



ISSN: 2458-7621

KADIN SAğLIğI HEMŞİRELİğİ DERGİSİ KASHED

JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING
JOWHEN

YIL (YEAR): 8 CİLT (VOLUME): 8 SAYI (NUMBER) 1

MART (MARCH) 2022

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed>

KADIN SAğLIğI HEMŞİRELİğİ DERNEğİ YAYIN ORGANI

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ(KASHED)
JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING (JOWHEN)

CİLT/VOLUME

SAYI/NUMBER

Mart/March 2022

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERNEĞİ (KASHED) YAYIN ORGANI

Cilt 8, Sayı 1, Mart 2022

*Kadın Sağlığı Hemşireliği
Dergisi (KASHED)*

*Kadın Sağlığı Hemşireliği
Derneği Adına Sahibi
Nevin Hotun Şahin*

Web: www.kshddergisi.com

e-posta: kasheddergisi@gmail.com

ISSN:2458-7621

Editör

Prof.Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

Yardımcı Editörler

Dr.Öğr. Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU

Yayın Kurulu

Prof. Dr. Hediye ARSLAN ÖZKAN

Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

Dr. Öğr. Üyesi Özlem ALTUNTAŞ

Dr.Öğr. Üyesi Yeliz DOĞAN MERİH

Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU

Dr.Mukaddes TURAN MİRAL

Msc Merve ÇAĞLAR

Msc Merve KANIĞ

Aysun ÇAKIR ÖZÇELİK

DERGİ HAKKINDA

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (KASHED) İngilizce adı Journal of Women's Health Nursing (JOWHEN) Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği'nin süreli yayın organıdır.

Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği; **kadın sağlığı hemşireliğini** geliştirmek ve dünya standardına ulaştırmak, alana özgü eğitim ve araştırma yapmak, sonuçları hizmete yansıtmak ve kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacıyla kurulmuş olup Türkiye'de kadın sağlığı hemşireliği ile ilgili yapılan araştırmaların ulusal ve uluslararası bilim dünyasına duyurulmasına, bilim ve uygulama çevrelerince paylaşılmasına ve kadın sağlığı hemşireliğinin bilimsel bilgi birikiminin artırılmasına katkıda bulunmayı amaçlar.

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (KASHED)/Journal Of Women's Health Nursing (JOWHEN) bağımsız, tarafsız ve çift kör hakem ilkelerine uygun olarak 2015 yılından itibaren düzenli olarak yayınlanan açık erişimli bilimsel bir e-dergidir. Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizce'dir. Mart, Temmuz ve Kasım aylarında olmak üzere yılda üç sayı olarak yayınlanmaktadır.

Açık erişimli bir yayın olan Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'nin tüm içeriği okurlara ücretsiz olarak sunulur. Okurlar, ticari amaç haricinde, yayıncı ya da yazardan izin almadan dergi makalelerinin tam metnini okuyabilir, indirebilir, kopyalayabilir, arayabilir ve link sağlayabilir.

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'nde yayınlanan yazılar, resim, şekil ve tablolar yayıncının yazılı izni olmadan kısmen veya tamamen herhangi bir vasıta ile basılamaz, çoğaltılamaz. Bilimsel amaçlarla (kaynak göstermek kaydıyla) özetleme ve alıntı yapılabilir. Dergide yayınlanan yazı, şekil ve resimlerden yazarları, ilan ve reklamlardan firmaları sorumludur.

AMAÇ VE KAPSAMI

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'nin (KASHED) amacı; kadın sağlığı hemşireliğinin geliştirilmesi, kanıta dayalı uygulamaların paylaşılması, klinisyen ve akademisyen hemşirelerin gelişiminin sağlanması ve buna bağlı olarak ülkemizdeki kadın sağlığı hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve klinisyen/akademisyen hemşirelerin bilimsel bilgi paylaşımını sağlamak ve bilimsel literature katkı sağlamaktır. Bu amaçla dergimizde; kadın sağlığına özgü, özgün araştırma, derleme makale ve olgu sunumları yayımlanır. Derginin hedef kitlesi klinik ve akademik alanda çalışan hemşireler, ebeler ve diğer sağlık ekibi üyeleridir.

Derginin kapsamında, kadın sağlığı ve hemşireliği alanına katkı sağlayan öğrenci, klinisyen/ akademisyen hemşirelere, ebelere ve diğer sağlık çalışanlarına yönelik olarak kaynak olması bakımından aşağıdaki konu başlıkları bulunmaktadır.

- Üreme Sağlığı
- Antenatal, innatal ve postnatal dönem
- Perinataloji
- Obstetrik ve jinekolojik aciller
- Aile Planlaması
- Cinsel sağlık
- Adolesan jinekolojisi
- Kanserler
- Genetik danışma
- Ürojinekoloji
- Jineko-onkoloji
- İnfertilite
- Menopoz
- Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler
- Kadın sağlığı ve politikalar
- Kadının sosyal sorunları

EDİTÖR

Prof. Dr. Hediye Arslan Özkan
Prof. Dr. Nevin Hotun Şahin

EDİTÖR YARDIMCISI

Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU

YAYIN KURULU

Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

(İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)

Prof Dr. Hediye ARSLAN ÖZKAN

(Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü)

Dr. Öğr. Üyesi ÖZLEM ALTUNTAŞ

İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Dr. Öğr. Üyesi Yeliz DOĞAN MERİH

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Mukaddes MİRAL

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Birimi

Msc Merve ÇAĞLAR

Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi SBF Hemşirelik Bölümü

Msc Merve KANIĞ

Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Aysun ÇAKIR ÖZÇELİK

LIV Hospital Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

DİL EDİTÖRÜ

Doç. Dr. İlkay Güngör Satılmış

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale
Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği AD

İSTATİSTİK EDİTÖRÜ

Prof. Dr. Necdet Süt

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim AD

DERGİ ADRESİ

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed>

ISSN: ISSN 2458-7621

DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA
Prof. Dr. Gülcihan AKKUZU
Prof. Dr. Hilmiye AKSU
Prof. Dr. Aygöl AKYÜZ
Prof. Dr. Ergöl ASLAN
Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER
Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ
Prof. Dr. Anahit COŞKUN
Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ
Prof. Dr. Emel EGE
Prof. Dr. Nilüfer ERBİL
Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN
Prof. Dr. Kafiye EROĞLU
Prof. Dr. Gülşen ERYILMAZ
Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI
Prof. Dr. Kamile KABUKÇUOĞLU
Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU
Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ
Prof. Dr. Özen KULAKAÇ
Prof. Dr. Ümran OSKAY
Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ
Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN
Prof. Dr. Nebahat Özerdoğan
Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN
Prof. Dr. Sevgi ÖZSOY
Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU
Prof. Dr. Gülay RATHFISCH
Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN
Prof. Dr. Lale TAŞKIN
Prof. Dr. Füsün TERZİOĞLU
Prof. Dr. Saadet YAZICI
Prof. Dr. Hatice YILDIZ

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Çankırı Karatekin Üniversitesi
Adnan Menderes Üniversitesi
Bilim Üniversitesi
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Erciyes Üniversitesi
Biruni Üniversitesi
Haliç Üniversitesi
Marmara Üniversitesi
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Ordu Üniversitesi
Ankara Üniversitesi
Koç Üniversitesi
Atatürk Üniversitesi
Lokman Hekim Üniversitesi
Akdeniz Üniversitesi
Maltepe Üniversitesi
İstanbul Aydın Üniversitesi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Dokuz Eylül Üniversitesi
S. Zaim Üniversitesi
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Pamukkale Üniversitesi
Adnan Menderes Üniversitesi
Sanko Üniversitesi
Biruni Üniversitesi
Arel Üniversitesi
Başkent Üniversitesi
Atılım Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Marmara Üniversitesi

YAYIN POLİTİKALARI

Etik Politikası ve Sorumluluklar

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (**KASHED**) yayın etiğinde en yüksek standartlara bağlıdır. Committee on Publication Ethics (COPE), Directory of Open Access Journals (DOAJ), Open Access Scholarly Publishers Association (OASPA) ve World Association of Medical Editors (WAME) ve ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) tarafından yayınlanan etik yayıncılık ilkelerini benimser; Principles of Transparency and Best Practice in Scholarly Publishing başlığı altında ifade edilen ilkeler için adres:<https://publicationethics.org/resources/guidelines-new/principles-transparency-and-best-practice-scholarly-publishing>

İnsan ve Hayvan Hakları, Bilgilendirilmiş Olur

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (**KASHED**), yayınladığı makalelerin ticarî kaygılardan uzak ve konu ile ilgili en iyi etik ve bilimsel standartlarda olması şartını gözetmektedir. Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi(**KASHED**), 1975 Helsinki Deklarasyonu'nun 2004 yılında revize edilen Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects'e (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>) ve 2006 yılında revize edilen WMA Statement on Animal Use in Biomedical Research'e (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/a18/>) uymayı prensip edinmiş bir dergidir.

Bu yüzden Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi(**KASHED**)'nde yayınlanmak üzere gönderilen yazılarda, klinik deneylere katılan denekler ile ilgili olarak yukarıda belirtilen etik standartlara uyulduğunun mutlaka belirtilmesi gerekmektedir. Ayrıca deneyin türüne göre gerekli olan yerel veya ulusal etik komitelerden alınan onay yazıları yazı ile birlikte gönderilmelidir. Bununla birlikte deneye katılan kişi/hastalardan, hastalar eğer temyiz kudretine sahip değilse vâsilerinden yazılı bilgilendirilmiş olur alındığını belirten bir yazı ile beraber tüm yazarlar tarafından imzalanmış olan bir belgenin editöre gönderilmesi gerekmektedir. Hastalardan bilgilendirilmiş olur alınmadan mahremiyet bozulamaz. Hastaların ismi, isimlerinin baş harfleri ya da hastane numaraları gibi tanımlayıcı bilgiler, fotoğraflar ve soy ağacı bilgileri v.b. bilimsel amaçlar açısından çok gerekli olmadıkça ve hasta (ya da anne-baba, ya da vasisi) yazılı bilgilendirilmiş olur (rıza) vermedikçe basılmazlar.

Özellikle olgu bildirimlerinde, çok gerekli olmadıkça hasta ile ilgili tanımlayıcı ayrıntılar çıkarılmalıdır. Örneğin, fotoğraflarda göz bölgesinin maskelenmesi, kimliğin gizlenmesi için yeterli değildir. Eğer veriler kimliğin gizlenmesi için değiştirildiyse yazarlar bu değişikliklerin bilimsel anlamı etkilemediği konusunda güvence vermelidirler. Olgu sunumlarında yer verilen hastalardan "bilgilendirilmiş olur (rıza)" alınmalıdır. Bilgilendirilmiş olur (rıza) alındığı da makalede belirtilmelidir.

Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin YÖNTEM(LER) bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış insanlardan "bilgilendirilmiş olur (rıza)" aldıklarını belirtmek zorundadırlar.

Çalışmada "hayvan" kullanılmış ise yazarlar, makalenin YÖNTEM(LER) bölümünde "Guide for the Care and Use of Laboratory Animals" (www.nap.edu/catalog/5140.html) doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmek zorundadırlar. Hayvan deneyleri rapor edilirken yazarlar, laboratuvar hayvanlarının bakımı ve kullanımı ile ilgili kurumsal ve ulusal rehberlere uyup uymadıklarını yazılı olarak bildirmek zorundadırlar.

Yazar(lar)ın Etik Sorumluluğu

- Makalelerin bilimsel ve etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Yazarlar makalelerde araştırma ve yayın etiğine uyulduğuna dair ifadeye yer vermelidir.
- Yazar(lar) makalenin orijinal olduğu, daha önce başka bir yerde yayınlanmadığı ve başka bir yerde, başka bir dilde yayınlanmak üzere değerlendirmede olmadığı konusunda teminat sağlamalıdır.
- Yazı(lar)ın çalışmayla ilişkili verilerin doğruluğundan emin olması, araştırmasına ilişkin kayıtlarını düzenli tutması ve olası bir istek üzerine bu verilere erişim sağlayabilmesi gerekir. Uygulamadaki telif kanunları ve anlaşmaları gözetilmelidir.

- Telifle bağlı materyaller (örneğin tablolar, şekiller veya büyük alıntılar) gerekli izin ve teşekkürler kullanılmalıdır. Başka yazarların, katkıda bulunanların çalışmaları ya da yararlanılan kaynaklar doğru ve uygun bir biçimde kullanılmalı ve referanslarda belirtilmelidir.
- Gönderilen makalede tüm yazarların akademik ve bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalıdır. Yazar olarak gösterilen tüm bireyler yukarıda belirtilen tüm ölçütleri karşılamalıdır.
- Bu bağlamda “yazar” yayınlanan bir araştırmanın kavramsallaştırılmasına, planlamasına ve desenine, verilerin elde edilmesine/uygulamasına, analizine ve yorumlanmasına belirgin katkı yapan, yazının yazılması ya da içerik açısından eleştirel biçimde gözden geçirilmesi aşamalarının biri ya da bir kaçında görev yapan çalışmacı olarak görülür.
- Çok yazarlı makalelerde **yazarların araştırmaya katkıları** (fikir oluşturma, planlama, çalışmanın tasarımı, uygulama, istatistik, yazım gibi) Yazar Katkı Formu’nda belirtilerek, editör kuruluna iletilmelidir. Makalenin gönderilme aşamasında, sistemde bulunan KASHED Yayın Hakkı Devir Formu, Yazar Katkı Formu ve Çıkar Çatışması Beyan Formu ıslak imzalı olarak doldurularak sisteme makale ile birlikte yüklenmesi gerekmektedir.
- Yazarlık ölçütlerini tam karşılamayan ve çalışmaya katkı sağlayanlar varsa teşekkür bölümünde belirtilmelidir. Fon/teknik destek sağlanması, veri toplanması ya da araştırma grubunun genel süpervizyonu tek başına yazarlık hakkı kazandırmaz. Yazarlık için yeterli ölçütleri karşılamayan ancak çalışmaya katkısı olan tüm bireyler “teşekkür / bilgiler” kısmında finansal ve materyal destekleri de belirtilmelidir. Teşekkür (acknowledgement) kısmında belirtilecek bu bireylerden de yazılı izin alınması gerekmektedir.
- Çok merkezli çalışmalarda grubun tüm üyelerinin yukarıda belirtilen şartları karşılaması gereklidir. Yazarların isim sıralaması ortak verilen bir karar olmalıdır. Tüm yazarlar yazar sıralamasını KASHED Yayın Hakkı Devir Formu ’nda imzalı olarak belirtmek zorundadırlar. Yazarların tümünün ismi yazının başlığının altındaki bölümde yer almalıdır. Dergiye makale gönderildikten sonra yazarlardan hiçbirinin ismi, tüm yazarların yazılı izni olmadığı sürece yazar listesinden silinemez veya yeni bir isim yazar olarak eklenemez. Ayrıca gönderilen yazar sırası değiştirilemez.
- Makaleye ilişkin etik kurul onayı ve katılımcılardan alınan bilgilendirilmiş olur gibi araştırma etiği uygulamalarının ayrıntıları, makalenin “Yöntem” kısmında ve makalenin ilk/son sayfasında izinle ilgili bilgiler (kurul adı, tarih ve sayı no) yer verilmelidir. İnsanlar üzerinde yapılan araştırmalarda ‘Etik Kurul Onayı’nın alınması gerekmekte olup etik kurul onayının sisteme makale ile birlikte yüklenmesi zorunludur. Çalışmalarda Araştırma ve Yayın Etiğine uyulduğuna dair ifadeye yer verilmelidir. Olgu sunumlarında, bilgilendirilmiş gönüllü olur/onam formunun imzalandığına dair bilgiye makalede yer verilmesi gereklidir.
- Yazar(lar)ın kullanım hakkı için izin alınması gereken verilerde (tablo, şekil, resim vb) gerekli iznin alınması (bunu teşekkür bölümünde belirtmek koşuluyla) ve deney yapılan katılımcıların izninin alındığını gösteren belgeye sahip olunması gerekmektedir.
- İnsan veya hayvan denek içeren tüm çalışmalar için ulusal ve uluslararası yasalara ve yönergelere uygun olarak, (örneğin, WMA Helsinki Bildirgesi, NIH Laboratuvar Hayvanlarının Kullanımına İlişkin Politika, Hayvanların Kullanımına İlişkin AB Direktifi ile T.C. Sağlık Bakanlığı’nın ilgili yönetmeliklerine uygun olarak) gerekli onayların alındığının belirtilmesi, denek mahremiyetine saygı gösterilmesi gerekmektedir.
- Bütün yazarlar, araştırmanın sonuçlarını ya da bilimsel değerlendirmeyi etkileyebilme potansiyeli olan finansal ilişkiler, çıkar çatışması ve çıkar rekabetini beyan etmelidirler.
- Araştırma için alınmış finansal destek, bağış vb. yardım söz konusu ise teşekkür bölümünde ve kaynaklardan önceki bölümde belirtilmelidir.
- Yazar(lar)ın yayınlanmış, erken baskı (1ay) veya değerlendirme aşamasındaki çalışmasıyla ilgili yanlış bir durumu fark etmesi durumunda, dergi editörünü veya sekreterliğini bilgilendirmesi, düzeltme veya geri çekme işlemlerinde editörle işbirliği yapma yükümlülüğü bulunmaktadır.

Editörün Etik Sorumluluğu

- Editörler Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (**KASHED**)’ nin içerik ve yayının toplam kalitesinden sorumludurlar. Ayrıca yayın süreçlerine ilişkin açıklık ve şeffaflığı sağlama, etik ilkeleri dikkate alarak tüm süreçleri yürütme gibi rol ve yükümlülükleri yerine getirmek zorundadırlar.
- Gelen yazıları, yazarların etnik kökeninden, cinsiyetinden, cinsel yöneliminden, uyruğundan, dini inancından ve siyasi felsefesinden bağımsız olarak değerlendirmekle yükümlüdürler.
- Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (**KASHED**)’nde yayınlanacak makalelerle ilgili nihai kararı vermekle yükümlüdür. Dergiye gönderilen çalışmaları, bilimsel bütünlüğü, konunun özgün ve güncelliği, derginin amaç ve kapsamına uygun olmaması açısından değerlendirerek, uygun olmaması durumunda reddeder.
- Editör ve yayın kurulu, makalelerin içerik ve yayın sürecindeki kalitesinden sorumlu olup hatalı durumlarda gerekli düzeltmeyi yapar.

- Yayına gönderilen makalelerin adil bir şekilde çift taraflı kör hakem değerlendirmesinden geçmelerini sağlarlar. Gönderilen makalelere ilişkin tüm bilginin, makale yayınlanana kadar gizli kalacağını garanti ederler. Gereğinde hata sayfası yayınlamalı ya da düzeltme yapmalıdır.
- Editörler; hakem kurulu üyelerinin, çalışmaları tarafsız ve bağımsız olarak değerlendirmelerini sağlama, yeni hakem kurulu üyelerini belirlerken niteliklerini dikkate alma, derginin yayın politikaları ve gelişimine ilişkin sürekli etkileşim içerisinde olma, gerektiğinde bilgi ve eğitim toplantıları yapma gibi yükümlülükleri yerine getirmelidirler.
- Editörler, derginin "Kör Hakemlik ve Değerlendirme Süreci"ni tanımlayarak, tüm süreçlerin buna uygun yürütülmesini sağlamalıdır. Ayrıca, yazarları bu sürece ilişkin bilgilenmelerini sağlayacak ayrıntıda bir "Yazar Rehberi" oluşturmak ve bunu, belirli zamanlarda güncellemek zorundadır.
- Değerlendirme sürecinde editör hakemlere gözden geçirme için gönderilen makalelerin, yazarların özel mülkü olduğunu ve bunun imtiyazlı bir iletişim olduğunu açıkça belirtir. Hakemlerin kendileri için makalelerin kopyalarını çıkarmalarına izin verilmez ve editörün izni olmadan makaleleri başkalarına veremezler. Hakemler gözden geçirmelerini bitirdikten sonra makalenin kopyalarını yok etmeli ya da editöre göndermelidirler. Editörler de reddedilen ya da geri verilen makalelerin kopyalarını imha eder.
- Sisteme yüklenen makalelere ilişkin tüm bilgileri, makale yayınlanana kadar gizli tutmak zorundadırlar. Ayrıca, yazarlara açıklayıcı ve bilgilendirici şekilde geri bildirim vermeleri gereklidir.
- Editör makalelerle ilgili bilgileri (makalenin alınması, içeriği, gözden geçirme sürecinin durumu, hakemlerin eleştirileri ya da varılan sonuç) yazarlar ya da hakemler dışında kimseyle paylaşmaz.
- Etik ihlale ilişkin bir yakınma olması durumunda, derginin politika ve prosedürüne bağlı olarak gerekli işlemleri uygulamak zorundadırlar. Ayrıca, yazarlara ilişkin yakınma durumunda savunma fırsatı vererek, çalışma kime ait olursa olsun gerekli yaptırımları uygulamak zorundadırlar.
- Editörler, hakem atama konusunda tam yetkili olup yazarlar, editör kurulu ve hakemler arasında çıkar çatışmasına izin vermezler.
- Editörler; hakem havuzunun genişletilmesi, makalenin konu alanına uygun hakemi atamaya özen gösterilmesi, kör hakemlik sürecinde hakem bilgilerinin gizliliğini sağlama, değerlendirme sürecinin tarafsız, bilimsel ve nesnel bir şekilde yapılabilmesi için gerekli bilgi ve desteği sağlama, hakem performansını artırmaya yönelik uygulama ve politikaların belirlenmesi gibi çalışmaları yerine getirmek zorundadırlar.
- Editörler; değerlendirilen çalışmalarda yer alan deneklere veya görsellere ilişkin kişisel verilerin korunmasını sağlamakla yükümlüdür. Çalışmada kullanılan deneklerin/katılımcıların, açık onayının alındığının belgeli olmadığı durumda çalışmayı reddetmek hakkına sahiptir.
- Editörler; yayınlanan tüm makalelerin fikri mülkiyet hakkını korumakla, olası ihlallerde derginin ve yazar(lar)ın haklarını savunmakla yükümlüdür. Ayrıca editörler yayınlanan tüm makalelerdeki içeriklerin başka yayınların fikri mülkiyet haklarını ihlal etmemesi adına intihal denetimi yapmak gibi önlemleri almak zorundadırlar.
- Editörler; yazar(lar), hakemler ve diğer editörler arasındaki olası çıkar çatışmalarını göz önünde bulundurarak, çalışmaların yayın sürecinin bağımsız ve tarafsız bir şekilde tamamlaması için gerekli önlemleri alır ve saptanan durumlar varsa etik ilkeler doğrultusunda değerlendirir.

Hakemlerin Sorumlulukları

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (**KASHED**)'ne gönderilen tüm çalışmalar, nesnel ve bağımsız değerlendirilme olanağı sağlaması nedeniyle "**Çift Kör Hakemlik**" süreciyle değerlendirilmektedir. Bu süreçte hakemler yazarlar ile doğrudan iletişime geçememekte ve hakem değerlendirme formu ve yorumları, dergi yönetim sistemi aracılığıyla yazar(lar)a iletilmektedir. Bu süreçte, değerlendirme formları ve tam metinler üzerindeki hakem yorumları editör aracılığıyla yazar(lar)a geri gönderilmektedir. Bu bağlamda KASHED için değerlendirme yapan hakemlerin aşağıdaki etik ilkelere uygun davranması beklenmektedir.

- Hakemler makaleleri, yazarların etnik kökeninden, cinsiyetinden, cinsel yöneliminden, uyruğundan, dini inancından ve siyasi felsefesinden bağımsız olarak değerlendirirler.
- Gönderilmiş yazılara ilişkin tüm bilginin gizli tutulmasını sağlamalı ve yazar tarafında herhangi bir telif hakkı ihlali ve intihal fark ederlerse editöre raporlamalıdır.
- Değerlendirmelerinin sonucunda tarafsız bir yargıya varmalıdırlar.
- Hakemler, gönderilen makaleye ilişkin tüm bilgileri gizli tutmalıdır.
- Hakem, makale konusu hakkında kendini vasıflı hissetmiyor ya da zamanında geri dönüş sağlaması mümkün görünmüyorsa, editöre bu durumu bildirmeli ve hakem sürecine kendisini dâhil etmemesini istemelidir.
- Yayınlanacak makalenin kalitesini yükseltmeye yardımcı olacak yönlendirmelerde bulunmalı, çalışmayı titizlikle inceleyerek, yorumlarını yapıcı ve nazik bir dille yazara iletmelidir.
- Hakemlerin makaleleri kendileri için kopyalamaları uygun olmayıp, editörün izni olmadan makaleyi başkasıyla da paylaşmamaları gerekir.

- Yazarın ve editörün izni olmadan hakemlerin gözden geçirmeleri basılamaz ve açıklanamaz.
- Gizlilik ilkesi gereği hakemler, değerlendirme süreci tamamlandıktan sonra makalelerin kopyalarını yok etmeli veya editöre göndermelidir.
- Editör, ret yanıtı verilen veya geri gönderilen makalelerin kopyalarını yok etmelidir.
- Potansiyel çıkar çatışmalarının (mali, kurumsal, işbirlikçi ya da yazar/yazarlar arasındaki diğer ilişkiler) farkında olmalı ve gerekirse bu konuda editörleri uyarmalıdır.

İntihal Politikası

Gönderilen tüm makaleler orijinal, yayınlanmamış ve başka bir dergide değerlendirme sürecinde olmamalıdır. Gönderilen makaleleri intihal yazılımı ile denetleme hakkı saklıdır. İntihal, veride hile ve tahrif (araştırma verisi, tabloları ya da imajlarının manipülasyonu ve asılsız üretimi), insan ve hayvanların araştırmada uygun olmayan kullanımı konuları denetimden geçmektedir. Bu standartlara uygun olmayan tüm makaleler değerlendirilmeye alınmaz. Yayından sonra tespit edilen olası kuraldışı, uygunsuzluklar içeren makaleler sayıdan çıkarılır. Yayın etiği kurallarına bağlı olarak, intihal şüphesini ve duplikasyon durumları rapor edilir.

Ön değerlendirmeyi geçen yazılar intihal.net intihal tarama programından geçirilir. Herhangi bir intihal, atıf manipülasyonu ve veri tahrifat / uydurma gibi iddia edilen veya şüphelenilen araştırmalarda Yayın Kurulu Committee on Publication Ethics (COPE) yönergelerine uygun olarak hareket eder.

İntihal.net yazılımı yardımıyla benzerlik oranları belirlenmekte, bu oranın dergimiz için % 20'nin altında olması dergi editörü tarafından kabul görmektedir. Belirlenen bu oranının üzerinde olan makaleler/derlemeler yazar(lar)a iade edilir.

Dosya yükleme sürecinde yazarlar uygun bir intihal programı (iThenticate, Turnitin) kullanarak elde ettikleri benzerlik raporunu sunmalıdırlar. Türkiye'de tüm üniversiteler bir intihal programına abonedir, lütfen üniversite kütüphanenizden yardım alınız. Yurtdışından ve üniversite dışından başvurularda bilgi için lütfen e-posta gönderiniz. Benzerlik oranı %20'ten fazla olan makaleler intihal olarak kabul edilir ve reddedilir.

2020 yılından itibaren, benzerlik raporu sonucuna göre makale hakkında aşağıdaki üç karardan biri verilir.

- Değerlendirilmek üzere editöre gönderilir.
- Düzeltme talebiyle yazara geri gönderilir.
- Değerlendirme aşamasına alınmadan ret işlemi gerçekleştirilir (Benzerlik oranı %25'ten fazla olan makaleler intihal olarak kabul edilir ve reddedilir.)

Makalede daha önce yayınlanmış alıntı yazı, tablo, resim vs. mevcut ise makale yazarı, yayın hakkı sahibi ve yazarlarından yazılı izin almak ve bunu makalede belirtmek zorundadır. Gerekli izinlerin alınıp alınmadığından yazar(lar) sorumludur.

Makale yayınlanmak üzere Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'ne gönderildikten sonra yazarlardan hiçbirinin ismi, tüm yazarların yazılı izni olmadan yazar listesinden silinemez ve yeni bir isim yazar olarak eklenemez ve yazar sırası değiştirilemez.

Yayına kabul edilmeyen makale, resim ve fotoğraflar yazarlara geri gönderilmez. Yayınlanan yazı ve resimlerin tüm hakları dergiye aittir.

Yayın Hakkı Devri

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (KASHED)'de yayınlanmış veya yayınlanmak üzere kabul edilmiş tüm makalelerin yayın hakkı Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği'ne aittir. Yayın Kurulunun izni olmadan makalelerin tümü veya herhangi bir bölümü, tabloları, resim/şekilleri hiç bir yerde yayınlanamaz. Yayınlanan çalışmanın tüm hakları Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği'ne ait olduğundan, alıntı yapıldığında derginin kaynak gösterilmesi zorunludur. Makalelerin bilimsel sorumluluğu yazar(lar)a aittir; bilimsel içerikten Dergi Yayın Kurulu sorumlu tutulamaz. İncelenmek üzere KASHED'e gönderilen makalelerin daha önce başka bir yerde yayınlanmamış olması veya yayınlanma sürecinde olmaması gerekir. KASHED'de yayınlanan makaleler için yazarlara ücret ödenmez veya yazarlardan ücret alınmaz.

Dergimize yayınlanmak üzere makale gönderen yazarlardan "Telif Hakkı Devir Formu" 'nu doldurmaları ve ıslak imzalı halini tarayıp makale dosyaları ile birlikte pdf formatında sisteme yüklemeleri gerekmektedir. "Telif Hakkı Devir Formunu" iletmeyen yazarların çalışmaları yayınlanmaz.

Çıkar Çatışması

Makalede doğrudan veya dolaylı ticarî bağlantı veya çalışma için maddî destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kaynak sayfasında, kullanılan ticarî ürün, ilaç, ilaç firması v.b. ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını veya varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar) bildirmek zorundadır. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, World Association of Medical Editors (WAME)'nin çıkar çatışması tanımını benimser. <http://www.wame.org/about/wame-editorial-on-coi>

Buna göre, yazar, hakem ya da editör sorumluluklarını aşırı düzeyde ve/veya haksızlığa yol açabilecek düzeyde etkileyebilecek ya da etkileyebileceği olası bir çıkar rekabeti içindeyse, çıkar çatışması söz konusudur ve bunun açıklanması gerekir. Açıklanması öngörülen çıkar çatışması tipleri, finansal bağlar, akademik taahhütler, kişisel ilişkiler, politik ya da dini inançlar, kurumsal bağlantılardır. Çıkar çatışması söz konusuysa bu makalede açıklanmalıdır. Dergimize yayınlanmak üzere makale gönderen yazarlardan "**Çıkar Çatışması Beyan Formu**"nu doldurmaları ve ıslak imzalı halini tarayıp pdf formatında sisteme yüklemeleri gerekmektedir.

EDİTORYAL POLİTİKALAR VE HAKEM SÜRECİ

Değerlendirme Süreci

- İntihal incelemesinden sonra, uygun makaleler editör tarafından orijinaliteleri, metodolojileri, makalede ele alınan konunun önemi ve derginin kapsamına uygunluğu açısından değerlendirilir.
- Dergiye gelen tüm yazıların değerlendirmesi **çift kör hakem değerlendirmesi (Double blind review)** ile yapılmaktadır. Çift kör hakem değerlendirme (*Double blind review*) süreci, çalışmanın tamamen kime ait olduğunun belli olmadığı, bilimsel yayınların kalitesini artırmak ve nesnel şekilde değerlendirilmesini sağlamaktadır. Çift kör hakem değerlendirmesinde; sadece editörler her aşamayı bilmekte, hem yazarlar çalışmasını değerlendirecek hakemin kim olduğunu bilmemekte, hem de hakemler kimin çalışmasını değerlendirdiklerini bilmemektedirler. Çift kör hakem değerlendirme, bilimsel yayınların kalitesini arttırmakla birlikte tarafsız şekilde yazıların değerlendirilmesini sağlamaktadır.
- Dergiye gönderilen yazılar ilk değerlendirme sürecinde yazım kurallarına uygunluğu, konunun özgünlüğü açısından değerlendirildikten sonra dergi editörünün belirlediği en az 2 hakeme değerlendirme için gönderilir. Hakem değerlendirmeleri genel olarak çalışmaların; özgünlük, kullanılan yöntem, etik kurallara uygunluk, bulguların ve sonuçların tutarlı bir şekilde sunumu ve literatür açısından incelenmesine dayanmaktadır.
- Hakemler değerlendirmelerini tamamladıktan sonra Makale kabul sürecinde, iki hakemin görüşlerinin farklı olması durumunda editör ve üçüncü bir hakemin görüşü alınarak karar verilmektedir.
- Editör, gerek duyduğunda daha fazla hakeme yönlendirme yapabilmekte ve değerlendirme sürecinin son karar yetkisi editördedir.
- Hakem raporları yazara düzeltmesi için gönderilir. Gerekirse hakemler birden fazla düzeltme isteyebilirler.
- Düzeltme sonrası hakem görüşleri ve editörün kararıyla kabul edilen çalışmalar, kabul edilme tarihi, konu alanı ve araştırma, derleme vb. dağılımı dikkate alınarak yayınlanacak sayıda yer almaktadır.
- KASHED'de makalelerin, kabul süreci, hakem ve yazar dönüşlerine göre yaklaşık altı ay içinde tamamlanması öngörülmekle birlikte, hakemlerin ve editörün istediği düzeltmeler ve yazarların dönüş sürelerine göre bu süre uzayabilmektedir.

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGISİ (KASHED) MAKALE DEĞERLENDİRME ŐEMASI

YAZAR

Yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan makale metnini ve istenen diğer belgeleri yükler. Bu durumda sistem, makaleyi "Sekreter" konumuna atar.



YARDIMCI EDİTÖR

Makale dosyasının eksiksiz ve doğru olarak yüklenmiş olup olmadığını kontrol eder. Eksik dosya varsa, yazara tekrar yönlendirir; yoksa editöre aktarır. Özellikle makale içinde ve yüklenen dosyalarda yazarın kimliğini tanımlayıcı bilginin bulunup bulunmadığını kontrol eder. Eğer kimlik belirleyici bir bilgi varsa, düzeltmesi için yeniden yazara gönderir.



EDİTÖR

Makaleyi, uygunluğu ve güncelliği, derginin yayın politikası amaç ve kapsamına uygunluk yönünden inceler. Düzeltme gerekirse, tekrar yazara aktarır (Bu durumda süreç en başa döner). Makale dergide yayınlanmaya aday bulduysa, ilgi alanına göre, veri tabanından en az iki hakem daveti yapar. Eğer dergide yayınlanmaya aday bulmadıysa, reddeder.



HAKEM

Makaleyi değerlendirir; makale ile ilgili "kabul, minör revizyon, majör revizyon ya da ret" şeklinde karar verir ve gerekçesini açıklayarak editöre ve yazar(lar)a görüşlerini sistemden gönderir. Yazar(lar) verdiği görüşlerde hakem kimliğini tanımlayıcı herhangi bir bilginin olmadığından emin olur.



YARDIMCI EDİTÖR

Hakem görüşlerini (en az iki hakem görüşü tamamlanmış olmalı) inceler. Eğer makale için "majör ya da minör düzeltme" isteği var ise editörün görüşlerini alarak yazar(lar)dan düzeltme isteğinde bulunur (bu durumda süreç en başa döner). Eğer makale, hakemler tarafından dergide yayınlamaya aday görülmedi ise editöre gönderir. Önerilen düzeltme sonrası makaleyi tekrar aynı hakemlere gönderir ve hakemler tarafından dergide yayınlanmaya aday görüldü ise son olarak dergi editörüne göndererek makalelerin son kontrolü yapılır. En son olarak makalenin mizampajını yaparak sayının çıkarılmasını sağlar.

Makale Gönderme

Yazarların başvuru aşamasında aşağıdaki listede bulunan dosyaları sisteme yüklenerek göndermeleri gerekmektedir.

1-Yazının yayınlanmak üzere gönderildiğini ifade eden, makale türünü belirten ve makaleyle ilgili bilgileri içeren editöre mektup; aşağıdaki bilgileri içermelidir.

- Makalenin türü,
- Başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu bilgisi,
- Sponsor veya ticari bir firma ile ilişki varsa belirtilmeli,
- İstatistik kontrolünün yapıldığı (araştırma makaleleri için),
- İngilizce yönünden kontrolünün yapıldığı,
- Yazarların isim sırasına göre görev dağılımının açıklandığı,
- Kaynakların APA6'ya göre düzenlendiği,
- Daha önce basılmış materyal (yazı-resim-tablo) kullanılmış ise izin alındı belgesi,

2-Kapak sayfası aşağıdaki bilgileri içermelidir.

- Makalenin türü,
- Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı,
- Sırasına göre yazarların adı soyadı, unvanları ve bağlı oldukları kurumlar (üniversite ve fakülte bilgisinden sonra şehir ve ülke bilgisi de yer almalıdır), e-posta adresleri,
- Sorumlu yazarın ayrıca e-posta adresi, açık yazışma adresi, iş telefonu, cep telefonu, faks numarası, çalışmanın başka yerde yayınlanmamış olduğu, bildiri olarak sunulmuş ise bilgisi, tez ise belirtilmesi, çalışmayı destekleyen herhangi bir birim varsa bu sayfaya yazılması gerekmektedir.
- Yazarların ORCID numaraları
- Aşağıda bulunan kontrol check list doldurularak kapak sayfasına 2. Sayfa olarak eklenmelidir.
- Kapak sayfası pdf formatında sisteme yüklenmelidir.

3-Ana metin:

Ana metin içerisinde makalenin adı bulunmalıdır. Tüm şekil, resim ve tablolar metin içinde uygun noktalara yerleştirilmelidir. Tüm sayfalar sırayla numaralandırılmalıdır. Yazar isimleri ve iletişim bilgileri OLMAMALIDIR. Ana metin çalışmanın türüne göre yazım kılavuzunda belirtilen başlıklar doğrultusunda hazırlanmalıdır.

4-Etik kurul kararı eklenmelidir.

Etik kurul izni gerektiren çalışmalarda, izinle ilgili bilgiler (kurul adı, tarih ve sayı no) yöntem bölümünde ve ayrıca makale ilk/son sayfasında yer verilmeli ve pdf formatında sisteme yüklenmelidir.

5-“KASHED Yazar Katkı Formu”, “Çıkar Çatışması Beyanı” ve “Yayın Hakkı Devir Formu” eksiksiz ve ıslak imzalı olarak tek bir dosya halinde sisteme yüklenmelidir.

6-İntihal raporu sisteme yüklenmelidir.

Makale gönderme

Makale yazım kurallarında belirtilen kurallara uygun olarak hazırlanan yazılar, <http://dergipark.gov.tr/> adresinden Dergi Park sistemine üye olunduktan sonra gerekli yönlendirmeler doğrultusunda çevrimiçi (online) olarak gönderilir. Yazılar dergi sistemine yüklemeye önce aşağıdaki kontrol listesi tamamlanmalıdır.

KADIN SAğLIğI HEMŞİRELİğİ DERGISİ SON KONTROL CHECK LİSTİ		
Editöre Mektup Bölümü	Yapıldı	Yapılmadı ise nedeni?
1-Makalenin türü belirtildi.		
2-Başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu bilgisi verildi		
3-Sponsor veya ticari bir firma ile ilişki varsa belirtildi.		
4-İstatistik kontrolünün yapıldı. (araştırma makaleleri için),		
5-İngilizce yönünden kontrolünün yapıldı.		
6-Kaynakların APA6'ya göre düzenlendi.		
7-Daha önce basılmış materyal (yazı-resim-tablo) kullanılmış ise izin alındı belgesi/belgeleri eklendi.		
8-Sisteme yüklenen Editöre Mektup dosyasının adı "Editöre Mektup+makale adı" olacak şekilde kaydedildi.		
Kapak Sayfası		
1-Makalenin türü belirtildi.		
2-Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı yazıldı.		
3-Sırasına göre yazarların adı soyadı, unvanları ve bağlı oldukları kurumlar (üniversite ve fakülte bilgisinden sonra şehir ve ülke bilgisi de yer almalıdır), adresleri ve e-posta adresleri belirtildi.		
4-Sorumlu yazarın ayrıca e-posta adresi, açık yazışma adresi, iş telefonu, cep telefonu, faks numarası yazıldı.		
5-Çalışmanın başka yerde yayınlanmamış olduğu, bildiri olarak sunulmuş ise bilgisi verildi. (Tez ise belirtmeli, çalışmayı destekleyen herhangi bir birim varsa bu sayfaya yazılması gerekmektedir.)		
6-Yazarların ORCID numaraları belirtildi.		
7- Sisteme yüklenen kapak sayfa dosyasının adı "Çalışmanın tam adı +kapak sayfası" olacak şekilde kaydedildi.		
Makale Ana Dosyası		
1-Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı yazıldı.		
2-Türkçe ve İngilizce Öz 200-250 kelimeyi geçmemektedir.		
3-Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler belirtildi.(3-6 sözcük)		
4-Makale Türkçe ise, İngilizce genişletilmiş özet (Extended Abstract) 600-800 sözcük olarak yazıldı.		
5-Makale ana metin bölümü; Öz (türkçe ve ingilizce), genişletilmiş ingilizce özet (extended abstract), giriş, yöntem, bulgular, tartışma, sonuç ve öneriler ve kaynaklar ana başlıklarını içerek şekilde yazıldı.		
6-Makalenin ana metin bölümü, yazım kurallarına uygun kelime sayısı ile yazıldı.		
6-Teşekkür belirtildi. (varsa belirtiniz)		
7-Kaynaklar metin içinde kurallara uygun gösterildi ve kaynakça APA6'ya uygun yazıldı.		
8-Tablolar-Resimler ve Şekiller (başlık, tanım ve alt yazılarıyla) metinde geçtikleri yerde verildi.		
9-Yüklenen tüm dosyaların kayıtlarında isim/tanımlayıcı bilgi bulunmamaktadır.		
10-Sisteme yüklenen makale ana dosyasının adı "çalışmanın tam adı" olacak şekilde kaydedildi.		

Ekler		
1-"Yayın Hakkı Devir Formu" ıslak imzalı, taranmış ve pdf formatında sisteme yüklendi.		
2 "Yazar Katkı Formu" ıslak imzalı, taranmış ve pdf formatında sisteme yüklendi.		
3-"Çıkar Çatışması Beyanı" ıslak imzalı, taranmış ve pdf formatında sisteme yüklendi.		
4-İntihal raporu sisteme yüklendi.		
5-Etik Kurul Raporu sisteme yüklendi.		

Makale Geri Çekme

KASHED yayım politikaları gereği, bir çalışma veya makalenin geri çekilmesi aşamasında yazar(lar)a ve yayım kuruluna düşen görev ve sorumluluklar aşağıda belirtilmiştir (Makaleler sorumlu yazar tarafından gerekçe gösterilmeden geri çekilebilmektedir).

Yazarlar

Yazar(lar)ın yayımlanmış, erken görünüm veya değerlendirme aşamasındaki çalışmasıyla ilgili bir yanlış ya da hatayı fark etmesi durumunda, geri çekme işlemlerinde dergi editörüyle işbirliği yapma yükümlülüğü bulunmaktadır. Değerlendirme aşamasındaki çalışmasını geri çekme talebinde bulunmak isteyen yazar(lar), geri çekme nedenlerini içeren Makale Geri Çekme Formu'nu doldurup tüm yazarlara imzalatmalı ve yayım kuruluna iletilmek üzere dergide ki sisteme pdf dosya olarak yüklemelidirler. Yayım Kurulu geri çekme isteğini inceleyerek 15 gün içerisinde yazar(lar)a cevap verir. Yayım kurulu tarafından geri çekme isteği onaylanmadıkça yazar(lar) telif haklarını başvuru aşamasında KASHED'e devredilmiş çalışmalarını başka bir dergiye değerlendirme için gönderemezler.

Editörler

KASHED yayımlanmış, erken görünümdeki veya değerlendirme aşamasındaki bir çalışmaya ilişkin telif hakkı ve intihal şüphesi oluşması durumunda çalışmaya ilişkin bir soruşturma başlatma yükümlülüğü taşır. Yapılan soruşturma sonucunda, değerlendirme aşamasındaki çalışmada telif hakkı ihlali ve/veya intihal yapıldığının tespit edilmesi durumunda, yayım kurulu çalışmayı değerlendirmeden geri çeker ve tespit edilen durumları detaylı bir şekilde açıklayarak yazarlara iade eder. Yayımlanmış veya erken görünümdeki bir çalışmada telif hakkı ihlali ve/veya intihal yapıldığının tespit edilmesi durumunda, yayım kurulu 15 gün içerisinde aşağıdaki geri çekme ve bildiri işlemlerini gerçekleştirir.

Etik ihlali tespit edilen çalışmanın;

1. Elektronik gösterimdeki başlığının başına "Geri Çekildi:" ibaresi eklenir.
2. Elektronik gösterimdeki Öz ve Tam Metin içerikleri yerine çalışmanın geri çekilme gerekçeleri, detaylı kanıt kaynakları varsa yazar(lar)ın bağlı olduğu kurum ve kuruluşların konu hakkındaki bildirimleri ile birlikte yayınlanır.
3. Dergi internet sitesinde geri çekme bildirimini ilan edilir.
4. Geri çekme tarihinden itibaren ilk yayınlanacak sayının elektronik ve basılı kopyasının içindekiler listesine "Geri Çekildi: Çalışma Başlığı" şeklinde eklenir, birinci sayfasından başlamak koşuluyla geri çekme nedenleri ve buna kaynak gösterilen orijinal alıntıları kamuoyu ve araştırmacılarla paylaşılır.
5. Yazar(lar)ın bağlı olduğu kuruluş(lar)a yukarıdaki geri çekme bildirimleri iletilir.
6. Yukarıda sıralanan geri çekme bildirimleri Derginin dizinlendiği kurum ve kuruluşlar ile Milli Kütüphane Başkanlığı'na dizin sistemleri ve kataloglara kaydedilmesi için iletilir.

Ayrıca yayım kurulu etik ihlalde bulunan çalışma yazar(lar)ının daha önce yayımlanmış çalışmalarının yayım evlerine veya yayım kurullarına, yayımlanan çalışmaların geçerlik ve güvenilirliğini güvence altına almalarını veya geri çekmelerini önerebilir.

Makale Hazırlama Süreci

Araştırma Makalesi

Orijinal araştırma makaleleri derginin kapsamına uygun konularda önemli, özgün bilimsel sonuçlar sunan araştırmaları raporlayan yazılardır. Orijinal araştırma makaleleri,

- Öz (Türkçe ve İngilizce)
- Genişletilmiş İngilizce Özet (Extended Abstract)
- Giriş
- Yöntem
- Bulgular
- Tartışma
- Sonuç ve Öneriler
- Kaynaklar

Bölümlerini içermeli ve 14 punto (bold) ve ilk harfleri büyük olacak şekilde yazılmalıdır. Ana başlıkların altında yer alan ikinci düzey başlıklar 12 punto (bold) ve ilk harfleri büyük, onun altında yer alan başlıklar 12 punto (bold) ve ilk harfi büyük (normal tümce düzeni) olacak şekilde yazılmalıdır.

Öz: Türkçe ve İngilizce başlık konularak tüm çalışmayı kapsayacak biçimde, 200-250 kelime içermelidir. İngilizce özet Türkçe özete uygun yapılmalıdır. Türkçe özetlerde amaç, yöntem, bulgular, sonuç; İngilizce özetlerde objectives, methods, results, conclusion bölümlerine yer verilmelidir. Her iki özetde de anahtar sözcükler (en az 3, en fazla 5 sözcük) belirtilmelidir. İngilizce anahtar kelimeler "Index Medicus: Medical Subject Heading Tıbbi Konu Başlıkları'nda Medical Subject Headings (MeSH)" standartlarına uygun olmalıdır. Türkçe anahtar kelimeler "Türkiye Bilim Terimleri"ne uygun olmalıdır.

Öz kısmında yeni bilgilere veya makalede belirtilmeyen sonuçlara yer verilmemeli ve kaynak gösterimi Genişletilmiş Özet (Extended Abstract) yapılmamalıdır.

Genişletilmiş İngilizce Özet (Extended Abstract): Her makale için genişletilmiş özet (Extended Abstract) yazarlarca hazırlanmalıdır. 600-800 kelime ile sınırlandırılan genişletilmiş özet (Extended Abstract), makalede aşağıdaki sıralamada, özet ve anahtar kelimelerden sonra, makale ana metninden önce, yer almalıdır. Genişletilmiş özet (Extended Abstract) sadece İngilizce hazırlanmalıdır.

Giriş: Giriş bölümünde konunun önemi, tarihçe ve bugüne kadar yapılmış çalışmalar, hipotez ve çalışmanın amacından söz edilmelidir.

Hem ana hem de ikincil amaçlar açıkça belirtilmelidir. Sadece gerçekten ilişkili kaynaklar gösterilmeli ve çalışmaya ait veri ya da sonuçlardan söz edilmemelidir. Giriş bölümünün sonunda çalışmanın amacı, araştırma soruları veya hipotezler yazılmalıdır.

Yöntem: Araştırmanın amacı, türü, araştırmanın sorusu/hipotezi, yapıldığı yer ve özellikleri, evren örneklem, veri toplama araçları ve veri toplama şekli, verilerin analizi, araştırma sorunları, sınırlılıkları, izin ve etik kurul onayı, verilerin değerlendirilmesi, deneysel çalışmalarda yapılan girişimler belirtilmelidir.

Yöntem bölümünde, veri kaynakları, hastalar ya da çalışmaya katılanlar, ölçekler, görüşme/değerlendirmeler ve temel ölçümler, yapılan işlemler ve istatistiksel yöntemler yer almalıdır. Yöntem bölümü, sadece çalışmanın planı ya da protokolü yazılırken bilinen bilgileri içermelidir; çalışma sırasında elde edilen tüm bilgiler bulgular kısmında verilmelidir.

Araştırmanın Amacı: Araştırmanın amacı açık ve net bir ifade ile belirtilmelidir.

Çalışmanın tipi: Açıklanmalıdır.

Araştırmanın Sorusu/hipotezi: Araştırmanın konusu ile uyumlu bir şekilde belirtilmelidir.

Araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri: Araştırmanın gerçekleştirildiği yer/kurumun özellikleri açıklanmalıdır.

Çalışmanın evren ve örneklemi: Gözlemsel ya da deneysel çalışmaya katılanların (hastalar, hayvanlar, kontroller) seçimi, kaynak popülasyon, çalışmaya alınma ve çalışmadan dışlanma ölçütleri açıkça belirtilmelidir. Çalışmanın niçin ve nasıl belli bir şekilde yapıldığı açık bir şekilde belirtilmelidir. Çalışmanın evreni tanımlanmalı; evrenden örneklemenin nasıl yapıldığı, hangi örnekleme yönteme kullanılarak seçim yapıldığı ve örneklem büyüklüğünün nasıl hesaplandığı açıklanmalıdır.

Veri Toplama Araçları: Veri toplama araçlarının her biri ayrı ayrı tanıtılmalı ve geçerlik-güvenirlik bilgileri verilmelidir. Diğer çalışmacıların sonuçları yinelenmesi için yöntem ve kullanılan araçlar (üretici firma ve adres paragraf içinde belirtilerek) ayrıntılı bir şekilde belirtilmelidir. Önceden kullanılan bilinen yöntemler için (istatistiksel yöntemler dahildir) kaynak gösterilmeli, basılmış ama iyi bilinmeyen bir yöntem için kaynak verilmeli ve yöntem açıklanmalıdır. Aynı şekilde yeni ya da belirgin olarak modifiye edilmiş yöntemler tanımlanmalı ve kullanıma nedenleri belirtilip kısıtlılıkları değerlendirilmelidir. Kullanılan tüm ilaç ve kimyasallar doğru olarak tanımlanıp jenerik isimleri, dozları ve kullanım biçimleri belirtilmelidir. Gözden geçirme yazısı gönderen yazarlar veriyi bulma, seçme, ayırma ve sentezleme yöntemlerini belirtmelidir. Bu yöntemler aynı zamanda özetde de yer almalıdır.

Veri Toplama Yöntemi: Verilerin nasıl toplandığı açıklanmalıdır.

Etik Konular: Bu bölümde çalışmanın etik yönünden bahsedilmeli etik kurul onayının alındığı kurum, tarih ve numarası belirtilmelidir. Makaleni son sayfasında yer verilmelidir. Ayrıca çalışma için alınan kurum izinleri ve bilgilendirilmiş onam la ilgili açıklamalar bu bölümde yer almalıdır.

Verilerin Analizi: İstatistiksel yöntemler ayrıntılı olarak belirtilmeli ve hata ölçümleri (güvenlik aralıkları gibi) ve referans kaynaklar sayfalar belirtilerek sunulmalıdır. İstatistiksel terimler, kısaltmalar ve semboller tanımlanmalıdır. Kullanılan bilgisayar programı belirtilmelidir.

Bulgular: Ana bulgular istatistiksel verilerle desteklenmiş olarak eksiksiz verilmeli ve bu bulgular uygun tablo, grafik ve şekillerle görsel olarak da belirtilmelidir. Bulgular yazıda, tablolarda ve şekillerde mantıklı bir sırayla önce en önemli sonuçlar olacak şekilde verilmelidir. Tablo ve şekillerdeki tüm veriyi yazıda vermemeli, sadece önemli noktaları vurgulanmalıdır. Tablo başlıkları tablonun üstünde, şekil ve grafik başlıkları şekil ve grafiğin altında, tüm kelimelerin ilk harfleri büyük olacak şekilde yazılmalıdır. Tablolar Word programında dikey çizgileri olmaksızın, numaralandırılmalıdır. Başka kaynaktan alınan tablo / şekil / grafiklerin altına kaynak belirtilmelidir. Kullanılan istatistiksel testler, kısaltmalar ve

İlgili açıklamalar tablo / şekil / grafik altında (*) işareti konularak 8 punto olacak şekilde yazılmalıdır. Tablo / şekil / grafikler makalede işleniş sırasına göre yerleştirilmelidir.

Tartışma: Tartışma bölümünde o çalışmadan elde edilen veriler, kurulan hipotez doğrultusunda hipotezi destekleyen ve desteklemeyen bulgular ve sonuçlar irdelenmeli ve literatürde bulunan benzeri çalışmalarla kıyaslanmalı, farklılıklar varsa açıklanmalıdır. Çalışmanın yeni ve önemli yanları ve bunlardan çıkan sonuçları vurgulanmalıdır. Giriş ya da sonuçlar kısmında verilen bilgi ve veriler tekrarlanmamalıdır.

Sonuçlar/çıkarm ve Öneriler: Sonuçlar bölümünde yazı özetlenirken sayısal sonuçları sadece yüzde (%) şeklinde değil mutlak şekilde de vermeli ve kullanılan analiz yöntemi belirtilmelidir. Çalışmanın mesleki bilgiye ve bilinenlere katkısı belirtilmeli ve yeni çalışmalar için öneriler geliştirilmeli.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırmanın sınırlılıkları mutlaka belirtilmeli ve bu sınırlılıklar tartışma bölümünde ele alınarak, buna bağlı olarak önerilerde bulunulmalıdır.

Meta Analizi (İleri Çözümleme)

Meta-analizi, girişimlerin etkinliği için en yüksek düzeyli kanıt sağlamak amacıyla belirli bir konuda yapılmış, birbirinden bağımsız, birden çok çalışmanın sonuçlarını birleştirme ve elde edilen araştırma bulgularının istatistiksel analizini yapma yöntemidir. Meta-analizi, hem deneysel hem de nicel araştırmalar için yapılabilir. Meta-analizi makaleleri; Öz, Anahtar Kelimeler, Giriş, Yöntem ve Gereçler, Bulgular, Tartışma, Sonuçlar, Kaynaklar bölümlerinden oluşur. Türkçe ve İngilizce başlık konularak tüm çalışmayı kapsayacak biçimde, 200-250 kelime içermelidir. İngilizce özet Türkçe özete uygun yapılmalıdır. Türkçe özetlerde amaç, yöntem, bulgular, sonuç; İngilizce özetlerde objectives, methods, results, conclusion bölümlerine yer verilmelidir. Her iki özetinde de anahtar sözcükler (en az 3, en fazla 5 sözcük) belirtilmelidir. İngilizce anahtar kelimeler "Index Medicus: Medical SubjectHeading Tıbbi Konu Başlıkları'nda (MeSH)" standartlarına uygun olmalıdır. Türkçe anahtar kelimeler "Türkiye Bilim Terimleri"ne uygun olmalıdır.

Sistemik Derleme

Sistemik derleme, meta-analizinde olduğu gibi ilgili bilim disiplinlerine ve klinisyenlere en iyi kanıt sağlayan, bir çeşit sekonder araştırma çalışmalarıdır. Bir derleme makalenin sistemik olarak tanımlanabilmesi için derlemeye alınacak çalışmaların belirlenmesi, seçilmesi, çalışma verilerinin sentezlenmesi süreçlerinin izlenmesi gerekir. Sistemik derleme çalışmaları; Öz, Anahtar Kelimeler, Giriş, Yöntem ve Gereçler, Bulgular, Tartışma, Sonuçlar, Kaynaklar bölümlerinden oluşur. Özet (Türkçe ve İngilizce, Türkçe özet 150-200 kelimedenden oluşmalı ve İngilizce özet Türkçe özete uygun yapılmalı, bölümsüz, en az 3, en fazla 5 kelimedenden oluşan anahtar sözcük içermeli)

Olgu Sunumu/Case Report

Olgu sunumu makaleleri özgün vakaları rapor eden yazılardır. Derginin kapsamına giren konulara ilişkin bir problemin üstesinden gelen tedavi/bakım ile ilgili, yeni araçlar, teknikler ve metotlar göstererek okuyucular için bilgilendirme sağlamalıdır. Olgu sunumu yazıları Öz (yapılandırılmamış), Anahtar Kelimeler, Giriş, Olgu Sunumu, Tartışma, Referanslar, gerekirse Tablo ve açıklayıcı bilgilerden oluşur. Olgu sunumunda yazılı bilgilendirilmiş onam alınmalı ve makalede belirtilmelidir. Özet (Türkçe ve İngilizce, Türkçe özet 150-200 kelimedenden oluşmalı ve İngilizce özet Türkçe özete uygun yapılmalı, bölümsüz, en az 3, en fazla 5 kelimedenden oluşan anahtar sözcük içermeli)

Derleme/Review

Derleme makaleleri alanında zengin birikime ve atıf alan çalışmalara sahip uzman kişilerce yazılan yazılardır. Klinik pratiğe ilişkin bir konuda mevcut bilgiyi tanımlayan, değerlendiren ve tartışan; geleceğe ilişkin çalışmalara yol gösteren derleme yazıları yazmaları için dergi belirlediği yazarlara davet gönderir. Derleme makaleleri, Öz (yapılandırılmamış), Anahtar Kelimeler, Giriş, Sonuç bölümlerinden oluşur. Derleme makale gönderen yazarların, makalede kullandıkları verinin seçimi, alınması, sentezi için kullandıkları yöntemleri tanımlayan bir bölüme de makalede yer vermeleri gerekir. Bu yöntemler Öz bölümünde de belirtilmelidir. Özet (Türkçe ve İngilizce, Türkçe özet 150-200 kelimedenden oluşmalı ve İngilizce özet Türkçe özete uygun yapılmalı, bölümsüz, en az 3, en fazla 5 kelimedenden oluşan anahtar sözcük içermeli)

Editöre Mektup/Letter to the Editor

Editöre Mektup, kısa ve net görüş bildiren yazılardır. Dergide daha önce yayınlanmış olan makalelerle ilgili olarak ya da dergide ifade edilmiş görüşlerle ilgili olarak yazılmış olması tercih edilir. Editöre Mektup yazıları, ön görüş bildiren yazılar olmamalıdır.

Tablo, Grafik ve Şekiller

Yazı içindeki grafik, şekil ve tablolar Arap sayıları ile numaralandırılmalıdır. Şekillerin metin içindeki yerleri belirtilmelidir.

Tablolar

Tablolar bilgileri etkin bir şekilde gösterir ve ayrıca bilginin istenen tüm ayrıntı seviyelerinde verilmesini sağlar. Bilgileri metin yerine tablolarda vermek genelde metnin uzunluğunu kısaltır. Her tablo ayrı bir sayfaya olacak şekilde basılmalıdır. Tablo başlıkları tablonun üzerinde verilmeli, sözcüklerin ilk harfleri büyük olmalı, tümce şeklinde ve koyu yazılmalıdır.

Tablolar metindeki sıralarına göre numaralanıp, her birine kısa bir başlık verilmelidir. MS Word 2003 ve üstü sürümde otomatik tablo seçeneğinde "tablo klasik 1" ya da "tablo basit 1" seçeneklerine göre tablolar hazırlanmalıdır. Başlık satırı ve tablo alt üst satırları dışında tablonun içinde başka dikey ve yatay çizgiler kullanılmamalıdır. Her sütuna bir başlık verilmelidir. Yazarlar açıklamaları başlıkta değil, dipnotlarda yapmalıdır. Dipnotlarda standart olmayan tüm kısaltmalar açıklanmalıdır. Dipnotlar için sırasıyla aşağıdaki semboller kullanılmalıdır: (*, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡).

Varyasyonun standart sapma ya da standart hata gibi istatistiksel ölçümleri belirtilmelidir. Metin içinde her tabloya atıfta bulunulduğuna emin olunmalıdır. Eğer yayınlanmış ya da yayınlanmamış herhangi başka bir kaynaktan veri kullanılıyorsa izin alınmalı ve onlar tam olarak bilgilendirilmelidir.

Şekiller

Şekiller ya profesyonel olarak çizilmeli ve fotoğraflanmalı ya da fotoğraf kalitesinde dijital olarak gönderilmelidir. Şekillerin basıma uygun versiyonlarının yanı sıra JPEG ya da GIF gibi elektronik versiyonlarda yüksek çözünürlükte görüntü oluşturacak biçimlerde elektronik dosyaları gönderilmeli ve yazarlar göndermeden önce bu dosyaların görüntü kalitelerini bilgisayar ekranında kontrol etmelidir.

Şekil/grafik başlıkları şekil/grafiklerin altında verilmeli, sözcüklerin ilk harfleri büyük olmalı, tümce şeklinde ve koyu yazılmalıdır. Ayrıca makalede şekil veya grafiğin altında kaynak gösterilmelidir.

Şekiller metinde geçiş sıralarına göre numaralandırılmalıdır. Eğer önceden yayınlanmış bir şekil kullanılacaksa, yayın hakkını elinde bulunduran bireyden izin alınmalıdır.

Şekillerin Dipnotları

Ayrı bir sayfadan başlayarak şekiller için tablo başlıkları ve dipnotları tek aralıklı olarak ve Arap sayıları ile hangi şekle karşı geldikleri belirtilerek yazılmalıdır. Semboller, oklar, sayılar ya da harfler şeklin parçalarını belirtmek için kullanıldığında, dipnotlarda her biri açıkça tanımlanmalıdır.

Ölçüm Birimleri

Uzunluk, ağırlık ve hacim birimleri metrik (metre, kilogram, litre) sistemde ve bunların onlu katları şeklinde rapor edilmelidir. Sıcaklıklar Celsius derecesi, kan basıncı milimetre civa cinsinden olmalıdır. Ölçü birimlerinde hem lokal hem de Uluslararası Birim Sistemleri (International System of Units, SI) kullanılmalıdır. İlaç konsantrasyonları ya SI ya da kütle birimi olarak verilir, alternatif olarak parantez içinde de verilebilir.

Kısaltmalar ve Semboller

Sadece standart kısaltmaları kullanın, standart olmayan kısaltmalar okuyucu için çok kafa karıştırıcı olabilir. Başlıkta kısaltmadan kaçınılmalıdır. Standart bir ölçüm birimi olmadıkça kısaltmaların uzun hali ilk kullanılışlarında açık, kısaltılmış hali parantez içinde verilmelidir.

Teşekkür/Acknowledgement

Yazının sonunda kaynaklardan önce yer verilir. Bu bölümde kişisel, teknik ve materyal yardımı gibi nedenlerle yapılacak teşekkür ifadeleri yer alır.

Kelime Sayısı Sınırlandırması

YAZIM KURALLARI

Yazarlarla ilgili tüm yazışmalar sorumlu yazarla yapılmaktadır. .

- Dergiye gönderilen yazılar Microsoft Word programında, A4 kağıdı boyutlarında, her sayfa yanında 2,5 cm boşluk bırakılarak, 1,5 satır aralığında, 12 punto ve Times New Roman yazı karakterinde ve makalenin tamamında iki yana yaslı, başlık ve paragraf girişleri ise sola yaslı olacak şekilde yazılmalıdır.
- Makalenin ana başlıkları 14 punto olarak koyu ve ilk harfleri büyük yazılmalıdır. Ana başlıkların altında yer alan alt başlıklar (ikinci düzey) 12 punto ve ilk harfleri büyük olurken; onun altında yer alan diğer başlıklar (üçüncü düzey) 12 punto ve ilk harfleri büyük (tümce şeklinde) olacak şekilde yazılmalıdır.
- Sayfa numaraları metnin başladığı sayfadan başlayarak sağ alt köşede belirtilmelidir.
- Türkçe metinlerde ondalıklı sayılar ayrılırken virgöl, İngilizce metinlerde nokta kullanılmalıdır.
- Yüzde (%) işareti ile rakamlar arasında boşluk bırakılmamalıdır. Yüzde işareti Türkçe makalelerde rakamın önünde, İngilizce makalelerde rakamdan sonra yazılmalıdır.
- Bulguları yazarken örneklem sayısı verilecekse (%70.2; n:58 veya s:58) şeklinde gösterilmelidir.
- (), " " ve / işareti kullanılan yerlerde sözcük öncesi ve sonrası boşluk bırakılmamalıdır.
- Metin içindeki başlıkların sınıflandırılmasında sayı ya da harf kullanılmamalı, madde imi olarak “.” kullanılmalıdır.
- **Başlıkta veya özetle kısaltma kullanılmamalıdır.** Kısaltmalar, ilgili sözcüklerin metin içinde ilk kullanıldığı yerde yapılmalı ve kısaltma sayısı olabildiğince az olmalıdır.
- Makale genelinde ifadelerde pasif ve geniş zaman kullanılmalı (ülkemiz yerine Türkiye’de....araştırmamız yerine bu araştırmada ...gibi); giriş bölümünde genel yargı ifadesi (doğrudur, böyledir, kesindir gibi) kullanılmamaya, akademik bir dil kullanmaya özen gösterilmelidir.
- Makale metninde 10’ un altındaki rakamlar yazı ile gösterilmelidir. Ayrıca metinde kullanılan birinci, ikinci ve üçüncü gibi sınıflamalar da yazı ile gösterilmelidir.

- Yazı daha önce bilimsel bir toplantıda sunuldu ise yazının başlığında (*) işareti ile belirtilmeli ve işarete (*), metnin ilk sayfası sonunda toplantı adı, yer ve tarihi belirtilerek açıklama getirilmelidir. Araştırma bilim uzmanlığı ya da doktora tezinden oluşmuş ise başlıkta (*) işareti ile belirtilmeli ve metnin ilk sayfası sonunda (*) işaretinden sonra Enstitüsü, Yılı, Yüksek Lisans veya Doktora tezi olduğu açıklanmalıdır.
- Araştırma, meta analiz, sistematik derleme ve derlemelerde kelime sayısı öz/abstract, kaynaklar, tablolar ve şekiller hariç 4500 kelimeyi aşmamalıdır. Olgu sunumları öz/abstract hariç 1000 kelime ile sınırlandırılmalı ve en az sayıda şekil, tablo ve kaynak içermelidir. Editöre mektuplar (en fazla 1000 kelime, tablosuz ve şekilsiz) olmalıdır.

KAYNAK YAZIMI

Kaynaklar; metin sonunda tek aralık ve iki kaynak arası çift aralıklı olacak şekilde, alfabetik olarak numara verilmeden sıralanmalıdır. KASHED'e gönderilen makalelerde American Psychological Association (APA) 6. Versiyon kaynak gösterim kuralları kullanılmaktadır. Yazar(lar)ın, makale metninde ve kaynakçada yer alan atıfları, APA stiline uygun olarak belirtmeleri zorunludur. Kaynaklar bölümünde yer alan tüm kaynaklar, metinde belirtilmelidir.

Kaynakların doğruluğundan yazar(lar) sorumludur. Tüm kaynaklar metinde belirtilmelidir. Kaynaklar aşağıdaki örneklerdeki gibi gösterilmelidir.

Metin İçinde Kaynak Gösterme

Kaynaklar metinde parantez içinde yazarların soyadı yazıldıktan sonra virgül ve yayın tarihi yazılarak parantezin kapatılması ve en sona nokta konulması şeklinde belirtilmelidir. Kaynaklar alfabetik olarak sıralanmalıdır. Metin içinde birden fazla kaynak kullanılmışsa parantez içinde yazılmak üzere, iki kaynak arasına noktalı virgül (;) konulmalıdır.

Kabul edilmiş makalelere atıflar "advance online publication" şeklinde verilmelidir; yazarlar bu makaleleri kaynak gösterebilmek için yazılı izin almalıdır ve makalelerin basımda olduğunu ispat edebilmelidir.

Örnekler:

- **Birden fazla kaynak;**

(Arslan ve ark., 2002; Karasar, 1995)

- **Tek yazarlı kaynak;**

(Şahin, 2007)

- **İki yazarlı kaynak;**

(Aksu ve Güler 2007)

- **Üç, dört ve beş yazarlı kaynak;**

Metin içinde kaynağın ilk kullanıldığı yerde: (Ailen, Ciambune ve Welch 2000) Metin içinde kaynağın tekrarlayan kullanımlarda: (Ailen ve ark., 2000)

- **Altı ve daha fazla yazarlı kaynak;**

Altı ve daha çok yazarlı kaynak hem ilk kullanımda hem de tekrarlayan kullanımlarda ilk yazardan sonra kısaltma yapılarak yazılmalıdır.

(Turan ve ark., 2016, Kaniğ ve ark., 2017)

- **Aynı yazarın veya kurumun aynı tarihteki birden çok eserine atıfta bulunulmuşsa**

Kaynak metin içinde (Yılmaz, 2014a, 2014b; Seçkin, 2018) şeklinde, farklı yıllarda bulunan birden çok eserine atıfta bulunulmuşsa eskiden yeni tarihe doğru sıralanacak şekilde (Yardımcı, 2007, 2011; Öztürk, 2014) gösterilmelidir.

- **Aynı yazarın aynı tarihli iki yayını için;**

(Göçer, 2014a, 2014b)

- **Aynı yazarın farklı tarihli iki yayını için;**

(Yılmaz, 2005, 2010)

- Metinde 'and' ve '&' yerine 've' kullanılırken; 'et al.,' yerine de 've ark.,' kullanılmalıdır.

(Aksak ve ark., 2005; Gökçaya ve Yıldız, 2015).

- Kaynaktan **doğrudan bir alıntı** veya **belirli bir sayfadan alıntı yapılmış ise** kaynağa alıntı yapılan **sayfa da yazılır**. Sayfa numarası yazımı, ancak bir çalışmanın bir kısmına (bir kitaptaki paragraf veya bölüm gibi) atıfta bulunulması durumunda kullanılmak zorundadır. Metinde **kaynağın yılı yazılıp virgül ve 's.'** şeklinde sayfa numarası belirtilmelidir.

Hemşireliğin tanımını şeklinde yapmıştır (Arslan, 2000, s. 78).

- Kaynak tek bir konuyu kapsıyorsa (bir dergi makalesi gibi) böyle bir çalışmaya atıf yapılırken sayfa belirtilmesi gerekmemektedir.

Metin içinde tümce şeklinde kaynağa atıf yapılıyorsa; metin başında iki kaynak arasına 've' yazılmalıdır. Metinde tümce içinde 've ark.' / 'et al.' kısaltması kullanılırken açık hali yazılmalıdır.

Şahin ve arkadaşları (20015) çalışmalarında

- **Kurum ya da grupların yazar olduğu kaynak;**

İlk kullanımda kurumun/grubun tam adı ve arkasından kısaltması köşeli parantez [] içinde verilmeli, sonraki kullanımlarda sadece kısaltma ve tarih kullanılmalıdır.

İlk kullanımda; ... (Türk Dil Kurumu [TDK], 2019).

Tekrarlayan kullanımlarda; ... (TDK, 2019).

İlk kullanım tümce içinde yapılıyorsa; Türk Dil Kurumu'na (TDK, 2018) göre,.....

- **Soyadı aynı farklı yazarların kaynağını gösterirken, ilk yazarların adlarının baş harfleri de yıl ile birlikte yazılmalıdır.**

..F. Yılmaz'ın (2017) ve T. Yılmaz'ın (2010) çalışmalarında...

KAYNAKLAR BÖLÜMÜNDE KAYNAK GÖSTERME

- Makalede kullanılan tüm kaynaklar metnin sonunda ayrı bir bölüm halinde yazar soyadlarına göre alfabetik olarak numaralandırılmadan verilmelidir.
- Kaynaklar bölümünde yer alan İngilizce ve Türkçe tüm kaynaklar benzer yazım kurallarıyla yazılmalıdır.
- Dergi adları kısaltılmadan tam olarak yazılmalıdır, kısaltılması durumunda Pubmed'de kullanıldığı şekilde kısaltılma yapılabilir.
- Aynı soyadlı yazarlardan, yayını daha eski tarihli olsa bile adının ilk harfi alfabetik olarak önce gelen kaynakçada önce belirtilmelidir.
- Aynı yazarın iki eseri tarih sırasına göre, eski olan önce gelecek şekilde yazılmalıdır.
- Kitap ve raporların kaynaklar bölümünde gösteriminde önce yayınlandığı yer (ülke ismiyle birlikte) ve sonra kitabevi/ yayınevi adı, 'kitabevi, yayınevi, yay' vb. ekler belirtilmeksizin yazılmalıdır.
- İki isimli yazarların isim kısaltmaları arasında boşluk bırakılmalıdır.
- Tez, Sunum ve Bildiriler yayınlanmamışsa kaynak olarak kullanılmamalıdır.

- **Tek yazarlı kitap;**

Karasar, N. (1995). *Araştırmalarda rapor hazırlama* (8.bs). Ankara: 3A Eğitim Danışmanlık Ltd.

- **Bir yazarın aynı yılda yayınlanan birden fazla eserini ise;**

Arslan, H. (2014a).....

Arslan, H. (2014b).....

Büyükköztürk, Ş. (2002a). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Ankara, Türkiye: Pegem A.
Büyükköztürk, Ş. (2002b). Anket geliştirme. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 3(2), 133-148.

- **Çok yazarlı kitap;**

Tonta, Y., Bitirim, Y. ve Sever, H. (2002). *Türkçe arama motorlarında performans değerlendirme*. Ankara: Total Bilişim.

Sahin, N H., & Gungor, I. (2010). Birth defects: Issues on prevention and promotion, New York, USA: Nova Science Publishers.

- **Çeviri kitap;**

Mucchielli, A. (1991). *Zihniyetler* (Çev. A. Kotil). İstanbul: İletişim Yayınları. (Çeviri yayın tarihi:1994)

- **Editörlü kitap;**

Ören, T., Üney, T. ve Çölkesen, R. (Ed.). (2006). *Türkiye bilişim ansiklopedisi*. İstanbul: Papatya Yayıncılık.

- **Editörlü kitapta bölüm;**

Sahin, N H., and Gungor, I.(2010). Prevention of Congenital Anomalies and the Roles of Healthcare Professionals. In E. Pereira & J. Soria(Eds.), : *Handbook of Prenatal Diagnosis: Methods, Issues and Health Impacts*. (pp. 1-40) . New York, USA: Nova Science Publishers.

Şahin, NH. (2014). Serviks kanserleri. İçinde G. Can (Ed.), *Onkoloji Hemşireliği* (s.783-796). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

- **Birden çok baskısı olan kitap;**

Strunk, W. Jr. & White, E. B. (2000). *The elements of style* (4th ed.). New York, USA: Longman.
Whitney, E. & Rolfes, S. (2011). *Understanding nutrition* (12th ed.). Australia: Wadsworth Cengage Learning.

- **Kitabın elektronik versiyonu;**

Schiraldi, G. R. (2001). *The post-traumatic stress disorder sourcebook: A guide to healing, recovery, and growth* [Adobe Digital Editions version]. doi:10.1036/0071393722

Shotten, M. A. (1989). *Computer addiction? A study of computer dependency* [DX Reader version]. Retrieved from <http://www.ebookstore.tandf.co.uk/html/index.asp>

- **Yayıncının ve yazarın kurum olduğu yayın;**

Türkiye İstatistik Kurumu. (2014). *İstatistiklerle Türkiye*. Ankara, Türkiye: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası.

- **Elektronik adresten yararlanılan kaynaktaki, kaynağın erişilebileceği URL verilir.**

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2014). *İstatistiklerle Türkiye*. Ankara, Türkiye: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası.

http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=0&KITAP_ID=5 (Erişim: 02.04.2017)

Australian Institute of Health and Welfare. (2018). *Physical activity across the life stages*. <https://www.aihw.gov.au/reports/physical-activity/physical-activity-across-the-life-stages/contents/table-of-contents> (Erişim: 03.06.2015)

Dergiden tek yazarlı makale;

Sürekli yayınlarda Eğer DOI numarası yoksa ancak içeriğe çevrimiçi olarak erişildiyse sürekli yayının ana sayfasının URL adresi verilmelidir.

Yılmaz, B. (2005). Türkiye’de kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması süreci ve halk kütüphaneleri. *Türk Kütüphaneciliği*, 19, 56-77. Erişim adresi: <http://www.tk.org.tr/index.php/TK>

Dergiden çok yazarlı makale;

Ata, K K ve Şahin N H.(2015). Gebelik öncesi beden kitle indeksinin perinatal ve neonatal sonuçlara etkisi, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 46(3), 32-37.

Cangol, E., & Sahin, N, H. (2017). The Effect of a Breastfeeding Motivation Program Maintained During Pregnancy on Supporting Breastfeeding: Randomized Controlled Trial, *Breastfeeding Medicine*. 12(4), 218-226. <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/bfm.2016.0190>

- **Yazar sayısı altıdan fazla ise;**

Yazarların sayısı altı ve yedi ise tüm yazarların isimleri belirtilecektir. Yazarların sayısı sekiz ve daha fazla ise ilk altı yazar yazılmalı ve ... konarak en son yazar ismi yazılmalıdır.

Lal, H., Cunningham, A. L., Godeaux, O., Chlibek, R., Diez-Domingo, J., Hwang, S.-J. ... Heineman, T. C. (2015). Efficacy of an adjuvanted herpes zoster subunit vaccine in older adults. *New England Journal of Medicine*, 372, 2087–2096. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1501184>

- **Elektronik dergiden makale;**

DOI'si Olmayan Online Edinilmiş Makale

Al, U. ve Doğan, G. (2012). Hacettepe Üniversitesi Bilgi ve Belge Yönetimi Bölümü tezlerinin atıf analizi. Türk Kütüphaneciliği, 26, 349–369. Erişim adresi: <http://www.tk.org.tr/>

DOI'si Olan Makale

Turner, S. J. (2010). Website statistics 2.0: Using Google Analytics to measure library website effectiveness. Technical Services Quarterly, 27, 261–278. <http://dx.doi.org/10.1080/07317131003765910>

Advance Online Olarak Yayımlanmış Makale

Smith, J. A. (2010). Citing advance online publication: A review. Journal of Psychology. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/a45d7867>

Popüler Dergi Makalesi

Semerçioğlu, C. (2015, Haziran). Sıradanlığın rayihası. Sabit Fikir, 52, 38–39.

- **Elektronik gazete makaleleri;**

Tamer, M. (2015, 26 Haziran). E-ticaret hamle yapmak için tüketiciyi bekliyor. Milliyet. Erişim adresi: <http://www.milliyet.com.tr/>

Yazarı belli olmayan editör yazısı;

Health professionals: Be prepared for heatwaves [Editorial]. (2015). The Lancet, 386, 219.

Kaynakça hazırlarken veya metin içi göndermelerde kullanılacak kısaltmalar aşağıdaki şekilde yazılmalıdır.

Kısaltma	
Basım	bs.
Gözden geçirilmiş basım	Göz. geç. bs.
Editör(ler)	Ed.
Yayına hazırlayan(lar)	Yay. haz.
Çeviren(ler)	Çev.
Tarih yok	t.y.
Sayfa(lar)	s.

Editörden

Değerli Meslektaşlarımız ve okuyucularımız,

Sekizinci cildimizin ilk sayısında birbirinden ilginç üç araştırma makalesi yer almaktadır. “Klinik Bakım Haritaları Hasta Bakımını Standartlaştırabilir mi? ” “The Effects of the Breastfeeding Counseling Course on the Education of Midwifery Students and Their Perspectives”ve “İşbirlikli Öğrenme ve İnteraktif Eğitim Yöntemlerinin Hemşirelik Öğrencilerinin Motivasyon ve Özgüvenlerine Etkisi” başlıklı araştırma makalesi ve “Erkek Sağlığında Gözardı Edilen Bir Sağlık Hizmeti: Prekonsepsiyonel Bakım ve Mevcut Engeller” başlıklı bir derleme makale ile sizlerle buluşmaktayız. Kadın sağlığı alanına ve bakıma katkı ve yeni güncel bilgiler ekleyeceğine inandığımız bu yazıları ilgiyle okuyacağımızı umuyoruz.

2022 yılı için temel hedefimiz yıllık 14 adet araştırma makalesi yayımlayan ve düzenli yayın yapan bir dergi olma koşullarını sağlatarak önce ulusal daha sonra da uluslararası indekslerce dizinlenen bir dergi olmaktır. Sizler de kaliteli ve özgün çalışmalarınızı KASHED dergisine göndererek bu sürecin hızlanmasına katkı verebilirsiniz.

KASHED dergisini DergiPark sistemi içinde tüm sayılarına ve arşivine bu sayfadan ulaşılabilir (<http://dergipark.gov.tr/kashed>).

İlgi ve paylaşımlarınızla güçleneğimize inanıyoruz, katkılarınız için şimdiden teşekkür Saygılarımızla.

Editör
Prof.Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ(KASHED)
JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING (JOWHEN)

CİLT/VOLUME

SAYI/NUMBER

Mart/March 2022

Kapak Sayfası

Dergi Hakkında

Editörden

İçindekiler

Makaleler

Araştırma Makale /Research Article

Sayfa /Page

Klinik Bakım haritaları Hasta Bakımını Standartlaştırabilir mi? Kalite İyileştirme Çalışması-Sezaryen Klinik Bakım Haritası 1-13

Investigation Of The Relationship Between The Leadership Trends Of The Midwifery

Students And The Conditions Of Intermediation To The Midwife Profession

Zibel KOÇ, Sultan KIRAN

İşbirlikli Öğrenme ve İnteraktif Eğitim Yöntemlerinin Hemşirelik Öğrencilerinin Motivasyon ve Özgüvenlerine Etkisi 14-24

The Effect of Cooperative Learning and Interactive Education Methods on the Motivation and

Self-Confidence of Nursing Students

Nevin AKDOLUN BALKAYA, Çiğdem BİLGE, Sevgül DÖNMEZ

The Effects Of The Breastfeeding Counseling Course On The Education Of Midwifery Students And Their Perspectives 25-33

Aysegul ŞİMŞEK, Esra ÇALIŞKAN, Elif BALKAN, Refika GENC KOYUCU

Derleme Makale/R

Erkek Sağlığında Gözardı Edilen Bir Sağlık Hizmeti: Prekonsepsiyonel Bakım ve Mevcut Engeller 34-40

Mükerrem BAŞLI , Hilmiye AKSU

A Healthcare Service That is Ignored in Men's Health: Preconception Care and The

Exsisting Obstacles

Araştırma Makalesi/Research Article

**Klinik Bakım Haritaları Hasta Bakımını Standartlaştırabilir mi?
Kalite İyileştirme Çalışması-Sezaryen Klinik Bakım Haritası**

Zibel KOÇ¹, Sultan KIRAN²

*Investigation Of The Relationship Between The Leadership Trends Of The Midwifery Students
And The Conditions Of Intermediation To The Midwife Profession*

ÖZ

Giriş: Hastanelerde hastaların yatış ve taburculuk sürelerindeki belirsizlik, yatak kullanım kapasitesini etkileyen unsurlardan biridir. Bu süreçte meydana gelen netlik hasta yatışlarının planlanmasında da net olmasını, çalışanların hastalara standart bakım uygulamalarına hakim olmasını, sürecin zamanında, aksamadan uygulanmasını ve sürecin ölçülebilirliğini sağlayacaktır.

Amaç: Klinik bakım haritaları, hastalara tutarlı, kaliteli bakım sağlamak ve sonuçları iyileştirmek için kanıtlara ve kılavuzlara dayanan multidisipliner bir bakım planıdır. Çalışmada sezaryen tanısı ile gelen hastalara "Bakım Haritası" ile multidisipliner olarak gerekli olan bakım standartlarının oluşturulması, bakımın sürekliliğinin sağlanması, değerlendirilmesi, mevcut sapmaların incelenerek bakımın ölçülebilirliğini sağlamak hedeflenmiştir. Aynı zamanda klinik bakım haritası kullanmayı düşünen kişilere yol gösterici olması amaçlanmıştır.

Yöntem: Özel bir hastanede 2020 yılında anlık olarak doldurulan 353 "Bakım Haritası" ve "İndikatör Formu" incelendi. Çalışma verileri değerlendirilirken frekans, yüzde, ortalama gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanıldı.

Bulgular: Altı aylık dönemler halinde değerlendiren bakım haritasında ilk altı aylık süreçte sapma oranı %8,79 iken ikinci altı aylık süreçte %3,41 olarak tespit edildi. Tespit edilen sapmaların en fazla operasyon sonrası ilk günde görüldüğü (%29,20), sapmaların ağrı yönetiminde yaşandığı (%16,42), kriter bazlı sapmaların ilaç-tedavi uygulamalarında (%39,24) ve ilave işlem, ek tetkik istenmesine (%63,92) bağlı olduğu tespit edildi.

Sonuç: Aylık olarak değerlendirilen bakım haritası uyum indikatöründe en sık varyansın post op birinci günde yapılan uygulamalarda yaşandığı gözlemlendi. Bakım kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan sağlık kurumlarının, kanıta dayalı olarak bakım haritalarını geliştirmeleri, analizlerini yaparak sapmaları ve nedenlerini tespit etmeleri ve revizyonlarını sağlamaları önemli adım olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Klinik yollar; sezaryen; bakım süreci; bakımın devamlılığı.

ABSTRACT

Introduction: Uncertainty in the hospitalization-discharge times of patients in hospitals is the factors that affect bed utilization capacity. The clarity that takes place in this process will ensure that the planning of hospital care practices, that the process is implemented in a timely manner and without interruption, and the measurability of the process.

Aim:

Methods: 353 "Care Map" and "Indicator Form" which were filled out instantly in a private hospital in 2020 were examined. While evaluating the data of the study, descriptive statistical methods such as frequency, percentage and mean were used.

Results: In the care map, which is evaluated over 6 months period, it was observed that the deviation rate in the first six months period is 8.79%, while it is 3.41% in the second six months period. It was determined that the deviations found were seen on the first day after the operation(29.20%), in the pain management(16.42%), criterion-referenced deviations were observed in drug and treatment applications(39.24%), extra procedure and additional examination(63.92%) were requested.

Conclusion: The most common variance in the orientation indicator of the care pathway, which was evaluated monthly, was observed in the applications that were carried out on the first day of post-op. To develop, and use care maps based on the evidence, and to supply revisions according to determining the variances through performing analyses and the causes will be an important step for the health institutions that aim to improve the care quality.

Keywords: Clinical paths; cesarean section; continuum of care; continuity of care.

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği AD
Sorumlu Yazar/ Corresponding author: Zibel KOÇ e-mail ilksenay2005@yahoo.com. ORCID ID 0000-0002-8708-431X
Sultan KIRAN e-posta/ e-mail: sultan.kiran@hisarhospital.com. ORCID ID 0000-0002-5553-5219
Geliş Tarihi: 24.09.2021 **Kabul Tarihi:** 21.02. 2022

EXTENDED ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to establish the care standards required in a multidisciplinary manner by using the "Sectio Clinical Care Map" for the patients who came with the diagnosis of cesarean section, to ensure the continuity of care, its evaluation, and to ensure the measurability of care by examining the existing deviations. It also intends to be a guide for people considering CKD practice.

Method: This descriptive, prospective study was conducted by examining the "Sectio Clinical Care Map" data collected between January and December 2020 by the Nursing Services and Quality department in a 212-bed private hospital with JCI Accreditation in Istanbul. The study only includes patients with sectio operation and excludes patients who had additional procedures/interventions as they may require changes in planned standard practices. While creating the care map, the necessary actions to be done every day and during the process as well as who will implement it were determined.

Findings and Discussion: Examining the criterion-based deviations, the highest observed in the first six months were medication and treatments, nursing interventions, testing, and laboratory. While in the second six months, they were nursing interventions, medications and treatments, tests, and laboratory requests.

Deviations in the "Physician evaluation and consultations" criterion are; not obtaining consent on time, physician-preferred changes in medical dressing applications. Deviations in the "Tests" criterion are; requesting tests for Covid-19 in the pre-op period, blood sugar monitoring in non-diabetic patients, and extra tests requested in the post-op period. Deviations in the "care practices" criterion are; Patients do not want to shower due to the Covid-19 pandemic, post-op bleeding controls not performed, compression stockings not worn, and not ensuring breastfeeding continuity because the baby is transferred to the intensive care unit. Deviations in the "medication" criterion are; physicians' request for extra fluid treatment in the pre-op period, ordering medication outside the specified standards, and the patient's failure to provide gas discharge. Deviations in the "diet" criterion depend on the patient's time to

start post-op feeding and the diet change given. In the second 6-months period, no deviation was observed in this regard. Deviations in the "activity" criterion are related to the duration of the patient's recovery after surgery. Deviations in the "education" criterion are; not telling the patient about the medication s/he used, extra training given to the patients due to Covid-19, late training due to the baby being taken to the intensive care unit, and additional training. Deviations in the "discharge plan and expected outcomes" criterion are; lack of or late lactation due to the newborn being taken to the intensive care unit, increased amount of bleeding and uterine contraction, patients being excited before cesarean section and not being able to focus on training, and inability to understand the information given.

Examining the Sectio CKD deviations in terms of periods (pre-op, in operation, post-operation first day, and post-op second day), it was determined that the period with the least compliance with the care map on an annual basis was the first day after the operation, the zeroth day after the operation, the pre-op preparation period and the post-op second day, respectively.

Conclusion: Considering that cesarean delivery is one of the most commonly performed surgical operations in our country, using a standardized care map for cesarean sections will ensure the satisfaction of both employees and patients. The use of CKD also allows nurses to evaluate the progress of patient care. In the private hospital where the study was conducted, it was observed that the rate of compliance with the Cesarean Section Clinical Care Map (CKD) was high, and the care provided was generally consistent with CKD. Even if the rate of compliance with CKD is high, it is a fact that there are opportunities to use it more effectively.

GİRİŞ

Hastaneler hizmet verirken kaliteyi koruma, artırma ve maliyetleri düşürme baskısı altındadır. Bu süreçte hastaneler belirli klinik problemi olan hastaların bakım

uygulamalarında multidisipliner bakım planları kullanılmaktadır (Dy ve ark., 2003; Bjurling-Sjöberg, Engström, Lyckner ve Rydlo, 2013; He ve Yang, 2015). Klinik bakım haritaları olarak ifade edilen bu planlar, hastanın tedavi sürecindeki temel adımları detaylandıran (Rotter ve ark., 2010), hastalar için hedefleri gösteren ve bu hedeflere optimum verimlilikle ulaşmak için gerekli eylemlerin sırasını, zamanlamasını belirleyen (Panella, Marchisio ve Di Stanislao, 2003), klinik karar vermeyi kolaylaştıran, tedavi ve bakım sürecinin standartlaştırılmasında etkili ve verimli yaklaşımlardır (Renholm, Leino-Kilpi ve Suominen, 2002; Joint Commission International [JCI], 2017; Aspland, Gartner ve Harper, 2019). Kaynakların verimli kullanılması, bakım kalitesinin en üst düzeye çıkarılması, teşhis ve tedavide gecikmelerin en aza indirilmesi, hasta sonuçlarının iyileştirilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması için tasarlanmış bir metodolojidir (Renholm ve ark., 2002; Wanyonyi ve Karuga, 2010). Spesifik bir tanıya sahip hastaların tüm sürecinin haritalandırılmasıdır (Wanyonyi ve Karuga, 2010).

Klinik bakım haritaları, uluslararası kabul görmüş kanıta dayalı kılavuzları referans alır ve kılavuzların klinik uygulamaya dönüştürülmesini destekler (Renholm ve ark., 2002; Vanhaecht ve ark., 2006; Rotter ve ark., 2010; He, Bundorf, Gu, Zhou ve Xue, 2015). Klinik kılavuzlar genel öneriler sağlarken, klinik yollar bu önerileri detaylandırır (içerik, zaman gibi). Örneğin, kalp ameliyatı için hastaneye kaldırılan bir kişinin taburcu olduktan sonra ayakta kardiyak rehabilitasyon programına gitmesi tavsiyesini içeren klinik kılavuzdur. Kalp cerrahisi klinik bakım haritası ise, hangi sevk formunun kullanılacağı, ne zaman, kime sunulacağı ve sevk işlemlerinin tamamlanmasından kimin sorumlu olacağı gibi ayrıntıları belirtir (Rotter ve ark., 2010).

Klinik kılavuzlar ve Klinik Bakım Haritası'nın (KBH) kullanımı ile yüksek kaliteli, uygun maliyetli bakım, daha fazla hasta ve personel memnuniyeti ve daha iyi kaynak yönetimi dahil olmak üzere olumlu sonuçlar arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir (He ve ark., 2015). İlk olarak Zander ve arkadaşları (1985) tarafından kullanılan "klinik yol" terimi, uluslararası sağlık yönetimi modellerinde kabul görmüştür (De Bleser ve ark., 2006; Vanhaecht ve ark.,

2006; Rotter ve ark., 2010; He ve Yang, 2015). 1990'larda hemşirelik bakım planları, hasta bakımının tüm yönlerini içeren, ileriye dönük, hasta bakımı ile ilgili tüm disiplinleri içeren entegre bakım yolu haline gelmiştir (De Bleser ve ark., 2006; McLachlan, Kyrimi, Fenton ve Dube, 2019). 2003 yılında ABD hastanelerinin %80'inden fazlasının klinik bakım haritalarını uyguladığını bildirmiştir (Kinsman, Rotter, James, Snow ve Willis, 2010; He ve Yang, 2015). En yaygın kullanılan terimler; bakım yolu, entegre bakım yolu, kritik yol, protokol, bakım haritasıdır (Coffey ve ark., 2005; Kinsman ve ark., 2010; Asmirajanti, Hamid ve Hariyati, 2018; Aspland ve ark., 2019). Klinik yol, koordineli bir tedavi programını gerçekleştirmek için tasarlanmış tanısal testler, ilaçlar ve konsültasyonlar dahil olmak üzere tıbbi ve hemşirelik prosedürlerinin çizelgeleri olarak ifade edilmektedir (De Bleser ve ark., 2006). Son yıllarda ise "Multidisipliner Aksiyon Planı (Multidisciplinary Action Plan)" ifadesinin baş harflerinden oluşturulan "MAP" kelimesinden yola çıkılarak "Care MAPS" "Klinik Bakım Haritası (KBH)" terimi kullanılmaktadır (Tapan, Yıldırım ve Alıcı, 2015). KBH, kaynakları daha iyi kullanmak, bakım kalitesini en üst düzeye çıkarmak ve gecikmeleri en aza indirmek için belirli bir tanı için multidisipliner ekip (doktor, hemşire ve diğer sağlık personelleri) tarafından müdahalelerin optimal bir şekilde sıralanmasını ve zamanlamasını tanımlar. Hasta bakım sürecinin görselleştirilmesi olarak düşünülebilir (Panella ve ark., 2003; Coffey ve ark., 2005).

KBH'larında homojen hasta grupları için uygun tıbbi ve hemşirelik prosedürleri, beklenen sonuçlar (He ve Yang, 2015), tanısal testler, ilaçlar ve konsültasyonlar (De Bleser ve ark., 2006), zaman çizelgeleri yer alır (Dy ve ark., 2003). KBH, 1989'da hasta bakım ve uygulamaları için geliştirilmiş olup ilk kullanıcıları hemşirelerdir. (Tapan ve ark., 2015; McLachlan ve ark., 2019). Ancak bakım haritaları; fizyoterapist, beslenme uzmanı gibi tüm sağlık hizmeti sağlayıcılarının işbirliğini gerektirmektedir (Kebapçı ve Kanan, 2018). Hastalara kesintisiz bir bakım verilebilmesi için hekim, hemşire ve diğer sağlık bakımı uygulayıcıları arasında bakımın sürekliliğinin ve koordinasyonunun sağlanması için süreçlerin tasarlanması ve uygulanması önemlidir (JCI, 2017). Acil durumlarda, elektif cerrahilerde ameliyat öncesi-sonrası klinik

konularda, hastanın hastaneye kabulünden taburculuğuna kadar geçen süreçte multidisipliner bir ekiple bütünsel bakım sağlamada etkilidir (Asmirajanti ve ark., 2018; Kebapçı ve Kanan, 2018). KBH hemşireler için bir eğitim kılavuzu görevi görmekte ve plan aynı zamanda bir dokümantasyon aracı olarak kullanıldığı için harcanan hemşirelik süresinin azalmasına katkıda bulunmaktadır (Bumgarner ve Evans, 1999). Bakım sunumunda tüm sağlık profesyonellerine tedavi planları ve beklenen sonuçlar konusunda eğitmek, rehberlik etmek için oluşturulan KBH, kısa ve öz olarak hazırlanmalıdır (Coffey ve ark., 2005; Asmirajanti ve ark., 2018).

Tüm dünyada hasta güvenliğine verilen önem nedeniyle, KBH'lerin verimliliğini ve etkinliğini değerlendirmek ve sürekli takip etmek gereklidir (Vanhaecht ve ark., 2006). KBH'larının bakım sunumunu standartlaştırarak kaliteyi iyileştirdiği, riskleri azalttığı, verimliliği ve hasta memnuniyetini artırdığı ve maliyetlerin kontrol altına alınmasında etkili olduğu vurgulanmıştır (Schrijvers, Van Hoorn ve Huiskes, 2012; Bjurling-Sjöberg ve ark., 2013; He ve Yang, 2015; Kebapçı ve Kanan, 2018). Özellikle, "yatış süresi" ve "hastaneye yatış maliyetleri", KBH sonuçlarını değerlendirmek için kullanılan iki ana göstergedir (He ve Yang, 2015). Bunun dışında hastaneye yeniden yatış oranı, komplikasyonlar, hastane içi mortalite ve diğer göstergelerle ölçülen hasta sonuçları üzerinde de olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir (He ve Yang, 2015; Kebapçı ve Kanan, 2018). Aynı zamanda çalışanların zamanını ve ekipmanların kullanım oranını, hasta bakım süreçlerini yönetirken toplam akış süresini veya hastanın kurumda tedavi altında olduğu toplam süreyi optimize etmede de etkili olabileceği görülmüştür (Schrijvers ve ark., 2012). KBH, tedavinin, bakımın veya hasta sonuçlarının kanıt dayalı olarak belirlenen akıştan ne zaman saptığını belirleyen basit ve etkili bir görsel yöntem olup klinik uygulamadaki varyansın izlenmesine de yardımcı olmaktadır (McLachlan ve ark., 2019).

Bakım Haritalarının Genel Özellikleri: Klinik kılavuzların ve klinik protokollerin uygulanmasını destekleyen ve multidisipliner yaklaşımı destekleyen KBH (Tapan ve ark., 2015) yine multidisipliner ekipler tarafından geliştirilmelidir (Asmirajanti et al., 2018).

Böylece bakım uygulayıcıları arasında iletişim ve işbirliğinin gelişmesine de katkı sağlayacaktır (Bjurling-Sjöberg ve ark., 2013). Klinik bakımı yönlendirmek üzere klinik uygulama kılavuzları, klinik bakım haritaları ve klinik protokoller birlikte kullanılmaktadır (Kinsman ve ark., 2010; JCI, 2017). Ancak Türkiye'de kılavuzlar yaygın olarak kullanılmakla birlikte KBH kullanımı yaygın değildir (Kebapçı ve Kanan, 2018).

KBH'nın geliştirilmesi için standart bir plan yoktur. Yaygın yaklaşım, formun sol tarafında bakım uygulamalarını ve üst kısımda zaman sırasının listelenmesidir (Bumgarner ve Evans, 1999; McLachlan ve ark., 2019). Zaman dilimleri veya kriterlere dayalı ilerleme vardır. Belirlenen bir kriter karşılanırsa o adımlar uygulanmış kabul edilir (Kinsman ve ark., 2010).

- **Zaman çizelgesi:** Bakım haritasında ilgili tüm grupların (doktor, hemşire, fizyoterapist gibi) aktiviteleri belli bir zaman çizelgesi üzerinde gösterilir. Kullanılan zaman dilimi, bakım haritasının kullanacağı hasta özelliğine göre değişebilir. Çoğu klinik uygulama formatı gün veya saate göre faaliyetlerini belirlemektedir (Coffey ve ark., 2005).
- **Hastada beklenen sonuçlar:** Bakım süreci boyunca hastada beklenen klinik sonuçlar bakım haritası üzerinde gösterilir. Genelde sonuçlar, günlük olarak gösterilmektedir. Ara sonuçlar ise, hastanın seyrinin beklenildiği gibi ilerleyip ilerlemediğini gösteren kontrol noktaları olarak kullanılmaktadır.
- **Bakımın ana unsurları:** Genel olarak, yüksek hacimli, yüksek riskli ve yüksek maliyetli tanılar ve prosedürler için KBH geliştirilir ve içerisinde sekiz bakım unsuru yer almaktadır. Bunlar; Hekim değerlendirme ve konsültasyonlar, testler, bakım uygulamaları, ilaç tedavisi, diyet, aktivite, eğitim, taburculuk planları (Beklenen çıktılar)'dır (Renholm ve ark., 2002; Coffey ve ark., 2005). KBH'nın oluşturulmasında ekip lideri hemşire olmasına rağmen ekip içerisinde buluna kişilerin özellikle hekimlerin aktif rol alması sürecin efektif yürümesi için önemlidir (Tapan ve ark., 2015).

KBH Oluşturulması ve Uygulanmasında Adımlar

- Hasta bakımında yaşanan problemleri tanımlanır (uygulama çeşitliliği, aşırı kaynak

kullanımı, bilinen kanıta dayalı tedavileri sağlamadaki başarısızlık gibi).

- Bir çalışma komitesi oluşturulur.
- Klinik yol oluşturulur (veya mevcut olan yol revize edilir)
- İlgili tüm personel ve departmanlara oluşturulan taslak bakım haritası gönderilir. En iyi fikir birliği yaklaşımına ulaşmak için alternatifler gözden geçirilir.
- Oluşturulan KBH ile ilgili pilot uygulama yapılır.
- KBH performans verileri toplanır ve değerlendirilir.
- Performansı iyileştirmek için süreç içerisinde gerekli revizyonlar yapılır (Coffey ve ark., 2005). Lyckner ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada; KBH'nın standart bir postoperatif iyileşme sürecini anlamak için referans kılavuz olarak kullanılabileceği ve KBH'lerin hemşirelerin becerilerini ifade etme ve kullanmada özerkliği artırabileceği belirtilmiştir (Bjurling-Sjöberg ve ark., 2013).

Bu çalışma ile sezaryen tanısı ile gelen hastalara "Sezaryen Klinik Bakım Haritası" kullanılarak multidisipliner olarak gerekli olan bakım standartlarının oluşturulması, bakımın sürekliliğinin sağlanması, değerlendirilmesi, mevcut sapmaların incelenerek bakımın ölçülebilirliğinin sağlanması hedeflenmiştir. Aynı zamanda KBH uygulamayı düşünen kişilere yol gösterici olması amaçlanmıştır.

Araştırma Sorusu: KBH kullanımı hasta bakımının standartlaşmasına katkı sağlar mı?

YÖNTEM

Tanımlayıcı tipte prospektif olarak yapılan bu çalışma, İstanbul'da JCI (Joint Commission International) Akreditasyon sahibi olan 212 yataklı özel bir hastanede Hemşirelik Hizmetleri ve Kalite departmanı tarafından Ocak-Aralık 2020 tarihleri arasında toplanan "Sezaryen Klinik Bakım Haritası" verileri incelenerek yapıldı.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Çalışmada 2020 yılında hastanede toplam 378 sezaryen operasyonu yapılmış olup ek tanı alanlar kapsam dışı bırakılarak toplam 353

sezaryen hastasının KBH uyum takip formu incelendi. Çalışmada sadece sezaryen operasyonu olan hastalar dahil edilmiş olup ek işlem/müdahale yapılan hastalar planlanan standart uygulamalarda değişiklik gerektirebileceğinden kapsam dışı kabul edilmiştir. Örneğin; sezaryen+tüp ligasyonu uygulanan hastalar ile normal doğumu takiben sezaryen operasyonuna alınan gebeler kapsam dışı bırakılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Hasta bakımında rol alan ekip üyeleri (doktor, hemşire, diyetisyen vs) tarafından oluşturulan "Sezaryen Klinik Bakım Haritası (Şekil 1)" ve bakım haritasında oluşan sapmaların takip edildiği "KBH Uyum Takip Formu" kullanıldı. Araştırmamızın temel değişkenleri, Sezaryen klinik bakım haritasını oluşturan her bir alt başlık ve her bir alt başlığın puanlarının (her biri 1 puan olarak değerlendirilmiştir) sayısal olarak toplamıdır.

KBH, tedavinin, bakımın veya hasta sonuçlarının kanıta dayalı olarak belirlenen akıştan ne zaman saptığını belirleyen basit ve etkili bir görsel yöntem olup klinik uygulamadaki varyansın izlenmesine de yardımcı olmaktadır (McLachlan ve ark., 2019).

KBH oluşturulurken hastanın hastanede kalacağı her bir gün ve süreçte yapılması gereken işlemler, kimlerin uygulayacağı belirlendi. Hastaya verilecek eğitimler, kimin vereceği, ne zaman verileceği, hastanın yatış süresi, açlık süresi, tahmini taburculuk süresi gibi konular ulusal/uluslararası klinik kılavuzlar, yasa/yönetmeliklere göre oluşturuldu ve oluşturulan KBH kullanıcıların ve Hasta Bakım Komitesinin onayına sunuldu. Onaydan geçen ve beş aşamalı olarak oluşturulan formun kullanımı ile ilgili kullanıcılara eğitimler verildi.

Verilerin Değerlendirilmesi

Planlanan standart bakım sürecinde meydana gelen sapmaların aylık ve yıllık dağılımları değerlendirildi. Çalışma verileri değerlendirilirken frekans, yüzde, ortalama gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanıldı. Verilerin kullanılmasında hastaneden yazılı izin alındı.

KBH Serviste Uygulanması

KBH planlanan tüm kriterlerin gerçekleştirildiğinden emin olmak için başvurulacak bir kontrol listesi olarak kullanılmaktadır ve uygulamaların gerçekleştirildiğine dair bu doğrulama, hasta güvenliğinin de artmasını sağlamaktadır (Bjurling-Sjöberg ve ark., 2013).

- Sezaryen hastasının kliniğe yatışı yapıldığı anda dosyasına “Sezaryen KBH” formu yerleştirildi.
- 5 bölümden oluşan formun (pre-op, operasyon, operasyon 0.gün, post-op 1.gün ve post-op 2.gün) her bir sütunu kullanılmaya başlandığında tarih yazıldı.
- KBH’nda (hekim değerlendirme ve konsültasyon, testler, bakım uygulamaları, ilaç tedavisi, diyet, aktivite, eğitim, taburculuk planı-beklenen çıktılar) uygulanması planlanan işlemler kontrol edilerek ilgili kişiler tarafından (doktor, hemşire, diyetisyen vs) uygulananlara tik atıldı.

- Uygulanmayan kriter var ise “KBH Uyum Takip Formu”na nedeni yazıldı.
- Hemşirelik hizmetleri tarafından birimlerde anlık olarak kayıt altına alınan “KBH Uyum Takip Formu” aylık olarak kalite bölümüne iletildi.
- KBH uyum oranları, kalite bölümü tarafından takip edilen indikatörlerden birisidir. Kalite birimi ile birlikte veriler analiz edildi ve süreçte meydana gelen sapmalar hesaplandı.
- Değerlendirmede planlanan her bir girişimin, zamanından önce veya sonra yapılması veya hiç yapılmaması “sapma” olarak kabul edildi.
- 6 aylık periyotlarda yapılan komite toplantısı ile sapma oranları, nedenleri tartışıldı.
- Komite toplantısı sonrası KBH revizyonu gerçekleştirildi.

TARİH	Pre - op / Poliklinik	Operasyon	Post - Op 0. gün	Post - Op 1. gün	Post - Op 2. gün (Taburculuk)
ZAMAN ARALIĞI	Pre - op / Poliklinik	Operasyon	Post - Op 0. gün	Post - Op 1. gün	Post - Op 2. gün (Taburculuk)
LOKASYON	<input type="checkbox"/> Servis	<input type="checkbox"/> Ameliyathane	<input type="checkbox"/> Servis	<input type="checkbox"/> Servis	<input type="checkbox"/> Servis
HEKİM DEĞERLENDİRME VE İZLEM	<input type="checkbox"/> Hekim ilk değerlendirme <input type="checkbox"/> Vital bulguların değerlendirilmesi <input type="checkbox"/> Bilgiendirilmiş onam alınması <input type="checkbox"/> Anestezi Değerlendirme <input type="checkbox"/> Anestezi onam alınması	<input type="checkbox"/> Vital bulguların değerlendirilmesi <input type="checkbox"/> Monitörizasyon <input type="checkbox"/> Postop bekleme odasında kanama takibinin yapılması	<input type="checkbox"/> Vital bulguların değerlendirilmesi (Post-op) <input type="checkbox"/> Uterin involüsyonu kontrolü/vajinal kanama (Loshia) <input type="checkbox"/> İnizyion yeri kontrolü- Temiz ve kapalı	<input type="checkbox"/> Vital bulguların değerlendirilmesi <input type="checkbox"/> Uterin involüsyonu <input type="checkbox"/> İnizyion kontrolü / pansuman <input type="checkbox"/> Barsak aktivitesi (eskültasyon)	<input type="checkbox"/> Vital bulguların değerlendirilmesi <input type="checkbox"/> Uterin involüsyonu <input type="checkbox"/> İnizyion kontrolü / pansuman açılıp opüste açıklacak
TEST / LAB	<input type="checkbox"/> Hemogram <input type="checkbox"/> aPTT, PT <input type="checkbox"/> Kan Grubu <input type="checkbox"/> Serolojik testler				
İLAÇ VE TEDAVİLER	<input type="checkbox"/> Kendi kullandığı ilaçlar <input type="checkbox"/> Epidural anestezi yapılacaksa 500ml Volüven takınması <input type="checkbox"/> Diğer...	<input type="checkbox"/> Ranitidin 50 mg IV uygulanması <input type="checkbox"/> Ondansetron 8 mg IV uygulanması <input type="checkbox"/> 1gr Sefalosporin IV uygulanması Anestezi uygulanması <input type="checkbox"/> Genel anestezi yapıldı ise; <input type="checkbox"/> Contromal 100mg IV uygulanması <input type="checkbox"/> Parasetamol 1gr IV uygulanması <input type="checkbox"/> Arveles 50mg IV uygulanması <input type="checkbox"/> Takidi ise PCA ile ağrı kontrolü <input type="checkbox"/> Epidural / Spinal anestezi ise; <input type="checkbox"/> Takidi ise PCA ile ağrı kontrolü <input type="checkbox"/> Sympitan 20 Ünite IV uygulaması <input type="checkbox"/> Cytotec tablet 1x2 rektal uygulanması <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> 2000 ml dengeli sıvı elektrolit solüsyonu <input type="checkbox"/> 10 ünite serum içinde oksitozin uygulaması <input type="checkbox"/> İlk dozu takiben 12 saat sonra 1gr sefalosporin uygulanması <input type="checkbox"/> Var ise PCA ile ağrı kontrolü <input type="checkbox"/> Aldolan 1x50 mg ağrı skoru ≥ 7 veya <input type="checkbox"/> Diclon 2x1 İV <input type="checkbox"/> Perfalgan 2x1 IV <input type="checkbox"/> Rh uygunsuzluğu kontrol edildi. Varsa Anti-D uygulanması (ilk 72 saat) <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Parol tablet 500mg 3x1 <input type="checkbox"/> Dikloran ampul 2x1 <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Dikloran ampul 2x1 ağrı skoru ≥5 veya <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Diğer
BESLENME VE DİYET	<input type="checkbox"/> 6-8 saatlik açlık olacak	<input type="checkbox"/> 6 saatlik açlık devam edecek	<input type="checkbox"/> Genel anestezi alan hastalarda Gazsız Rejim 2 (Post-op 4 saat) <input type="checkbox"/> Epidural anestezi ise hemen berrak sıvılar başlanır Rejim 2 (Post-op 4 saat) <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Gaz deşarj (-) ise Gazsız Rejim 2 <input type="checkbox"/> Gaz deşarj + ise Gazsız Rejim 3 <input type="checkbox"/> Defekasyon + ise Gazsız Rejim 3	<input type="checkbox"/> Rejim 3 <input type="checkbox"/> Diğer
AKTİVİTE	<input type="checkbox"/> Serbest <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Yardım mobilizasyon (post op 5. Saat) <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Yardım mobilizasyon (post op 5. Saat) <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> En az 2 saat ara ile mobilizasyon	<input type="checkbox"/> Serbest mobilizasyon
HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	<input type="checkbox"/> Anamnez (BBO hemşiresi ve servis hemşiresi) <input type="checkbox"/> Fetal monitörizasyon (NST) <input type="checkbox"/> IV yeri açılması <input type="checkbox"/> Tedavilerin kaydedilmesi <input type="checkbox"/> Gerekiirse lavman <input type="checkbox"/> Düşme riski değerlendirme <input type="checkbox"/> Bası yarası riski değerlendirme <input type="checkbox"/> Vital bulguların alınması	<input type="checkbox"/> Foley sonda ile mesanenin boşaltılması <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi temizliğinin yapılması <input type="checkbox"/> Vajinal temizlik yapılması <input type="checkbox"/> Anti-embolik çorap giydirilmesi	<input type="checkbox"/> Vital bulgular, vaginal kanama ve uterin involüsyonu takip 1. saatte 15 dakikada bir 2. saatte 30 dakikada bir 6. saatte kadar saatte bir 24 saatlik dönemde 2 saatte bir takip yapılmalıdır. <input type="checkbox"/> Post-op ilk 3 saat inizyion yeri üzerine kum torbası uygulanması <input type="checkbox"/> Meme kontrolü (Bebek hemşiresi) <input type="checkbox"/> Sonda çıkarılması 5. - 8. saat kdr çıkışı 1000 ml ve üzeri ise <input type="checkbox"/> Düşme riski değerlendirme <input type="checkbox"/> Bası yarası riski değerlendirme <input type="checkbox"/> İdrar çıkışı takibi (saatlik 50 ml üzeri) <input type="checkbox"/> Tedavilerin kaydedilmesi <input type="checkbox"/> Ağrı takibi <input type="checkbox"/> Yatakta vücut temizliği <input type="checkbox"/> Lohusalık eğitimi <input type="checkbox"/> Emzirmenin başlatılması (ilk 1 saatte)	<input type="checkbox"/> Hemşire bakım planına göre <input type="checkbox"/> Tedavilerin kaydedilmesi <input type="checkbox"/> Ağrı takibi <input type="checkbox"/> Emzirmenin devam ettirilmesi <input type="checkbox"/> Meme kontrolü (Bebek Hemşiresi) <input type="checkbox"/> Düşme riski değerlendirme <input type="checkbox"/> Bası yarası riski değerlendirme <input type="checkbox"/> IV kateteri çıkarılması <input type="checkbox"/> Oturtarak duş adırılması	<input type="checkbox"/> Hemşire bakım planına göre değerlendirme <input type="checkbox"/> Tedavilerin kaydedilmesi <input type="checkbox"/> Ağrı takibi <input type="checkbox"/> Yardımla ayakta duş <input type="checkbox"/> Emzirmenin devam ettirilmesi <input type="checkbox"/> Meme kontrolü <input type="checkbox"/> Düşme riski değerlendirme <input type="checkbox"/> Bası yarası riski değerlendirme
EĞİTİM / BİLGİ.	<input type="checkbox"/> Operasyon ve olası komplikasyonlar <input type="checkbox"/> Yenidoğan ile ilgili bilgilendirme <input type="checkbox"/> Çoğun çihazı ve yatak kullanımı		<input type="checkbox"/> Lohusalık eğitimi <input type="checkbox"/> Oral beslenme eğitimi <input type="checkbox"/> Ağrı kontrolü eğitimi <input type="checkbox"/> Mobilizasyon eğitimi	<input type="checkbox"/> Lohusalık eğitimi <input type="checkbox"/> Emzirme eğitimi	<input type="checkbox"/> Bebek odası eğitimi (bebek hemşiresi) <input type="checkbox"/> Kullanacağı ilaçlar <input type="checkbox"/> Pansuman ve yara bakımı <input type="checkbox"/> Lohusalık süreci
BEKLENELEN ÇIKTILAR	<input type="checkbox"/> Hasta bilgilendirmeleri anlaşılır ve tekrar edebiliyor.	<input type="checkbox"/> Vital bulgular stabil <input type="checkbox"/> Ağrı yok <input type="checkbox"/> Hasta uyankı koopere <input type="checkbox"/> Vajinal kanama normal	<input type="checkbox"/> Vital bulgular stabil <input type="checkbox"/> Ağrı yok <input type="checkbox"/> Hasta uyankı koopere <input type="checkbox"/> Vajinal kanama normal <input type="checkbox"/> Laktasyon var <input type="checkbox"/> Oral alabiliyor <input type="checkbox"/> Yardım mobilize olabiliyor	<input type="checkbox"/> Vital bulgular stabil <input type="checkbox"/> Ağrı yok <input type="checkbox"/> Gaz deşarj var <input type="checkbox"/> Vajinal kanama normal <input type="checkbox"/> Laktasyon var <input type="checkbox"/> Oral alabiliyor <input type="checkbox"/> Yardım mobilize olabiliyor	<input type="checkbox"/> Vital bulgular stabil <input type="checkbox"/> Ağrı yok <input type="checkbox"/> Kontrol zamanını biliyor <input type="checkbox"/> Vajinal kanama normal <input type="checkbox"/> Mobilize <input type="checkbox"/> Oral Yemek

Şekil 1: Sezaryen klinik bakım haritası

BULGULAR

Çalışmada beş aşamalı olarak kullanılan sezaryen KBH; ameliyat öncesi (pre-op), ameliyat esnasında, ameliyat sonrası 0 (post-op), ameliyat sonrası 1.gün, ameliyat sonrası 2.gün olarak kriter bazlı değerlendirildi. İlk altı ayda her bir sezaryen KBH'nda 121 kriter değerlendirildi. Değerlendirme toplantısı

sonrası sapma nedenlerine yönelik revizyonlar yapılarak ikinci altı aylık dönemde 123 kriter değerlendirilmiş olup toplamda 43075 kriter incelendi. KBH değerlendirilen 353 hastanın tek tek analizi yapıldığında meydana gelen sapma (bakım haritasına uyulmayan kriter) ilk altı ayda %8,79, ikinci altı ayda ise %3,41 olup yıllık sapma 2589 adet olup sapma oranı %6,01'dir (Tablo 1).

Tablo 1: Sezaryen Klinik Bakım Haritası Kullanımlarının Dağılımı

Kriterler	Ocak-Haziran 2020						Toplam
	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	
İncelenen Bakım Haritası (Hasta) Sayısı	28	34	34	21	27	28	172
Sapma Gerçekleşen Parametre Sayısı	321	337	318	299	272	282	1829
Parametre Sayısı	121	121	121	121	121	121	726
İncelenen Toplam Parametre Sayısı	3.388	4.114	4.114	2.541	3.267	3.388	20.812
Genel Sapma Oranı	9,47	8,19	7,73	11,77	8,33	8,32	8,79

Tablo 1: Sezaryen Klinik Bakım Haritası Kullanımlarının Dağılımı -devam

Kriterler	Temmuz-Aralık 2020						Toplam	Genel Toplam
	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık		
İncelenen Bakım Haritası (Hasta) Sayısı	29	23	39	34	26	30	181	353
Sapma Gerçekleşen Parametre Sayısı	163	124	203	107	85	78	760	2589
Parametre Sayısı	123	123	123	123	123	123	738	1464
İncelenen Toplam Parametre Sayısı	3.567	2.829	4.797	4.182	3.198	3.690	22263	43075
Genel Sapma Oranı	4,57	4,38	4,23	2,56	2,66	2,11	3,41	6,01

Kriter bazlı sapmalar incelendiğinde; ilk altı ayda en fazla %43,06 ilaç ve tedaviler, %30,95 hemşirelik girişimleri, %14,31 test ve laboratuvar iken ikinci altı ayda %30,02 hemşirelik girişimleri, %25,4 ilaç ve

tedaviler, %18,12 test ve laboratuvar istemlerinde olduğu görüldü (Tablo 2). KBH sapmada her iki dönemde de %66,19 ve %55,39 oranında ilave işlem olduğu tespit edildi (Tablo 3).

Tablo 2: Sezaryen Klinik Bakım Haritası Sapmaların Kriterlere Göre Dağılımı

KBH Kriterlerine Göre Sapma	Ocak-Haziran		Temmuz-Aralık		Genel Toplam	
	Varyans adedi	%	Varyans adedi	%	Varyans adedi	%
Hekim değerlendirme ve izlem	50	2,47	25	4,44	75	2,9
Test/laboratuvar	290	14,31	102	18,12	392	15,14
İlaç ve tedaviler	873	43,09	143	25,4	1016	39,24
Beslenme/ Diyet	24	1,18	0	0	24	0,93
Aktivite/ Fizyoterapi	10	0,49	4	0,71	14	0,54
Hemşirelik Girişimleri	627	30,95	169	30,02	796	30,75
Eğitim ve Bilgilendirme	98	4,84	81	14,39	179	6,91
Beklenen çıktılar	54	2,67	39	6,93	93	3,59
Toplam	2026	100	563	100	2589	100

Tablo 3: Sezaryen Klinik Bakım Haritası Kriterlerin Uygulanma Durumlarının Dağılımı

Kriter	Ocak-Haziran		Temmuz-Aralık		Genel Toplam	
	Varyans adedi	%	Varyans adedi	%	Varyans adedi	%
Uygulanmadı	587	28,97	221	39,25	808	31,21
Erken uygulandı	23	1,14	15	2,66	38	1,47
Geç uygulandı	75	3,7	13	2,31	88	3,4
İlave uygulama yapıldı	1341	66,19	314	55,77	1655	63,92
Toplam	2026	100	563	100	2589	100

Tablo 4: Sezaryen Klinik Bakım Haritası Sapmaların Nedenlerinin Dağılımı

Varyans Koduna Göre Sapma	Ocak-Haziran		Temmuz-Aralık		Genel Toplam	
	Varyans adedi	%	Varyans adedi	%	Varyans adedi	%
1.01 Nöroloji	12	0,59	7	1,24	19	0,73
1.02 Kardiyovasküler	90	4,44	33	5,86	123	4,75
1.03 Gastroenteroloji	94	4,64	50	8,88	144	5,56
1.04 Solunum	11	0,54	1	0,18	12	0,46
1.05 Üroloji	154	7,6	42	7,46	196	7,57
1.06 Ağrı Yönetimi	355	17,52	70	12,43	425	16,42
1.07 Yara İyileşme-pansuman	164	8,09	54	9,59	218	8,42
1.08 Alerjik Reaksiyon	13	0,64	2	0,36	15	0,58
1.09 Diğer (kanama kontrolü)	188	9,28	29	5,15	217	8,38
2.01 İlave test	238	11,75	63	11,19	301	11,63
2.02 Order'da gecikme	17	0,84	5	0,89	22	0,85
2.03 Taburcu order'ında gecikme	16	0,79	3	0,53	19	0,73
2.04 Taburcu planlamada gecikme	5	0,25	0	0	5	0,19
2.05 Hasta eğitimi gecikmesi	11	0,54	8	1,42	19	0,73
2.12 Diğer (Standart dışı ilaç uyg)	173	8,54	53	9,41	226	8,73
2.12 Diğer (Doktor tercihi)	89	4,39	15	2,66	104	4,02
2.12 Diğer (Eğitim)	267	13,18	61	10,83	328	12,67
4.01 Hasta tercihi	23	1,14	20	3,55	43	1,66
4.02 Bakıma katılımı red	3	0,15	0	0	3	0,12
4.03 Hasta uygun değil	103	5,08	47	8,35	150	5,79
Toplam	2026	100	563	100	2589	100

KBH sapmalarının nedenleri incelendiğinde ilk altı ayda %17,52 ağrı yönetiminde, %13,18 hasta/ailesine verilen eğitimlerde, %11,75 ilave test uygulaması, %9,28 kanama kontrolü, ikinci altı aylık dönemde ise %12,43 ağrı yönetiminde, %11,19 ilave test uygulaması, %10,83 hasta/ailesine verilen eğitimlerde, %9,59 pansuman uygulamaları konusunda olduğu tespit edildi (Tablo 4).

KBH kriterlerine göre yıllık varyanslar incelendiğinde;

Hekim değerlendirme ve konsültasyonlar kriterinde meydana gelen varyasyon (sapma) nedeni incelendiğinde, onamların alınması (%0,97), hekim tercihi olarak pansuman uygulamalarından (%1,93) kaynaklı olduğu,

Testler kriterinde meydana gelen varyasyon nedeni incelendiğinde; oluşan sapmaların doktor isteminden kaynaklandığı, pre-op dönemde COVID-19 yönelik testler (%2,36), kan şekeri takibi (diyabetik olmayan hasta) (%5,33), post op (P) 0. Günde (%2,24) ve P1 hemogram istemi (%2,24), P2 de ise hastanın kliniğinden kaynaklı istenen tetkikler (%2,97) olduğu,

Bakım uygulamaları kriterinde meydana gelen varyasyon nedeni incelendiğinde; post-op dönemde aldığı çıkardığı takibinin (AÇT- gerekli olmamasına rağmen) yapılması (%7,69), COVID-19 pandemisi nedeniyle hastaların duş almak istememesi (%11,43), post-op kanama kontrollerinin yapılmaması (%4,13), varis çorabı giydirilmesi (%3,94) ve bebeğin yoğun bakıma geçmesi nedeniyle emzirmenin sürekliliğinin sağlanamamasından (%3,55) kaynaklı olduğu,

İlaç tedavisi kriterinde meydana gelen varyasyon nedeni incelendiğinde; pre-op dönemde hekim istem formuna eklenen ekstra mailer (%10,81), anestezi hekiminin pre-op dönemde farklı sıvıların order

edilmesi (%12,01), belirlenen standartların dışında ilaç order edilmesi (%8), ağrı kontrolünde order edilen ilaçların farklılığından (%4,71) kaynaklanan hekim tercihi sapmalar olduğu, hastanın gaz deşarjının sağlanamamasına bağlı eklenen ilaçlar (hastanın kliniğine bağlı) (%3,71) olduğu,

Diyet kriterinde meydana gelen varyasyon nedeni incelendiğinde; hastanın post op beslenmeye başlama zamanı ve verilen rejim değişikliğine bağlı sapmalar (%0,93) olduğu görüldü. İkinci 6 aylık süreçte bu konuda varyasyon görülmedi.

Aktivite kriterinde meydana gelen varyasyon nedeni incelendiğinde; hastanın sağlık durumuna veya isteğine bağlı olarak ameliyat sonrası ayağa kaldırılma süresi (%0,54) ile ilgili olduğu, *Eğitim kriterinde meydana gelen varyasyon nedeni incelendiğinde*; hastaya kullandığı ilaçların anlatılmaması (%0,85), Covid-19 nedeniyle hastalara verilen ekstra eğitimler (%2,97), bebeğin yoğun bakıma alınmasından kaynaklı eğitimlerin geç verilmesi (%3,09) nedeniyle ek eğitimler verilmesine bağlı sapmaların olduğu,

Taburculuk planı ve beklenen çıktılar kriterinde meydana gelen varyasyon nedeni incelendiğinde; yenidoğanın yoğun bakıma alınmasından kaynaklı laktasyonun olmaması veya geç olmasına (%1,78), kanama miktarının artması ve uterus kontraksiyonu (%0,58), hastaların sezaryen öncesi heyecanlı olması ve eğitime odaklanamaması, verilen bilgilerin anlaşılmasına (%1,24) bağlı sapmalar tespit edildi.

Sezaryen KBH varyanslar dönemler (pre-op, operasyonda, operasyon sonrası, post-op birinci ve post-op ikinci gün) açısından incelendiğinde; yıllık bazda bakım haritasına uyumun en az olduğu dönem operasyon sonrası ilk gün olduğu (% 29,20), sırası ile operasyon sonrası sıfırncı gün (%24,18), pre-op hazırlık dönemi (%27) ve post-op ikinci gün (%18,04) olduğu tespit edildi (Tablo 5).

Tablo 5: Sezaryen Klinik Bakım Haritası Sapmaların Zamanına Göre Dağılımı

Sapma Yaşanma Zamanı	Ocak-Haziran		Temmuz-Aralık		Genel Toplam	
	Varyans adedi	%	Varyans adedi	%	Varyans adedi	%
Preop dönemde	584	28,83	115	20,43	699	27
Ameliyathanede	38	1,88	3	0,53	41	1,58
0.günde	528	26,06	98	17,41	626	24,18
1.günde	491	24,23	265	47,07	756	29,2
2.günde	385	19	82	14,56	467	18,04
Toplam	2026	100	563	100	2589	100

TARTIŞMA

Hastaların giderek daha yüksek kalitede bakım talep etmeleri nedeni ile hastanelerin sürekli olarak yüksek kalitede sağlık bakım hizmeti vermeye çalışması dünya çapında hastane yöneticilerinin karşılaştığı bir zorluktur. Bakım kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan ulusal politikaların temel bir bileşeni de KBH'nın geliştirilmesi ve kullanılmasıdır (Panella ve ark., 2003; Yang ve ark., 2012; He ve ark., 2015). KBH, çeşitli hastalık durumlarında kanıta dayalı tedaviyi desteklemeye yönelik bir stratejidir (Asmirajanti ve ark., 2018).

KBH, bakım kalitesini iyileştirmek, maliyetleri düşürmek ve klinik uygulamadaki uygun olmayan varyasyonu azaltmak için kullanılmaktadır. Çalışmanın yapıldığı Özel hastanede Sezaryen Klinik Bakım Haritası'na uyum oranının yüksek olduğu, genel olarak KBH ile tutarlı bakım sağlandığını görüldü (%93,9). KBH'na uyum oranı yüksek olsa dahi daha etkin kullanması için fırsatlar olduğu bir gerçektir. Kullanılan veya geliştirilecek olan diğer KBH'nın kılavuzlarla tutarlı olacak şekilde revizyonlarının yapılmasına ihtiyaç vardır. KBH yüksek uyum oranı, doktorların uygulamayı kabullenmeleri ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

Hastaların homojen bir grup olarak seçilmesi (sadece sezaryen vakalarının örnekleme alınması, ekstra girişim veya işlem uygulamalarının dahil edilmemesi) standart bir bakım oluşturulmasında yardımcı olmuştur. Özellikle ERAS protokolü gibi kabul gören kanıta dayalı uygulama kriterlerinin kullanımı ve doktorların konuya istekli olmalarının etkili olduğu düşünülebilir.

KBH oluşturulduğunda öngörülemeyen tıbbi endikasyonlar nedeniyle gelişen sapmalar için belirli bir oran verilerek indikatör oluşturulması ve sonuçların izlenmesi, iyileştirmelerin geliştirilmesi ve ortaya çıkan sapmaların yönetilmesi gerekmektedir. Varyasyonlar ve hatalar arasında doğrudan bir ilişki kurmak zor olsa bile, klinik süreçleri standartlaştırarak varyasyonları azaltmak, tıbbi hata olasılığını en aza indirmek için etkili bir araçtır (Panella ve ark., 2003). Aynı zamanda KBH kullanımı, hemşirelerin hasta bakımının ilerlemesini değerlendirmesine de olanak sağlar (Renholm ve ark., 2002)

Varyansların zamana göre nedenleri detaylı incelendiğinde; pre op dönemde en sık rastlanan uygunsuzlukların; *pre-op* ekstra tedavi uygulanması, COVID-19 pandemisine yönelik verilen eğitimler, COVID -19 nedeniyle alınan ek testler, ekstra kan

şekeri bakılan hastalar, anestezi hekimi tarafından istenen mailerin farklı olması, hastanın tetkiklerinin daha önce yaptırmış olması buna bağlı tetkiklerin çalıştırılmaması, serviste intravenöz (IV) yol açılmaması olarak görülürken (%27), ameliyat esnasındaki uygulamalar açısından bakıldığında; bakım haritasına alınan hastalarda sapma varis çorabı uygulamasındaki eksiklikler (%1,58) olduğu, *post op sıfırncı günde (operasyon günü)*, kontrol hemogram takibinin istenmesi, sadece idrar çıkışı takibi yazılmasına rağmen AÇT yapılması, insizyon kontrolünün doktoru tarafından o gün açılmaması, bebeğin yoğun bakıma geçmesine bağlı emzirmenin gerçekleşmemesi, beklenenden fazla vajinal kanama olması, uterus kontraksiyon sorunu, hasta kontrollü ağrı pompası (PCA) ile epidural kateterden ağrı kontrolü başarılı olmaması (%24,18), *ameliyat sonrası birinci günde* en sık görülen sapmalar; hastalarda ekstra kontrol hemogram bakılması, bağırsak aktivitesinin erken başlaması için ek tedavi eklenmesi, antibiyotik tedavisinin devam ettirilmesi, COVID-19 pandemisi nedeniyle duş uygulamasının yapılamaması (%29,20), *ameliyat sonrası ikinci günde* görülen sapmalar ise hastaların pansumanlarının kapalı olarak taburcu edilmesi, evde kullanacağı ilaçların anlatılmaması, COVID -19 pandemisi nedeniyle hastaların erken taburcu olması, hastaya doğum sonrası çıkış formunun verilmemesi, ilave antibiyotik kullanımı ve ilaç uygulanması, hastaların erken taburculukları ve ameliyat sonrası ikinci evre takip edilememesi (%18,04) nedeniyle sapmalar yaşandığı görüldü.

Hastalar arasında bireysel farklılıklar olmakla birlikte süreçte hekim bazlı değişiklikler nedeniyle KBH'na uyumun azaldığı düşünülmektedir. Uyumu etkileyen faktörlerin net olarak belirlenmiş olması, 2021 yılı içinde yapılacak yeni revizyonlar ile belirlenen noktalarda yapılacak düzenlemeler uyum oranını artıracak kanaatindeyiz.

Klinik bakım haritalarının kullanımının, hasta ve aile eğitimini teşvik etmede yararlı olduğu kanıtlanmıştır. Hasta ve aile eğitimi, hastalara tedavi planı ve beklenen sonuçlar hakkında bilgi vermek için klinik bakım haritasının her adımına entegre edilmiştir. Klinik bakım haritalarını eğitim materyallerine dönüştürerek hastaya bakım haritasının her adımında ne öğretilmesi gerektiği belirlenebilir (Bumgarner ve Evans, 1999). Bran ve ark. KBH kullandığı çalışmada ameliyat öncesi ve sonrası hasta eğitiminin protokollerin başarısı için çok önemli olduğunu bildirmiş ve hastalar, süreç boyunca ne bekleyecekleri öğretilirse, ameliyat sonrası daha iyi sonuçlara sahip olabileceğini belirtmiştir (Renholm ve ark., 2002). Çalışmada eğitimlerin etkin verilemediği, geç verilmesi, eksik ya da hiç verilmediği belirlendi.

Varyanslar değerlendirildiğinde ilaç ve ekstra tetkik istemi gibi hekim kaynaklı farklılıklar olduğu görüldü. Elde edilen ilk altı aylık veriler doğrultusunda KBH'na uyum oranının azalmasına neden olan sapmalar "Hasta Bakım Komitesi"nde görüşülerek giderilmesi için gerekli revizyonlar yapılması sağlanmıştır (Temmuz 2020). Altı aylık periyotlar halinde değerlendiren Sezaryen KBH'nda ilk altı aylık süreçte sapma oranı %8,79 iken ikinci altı aylık süreçte (Temmuz-Aralık 2020) %3,41 olarak tespit edildi. Nitekim literatürde de, KBH'nın kanıta dayalı kılavuzlara temellendirilmesi, doğrulanmış bir süreç kullanılarak uygulanması ve sürekli kalite iyileştirmesini sağlamak için periyodik olarak revize edilmesi (Gurzick ve Kesten, 2010), sapmalarının düzenli analizinin gerektiği belirtilmiştir (Yang ve ark., 2012).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sezaryen ile doğum ülkemizde en yaygın uygulanan cerrahi operasyonlardan biri olduğu göz önüne alındığında, sezaryen için standartlaştırılmış bakım haritası kullanımı hem çalışanların hem de hastaların memnuniyetini sağlayacaktır. KBH'na uyumda sağlık ekibi kadar hastanın da sürece dahil edilmesi (tedavi sürecinin aşamalarından haberdar olması, sürecin görselleştirilerek hastaya verilmesi) önemlidir. Yöneticiler ve ekipler, bakım süreci organizasyonlarının kalitesini artırmada, sağlık çalışanları sürecin organizasyonundaki rollerini daha bilinçli olarak uygulamasında KBH kullanımı yaygınlaştırılmalıdır. KBH'nda herhangi bir sapma görüldüğünde kaydedilerek analiz edilmesi, uygulamaların yeniden gözden geçirilmesi son yayınların takip edilerek revizyonların yapılması gerekmektedir. KBH standart gibi görülse de tek bir uygulamaya odaklanmaktan çok hastanın yolculuğu boyunca tüm klinik uygulamaları göstermektedir. KBH uygulamalarında ekibe liderlik edilmesi, eğitim, varyansların takibi ve iyileştirilmesi önemlidir. KBH kullanımında sadece klinisyenlerin değil, hem operasyonel hem de üst düzey yöneticiler dahil olmak üzere tüm sağlık bakımı yöneticilerinin desteği sağlanmalıdır. KBH kullanımı yoluyla kanıta dayalı uygulamanın teşvik edilmesi için sağlık kurumlarının bir süreç geliştirmesi gerekmektedir. KBH'nın ana odağı hasta sonuçlarını iyileştirmek olsa da, maliyetleri de azaltabileceği bilinmektedir. Bundan sonraki çalışmalarda sistematik bir gözden geçirme, meta-analiz, bakım haritalarının hastane maliyetleri üzerine etkisi incelenebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın bulguları özel bir hastanedeki verilen incelemesine dayanmaktadır. Oluşturulan KBH'sı kuruma özeldir. Ancak kanıta dayalı kılavuz ve protokoller temel alınarak hazırlandığı için farklı hastanelerin kullanımına uygun olduğu düşünülmektedir.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/kavram: ZK, SK; Tasarım: ZK; Danışmanlık: ZK, SK; Veri toplama ve/veya Veri İşlem: ZK, SK; Analiz ve/veya Yorum: ZK, SK; Kaynak tarama; NA ZK, SK; Makalenin Yazımı: ZK; Eleştirel inceleme: ZK, SK;

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Araştırmacılar herhangi bir çıkar çatışması belirtmemişlerdir.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Bu araştırma için finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

Asmirajanti, M., Hamid, A. Y. S., & Hariyati, T. S. (2018). Clinical care pathway strengthens interprofessional collaboration and quality of health service: A literature review. *Enfermeria Clínica*, 28, 240-244.

Aspland, E., Gartner, D., & Harper, P. (2019). Clinical pathway modelling: A literature review. *Health Systems*, 1-23.

Bjurling-Sjöberg, P., Engström, G., Lyckner, S., & Rydlo, C. (2013). Intensive care nurses' conceptions of a critical pathway in caring for aortic-surgery patients: A phenomenographic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(3), 166-173.

Bumgarner, S. D., & Evans, M. L. (1999). Clinical care map for the ambulatory laparoscopic cholecystectomy patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 14(1), 12-16.

Coffey, R. J., Richards, J. S., Remmert, C. S., LeRoy, S. S., Schoville, R. R., & Baldwin, P. J. (2005). An introduction to critical paths. *Quality Management in Healthcare*, 14(1), 46-55.

De Bleser, L., Depreitere, R., Waele, K. D., Vanhaecht, K., Vlayen, J., & Sermeus, W. (2006). Defining pathways. *Journal of Nursing Management*, 14(7), 553-563.

Dy, S. M., Garg, P. P., Nyberg, D., Dawson, P. B., Pronovost, P. J., Morlock, L., . . . Wu, A. W. (2003). Are critical pathways effective for reducing postoperative length of stay? *Med Care*, 637-648.

Gurzick, M., & Kesten, K. S. (2010). The impact of clinical nurse specialists on clinical pathways in the application of evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing*, 26(1), 42-48.

He, J. A., ve Yang, W. (2015). Clinical pathways in China—an evaluation. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 28(4),394-411. doi:10.1108/IJHCQA-09-2014-0096

He, X. Y., Bundorf, M. K., Gu, J. J., Zhou, P., & Xue, D. (2015). Compliance with clinical pathways for inpatient care in Chinese public hospitals. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-9.

Joint Commission International (JCI). (2017). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals 6th Edition. Retrieved from (24.02.2021): https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/accreditation/hospital-and-amc/learn/jci_standards_only_6th_ed_hospital.pdf

Kebapçı, A., & Kanan, N. (2018). Effects of nurse-led clinical pathway in coronary artery bypass graft surgery: A quasi-experimental study. *J Clin Nurs*, 27(5-6), 980-988.

Kinsman, L., Rotter, T., James, E., Snow, P., & Willis, J. (2010). What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. *BMC Medicine*, 8(1), 1-3.

McLachlan, S., Kyrimi, E., Fenton, N., & Dube, K. (2019). Clinical Caremap Development: How can caremaps standardise care when they are not

standardised? *Healthinf - 12th International Conference on Health Informatics*.123-134.

Panella, M., Marchisio, S., & Di Stanislao, F. (2003). Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 509-521.

Renholm, M., Leino-Kilpi, H., & Suominen, T. (2002). Critical pathways: a systematic review. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 32(4), 196-202.

Rotter, T., Kinsman, L., James, E. L., Machotta, A., Gothe, H., Willis, J., . . . Kugler, J. (2010). Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). 17(3), e0428. doi:[10.1002/14651858.CD006632.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006632.pub2)

Schrijvers, G., van Hoorn, A., & Huiskes, N. (2012). The care pathway: concepts and theories: an introduction. *International Journal of Integrated Care*, 12 (Special Edition Integrated Care Pathways), 1-7. doi: [10.5334/ijic.812](https://doi.org/10.5334/ijic.812)

Tapan, B., Yıldırım, N., ve Alıcı, S. (2015). Klinik bakım haritalarının bakım sürecinin iyileştirilmesine etkisinin incelenmesi: Bir hastane örneği. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi*, 1(1), 18-27.

Vanhaecht, K., Bollmann, M., Bower, K., Gallagher, C., Gardini, A., Guezo, J., . . . Sermeus, W. (2006). Prevalence and use of clinical pathways in 23 countries—an international survey by the European Pathway Association. *Journal of Integrated Care Pathways*, 10(1), 28-34.

Wanyonyi, S. Z., ve Karuga, R. N. (2010). The utility of clinical care pathways in determining perinatal outcomes for women with one previous caesarean section; a retrospective service evaluation. *BMC pregnancy and childbirth*, 10(1), 1-7.

Yang, H., Li, W., Liu, K., & Zhang, J. (2012). Knowledge-based clinical pathway for medical quality improvement. *Information Systems Frontiers*, 14(1), 105-117.



ISSN: 2458-7621

KADIN SAğLIğI HEMŞİRELİğİ DERGİSİ KASHED

JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING
JOWHEN

YIL (YEAR): 8 CİLT (VOLUME): 8 SAYI (NUMBER) 1

MART (MARCH) 2022

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed>

KADIN SAğLIğI HEMŞİRELİğİ DERNEğİ YAYIN ORGANI

Araştırma Makalesi/Research Article

The Effects Of The Breastfeeding Counseling Course On The Education Of Midwifery Students And Their Perspectives

Aysegul ŐİMŐEK¹, Esra ALIŐKAN¹, Elif BALKAN¹, Refika GENC KOYUCU¹

ABSTRACT

Objective: Breastfeeding is essential for mother and baby health. An effective breastfeeding counseling ensures a healthy breastfeeding period. Midwives must learn comprehensively in their undergraduate education to gain all the necessary qualifications for this counseling. This study, it is aimed to compare the effect of breastfeeding counseling courses given to undergraduate students of the midwifery department on pre-and post-education information situations.

Methods: The study was conducted in an experimental, single group pre-test-post-test design. This study was conducted with 91 students studying at a university from January to December 2020. Two hours of lessons per week were given for 14 weeks. A course included breast anatomy and physiology, breastfeeding methods, positions, breastfeeding indications, and contraindications. In the analysis of the information obtained, significance was accepted as $p < 0.05$.

Results: Many of the participants are in the third grade, on average 21 years old, and 93.3% of them have not received breastfeeding counseling training before. It was determined that breastfeeding training should be given during pregnancy and breastfeeding counseling should be given as a separate course in the curriculum.

Conclusion: In this study, it was concluded that breastfeeding counseling should be given as a separate course in undergraduate education. Thus, effective training can be provided in their professional lives.

Keywords: Breastfeeding; education; medical education, midwifery

Corresponding Author: Aysegul Simsek, Istinye University, Topkapı Campus, Maltepe Street, Zeytinburnu, Istanbul, Turkey, e-mail: aysegul.simsek@istinye.edu.tr, ORCID ID 0000-0002-2166-1778
Esra Calışkan: e-mail: esra.caliskan@istinye.edu.tr, ORCID ID 0000-0001-8650-8582
Elif Balkan elif.balkan@istinye.edu.tr, ORCID ID 0000-0001-5815-8925
Refika Genc Koyucu, e-mail: refika.genc@istinye.edu.tr, ORCID ID 0000-0003-4373-703X

Geliş Tarihi:07.08.2021 **Kabul Tarihi:** 19.11.2021

INTRODUCTION

Although it is known that breastfeeding has many benefits not only in infancy but also in the future life of the child; increasing breastfeeding rates, improving care, and promoting and supporting breastfeeding has become a universal goal (Hector, King and Webb, 2005; Agency for Healthcare Research and Quality, 2007; Radzyminski and Callister, 2015; Patel and Patel, 2016). Maintaining breastfeeding effectively and correctly is recommended by many professional organizations as important (American Academy of Pediatrics, 2005; Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, 2007; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2007; American Academy of Family Physicians, 2008; World Health Organization [WHO], 2018). In line with these recommendations, it is necessary to establish policies and determine strategies to start and maintain breastfeeding correctly (Patel and Patel, 2016). These strategies should be taught and given opportunity to health professionals, both independently and as part of a multi-component program such as undergraduate education. For this reason, it is thought that it would be more effective to include breastfeeding counseling (BC) training as a separate course in the curriculum rather than mentioning it within other courses. In this study, it is aimed to determine and compare the knowledge level of students who take a BC course at a university for the first time before and after the lesson.

METHODS

The type of the research

This study was conducted in an experimental, single group pretest and posttest design. In this study, it is aimed to compare the BC knowledge of midwifery students who are one of the health professionals in maintaining and supporting breastfeeding before and after the training.

Research hypotheses

H₁: There is a connection between a student's breastfeeding knowledge and the class they are in.

H₂: Taking a breastfeeding counseling course improves students breastfeeding knowledge and attitude.

H₃: Students can get understanding and correct information by attending the breastfeeding counseling course.

The samples of the research

While the universe of this study was composed of students at Istinye University, Faculty of Health Sciences, Midwifery Department, the sampling included 91 students who would take the BC course for the first time, agreed to participate in the study and met the inclusion criteria. The study was conducted between from January to December in 2020 and necessary permissions were obtained before the study. Before the BC course, which will be given for the first time in the study, a "breastfeeding information form" consisting of 19 questions was applied as a pretest. After giving BC course for 14 weeks, two hours a week, breastfeeding information form was applied as a posttest at the end of the training. Being a midwifery student, taking BC course and knowing Turkish constitute the inclusion criteria for the study. This study was conducted in line with the CONSORT checklist.

Data collection tools

The "Breastfeeding Information Form" created by the researchers by scanning the literature (Patel and Patel, 2016; Zahid, Sheikh and Ahmet, 2016; Davis and Sherrod, 2015) was used to collect the data. This form consists of 19 open and closed ended questions that question the introductory characteristics of the participants such as age, class, and their knowledge about BC.

Data Analysis

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Version 25 software program (IBM, Turkey) was used for the analysis of the data of this study. In the analysis of continuous data, mean, median, standard deviation, minimum and maximum values were calculated. In the analysis of categorical data, numbers and percentages were calculated. In the analysis of comparative variables, One-sample t test, Wilcoxon test and Paired sample t test were used according to normality distributions. The relationship between the groups was calculated with the Spearman Correlation Test. The significance value was accepted as $p < 0.05$ at 95% confidence interval.

The ethical aspect of research

Prior to the study, ethical approval was obtained by Istinye University's Social and Human Research Ethics Committee, with decision number 06 taken from a committee meeting on January 6, 2020. Written and verbal consents of the participants were obtained before the study. In the recording of the data, the numbering method was used instead of the names of the participants. The principles of the Declaration of Helsinki complied with the study.

Results

In this section, the pretest and posttest results and comparisons of the information obtained about the participants' introductory characteristics and BC are included.

The descriptive characteristics of the participants in the study are given in Table 1. The mean age of the participants in the study is 21 years old, and most of them are third grade midwifery students (Table 1).

Table 1. Characteristics of the participants (N=91)

Characteristics			
Age (years)	Mean±Sd	21.19±2.07	
	Min-max (median)	19-37 (21)	
		n	%
Grade	2nd grade	11	12.1
	3rd grade	56	61.5
	4th grade	24	26.4
Graduated from high school	Anatolian normal	71	78
	Vocational	5	5.5
	Health vocational / College	15	16.5
Previous BC training	Yes	6	6.6
	No	85	93.3
Total		91	100

BC:Breastfeeding counseling

Of the students, 93.3% stated that they did not take a course about BC before calf. When the characteristics of the participants regarding BC were compared, a significant difference was found between the pretest and posttest participation in BC training (Table 2).

When asked about the inclusion of BC in midwifery curriculum; significance was determined between pretest and posttest, and it was found that this situation was since nobody answered no ($p=.000$). When the pretest and posttest answers of BC is given to women; significance was determined ($p=.000$), and it was determined that this situation was caused by those who gave the answer that should be given during pregnancy. Looking at the pretest and posttest answers to whom breastfeeding training should be given; significance was found between the two tests, and it was determined

that this was due to the responses of both spouses and everyone in the family ($p=.000$; Table 2).

Table 2. Distribution of BC characteristics according to pre-test and post-test (N=91)

Characteristics		Pre-test		Post-test		Test p
		n	%	n	%	
Previous BC training	Yes	6	6.6	91	100	*-4.667 .000
	No	85	93.4	0	0	
Should BC be in the midwifery curriculum?	Yes	91	100	91	100	*1.000 .000
	No	-	-	-	-	
Occupations that can be BC	Midwife	12	13.2	7	7.7	-.281 .779
	Nurse	-	-	1	1.1	
	Health Sciences Faculty (anyone department)	18	19.8	28	30.8	
Should midwives attend paid courses to be able to provide BC?	Yes	61	67	55	60.4	*-1.768 .077
	No	43	47.3	33	36.3	
Requirements to be a BC	Getting a certificate for a fee	48	52.7	58	63.7	*-1.715 .086
	Being a midwife or nurse	67	73.6	57	62.6	
	Theoretical knowledge	24	26.4	34	37.4	
	Be known about babies and children	37	40.7	16	17.5	
BC qualifications	Be able to communicate with the mother	5	5.5	3	3.3	**-2.771 .006
	Should be able to empathize	4	4.4	7	7.7	
	Must have a BC certified	17	18.7	21	23.1	
	Must have a bachelor's degree	2	2.2	3	3.3	
	All	6	6.6	1	1.1	
Content of BC course	Breastfeeding	20	22	40	44	**-2.517 .012
	Breastfeeding positions	27	29.7	12	13.2	
	Mother-baby communication	2	2.2	2	2.2	
	All topics related to mother and baby	21	23.1	33	36.3	
The ideal BC training time	I have no information	39	42.9	44	48.4	**-4.209 .000
	Pre-pregnancy	2	2.2	-	-	
	Pregnancy	12	13.2	37	40.7	
Persons for BC	After birth	67	73.6	50	54.9	**-5.703 .000
	Woman	12	13.2	4	4.4	
	Woman and husband	30	33	4	4.4	
	To the woman and the caregiver	34	37.4	34	37.4	
Total	Everyone in the family	5	5.5	1	1.1	
		22	24.2	52	57.1	
Total		91	100	91	100	

*Paired sample t test; **Wilcoxon test; Statistical significance p<0.05

BC:Breastfeeding counseling

When the participants were asked the criteria for breastfeeding to be successful for the mother; in the pretest group, the most positive feedback was given by

the mother with 31.9%, while it was found that the mother and baby were happy with the highest rate with 33% in the posttest group. When the participants were asked about the success criteria of breastfeeding for the

baby; it was found that the baby's satiety answer was 69.2% in the pretest group and 80.2% in the posttest group (Table 3).

When asked about the father's role in breastfeeding; while saying yes with 94.5% in the pretest group, it was determined that all the participants in the posttest group said yes, and a statistical significance was found between the two tests ($p=.025$) (Table 3).

Table 3. Distribution of breastfeeding characteristics according to pre-test and post-test (N=91)

Breastfeeding characteristics		Pre-test		Post-test		Test value p	
		n	%	n	%		
BC training success criteria	In terms of mother	Beginning of mother-baby relationship	6	.6	5	5.4	
		Start breastfeeding	20	22	13	14.3	*-1.629 .103
		Baby's satiety	19	20.9	16	17.6	
		Happy mother and baby	14	15.4	30	33	
		Mother's positive feedback	29	31.9	27	29.7	
	I have no idea	3	3.3	-	-		
	In terms of baby	Beginning of mother-baby relationship	7	7.7	6	6.6	
		Start breastfeeding	18	19.8	11	12.1	*-1.730 .084
		Baby's satiety	63	69.2	73	80.2	
		I have no idea	3	3.3	1	1.1	
Can smoking be used during breastfeeding?		Yes	43	47.3	28	30.8	
No	48	52.7	63	69.2			
Can alcohol be used during breastfeeding?	Yes	9	9.9	2	2.2	*-2.333 .020	
	No	82	90.1	89	97.8		
Does the father have a role in breastfeeding?	Yes	86	94.5	91	100	*-2.236 .025	
	No	5	5.5	-	-		
What is the father's role in breastfeeding?	Physical support	35	38.5	43	47.3	** .540 .000	
	Psychological support	52	57.1	48	52.7		
	No role	4	4.4	-	-		
Total		91	100	91	100		

*Wilcoxon test; **One-sample t test; Statistical significance $p<0.05$

When asked what the father's role in breastfeeding was; while it was found that psychological support received the most in the pretest and posttest groups, followed by physical assistance to the mother, statistical significance was found between the two tests ($p=.000$) (Table 3). When looking at the relationship between breastfeeding and BC and the introductory characteristics of the students; while determining the relationship between the qualifications that a BC should have and age ($p=.000$), there was no relationship between the requirements of being a BC, who can be a BC, the requirement for a paid certificate to become a BC, and the status of taking a BC course.

DISCUSSION

It is known that health professionals, especially midwives and nurses, have great responsibilities in initiating and maintaining effective breastfeeding and supporting the mother after birth, and studies have also obtained supportig results for this situation (Radzyminski and Callister, 2015). In the light of these results the necessity of providing comprehensive theoretical knowledge and application opportunities regarding BC of midwives and nurses arises and this requirement should be met in undergraduate education which is the first starting point of education. In this study, when questions about breastfeeding and BC were asked before and after the BC course, it was observed that the training was effective, the lack of knowledge was eliminated, and their knowledge and

attitudes changed positively after the training (Table 2). In a study in which the effectiveness of breastfeeding training given to nursing students was questioned, it was reported that the education the students received was at a good level, but it was also emphasized that it was important for students to practice clinical practice in environments that would reinforce their knowledge (Zahid et al, 2016). In another study, when the effectiveness of BC training given to mothers in line with the education of paediatric nursing graduate students was questioned, all mothers reported that education encouraged breastfeeding, but the subjects of breastfeeding education and the time allocated were insufficient (Boyd and Spatz, 2013). It has been reported in other studies that there may be similar deficiencies (Dodgson and Tarrant, 2007; McLaughlin, Fraser and Young, 2011; David and Sherrod, 2015). When the midwives were asked about their breastfeeding information and their breastfeeding training, most of them stated that the BC they gave was insufficient and limited and the reason for this was the lack of practice (Furber and Thomson, 2008). Looking at this study and other study results, it can be emphasized that BC training should be given to midwives and nurses in a comprehensive and systematic way as part of their undergraduate education and they should be provided with the opportunity to practice, so that they can be confident and fully equipped BC in their professional lives. In the light of this information, the answers to the first and second questions of our study were obtained.

It is thought that the reinforcement of BC training, which is given as a separate course in undergraduate education, will be the first step of an effective BC after graduation. Because students are frequently involved in the first breastfeeding interaction of mother and baby in clinical practice (Hellings and Howe, 2004). It was determined that 93.3% of the students who participated in this study did not attend a training or course related to breastfeeding before, although they were in the third and fourth grade of the university, and their knowledge was limited to brief information in their lectures (Table 1). Like this study, it was reported in a study that students did not receive a specific training for breastfeeding and that 61% of their knowledge was only limited to verbal brief information in the lessons (Kang, Song and Im, 2005). When the studies are examined, it has been reported that health sciences students' knowledge of breastfeeding and BC is higher than other disciplines, but similarly, students' knowledge about breastfeeding is quite low, and their knowledge about BC is even less than breastfeeding information (Ahmed and Guindy,

2011; Ahmedi Bantz and Richardson, 2011). In the study of with university students, it was found that the students studying in health-related departments had higher levels of knowledge about breastfeeding (Kang et al, 2005). Thus, it can be said that the increase in breastfeeding knowledge level is not a sufficient criterion for BC, and a comprehensive training on breastfeeding is required. In the light of this information, the answers to the second and third questions of our study were obtained.

It is thought that BC to women should be given gradually and in a planned manner with the finalization of pregnancy. It is even reported that breastfeeding training should be given as of adolescence to develop the correct attitude towards breastfeeding (Kang et al, 2005). In this way, there will be enough time to have sufficient information about breastfeeding and to learn the practices. In this study, when the students were asked about the time to give breastfeeding training, it was answered that it should be given in the pregnancy period in the groups before and after the BC course (Table 2). Giving breastfeeding training during pregnancy is important for breastfeeding success and breastfeeding self-efficacy (Mizrak, Ozerdogan and Colak, 2017). In the breastfeeding guidelines of the WHO it has been reported that the BC given during pregnancy has positive effects on the breastfeeding period (WHO, 2019). In the light of this information, it can be emphasized once again that breastfeeding education should not be restricted to a short period and the issues should be known and applied by all health professionals, including students.

Breastfeeding is an issue that concerns all family members, especially the father. It is known that the support the mother receives from her husband and her environment positively affects the breastfeeding period (Pisacane, Continisio and Aldinucc, 2005). When breastfeeding training was mentioned in the past, the belief that only women should be educated was replaced by the idea that people who will help her (spouse, friend, relative) should receive this training. In this study, when students were asked who / to whom breastfeeding training should be given, a difference was found between the pre-test and post-test answers. While it was stated that only women should be educated in the pre-test group, the answers were given to educate the whole family in the post-test group. In addition, in the post-test, all participants stated that the father should have a role in breastfeeding, and it was determined that this role can be provided mostly with psychological and

physical support to the mother (Table 2). It can be thought that the BC course given in undergraduate education enables students to approach the family with a holistic approach and to better understand the importance of environmental factors and family support in breastfeeding.

Breastfeeding and BC subjects should be included in the education curriculum as a separate course, not in other courses (Patel and Patel, 2016). Thus, midwives and nurses in their professional lives will not make any effort to receive breastfeeding training, will be able to provide a more effective breastfeeding training without wasting time and will make breastfeeding widespread. In this study, when the students were asked whether they wanted the BC course to be included in the curriculum, a significant difference was found between the pre-test and post-test answers, and after the lesson, all students answered that the BC course should be added to the curriculum (Table 2). In this study, the BC course consisted of many topics such as breast anatomy and physiology, breastfeeding physiology, importance of breast milk, baby care, breastfeeding styles, positions, benefits, and special conditions related to breastfeeding, and two lesson hours were allocated to each subject. Within the scope of the course, students were provided with breastfeeding training in both case studies and field applications. Looking at other studies; in one study, it was reported that while focusing on breastfeeding education in the lecture given to students, issues related to lactation were mentioned less (Kang et al, 2005), while another study conducted with nurses reported that the breastfeeding and lactation process was explained comprehensively (Webber and Serowoky, 2016). Although the necessity of starting breastfeeding education in students is important, there are ambiguities about how to include this education in the curriculum. For students who are interested in women's and child health, supporting the theoretical education they receive through laboratory and clinical applications can increase students' self-confidence in their professional lives and the quality of their care (Ahmed and Bantz, 2011; Webber and Serowoky, 2016). Considering the studies investigating the effectiveness of the theory-based applied trainings given in this context; it has been reported that this method supports breastfeeding appropriately, increases the evidence-based breastfeeding knowledge level of midwives and nurses, and mothers who receive training in this direction gain positive attitudes towards breastfeeding and this situation positively affects

breastfeeding (Gu, Zu and Zhang, 2016; Dodgson and Tarrant, 2007; Hellings and Howe, 2004). In the light of this information, it can be said once again that BC should be given as a separate training or course, although breastfeeding and breastfeeding training is mentioned in different courses.

With BC training, initiation, duration, and breastfeeding rates increase (Patel and Patel, 2016). However, situations such as lack of knowledge, lack of resources, insufficient counseling skills and negative attitudes of the clients that may arise about BC lead to insufficient and effective training (Laantera, Pölkki and Pietila, 2011). In addition, the lack of theoretical knowledge and practice of the instructor also causes this (Furber and Thomson, 2008; Hellings and Howe, 2004). To prevent the occurrence of these situations, the awareness of women should be trained about breastfeeding and receiving this training from experts in the field. On the other hand, breastfeeding and BC trainings should be included in the education curriculum in a comprehensive way, they should be taught to health professionals as a midwife and nursing student, and they should reinforce their theoretical knowledge in practice.

Limitations of the study

One of the limitations of the study is that the study is single-centered.

CONCLUSION

Midwifery and nursing students will be one of the professions that spend the most time with mothers and their babies in the future. For this reason, they should be trained to continue breastfeeding as of their undergraduate education. Rather than being a short term topic in a lesson, breastfeeding should be added to the curriculum as a separate course and students work with breastfeeding mothers in clinical practice.

Ethics Committee Approval: , ethical approval was obtained by Istinye University's Social and Human Research Ethics Committee, with decision number 06 taken from a committee meeting on January 6, 2020. Written and verbal consents of the participants were obtained before the study.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Author Contributions: Concept: AŞ, EÇ, EB, RGK; Design: AŞ, EÇ, EB, RGK; Supervision: AŞ, EÇ, EB; Resources: Data Collection and/or Processing; AŞ, EÇ, EB, Analysis and/or Interpretation: AŞ, EÇ, EB, Literature Search: AŞ, EÇ, EB, Writing Manuscript: AŞ, EÇ, EB, RGK; Critical Review: AŞ, EÇ, EB, RGK; Resources: AŞ, EÇ, EB, RGK

Conflict of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

REFERENCES

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. 2007; <http://www.ahrq.gov/clinic/tp/brfouttp.htm#Report> (Access date: 05.04.2020)
- Ahmed, A., & Bantz, D. (2011). Richardson C. Breastfeeding knowledge of university nursing students, *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 36(6), 361-367. <https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e31822de549>.
- Ahmed, A., & El Guindy, S, R. (2011). Breastfeeding knowledge and attitudes among Egyptian baccalaureate students, *International Nursing Review*, 58, 372-378. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00885.x>
- American Academy of Pediatrics. (2005). Breastfeeding and the use of human milk, *Pediatrics*, 115(2), 496-506. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-2491>
- American Academy of Family Physicians. (2008). Breastfeeding Advisory Committee Breastfeeding, family physicians supporting (position paper). <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/b/breastfeedingpositionpaper.html> (Access date: 01.05.2020)
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2007). Breastfeeding: Maternal and infants' aspects. <http://www.acog.org/departments/underserved/clinicalReview12i1s.pdf> (Access date: 21.08.2020).
- Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses. (2007). Breastfeeding (position statement). http://www.awhonn.org/awhonn/content.do?name=05_HealthPolicyLegislation/5H_PositionStatements.htm (Access date: 01.03.2020)
- Boyd, A, E., & Spatz, D, L. (2013). Breastfeeding, and human lactation: Education and curricular issues for pediatric nurse practitioners, *Journal of Pediatric Health Care*, 27, 83-90. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2011.03.005>
- Davis, A., & Sherrod, R, A. (2015). Effects of an Educational Intervention on Baccalaureate Nursing Students' Knowledge and Attitude in Providing Breastfeeding Support to Mothers, *The International journal of childbirth education: the official publication of the International Childbirth Education Association*, 30(4), 8-12
- Datta, J., Graham, B., & Wellings, K. (2012). The role of fathers in breastfeeding: Decision-making and support, *British Journal of Midwifery*, 20(3), 159-167 <https://doi.org/10.12968/bjom.2012.20.3.159>
- Dodgson, J.E., & Tarrant, M. (2007). Outcomes of a breastfeeding educational intervention for baccalaureate nursing students, *Nurse Education Today*, 27, 856-867. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.12.001>
- Furber, C, M., & Thomson, A, M. (2008). The emotions of integrating breastfeeding knowledge into practice for English midwives: A qualitative study, *International Journal of Nursing Studies*, 45,286-297. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.017>
- Gu, Y., Zhu, Y., & Zhang, Z. (2016). Effectiveness of a theory-based breastfeeding promotion intervention on exclusive breastfeeding in China: A randomised controlled trial, *Midwifery*, 42, 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.09.010>
- Hector, D, J., King, L., & Webb, K, L. (2005). Factors affecting breastfeeding practices. Applying a conceptual framework, *New South Wales Public Health Bulletin*, 16(3-4), 52-55 <https://doi.org/10.1071/NB05013>
- Hellings, P., & Howe, C. (2004). Breastfeeding knowledge and practice of pediatric nurse practitioners, *Journal of Pediatric Health Care*, 18, 8-14. [https://doi.org/10.1016/s0891-5245\(03\)00108-1](https://doi.org/10.1016/s0891-5245(03)00108-1)
- Kang, N, M., Song, Y., & Im, E, C. (2005). Korean university students' knowledge and attitudes toward breastfeeding: A questionnaire survey, *International Journal of Nursing Studies*, 42, 863-870. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.01.003>
- Laanterä, S., Pölkki, T., & Pietilä, A, M. (2011). A descriptive qualitative review of the barriers relating to breast-fee ding counselling, *International Journal of Nursing Practice*,. 17(1), 72-84. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01909.x>

- McLaughlin, M., Fraser, J., & Young, J. (2011). Paediatric nurses' knowledge, and attitudes related to breastfeeding and the hospitalised infant, *Breastfeed Review*, 19(3), 13-24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22263373/>
- Mizrak, B., Ozerdogan, N., & Colak, E. (2017). The Effect of Antenatal Education on Breastfeeding Self-Efficacy: Primiparous Women in Turkey, *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 503-510. https://www.researchgate.net/publication/316646169_The_Effect_of_Antenatal_Education_on_Breastfeeding_Self-Efficacy_Primiparous_Women_in_Turkey
- Patel, S., & Patel, S. (2016). The effectiveness of lactation consultants and lactation counsellors on breastfeeding outcomes, *Journal of Human Lactation*, 32(3), 530–541. <https://doi.org/10.1177/0890334415618668>
- Pisacane, A., Continisio, G. I., & Aldinucc, M. (2005). Controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion, *Pediatrics*, 116(4), 494-8. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0479>
- Radzynski, S., & Callister, L. C. (2015). Health Professionals' Attitudes and Beliefs About Breastfeeding, *Journal of Perinatal Education*, 24(2), 102–109. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.2.102>
- Webber, E., & Serowoky, M. (2016). Breastfeeding curricular content of family nurse practitioner programs, *Journal of Pediatric Health Care*, 31(2), 189-195. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2016.07.006>
- World Health Organization. (2018). WHO Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices. World Health Organization. <https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/counselling-women-improve-bf-practices/en/> (Access date: 01.07.2021)
- World Health Organization. (2019). Breastfeeding education for increased breastfeeding duration". World Health Organization. https://www.who.int/elena/titles/breastfeeding_education/en/ (Access date: 07.02.2021)
- Zahid, I., Sheikh, R., & Ahmed, A. (2016). Knowledge and beliefs regarding breastfeeding in college students of Karachi, *Australasian Medical Journal*, 9(10), 386–395. <https://doi.org/10.4066/AMJ.2016.2712>

Araştırma Makalesi/Research Article

Erkek Sağlığında Gözardı Edilen Bir Sağlık Hizmeti: Prekonsepsiyonel Bakım ve Mevcut Engeller

Mükerrem BAŞLI ¹, Hilmiye AKSU ²

A Healthcare Service That is Ignored in Men's Health: Preconception Care and The Existing Obstacles

ÖZ

Erkeklerin prekonsepsiyonel dönemdeki sağlıksız yaşam tarzı davranışları, olumsuz gebelik sonuçlarına yol açabilmektedir. Son yıllardaki araştırmalar babaların çocuk sağlığına birçok açıdan etki ettiğini ortaya koymuştur. Prekonsepsiyonel bakımın gebelik ve doğum süreci, kişilerin üreme sağlığı ve genel sağlığı üzerine birçok olumlu etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle erkekler için prekonsepsiyonel bakım, olumlu gebelik sonuçlarına ulaşılması ve ileride sağlıklı aileler oluşması açısından önemlidir. Risk değerlendirmesi, sağlığı geliştirme, klinik ve psikososyal girişimler erkekler için sunulan prekonsepsiyonel bakımın kapsamında yer almaktadır. Erkeklerin bu bakımdan faydalanması birçok açıdan önemli olmasına rağmen, konuya henüz yeterince önem verilmemektedir. Erkeklerin prekonsepsiyonel bakım alamama nedenleri arasında klinik organizasyon eksikliği, konu ile ilgili bilgi ve farkındalığın yeterli düzeyde olmaması, finansal eksiklikler gibi etkenlerin yer almaktadır. Prekonsepsiyonel bakımın gebelik sonuçları üzerine olan etkisi göz önüne alındığında, bu hizmetlerin yalnızca kadınlarla sınırlı olmaması gerekmektedir. Bu bakımın çiftlere birlikte verilmesi gerektiği, erkeklerin de prekonsepsiyonel bakıma ihtiyaçı olduğu unutulmamalıdır. Bu derlemenin amacı; erkekler için sunulacak prekonsepsiyonel bakımın önemi, yararları ve içeriğini incelemek, bu bakımın bireylere ulaştırılmasındaki engelleri tartışarak konunun önemine dikkat çekmektir.

Anahtar Kelimeler: Engeller, Erkek Sağlığı, Prekonsepsiyonel Bakım, Sağlık Bakımı

ABSTRACT

Men's unhealthy lifestyle behaviors in the preconception period can lead to negative pregnancy outcomes. Recent researches have shown that fathers influence children's health in many ways. Preconception care has many positive effects on pregnancy and delivery process, reproductive health, and general health of the people. For this reason, preconception care for men is important in terms of achieving positive pregnancy outcomes and developing healthy families in the future. Risk assessment, health promotion, clinical and psychosocial interventions are in the scope of preconception care offered to men. Although men's benefit from this care is important in many respects, the issue is not given enough attention yet. The reasons for males not receiving preconception care include lack of clinical organization, lack of knowledge and awareness about the subject, financial disabilities. Considering the impact of preconception care on pregnancy outcomes, this care should not be limited to women. It should not be forgotten that this care should be given to couples together and men also need preconception care. The aim of this review is to examine the importance, benefits, and content of preconception services for men and draw attention to the importance of this issue by discussing the obstacles in providing preconception services.

Key Words: Healthcare, Men's Health, Preconception Care, Obstacles

¹Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Sorumlu Yazar: Mükerrem BAŞLI e-mail: fbmukerrem@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-5490-916X

Hilmiye AKSU e-mail: hilmiyeaksu@yahoo.com ORCID ID0000-0001-6975-3172

Geliş Tarihi: 23.10.2021, **Kabul Tarihi:** 31.03.2022

EXTENDED ABSTRACT

Preconception care basically include measures to improve maternal and infant health. Along with this, to ensure that both woman and husband are healthy, and that adolescents and all men and women gain healthy lifestyle behaviors are among the aims of preconception care. Preconception care offered to men is very important in terms of achieving positive pregnancy outcomes and forming healthy families in the future. In line with the importance of the subject, the aim of this review is; according to the current literature, to examine the importance, benefits, and content of preconception care to be given to men and to draw attention to the importance of the subject by discussing the obstacles in providing this care. For this purpose, related articles were searched in Science Direct, Pubmed, DergiPark, Google Scholar databases using Turkish and English keywords related to the subject. After the summary and full texts were evaluated by the authors, the articles related to the subject were used in the creation of the content. Although it has an important role in the formation and pregnancy process, the preconception health of men is not given enough importance, and the reproductive health and preconception care needs of men are often neglected in health care. A father who is healthy not only biologically but in all aspects will set an exemplary role model for his child and contribute to the emotional and behavioral development of the child. Behavioral changes by prospective fathers will minimize the harm that may occur to the baby who will be born. Preconception care for men is based on preventive and protective interventions to improve pregnancy outcomes. This care center around risk assessment, health promotion, clinical and psychosocial interventions. In the literature, although it is important for men to benefit from preconception care in many ways and has a positive effect on pregnancy outcomes, it has been seen that this issue has not been given enough attention yet. It is also seen that men do not have adequate access to this care for many reasons. These reasons; inadequacy of preconception care, lack of organization in clinical practice, financial inadequacies, lack of knowledge and awareness of women and men about preconception health. Considering the effect of men on pregnancy outcomes, it should not be forgotten that preconception care should be given to couples together and men also need preconception care. This care should not only be for women, all individuals of reproductive age should be included in preconception care.

GİRİŞ

Prekonsepsiyonel dönem sıklıkla konsepsiyon öncesi 1 yıllık süreç olarak kabul edilmektedir. Ancak, bu tanımın prekonsepsiyonel bakımın bütününe yansıtımda kısıtlı kaldığı düşünülmektedir (Stephenson ve ark., 2018). Prekonsepsiyone bakım ise, gebelik sonuçlarını geliştirmek amacıyla, kadına ve eşine/partnerine ait biyomedikal, davranışsal ve sosyal riskleri belirleyerek düzeltmeyi hedefleyen ve konsepsiyon öncesi gerekli girişimlerin uygulanmasını içeren koruyucu/önleyici girişimler bütünüdür. (World Health Organization-WHO, 2013).

Prekonsepsiyonel bakım temelde anne-bebek sağlığını geliştirmeye yönelik önlemleri içerse de kadınla birlikte eşinin de sağlıklı olması, adolesanlara, tüm kadın ve erkeklere sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılmasını da amaçlamaktadır (Frey ve Files, 2006; Coşkun, 2012; Kotelchuck ve Lu, 2017). Erkekler için prekonsepsiyonel bakım, olumlu gebelik sonuçlarına ulaşılması ve ileride sağlıklı aileler oluşması açısından oldukça önemlidir (Jeong-Kyu ve Moon-II, 2011). Hastalık Kontrol Merkezi (Center for Disease Control- CDC), üreme çağındaki tüm kadın ve erkeklerin üreme sağlığı açısından yüksek farkındalığa sahip olması gerektiğini belirtmektedir (Johnson ve ark., 2006). Ayrıca, CDC erkeklerin üreme sağlığı hizmetlerine ve prekonsepsiyonel bakıma ulaşımının artırılmasına yönelik çağrıda bulunmuş ve Healthy People 2020 hedefleri arasında bu konuya yer verilmiştir (Johnson ve ark., 2006; U.S. Department of Health and Human Services, 2020).

Gebeliğin oluşumunda ve gebelik sürecinde önemli rolü olmasına rağmen, erkeklerin prekonsepsiyonel sağlığına gereken önem verilmemekte, erkeklerin üreme sağlığı ve prekonsepsiyonel bakım ihtiyaçları sağlık bakımında nadiren göz önüne alınmaktadır (Frey, Engle ve Noble, 2012; Bodin ve ark., 2017). Thompson ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan araştırmanın sonuçlarına göre, prekonsepsiyonel dönemle ilgili bilgiler içeren internet sitelerinin önemli çoğunluğunun (%67) kadınlara yönelik prekonsepsiyonel bakıma yoğunlaştığı ve yalnızca kadın sağlığını geliştirmeye yönelik önerilerde bulunduğu görülmüştür (Thompson ve ark., 2017).

Bu derlemenin amacı; güncel literatür doğrultusunda erkeklere verilecek olan prekonsepsiyonel bakımın önemini, yararlarını, içeriğini incelemek ve bu bakımın verilmesinde var olan engelleri tartışarak konunun önemine dikkat çekmektir. Bu amaçla Science Direct, Pubmed, DergiPark, Google Scholar veri tabanlarında, “*prekonsepsiyonel bakım*”, “*erkek üreme sağlığı*”, “*preconception care*”, “*men’s reproductive health*” ve “*preconception care for men*” anahtar kelimeleri kullanılarak tarama yapılmıştır. Yayın dili Türkçe ya da İngilizce olan, 2006-2018 yılları arasında yayınlanmış makaleler özet ve tam metinleri değerlendirilerek konuya ilişkin olanlar içeriğin oluşturulmasında kullanılmıştır.

Erkekler İçin Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın Önemi

Erkeklerin prekonsepsiyonel dönemdeki sağlıksız yaşam davranışları, olumsuz gebelik sonuçlarına yol açabilmektedir (O’Brien ve ark., 2018). Son 20 yıldaki araştırmalar erkeklerin çocuk sağlığına birçok açıdan etki ettiğini göstermektedir (Garfield, 2018). Yapılan çalışmalar, erkeklerin prekonsepsiyonel dönemdeki sağlığı ve yaşam davranışlarının bebekte oluşan malformasyonlar ve doğum defektleriyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Agricola ve ark., 2016). Artan kanıtlar sperm kalitesi ve sayısının sigara kullanımı ve obezite gibi tanımlanmış birçok faktörden etkilendiğini göstermektedir (Bodin ve ark., 2017). Bu faktörlerin yanında sperm kalitesini ve sayısını etkileyen çevre ve iş yaşamı ile ilgili etkenler de bulunmaktadır (Kotelchuck ve Lu, 2017).

İtalya’da yapılan bir araştırmada, eşi gebe olan veya gebelik planlayan erkeklerin prekonsepsiyonel dönemdeki risk faktörleri incelenmiştir. Katılımcılarda belirlenen en önemli risk faktörleri ilaç kullanımı, yüksek beden kitle indeksi (BKİ), sigara kullanımı ve çevresel teratojenlere maruziyettir. Prekonsepsiyonel bakım planlanırken, erkeklerdeki risklerin ihmal edilmemesi, bakımın yalnızca kadına yönelik olmaması gerektiği belirtilmiştir (Agricola ve ark., 2016). Bu nedenle sağlıklı bir gebeliğin oluşumunda sadece kadının değil erkeğin de sağlıklı olmasının büyük önemi bulunmaktadır (Frey ve Files, 2006). Prekonsepsiyonel bakım erkeğin gebeliğe olan genetik ve biyolojik katkısını iyileştirmek, erkeği gebelik planlamasına dâhil etmek ve erkeğin genel sağlığını iyileştirmek açısından önemlidir (Casey ve ark., 2016).

Erkeklere Verilen Prekonsepsiyonel Sağlık Hizmetlerinin Yararları

Erkeklere verilecek prekonsepsiyonel bakımın yararları şu şekilde sıralanabilir (Jeong-Kyu ve Moon-Il, 2011; Frey ve ark., 2012; Van der Zee, De Wert, Steegers ve De Beaufort, 2013; Hurst ve Linton, 2015; Kotelchuck ve Lu, 2017; O’Brien, 2018);

- Tüm gebeliklerin planlı olmasını,
- Eşler arası ilişkinin iyileşmesini,
- Gebelik sonuçlarının iyileşmesini,
- Erkeğin ebeveynliğe psikolojik olarak hazırlanmasını,
- Erkeğin ve eşinin üreme sağlığının gelişmesini,
- Erkeğin sağlıklı yaşam davranışları kazanmasını,
- Erkeğin sperm kalitesinin ve sayısının daha iyi olmasını,
- Erkeğin birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşımını sağlayarak genel sağlığının iyileştirmesini ve hastalıklardan korunmasını,
- Çiftlere birlikte verilen danışmanlık ve aile planlaması hizmeti ile bilgilenmiş olarak karar vermelerini sağlar.

Yalnızca biyolojik değil tüm yönleri ile sağlıklı bir erkek doğacak çocuğa güçlü bir rol model oluşturacak, çocuğun duygusal ve davranışsal gelişimine katkı sağlayacaktır. Çocuk sahibi olmayı planlayan erkeklerin, her açıdan sağlıklı olması doğacak bebeğe gelebilecek zararları engelleyecektir (Warner ve Frey, 2013; O’Brien ve ark., 2018).

Erkeklere Verilen Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın İçeriği

Erkeklere sunulan prekonsepsiyonel bakım, gebelik sonuçlarını iyileştirmek için yapılan koruyucu girişimlere odaklanmakta (Choiriyyah ve ark., 2015) risk değerlendirmesi, sağlığı geliştirme, klinik ve psikososyal girişimler etrafında toplanmaktadır (Frey ve ark., 2012). Bu doğrultuda bir prekonsepsiyonel bakım görüşmesinde erkeklere verilmesi gereken sağlık hizmetleri Tablo I. de belirtilmektedir (Frey, Navarro, Kotelchuck ve Lu, 2008; Frey, 2010; Warner ve Frey, 2013; Choiriyyah ve ark., 2015; Hurst ve Linton, 2015; Frayne, 2017):

Tablo I. Erkeklere Sunulması Gereken Prekonsepsiyonel Bakımın İçeriği

Risk Değerlendirmesi

- Aile öyküsü alınarak genetik değerlendirme yapılması
- Tıbbi ve cerrahi öykü alınması
- Riskli davranışların (alkol- tütün kullanımı vb.) ve ilaç kullanımının sorgulanması
- Sosyal öykü alınması (teratojenlere, strese maruziyet vb.)
- Üreme yaşamının değerlendirilmesi (kaç çocuğu olduğu, kaç çocuk sahibi olmayı planladığı, daha önce gebelikle ilgili sorun yaşayıp yaşamadığı vb.)
- Fizik muayene ve laboratuvar testleri
- Psikolojik sağlığın ve ebeveynliğe hazırlığın değerlendirilmesi

Sağlığı Geliştirme

- Beslenmenin düzenlenmesi
- Kronik hastalıkların yönetimi
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma
- Düzenli egzersiz ve fiziksel aktivite
- Strese maruziyetin azaltılması
- Varsa riskli davranışların azaltılması (alkol- tütün kullanımı, ilaç kullanımı vb.)

Klinik ve Psikososyal Girişimler

- İstenmeyen gebelikleri önlemek için aile planlaması hizmetleri
- Gebelik planlanıyorsa fertiliteye etki edebilecek durum ve davranışların konuşulması
- Tespit edilen riskler ve sorunlar için uygun girişimlerin yapılması

Kronik hastalıkların yönetimi kadın için olduğu kadar erkek içinde önemlidir. Örneğin; hipertansiyon ve diyabet erkeğin cinselliğini etkileyebilmektedir. Kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan birçok ilaç erektil disfonksiyon, cinsel isteksizlik ve libidoda değişim gibi etkiler yaratabilir. Örneğin; hipertansiyon için kullanılan beta blokör ve diüretikler spermleri sayıca ve kalite olarak etkilemektedir (Hurst ve Linton, 2015).

Erkeklerle Prekonsepsiyonel Hizmetlerin Verilmesindeki Engeller

Erkeklerin prekonsepsiyonel bakımdan faydalanması birçok açıdan önemli olmasına ve gebelik sonuçlarına olumlu etki yapmasına rağmen, bu konuya henüz yeterince önem verilmemektedir. Ayrıca, birçok nedenlerden dolayı erkeklerin bakıma yeterince ulaşamadığı görülmektedir. Erkeklerin prekonsepsiyonel bakıma ulaşımında bazı engeller bulunmaktadır. Bunlar; prekonsepsiyonel bakımın bireylere ulaştırılmasına yetersizlik, klinik uygulamadaki organizasyon eksikliği, hem kadınlarda hem erkeklerde prekonsepsiyonel sağlık hakkındaki bilgi ve farkındalığın yetersiz olması ve finansal yetersizlikler şeklinde sıralanmaktadır (Jeong-Kyu ve Moon-Il, 2011).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan bir çalışmada erkeklerin önemli bir çoğunluğunun (%60) prekonsepsiyonel bakım ihtiyacı içinde olduğu belirlenmiştir (Choiriyah ve ark., 2015). Aynı ülkede yapılan bir başka çalışmada da 35-39 yaş arası erkeklerin %40'ının aile planlaması hizmetlerine, %33'ünün prekonsepsiyonel bakıma, %12'sinin her iki hizmete birden ihtiyacı olduğu belirlenmiştir (Casey ve ark., 2016). Ayrıca Hollanda'da yapılan bir çalışmada hem kadınların hem de erkeklerin, prekonsepsiyonel dönem de dâhil olmak üzere, gebelik sürecine erkeklerin daha çok dâhil olması gerektiğini düşündüğü görülmüştür (Poels, Koster, Franx ve Van Stel, 2017). Bu durum erkeklerin de prekonsepsiyonel bakım kapsamında ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Erkekler için prekonsepsiyonel bakımın gerekliliğine rağmen, prekonsepsiyonel dönemdeki erkek sağlığına birçok uzman tarafından yeterli önem verilmemektedir (O'Brien ve ark., 2018). Oysaki erkeklerin prekonsepsiyonel hizmetlere olan ihtiyacı çalışmalarla kanıtlanmıştır. Hollanda'da yapılan bir çalışmada erkekler, prekonsepsiyonel bakım alma isteği daha fazla olan gruplardan biri olarak belirlenmiştir (Temel ve ark., 2015). İsveç'te yapılan bir çalışmada katılımcıların %81'i gebeliğin planlı olduğunu ifade etmesine rağmen yalnızca %17'sinin yaşam davranışlarında değişikliğe gittiği görülmüştür (Bodin ve ark., 2017). Erkeklerin prekonsepsiyonel sağlığının ihmal edilmesi ve yeterince bakıma ulaşamaması klinik organizasyon eksikliğine işaret etmektedir.

Erkeklerle verilecek prekonsepsiyonel bakımın sunumunda yaşanan bir başka önemli sorun ise bu bakımın nasıl ve kim tarafından verileceği konusunda görüş birliği bulunmamasıdır (Warner ve Frey, 2013; O'Brien ve ark., 2018). Konu ile ilgili ABD'de 18-45 yaş arası erkeklerle yapılan bir çalışmada erkeklerin çoğunluğu (%75) prekonsepsiyonel bakımı aile hekiminden almayı tercih edeceğini ifade etmiştir (Frey ve ark., 2012). Tüm bunların yanında sağlıklı bir gebelik süreci için yapılması gereken prekonsepsiyonel dönemdeki laboratuvar testleri,

aşılama programı, kadın ve erkeğin gebelik planlamasına yönelik üzerinde anlaşma sağlanmış kılavuzlar bulunmamaktadır. Prekonsepsiyonel dönemde erkek sağlığı üzerine daha fazla araştırma yapılması gereklidir (Jeong-Kyu ve Moon-II, 2011). Bunlara ek olarak, kanıtlar birçok erkeğin prekonsepsiyonel dönemde yapılması gerekenler ve fertilite konusu hakkında yeterli bilgisinin olmadığını göstermektedir (Bodin ve ark., 2017). Ürdün’de yürütülen bir çalışmada evli erkek ve kadınların prekonsepsiyonel bakıma yönelik farkındalıkları incelenmiştir. Kadın ve erkeklerin %58’i prekonsepsiyonel dönemdeki kadın sağlığının fazlasıyla önemli olduğunu belirtirken, kadınların yalnızca %39,5’i ve erkeklerin ise yalnızca %32,7’si erkek sağlığının gebelik sonuçlarına ciddi etkisi olduğunu ifade etmiştir. Kadın ve erkeklerin prekonsepsiyonel bakıma yönelik farkındalıklarının orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Al-Akour, Sou’Ub, Mohammad ve Zayed, 2015). ABD’de 18-45 yaş arası erkeklerle yapılan bir çalışmada, neredeyse tüm erkeklerin (%93,2) prekonsepsiyonel dönemde sağlıklarını iyileştirmenin önemini farkında olduğu ancak konu hakkında bilgilerinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, çalışmaya katılan erkeklerin yalnızca %8,3’ünün prekonsepsiyonel sağlıkları ile ilgili doktoruna danıştığı belirlenmiştir (Frey ve ark., 2012). Yine ABD’de yapılan başka bir çalışmada üreme çağındaki kadın ve erkeklerin prekonsepsiyonel sağlık ile ilgili farkındalıkları incelenmiştir. Erkeklerin %52’sinin prekonsepsiyonel dönemdeki sağlıkla ilgili herhangi bir şey duymadığı ve erkeklerin prekonsepsiyonel dönemde kaçınılması gereken davranışları kadınlara göre daha az oranda bildiği belirlenmiştir (Mitchell, Levis ve Prue, 2012).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Erkeklerin prekonsepsiyonel dönemdeki sağlığı, eşinin/partnerinin gebelik sonuçlarını ve doğacak çocuğun gelişimini etkilemektedir. Ancak erkeklere verilen prekonsepsiyonel bakımın yeterli olmadığı ve erkeklerin bu bakımdan yeterince yararlanmadığı bilinmektedir. Erkeklere prekonsepsiyonel bakımın ulaştırılmasındaki engeller ise hizmet yetersizliği, klinik organizasyon eksikliği, prekonsepsiyonel sağlık hakkında bilgi ve farkındalığın yeterli düzeyde olmaması ve finansal yetersizlikler şeklinde sıralanmaktadır.

Erkeklerin gebelik sonuçları üzerine olan etkisi düşünüldüğünde; prekonsepsiyonel bakımın çiftlere birlikte verilmesi gerektiği, erkeklerin de prekonsepsiyonel bakıma ihtiyacı olduğu unutulmamalı, üreme çağındaki tüm bireyler bakım kapsamına dâhil edilmelidir. Araştırmacılar,

erkeklerin prekonsepsiyonel dönemdeki sağlığına yönelik konuları daha fazla ele almalı ve alanda eksik kalan konulara katkıda bulunmalıdır. Klinisyenler ise hem kadınların hem de erkeklerin prekonsepsiyonel bakıma ulaşması konusunda daha fazla çaba göstermesi ve konuyla ilgili bilgilerini güncel tutması önemlidir.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author

Contributions:Fikir/kavram:MB, HA; Tasarım: MB, HA; Danışmanlık: HA; Veri toplama ve/veya Veri İşlem: - Analiz ve/veya Yorum: - Kaynak tarama; MB; Makalenin Yazımı: MB; Eleştirel inceleme: HA, MB.

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Araştırmacılar herhangi bir çıkar çatışması belirtmemişlerdir.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Bu araştırma için finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Agricola, E., Gesualdo, F., Carloni, E., D’Ambrosio, A., Russo, L., Campagna, I., et al. (2016). Investigating paternal preconception risk factors for adverse pregnancy outcomes in a population of internet users. *Reprod Health*, 13 (1), 37. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0156-6>
- Al-Akour, N.A., Sou’Ub, R., Mohammad, K. & Zayed, F. (2015). Awareness of preconception care among women and men: a study from Jordan. *J Obstet Gynaecol*, 35 (3), 246-250. Doi: <https://doi.org/10.3109/01443615.2014.958145>
- Bodin, M., Kall, L., Tyden, T., Stern, J., Drevin, J. & Larsson M. (2017). Exploring men’s pregnancy-planning behaviour and fertility knowledge:a survey among fathers in Sweden. *Ups J Med Sci*, 122 (2), 127-135. Doi: <https://doi.org/10.1080/03009734.2017.1316531>
- Casey, F.E., Sonenstein, F.L., Astone, N.M., Pleck, J.H., Dariotis, J.K. & Marcell, A.V. (2016).

- Family planning and preconception health among men in their mid-30s: developing indicators and describing need. *Am J Mens Health*, 10 (1), 59-67. Doi: <https://doi.org/10.1177/1557988314556670>
- Choiriyyah, I., Sonenstein, F.L., Astone, N.M., Pleck, J.H., Dariotis, J.K. & Marcell, A.V. (2015). Men aged 15–44 in need of preconception care. *Maternal Child Health J*, 19 (11), 2358-2365.
Doi: <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1753-7>
- Coşkun, A. (2012). Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık: kadın yaşamındaki yeri ve önemi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (KUHEAD)*, 8 (3), 8-15.
- Frayne, D.J. (2017). Preconception care is primary care: a call to action. *Am Fam Physician*, 96 (8), 492-494.
- Frey, K.A. (2010). Male reproductive health and infertility. *Prim Care Clin Office Pract*, 37 (3), 643–652. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2010.04.005>
- Frey, K.A., Engle, R. & Noble, B. (2012). Preconception healthcare: what do men know and believe? *Am J Mens Health*, 9 (1), 25-35. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jomh.2011.11.001>
- Frey, K.A. & Files, J.A. (2006). Preconception healthcare: what women know and believe. *Maternal Child Health J*, 10 (1), 73-77. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10995-006-0110-2>
- Frey, K.A., Navarro, S.M., Kotelchuck, M. & Lu, M.C. (2008). The clinical content of preconception care: preconception care for men. *Am J Obstet Gynecol*, 199 (6 Suppl 2), 389-395.
Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.10.024>
- Garfield, C.F. (2018). Toward better understanding of how fathers contribute to their offspring's health. *Pediatrics*, 141 (1), 1-3. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3461>
- Hurst, H.M. & Linton, D. (2015). Preconception care: planning for the future. *J Nurse Pract*, 11 (3), 335-340.
- Jeong-Kyu, H. & Moon-II, P. (2011). The concepts and necessity of preconception care for men. *J Korean Med Assoc*, 54 (8), 808-817. Doi: <https://doi.org/10.5124/jkma.2011.54.8.808>
- Johnson, K., Posner, S.F., Biermann, J., Cordero, J.F., Atrash, H.K., Parker, J.S & et al. (2006). Recommendations to improve preconception health and health care United States. CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 55 (4), 1-23.
- Kotelchuck, M. & Lu, M. (2017). Father's role in preconception health. *Maternal Child Health J*, 21 (11), 2025-2039. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2370-4>
- Mitchell, E.W., Levis, D.M. & Prue, C.E. (2012). Preconception health: awareness, planning, and communication among a sample of us men and women. *Maternal Child Health J*, 16 (1), 31-39.
Doi: <https://doi.org/10.1007/s10995-010-0663-y>
- O'Brien, A. (2018). Men's preconception healthcare. *Aust Nurs Midwifery J*, 26 (1), 22.
- O'Brien, A., Hurley, J., Linsley, P., McNeil, K.A., Fletcher, R. & Aitken, J.R. (2018). Men's preconception health: a primary health-care viewpoint. *Am J Mens Health*, 12 (5), 1575-1581.
Doi: <https://doi.org/10.1177/1557988318776513>
- Poels, M., Koster, M.P.H., Franx, A. & Van Stel, H.F. (2017). Healthcare providers' views on the delivery of preconception care in a local community setting in the Netherlands. *BMC Health Serv Res*, 17, 92-101. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2051-4>
- Stephenson, J., Heslehurst, N., Hall, J., Schoenaker, D.A.J.M., Hutchinson, J., Cade, J.E., et al. (2018). Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *Lancet*, 391 (10132), 1830–1841.
- Temel, S., Erdem, Ö., Voorham, T.A.J.J., Bonsel, G.J., Steegers, E.A.P. & Denktaş, S. (2015). Knowledge on preconceptional folic acid supplementation and intention to seek for preconception care among men and women in an urban city: a population based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, 340. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0774-y>
- Thompson, E.L., Vazquez-Otero, C., Vamos, C.A., Marhefka, S.L., Kline, N.S. & Daley, E.M. (2017). Rethinking preconception care: a critical, women's health perspective. *Maternal Child Health J*, 21 (5), 1147-1155.

Doi: <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2213-8>

U.S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2020 objectives. (Site last updated: 10/14/2021). Erişim: <https://www.healthypeople.gov/2020/>

Van der Zee, B., De Wert, G., Steegers, E. & De Beaufort, I. (2013). Ethical aspects of paternal preconception lifestyle modification. *Am J Obstet Gynecol*, 209 (1): 11–16. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.01.009>

Warner, J.N. & Frey, K.A. (2013). The well-man visit: addressing a man's health to optimize pregnancy outcomes. *J Am Board Fam Med*, 26 (2): 196-202. Doi: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2013.02.120143>

World Health Organization-WHO. (2013). Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity. Meeting Report, Geneva. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78067>