALIĞA İLİŞKİN FONKSİYONEL OLMAYAN UYGULAMALAR</b>						
32	Lohusanın özel olarak hazırlanmış, elenmiş, torbalara konmuş toprağa yatırılmasında sakınca yoktur	1	2	3	4	5
33	Göbek bağına özel işlem yapmaya gerek yoktur	1	2	3	4	5
34	Hastanelerde kullanılan plastik mandal, göbeği sulandırır, geç iyileştirir	1	2	3	4	5
35	Lohusalık, bir çeşit hastalıktır	1	2	3	4	5
36	Lohusalara görünen; onların korkmasına, hasta olmasına, hatta ölmelerine neden olan kötü cin, lohusaya zarar verir	1	2	3	4	5
37	Doğum yapmış kadın "albasması" olmaması için yalnız bırakılmamalıdır	1	2	3	4	5
38	Lohusanın başına al yazma, bebeğin başına da al örtü konursa "albasması" olmaz	1	2	3	4	5
39	Lohusa, kırklı (lohusalıkta kırk gününü doldurmamış) kadınlarla görüşürse lohusaya zarar gelir.	1	2	3	4	5
40	Lohusanın sütünün kaçmaması için çocuğu herkesin içerisinde emzirmemelidir	1	2	3	4	5
<b>BEBEK BAKIMINA İLİŞKİN FONKSİYONEL OLMAYAN UYGULAMALAR</b>						
41	Göbek için yapılan tüm işlemlerle doğan çocuğun geleceği etkilenir	1	2	3	4	5

42	Çocuğun göbeği nereye atılırsa, çocuk gelecekte o yerle ilgili bir meslek sahibi olur	1	2	3	4	5
43	Göbeğin yeri çabuk iyileşsin diye yerine kahve, reyhan tozu gibi iyileştirici özelliği olan baharatlar konur	1	2	3	4	5
44	Cin gibi varlıklar, yeni doğmuş bebeklere zarar verebilir	1	2	3	4	5
45	Bebeğin hastalıklardan arınması, terinin kokmaması, teninin güzel ve düzgün olması, ilerde yarasının çabuk iyileşebilmesi için tuzlanmalıdır	1	2	3	4	5
46	Çocuğun ilk giydiği kıyafetlerde sarı renk sarılığı; kırmızı renk ise al basmasını önler	1	2	3	4	5
47	Kundaklanan bebek daha hızlı gelişir	1	2	3	4	5
48	Kundaklanan bebekte kalça çıkığı olmaz	1	2	3	4	5
49	Bebek için "höllük beleme" yararlıdır	1	2	3	4	5
50	Yenidoğan bebeğe verilen ilk gıda şekerli su olmalıdır	1	2	3	4	5
51	Bebeği ilk yıkayan kişinin yaşı veya kişilik özelliklerinin önemi yoktur*	1	2	3	4	5
52	Kundak ne kadar sıkı olursa, bebeğin kasları da o kadar sıkı olur	1	2	3	4	5
53	Bebek en az 1 ezan vakti bekletilip emzirilmezse, sabırlı olur	1	2	3	4	5
54	Bebeğin göbeği uzun kesilirse, ömrü uzun olur	1	2	3	4	5
55	Yenidoğan bebek sarılık olmasın diye kundak olarak sarı bez bağlanır, sarı yazma örtülür	1	2	3	4	5
56	Kırkbasmanın diye yeni doğan çocuğun yüzü yakınlarından başkasına kırkı çıkıncaya kadar gösterilmez	1	2	3	4	5
57	Nazar değmesin diye mavi veya yeşil gözlü kişilere bebek gösterilmemelidir	1	2	3	4	5
58	Güzel bebekler nazar değmesin diye kirli-kötü kıyafetler giydirilir	1	2	3	4	5

## EK-6 Ölçek Kullanım İzni



**HATICE YALCIN**

To: rüveyda türkmen >

12/19/22



### Ynt: Ölçek Kullanım İzni Hk.

Sayın Rüveyda Türkmen

"Fonksiyonel Olmayan İnanç ve Uygulamalar Ölçeği"ni kaynak göstererek çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Kolaylıklar dilerim.



**Doç. Dr. Hatice YALCIN**

Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu

f KaratayUniversitesi

in Karatay Universitesi

ktokaratayuniversitesi

ktokaratay

✉ hatice.yalcin@karatay.edu.tr

☎ 444 12 51-74 18

🌐 www.karatay.edu.tr

Akabe Mah. Alaaddin Kap Cad. No:130 42020 Karatay/KONYA

**EK-7 Arapça Ölçek Formu (Uyarlanmış Form)**

<b>FONKSİYONEL OLMAYAN İNANÇ VE UYGULAMALAR ÖLÇEĞİ</b>		Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
<b>GEBELİĞE İLİŞKİN FONKSİYONEL OLMAYAN UYGULAMALAR</b>						
01	Annenin yediği yiyeceklerle bebeğin cinsiyeti arasında ilişki vardır يوجد علاقة بين جنس الطفل والطعام التي تناولته الأم	1	2	3	4	5
04	Türbe ziyaretine gitme veya dua etme gibi uygulamalar, kadınların gebe kalmasında etkilidir. طقوس الذهاب إلى المزارات والدعاء عندها لها دور فعال في الحمل	1	2	3	4	5
06	Kadının gebelikte güzelleşmesi ve çirkinleşmesi bebeğin cinsiyetini etkiler يؤثر جمال المرأة أثناء الحمل في جنس المولود	1	2	3	4	5
07	Bebeğin cinsiyeti, gebenin başına tuz dökerek, kolu ya da başı üzerinde altın alyans sallayarak anlaşılır بصب الملح على رأس الحامل أو هز محبس الذهب على رأس الحامل أو على يدها ييساعد بفهم جنسية الطفل	1	2	3	4	5
10	Adak adama, muska yazdırma gibi uygulamalar gebe kalmayı etkiler تؤثر كتابة حجاب أو نذر في حدود الحمل	1	2	3	4	5
11	Gebelikte tatlı besinler yenirse erkek, ekşi besinler yenirse kız bebek olur يكون الطفل ذكرا إذا كان الأكل أثناء الحمل حلويات ويكون أنثى إذا كان حمضيات	1	2	3	4	5
12	Gebe, güzel olan her şeye bakarsa, doğacak çocuk güzel olur يكون الطفل جميلا إذا نظرت الحامل إلى أشياء جميلة	1	2	3	4	5
17	Bebeğin olmaması, eşlerin ruh sağlığını etkiler يؤثر عدم وجود طفل على صحة الزوجين النفسية	1	2	3	4	5
<b>DOĞUMA İLİŞKİN FONKSİYONEL OLMAYAN UYGULAMALAR</b>						
25	Doğum zor olmaya başlayınca kadının örülü saçları, düğümlü eşyaları, kocasının ayakkabı bağı vb. düğümleri çözülmelidir عندما تصبح الولادة صعبة يجب فك ربط شعر المرأة والعقد ورباط حذاء زوجها وما إلى ذلك	1	2	3	4	5
28	Plasentanın gömüldüğü yer ile bebeğin büyüyünce seçeceği meslek arasında bir ilişki vardır هناك علاقة بين مكان دفن المشيمة والمهنة التي سيختارها الطفل عندما يكب	1	2	3	4	5
29	Plasenta aile bireyleri tarafından toprağa gömülürse bebek hastalıklı olur إذا دفنت المشيمة من قبل أفراد الأسرة سيكون الطفل ذو أمراض	1	2	3	4	5
31	Akan suyun bıçakla kesilmesi, doğum yapan kadının başucunda kocasının ezan okuması gibi uygulamaların yapılması, doğumun problemsiz geçmesinde etkilidir قطع كيس الماء بسكين وأداء ممارسات مثل أذان الزوج بجانب المرأة التي تلد أمرا فعلا في ضمان ولادة خالية من المشاكل	1	2	3	4	5
38	Lohusanın başına al yazma, bebeğin başına da al örtü konursa "albasması" olmaz	1	2	3	4	5

	إذا وضع على رأس المرأة النفساء كتابة بيضاء وعلى رأس الطفل غطاء أبيض لا تصاب بمرض حمى النفساء					
39	Lohusa, kırklı (lohusalıkta kırk gününü doldurmamış) kadınlarla görüşürse lohusaya zarar gelir. مقابلة المرأة النفساء لأمرأة نفساء قبل أن تكمل أربعين يوماً قد تتأذى المرأة النفساء	1	2	3	4	5
54	Bebegin göbeği uzun kesilirse, ömrü uzun olur يكون عمر الرضيع طويلاً إذا قطع حبل السري للطفل بشكل طويل	1	2	3	4	5
<b>LOHUSALIĞA İLİŞKİN FONKSİYONEL OLMAYAN UYGULAMALAR</b>						
35	Lohusalık, bir çeşit hastalıktır النفساء نوع من المرض	1	2	3	4	5
36	Lohusalara görünen; onların korkmasına, hasta olmasına, hatta ölmelerine neden olan kötü cin, lohusaya zarar verir رؤية المرأة النفساء من قبل بعض الجن الأشرار قد يؤدي إلى تخويفها ومرضها أو موتها وحتى يؤدي المرأة النفساء	1	2	3	4	5
37	Doğum yapmış kadın "albasması" olmaması için yalnız bırakılmamalıdır (اينبغي ترك المرأة النفساء بمفردها لتجنب مرض حمى النفساء) حرارة و التهابات )	1	2	3	4	5
40	Lohusanın sütünün kaçmaması için çocuğu herkesin içerisinde emzirmemelidir يجب على المرأة النفساء ألا ترضع رضيعها أمام الناس لكيلا يذهب حليبها	1	2	3	4	5
<b>BEBEK BAKIMINA İLİŞKİN FONKSİYONEL OLMAYAN UYGULAMALAR</b>						
13	Gebe aşerdiğinde istediğini yiyemezse, çocuğun vücudunda istenen yiyeceğe benzer leke olur يتشكل وصمة على جسم الطفل في الوحام إذا لم تأكل الحامل الأشياء التي ترغب فيها عند الحمل	1	2	3	4	5
24	Doğumu kolaylaştırmak için "Fatma Ana Eli vb". gibi isimler alan bitkiler yararlıdır النباتات التي تحمل أسماء مثل نبتة يد فاطمة وما إلى ذلك مفيدة في تسهيل الولادة	1	2	3	4	5
43	Göbeğin yeri çabuk iyileşsin diye yerine kahve, reyhan tozu gibi iyileştirici özelliği olan baharatlar konur يوضع القهوة والتوابل ذات الخصائص العلاجية مثل مسحوق الريحان على السرة من أجل أن تشفى بسرعة	1	2	3	4	5
48	Kundaklanan bebekte kalça çıkığı olmaz لا يعاني الرضيع المقمط من خلع في الورك	1	2	3	4	5
49	Bebek için "höllük beleme" yararlıdır وضع مادة التراب مكان حفاظة الطفل (تراب مغربل معد خصيصاً يمنع السمامط والرائحة)	1	2	3	4	5
50	Yenidoğan bebeğe verilen ilk gıda şekerli su olmalıdır يجب أن يكون أول طعام يعطى للطفل حديث الولادة ماء السكر	1	2	3	4	5

## EK-8 Arapça Sosyo-demografik Veri Formu

### رقم المشارك:

التاريخ:

1. سنة الولادة.....
2. الحالة الاجتماعية  
(a) متزوج (b) اعزب (c) مطلق
3. الحالة التعليمية  
(a) يقرأ ويكتب (b) ابتدائي (c) ثانوي (d) جامعة (e) دراسات عليا
4. حالة العمل  
(a) اعمل (b) لا اعمل
5. ما هو الوضع المادي للعائلة  
(a) سيئ (b) وسط (c) جيد
6. ما المهنة  
(a) موظف (b) عامل صحة (c) عمل حر (d) ربة منزل (e) أخرى
7. هل يوجد ضمان اجتماعي  
(a) نعم (b) لا.
8. محافظتكم في أي منطقة (بالنسبة للأتراك)  
(a) مرمرة (b) البحر الأسود (c) الشرق (d) ايجة (e) البحر الأبيض المتوسط  
(f) داخل الأناضول (g) الجنوبي الشرقي للأناضول
9. منذ متى وانتم تعيشون في تركيا (بالنسبة للسوريين)  
(a) 1-5 سنة (b) 6-10 سنة (c) 11-15 سنة (d) 16 وما فوق
10. سن زواجك الأول  
(a) 18 وما دون (b) 19-24 (c) 25 - 29 (d) 30-34 (e) 35 وما فوق
11. مدة الزواج  
(1-5 سنة \ 6-10 سنة \ 11-15 سنة \ 16-20 سنة \ ما فوق ال 21 سنة)
12. عمرك الأول في الحمل  
( 18 وما دون \ 19-24 \ 25-29 \ 30-34 \ 35 وما فوق ) .
13. عدد مرات الحمل  
( 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 وما فوق ) .
14. عدد الأطفال الاحياء  
( 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 وما فوق )
15. عدد حالات الإجهاض  
( 0 - 1 - 2 - 3 وما فوق ) .
16. عدد حالات الإجهاض الغير المقصود (الكورتاج)  
( 0 - 1 - 2 - 3 وما فوق )
17. هل تستخدمين أي وسيلة لتنظيم عدد افراد الاسرة  
(a) نعم (b) لا
18. ان كنت تستخدمين فما هو النوع  
(a) سحب العضو قبل الأفرار ل (b) واقى ذكري - (c) الحقن - (d) (الحبوب - (e) طريقة جراحية - (f) جهاز داخل الرحم
19. طريقة الحمل  
(a) بخطة (b) بدون خطة (c) تقنيات انجابية مساعدة
20. هيكل العائلة  
(a) واسعة (b) عائلة صغيرة )
21. اذا واجهت مشكلة صحية ما هو اول شيء ستفعلينه

- (a) الذهاب الى الطبيب (b) افعل الأساليب التقليدية (c) افعل الأساليب التقليدية (d) الانترنت (e) مصادر أخرى
22. ما هي الأهمية التي تعطى للطرق التقليدية (الشائعة) (a) ليس مهما (b) مهم قليلا (c) مهم كثيرا (d) الانترنت (e) مصادر أخرى
23. ما هو مصدر معلوماتك حول الأساليب التقليدية (a) لم آخذ (b) مصدر صحي (c) الكبار في العائلة والبيئة الاجتماعية (d) الانترنت (e) مصادر أخرى
24. هل سبق لك ان مارست احدى الأساليب التقليدية اثناء الحمل والولادة وما بعد الولادة (a) نعم (b) لا
25. ما هو شكل آخر ولادة (a) طبيعية (b) قيصرية (c) أسباب طبية (d) أسباب طبيعية (e) أسباب طبية
26. اذا سبق لك وخضعة لولادة قيصرية ما هو السبب؟ (a) أسباب طبية (b) لأن الولادة السابقة كانت قيصرية (c) الخوف من الولادة الطبيعية (d) أسباب طبية (e) أسباب طبيعية



## ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

**Adı Soyadı** : R veyda Karaman  
**Uyruğu** : TC

### EğİTİM

<b>Derece</b>	<b>Adı</b>	<b>Bitirme Yılı</b>
�niversite	: �n�n� �niversitesi	<b>2008</b>
Y�ksek Lisans	: <b>Hasan Kalyoncu �niversitesi</b>	<b>2020</b>
Doktora	: <b>Hasan Kalyoncu �niversitesi</b>	<b>2024</b>

