



ISSN: 2458-7621

**KADIN SAğLIğI HEMŞİRELİğİ DERGİSİ
KASHED**

**JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING
JOWHEN**

YIL (YEAR): 7 CİLT (VOLUME): 7 SAYI (NUMBER) 2

TEMMUZ (JULY) 2021

<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)

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERNEĞİ (KASHD) YAYIN ORGANI

Cilt 7, Sayı 2, Temmuz 2021

*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

DERGI 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
- Kanseler
- 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. İlkey 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	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Prof.Dr. Gülcihan AKKUZU	Çankırı Karatekin Üniversitesi
Prof. Dr. Hilmiye AKSU	Adnan Menderes Üniversitesi
Prof. Dr. Aygül AKYÜZ	Bilim Üniversitesi
Prof. Dr. Ergül ASLAN	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER	Erciyes Üniversitesi
Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ	Biruni Üniversitesi
Prof. Dr. Anahit COŞKUN	Haliç Üniversitesi
Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ	Marmara Üniversitesi
Prof. Dr. Emel EGE	Necmettin Erbakan Üniversitesi
Prof. Dr. Nilüfer ERBİL	Ordu Üniversitesi
Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN	Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Kafiye EROĞLU	Koç Üniversitesi
Prof. Dr. Gülşen ERYILMAZ	Atatürk Üniversitesi
Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI	Lokman Hekim Üniversitesi
Prof. Dr. Kamile KABUKÇUOĞLU	Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU	Maltepe Üniversitesi
Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ	İstanbul Aydın Üniversitesi
Prof. Dr. Özen KULAKAÇ	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Prof. Dr. Ümran OSKAY	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN	S.Zaim Üniversitesi
Prof. Dr. Nebahat Özerdoğan	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN	Pamukkale Üniversitesi
Prof. Dr. Sevgi ÖZSOY	Adnan Menderes Üniversitesi
Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU	Sanko Üniversitesi
Prof. Dr. Gülay RATHFISCH	Biruni Üniversitesi
Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN	Arel Üniversitesi
Prof. Dr. Lale TAŞKIN	Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU	Atılım Üniversitesi
Prof. Dr. Saadet YAZICI	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Prof. Dr. Hatice YILDIZ	Marmara Üniversitesi

DÜZELTME

JOWHEN Journal of Women's Health Nursing Volume7 Number:1,2021/KASHED /Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi Cilt:7 (1),Mart 2021 sayısında, derginin kapağında derginin ayı TEMMUZ (MARCH) olarak çıkmış olup MART (MARCH) olarak düzeltilmiştir. Ayrıca aynı sayının "dergi hakkında" bölümünde Cilt 7, Sayı 1, Temmuz 2021 olarak belirtilen tarih Cilt 7, Sayı 1, Mart 2021olarak düzeltilmiştir.

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/uygulanmasına, 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. Yayımdan 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 bir 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)a 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 yüklenmeden önce aşağıdaki kontrol listesi tamamlanmalıdır.

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ 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 örnekleme: 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 örnekleme nasıl yapıldığı, hangi örnekleme yöntemi kullanılarak seçim yapıldığı ve örneklem büyüklüğünün nasıl hesaplandığı açıklanmalıdır.

Veri Toplama Araçları: Veri toplama araçlarının her biri ayrı ayrı tanımlı ve geçerlik-güvenlik bilgileri verilmelidir. Diğer çalışmacıların sonuçları yineleyebilmesi 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. Makalenin 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 ilgili 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 atf 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

Yazılarla 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)

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

Alti 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 atf 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 kullanılabilecek 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.

KADIN SAğLIğI HEMŞİRELİğİ DERGİSİ(KASHED) JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSİNG (JOWHEN)

İÇİNDEKİLER

Kapak Sayfası

Dergi Hakkında

Editörden

Makaleler

Derleme Makale

- | | |
|---|---------|
| Kadınların Cinsel Haklarını Kullanım Durumu ve Hemşirenin Rolü
<i>Women's Sexual Rights Use Status And The Role Of The Nurse</i>
Dicle Filiz YILDIRIM, Sevgi ÖZSOY | 120-134 |
| Kadın Cinsel Sağlığının PLISSIT Modeli ile Değerlendirilmesi
<i>Evaluation of Women's Sexual Health with the PLISSIT Model</i>
Emine TEMİZKAN SEKİZLER, ZEYNEP DAŞIKAN | 135-148 |
| Adölesan ve Gençlerde Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı: Etkileyen Faktörler ve Sorunlar
<i>Sexual and Reproductive Health in Adolescents and Youth: Affecting Factors and Problem</i>
Zeynep OğUL | 149-165 |
| Engelli Kadınlarda Doğum Öncesi Bakım
<i>Disability Women For Prenatal Care</i>
Mizgin CEBE, Hilmiye AKSU | 166-183 |

Değerli Meslektaşlarımız ve Okuyucularımız,

Hemşireler ve ebelerimizin COVID-19 pandemisindeki işlevleri yoğunluğunu sürdürmektedir. Bu önemli süreçte biz de KASHED olarak meslektaşlarımızın bilimsel gelişme ve güncellenmelerine katkıda bulunma misyonumuzu sürdürüyoruz.

Bu sayımızda Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı (CSÜS) ile ilgili kapsamlı çalışmalara yer verdik. Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda (International Conference on Population and Development Program of Action, ICPD) ilk kez ele alınmış olan bu kavram, günümüzde Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (Sustainable Development Goals, SDG - SKH) kapsamında hala gündemde olan bir konudur (ICPD, 1994; United Nations, 2015c). Toplumdaki ger yaştaki bireyin CSÜS'nin korunması ve geliştirilmesi, varsa sorunlarının önlenmesi için gerekli eğitim, danışmanlık ve hizmet sunumu sağlık bakım sunucularının temel görevlerindedir. Ayrıca hemşireler ve ebeler CSÜS politikalarını etkilemek ve gereksinim duyanlara hizmet sunumu sağlamak için iyi bir konuma sahiptir. Bu kapsamda, "Kadınların Cinsel Haklarını Kullanım Durumu Ve Hemşirenin Rolü", "Kadın Cinsel Sağlığının PLISSIT Modeli ile Değerlendirilmesi", "Adölesan ve Gençlerde Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı: Etkileyen Faktörler ve Sorunlar" ve Engelli Kadınlarda Doğum Öncesi Bakım" başlıklı dört özel derlemeyi sizlerle paylaşıyoruz.

Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı alanına ve bakıma katkı ve yeni güncel bilgiler ekleyeceğine inandığımız bu yazıları ilgiyle okuyacağınızı umuyoruz. KASHED dergisini DergiPark sistemi içinde tüm sayılarına ve arşivine bu sayfadan ulaşabilmektedir (<http://dergipark.gov.tr/kashed>). KASHED dergimizin ulusal indekslerde taranabilmesi için çalışmalarımızı sürdürmekteyiz. Sizler de kaliteli ve özgün çalışmalarınız KASHED dergisine göndererek bu sürecin hızlanmasına katkı verebilirsiniz.

Çalışmalarınız ile daha güçleneceğimize inanıyoruz, katkılarınız için şimdiden teşekkür Saygılarımızla.

Editör

Prof. Dr. Nevin H. Şahin

Kadınların Cinsel Haklarını Kullanım Durumu ve Hemşirenin Rolü

Dicle Filiz YILDIRIM¹, Sevgi ÖZSOY²

Women's Sexual Rights Use Status And The Role Of The Nurse

ÖZ

Cinsel haklar, tüm insanların mümkün olan en yüksek standartlarda cinselliği erişimi olarak tanımlanmaktadır. Temel insan haklarının bir parçası olan cinsel hakların ortaya çıkışı 20.yy'a uzanmaktadır. Kadını yaşamı boyunca birçok komplikasyondan koruyan, kadının fiziksel, psikolojik ve cinsel sağlığının bütünlüğünü güvenceye alan cinsel hakların kadınlar tarafından aktif kullanılması gerekmektedir. Kadınların cinsel haklarını kullanımını ise etkileyen birçok faktör bulunmakta ve bu faktörler çoğunlukla cinsel hakların kullanımını olumsuz etkileyebilmektedir. Cinsel hakların aktif kullanılmadığı durumlarda erken yaşta evlilik, adolesan gebelik, tecavüz, cinsel istismar, istenmeyen gebelik ve/veya düşükler ortaya çıkabilecek sorunlardan birkaç tanesidir. Bu nedenle sağlık profesyoneli olan hemşire cinsel hakların kullanımının artırılması için aktif rol oynamalıdır. Bu derlemenin amacı da cinsel haklar kapsamında literatürün taranması ve kadınların cinsel haklarını kullanım durumunun ilişkilendirilerek incelenmesidir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirenin rolü; kadın sağlığı; kadın hakları; insan hakları; cinsel suçlar.

ABSTRACT

Sexual rights are defined as the access of all people to the highest possible standards of sexuality. The emergence of sexual rights, which are a part of fundamental human rights, dates back to the 20th century. The sexual rights that protect the woman from many complications throughout her life and ensure the integrity of her physical, psychological and sexual health should be actively used by women. There are many factors affecting the exercise of women's sexual rights, and these factors often negatively affect the exercise of sexual rights. In cases where sexual rights are not exercised actively, early marriage, adolescent pregnancy, rape, sexual abuse, unwanted pregnancy and / or miscarriage are some of the complications that may occur. For this reason, the nurse, who is a health professional, plays an active role in increasing the exercise of sexual rights. The purpose of this review is to scan the literature within the scope of sexual rights and to examine women's sexual rights by associating them. **Keywords:** Nurse's role; women's health; women rights; human rights; sex offenses.

¹ Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Ar. Gör.

² Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum- Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD- Aydın, Prof. Dr.

Sorumlu Yazar: Araş. Gör. Dicle Filiz YILDIRIM¹ e-mail: diclefiliz.35@gmail.com ORCID: 0000-0002-7987-2586

²Sevgi ÖZSOY, Prof. Dr. e-mail: sevgiuzsoy09@gmail.com ORCID: 0000-0002-8851-8140

Geliş Tarihi:15.08.2021 **Kabul Tarihi:** 17.08.2021

Extended Abstract

Sexual rights are an issue addressed within the scope of human rights. It was first announced in Spain in 1997 with the Declaration of Sexual Rights, and in 1999 it was adopted in Hong Kong. It was revised for the last time in 2014 and took its final form. Sexual rights that affect women's health in many ways consist of 16 subtitles. These; freedom from equality and discrimination, life, freedom and security of the individual, autonomy and bodily integrity, freedom from torture and cruel and degrading behavior and punishment, freedom from all forms of violence and oppression, privacy and privacy, pleasurable, satisfying and safe sexual experience to have the highest attainable health standard, including sexual health, to benefit from scientific developments and their application areas, to be informed and informed, and to engage in and maintain relationships based on education and comprehensive sexual ethics, equality and independent full consent the right to freedom of thought, opinion and expression, freedom of peaceful assembly, communication and association, in the public sphere and in political life. the right to take part, justice, treatment and regulation. Although women have these rights, they cannot fully use most of them. Not being able to make their own sexual and reproductive decisions, female genital mutilation, adolescent marriages, sexual violence and abuse, failure to protect their sexuality, unwanted pregnancies, forced marriages due to stigmatization, not being able to benefit from scientific developments, not being offered equal opportunities in political life. It can be shown as an example of a violation. Despite all these violations, there are also positive situations. Compared to other rights, women use their right to freedom of peaceful assembly, communication and association more effectively, but determining the rights that cannot be used and the problems caused by them is a very important issue for women's health. Nurses who provide holistic care in many areas related to women's health also have roles of advocacy, education and gaining sexual rights. The purpose of this review is to examine the status of women exercising their sexual rights and the role of the nurse in this field.

Giriş

Temel insan haklarının ayrılmaz bir parçası olan cinsel haklar, 16 alt başlıktan oluşmakta olup kadın sağlığını büyük ölçüde etkilemektedir (UNFPA, 2019b). Özgürlük, otonomi, mahremiyet, eşitlik, haz, beden bütünlüğü ve güvenliği gibi konuları içeren cinsel

hakların, cinsel sağlığın bir bütün olarak sağlanabilmesi için bilinmesi ve kullanılması gerekmektedir (World Association for Sexual Health (WAS), 2008).

Cinsel hakların kullanılmasını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler arasında cinsiyet, dil, din, ulusal köken, ırk, refah durumu, yaş, ekonomik durum, yasalar ve kültür yer almaktadır (Özcan, Berkiten Ergin ve Acar, 2013; UNFPA, 2019a). Cinsel hakların kullanılmaması ya da kullanılmaması hem erkekleri hem de kadınları olumsuz etkilemektedir. Örneğin erkekler, cinsel seçimlerinden dolayı yargılanma, çocukluğunda geleneksel uygulamalara maruz kalarak mahremiyetini koruyamama gibi bazı durumlarla karşılaşırken, kadınlar erken yaşta evlilik, adölesan gebelik, tecavüz, istismar, şiddet, sömürü, cinayet vb. gibi birçok durumla ve daha sıklıkla karşılaşmaktadır (Özcan, Berkiten Ergin ve Acar, 2013; UNFPA, 2020a).

Cinsel haklar tam anlamıyla kazanıldığında ve kullanıldığında hem bireysel hem de toplumsal refah düzeyi yükselir, negatif durumlar kontrol altına alınabilir (WAS, 1999). Bu nedenle kadınların sahip oldukları cinsel haklardan haberdar olması sağlanmalı ve bu hakların kullanımının teşvik edilmesi gerekmektedir. Bu amaç doğrultusunda atılacak adımlar arasında cinsel hakların güvenceye alınması, eğitim koşullarının iyileştirilmesi, ulusal ve uluslararası politikada kapsamlı bir yaklaşım benimsenmesiyle birlikte kadınların cinsel haklarını kullanım durumunun belirlenmesi yer almaktadır (Germain, 2014; UNFPA, 2019b). Ancak günümüzde genellikle kadınlara yönelik cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine odaklanılmış, kadınların haklarını kullanım durumu ve bu konudaki özgürlükleri ihmal edilmiştir (UNFPA, 2019b).

Bu derlemenin amacı da cinsel haklar kapsamında literatürün taranması ve kadınların cinsel haklarını kullanım durumunun ilişkilendirilerek incelenmesidir. Bu amaçla, Ekim 2020 - Ocak 2021 tarihleri arasında, Science Direct, Pubmed, DergiPark, Google Scholar veri tabanlarında, "sexual rights", "human rights", "women's rights", "women's health", "cinsel haklar", "insan hakları" ve "kadın sağlığı" anahtar kelimeleri ile 1997 yılında cinsel haklar bildirgesinin kabulünden itibaren yayınlanan makale ve raporlar taranmıştır.

Cinsel Hakların Tarihsel Gelişimi

Evrensel olarak insanların hak ve özgürlüklerine karşı saygı duyulmasını belirten ve 1948 yılında ilan edilen insan hakları ile cinsel haklar kavramı için oldukça önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün, 1975 yılında, cinsel haklar kavramının tanımını yapması, Kahire'de 1994 yılında düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, Pekin'de Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, cinsel haklar adına önemli gelişmelerdir (World Health Organization, 2015;

“Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu,” 1995). Bu gelişmelerin ardından 1997 yılında İspanya’da gerçekleşen 13. Dünya Seksoloji Kongresi’nde Cinsel Haklar Bildirgesi duyurulmuş, ardından 1999 yılında Hong-Kong’da bu bildirme kabul edilmiş ve 2014 yılında da revize edilmiştir (WAS, 2014) .

Ülkemiz de, cinsel haklar ile ilgili birçok sözleşmeye imza atarak bu konuya dair duyarlılığını ortaya koymaktadır. İnsan Haklarını 27 Mayıs 1949’da, Kadına Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi (CEDAW) adlı uluslararası sözleşmeyi 1985’te (Börü, 2017), Birleşmiş Milletler tarafından 2015 yılında belirlenen Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ’ne Türkiye’nin de dahil olması, imzalanan sözleşmeler ile aynı paralelde gerçekleşen ve cinsel hakları ilgilendiren diğer gelişmelerdir (<https://www.tr.undp.org/content/turkey/en/home/>).

Cinsel Haklar ve Hakların Kullanımı

Cinsellikle ilgili özgürlüğü koruma altına alan, bireyi özellikle de kadını her türlü şiddet, ayrımcılık ve baskıya karşı koruyan Cinsel Haklar Bildirgesi, 1997 yılında İspanya’da gerçekleşen 13.Dünya Seksoloji Kongresi’nde ele alınmış, 1999 yılında ise Hong- Kong’da kabul edilmiştir (WHO, 2002, 2017; WAS,2014). Dünya Cinsel Sağlık Birliği (WAS) tarafından en son revize edilmiş haliyle 16 maddeden oluşan cinsel hakları ve bu hakların kullanım durumunun tek tek ele alarak incelenmesi konunun öneminin anlaşılmasına yarar sağlayacaktır.

1. Eşitlik ve ayrımcılığa maruz kalmama hakkı: Eşitlik ve ayrımcılığa maruz kalmama hakkı herhangi bir dil, din, ırk, bedensel engel, cinsiyet, yaş, sosyoekonomik durum, doğum, cinsel yönelim gibi durumlardan dolayı fark gözetmeksizin hakların kullanımını ifade etmektedir (WAS, 2014). Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA)’nun 2020 yılında yayınlamış olduğu raporda, 57 ülkeden 15-49 yaş grubundaki evli veya bir birliktelik içinde olan kadınların sadece %55’inin, kendi cinsel ve üreme ile ilgili kararlarını verebildikleri belirtilmiştir. Bu raporda ayrıca yaşı büyük kadınların adölesanlara göre, eğitilmiş, kentte yaşayan ve sosyoekonomik durumu daha iyi olan kadınların ise, kırsalda yaşayan, sosyoekonomik durumu, eğitim seviyesi daha düşük olan kadınlara göre, kendi kararlarını verebilme olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (UNFPA, 2020a). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre ise, ülkemizde kadınların ancak %49,8’i kontraseptif kullanımına, cinsel ilişki ve üreme sağlığıyla ilgili kararları kendileri vermektedir. Kadınlar daha doğmadan ayrımcılığa maruz kalmaktadır. Bugün erkek çocuk tercihi nedeniyle yaptırılan zorla kürtajlar veya kız

çocuklarının kötü yaşam koşullarının daha fazla etkisine kalmasından dolayı dünyada 140 milyondan fazla kadının eksik olduğu belirtilmektedir (UNFPA, 2020b). Aynı zamanda birçok ülkede kız çocuklarının erkek çocuklarına göre yetersiz beslenmesi de, kötü yaşam koşullarına maruz kaldıklarını göstermektedir. Ülkemizde bu konuyla ilgili en temel örneklerden birisi kız ve erkek çocuklar arasındaki ortanca emzirme süresinin farklılığıdır. TNSA 2018 verilerine göre, ortanca emzirme süresi 16,4 ay iken erkek çocuklarında bu süre 18 ay olarak tespit edilmiştir. Raporlardaki çeşitli veriler kadınların bu hakkı tam anlamıyla kullanamadığını açıkça göstermektedir.

2. Bireyin yaşama, özgürlük ve güvenlik hakkı: Bireylerin cinsel haklarının keyfi bir biçimde kısıtlanamayacağı, cinsel yönelim, karşılıklı rıza ile cinselliğin yaşanması, cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimin sağlanması bu hak kapsamında yer almaktadır (WAS, 2014). Bu hak ile ilgili olarak Türkiye Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması'nda ülke genelindeki kadınların %8,9'u istemediği halde korktuğu için cinsel ilişkiye girdiği belirtilmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2015). Kadınların cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimi de kısıtlıdır. TNSA 2018 verilerine göre kadınların %60'ı kendi sağlık bakımlarıyla ilgili kararları eşleriyle birlikte almaktayken kararlarını tek başına alan kadınların oranı %35'tir. Bu durum, sağlık bakımı alırken bile, kadınların tam anlamıyla özgür olmadıklarını göstermektedir. Benzer şekilde, cinsel yönelimi farklı olan bireylerin cinsel sağlık hizmetlerine erişimi de zor olmaktadır. Transseksüel bireylerle yapılan bir çalışmada bireylerin dış görünüşleriyle ilgili damgalanmalarının, cinsel sağlık hizmetlerine ulaşmalarında önemli bir engel oluşturduğu belirtilmektedir (Karataş ve Buzlu, 2018). Bireylerin karşılaştıkları bu durumlar yaşama, özgürlük ve güvenlik hakkını kullanmalarına engel olmaktadır.

3. Özerklik ve bedensel bütünlük hakkı: Özerklik ve bedensel bütünlük hakkı bireylerin vücut bütünlüğü ve cinselliğiyle ilgili konuları kapsamaktadır. Bu hak bireylerin partner seçebilmelerini, cinsellikle ilgili test, tedavi, operasyon veya araştırmalardan önce özgür bir şekilde bilgilendirilmiş olununun alınmasını kapsamaktadır (WAS, 2014). Küresel bir sorun olan çocuk yaşta ve zorla evlilik, bu hakkın ihlali kapsamında yer almaktadır. Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu'nun (UNICEF) 2020 verilerine göre dünyada gerçekleşen çocuk evliliklerinde, kız çocuklarının erkek çocuklarına göre 6 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir. Müdahale edilmediği takdirde, 2030 yılında 120 milyondan fazla kız çocuğunun 18 yaşın altında evlenmiş olacağı tahmin edilmektedir. Ülkemizde de erken yaşta evlilikler ve zorla evlilikler önemli bir sorundur. Türkiye Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet

raporuna göre 18 yaşın altında gerçekleşen evliliklerin %20'si kadınların onayı alınmadan gerçekleşmektedir. Ülkemizde adölesan evliliklerle ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında erken yaşta evlenen kadınların erken evlenmesine neden olan en önemli faktörün aile baskısı olduğu, kadınların evliliklerle ilgili fikirleri sorulmadığında güçsüz hissettikleri belirtilmiştir (Çağırkan,2019). Bu kadınların fikirleri alınsa dahi 18 yaş altındaki tüm evlilikler çocuk evliliğidir ve bu çocukların muhakeme yeteneği tam anlamıyla oturmamıştır. Çocukluk ve adölesan dönemde cinsel hakları elinden alınan bir kadının ilerleyen yıllarda diğer cinsel haklarını kullanımı da pek mümkün olmamaktadır. Bu nedenle kadınların güçlendirilmesi, haklarının kullanımının pratiğe dökülmesi için çocuk yaşta evlilikler gibi küresel konuların önüne geçilmeli, kadına haklarını kullanabileceği bir gelecek için fırsatlar sunulmalıdır.

4.İşkenceye ve acımasızca insanlık dışı ve aşağılayıcı davranış ve cezalandırmalara maruz kalmama hakkı: Herhangi bir aşağılayıcı davranışın, işkenceye maruziyetin, vücut bütünlüğüne zararlı geleneksel uygulamaların, zorla yaptırılan kürtajların engellenmesini kapsamaktadır (WAS, 2014). Küresel bir sorun olan geleneksel uygulamalar kadınların bu hakkını kullanmasını engellemektedir. Etiyopya, Kenya, Somali gibi ülkelerde uygulanan kadın sünneti bu geleneksel uygulamaya örnek gösterilebilmektedir. Etiyopya'da 15-49 yaş grubundaki kadınların %65'inin, Somali'de %98'inin kadın sünnetine maruz kaldığı belirtilmektedir (UNFPA, 2019a). Gerçekleştirilen her 500 sünnetten 1'i ölümle sonuçlanmaktadır (Klein ve ark., 2018). Bu durum aynı zamanda kadının sahip olduğu özerklik ve bedensel bütünlük hakkını da elinden almaktadır. Bu hak kapsamında Türkiye geneli verilere göre kadınların %3,3'ü küçük düşürücü cinsel eylem eylemlere maruz kalmaktadır. Bu durum atasözü ve deyimlere de yansımıştır. "Kadının yüzünün karası, erkeğin elinin kınası", "Tarlayı düz al, kadını kız al" gibi kültürel kalıplar örnek olarak gösterilebilmektedir (Pasin, 2017). Bu hak kapsamında yer alan ve örnek verilebilecek bir başka konu ise mülteci kadınların uğradığı işkence, aşağılayıcı davranış ve baskılardır. Mültecilerle yapılan bir çalışmada kadınların %42'si aile içi şiddete, beşte biri cinsel istismara,%20'si ise işkenceye maruz kaldığını belirtmektedir (Skriver Mundy, Wilms Foss, Poulsen, Hjorthøj ve Carlsson, 2020). Başka bir çalışmada da katılımcıların %94'ünde yara izleri gözlemlenirken mülteci kadınların %37'sinin cinsel şiddete maruz kaldığı belirtilmektedir (Deps, Collin, Aborghetti ve Charlier, 2021). Kadınların birçok alanda işkence, cinsel istismar veya aşağılayıcı davranışa maruz kaldığı görülmektedir. Bu nedenle kadınların şiddete maruz kalabileceği ortamlarda güvenli ortamların oluşturulması gerekmektedir.

5. Her türlü şiddet ve baskıdan özgür olma hakkı: Bireyleri cinsel istismar, sömürü, şiddet, tecavüz gibi konulara yönelik korumakta olan bu hak bekaret kontrolü, cinsel yönelim, cinsel kimlik nedeniyle uygulanan şiddetten de korumaktadır (WAS, 2014). Şiddetin herhangi birine uygulanması fark etmeksizin her türlü yıkıcı ve yıpratıcı olmasına rağmen kadına uygulanan şiddetin birçok farklı boyutu bulunmaktadır (Altıparmak, 2019). DSÖ'ye göre küresel olarak kadınların %35'i cinsel şiddete maruz kalmaktadır (FIGO, 2018). Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet raporuna göre ülke genelinde kadınların %12'si partneri tarafından cinsel şiddete maruz kalmaktadır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2015). Kadınlar cinsel şiddete sadece evde maruz kalmamakta iş yerinde de cinsel şiddet ile mücadele etmektedir. Ülkemizde kadınların maruz kaldığı iş yeri şiddetine yönelik yapılan bir çalışmada katılımcıların %6,2'sinin cinsel şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (Dursun, 2012). Tüm dünyada kadınlar farklı koşullarda her türlü şiddet ve baskıya karşı mücadele etmek zorunda kalmaktadır. Bu durumun iyileştirilmesi adına net ve etkili çözümlerin bulunması gerekmektedir.

6. Gizlilik ve özel hayat hakkı: Bireylerin cinsel yaşantısıyla, kimliğiyle veya cinsel uygulamalarıyla ilgili konuların gizli tutulmasını kapsamaktadır (WAS, 2014). Bu konuda özellikle cinsel yönelimleri farklı olan bireylerin hakları ihlal edilebilmektedir. İhlal edilmesine neden olan faktörler arasında kültür, cinsiyet gibi konular yer almaktadır. Bu durum bireylerde dışlanma, yargılanma korkusu ve sosyal izolasyona sebep olabilmektedir. Konuyla ilgili bir başka örnek ise cinsel yolla bulaşan hastalıkları olan hastaların mahremiyetinin korunmasıdır. HIV pozitif olan bir hastanın bilgileri sağlık profesyonelleri tarafından gizli tutulmalıdır (Karataş, Ataç, Uçar ve Kantar, 2010). Pozitif Yaşam Derneği'nin 2020 yılı yılında yayınlamış olduğu rapora göre 2020 Şubatı'nda Ankara Destek Merkezi'ne başvuran HIV pozitif olan bireylerin %40'ının özel hayatın gizliliğine dair hakkı ihlal edilmiştir (Topaloğlu, 2020). HIV pozitif bireylerinse kendi isteği dışında kimliğinin açıklanması sosyal izolasyona ve damgalamaya neden olabilmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanları toplumun bu konularda bilinçlenmesi için eğitici rolünü ortaya koymalı, sağlık hizmeti sunarken bireylere saygı göstermeli ve destek olmalıdır.

7. Haz verici, tatminkar ve güvenli cinsel deneyim sağlanması amacıyla, cinsel sağlık dahil olmak üzere, ulaşılabilecek en yüksek sağlık standardına sahip olma hakkı: Tüm bireylerin haz ve tatmin verici güvenli cinsel deneyimler yaşayabilmesini ve en üst düzeyde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesini kapsamaktadır (WAS, 2014). Güvenli cinsel deneyimlerin gerçekleşmediği durumlarda istenmeyen gebelikler ortaya çıkabilmektedir. Bu durum güvenli

olmayan düşüklere kadar kadınları sürüklemektedir. Güvenli olmayan cinsel deneyimlerin bir diğer nedeni seks işçiliği olabilmektedir. Ülkemizde yapılan bir araştırmada katılımcıların yarısından fazlasının seks işçiliği yaptığı ve seks işçisi olan katılımcıların son 4 hafta içinde ortalama 30 farklı kişiyle cinsel ilişkiye girdiği belirtilmiştir (Yakit ve Coşkun, 2016). Bu durum bireylerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile karşılaşma olasılığını arttırmaktadır. Bir başka örnek ise yaşlı kadınların cinsellikleriyle ilgili bir sorun olduğunda sağlık hizmetlerine başvurmadan çekinmesi, cinselliği ile ilgili sorununu açıklayamamasıdır. Toplumsal yargılar ve cinselliğin gençlerle bağdaştırılması yaşlı kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmasının önüne geçerek haz verici, tatmin edici cinsel deneyim yaşamasını engellemektedir (Toptaş ve Aksu, 2020). Verilen araştırmalar bu hakkın etkin bir biçimde kullanılmadığını göstermektedir.

8.Bilimsel gelişmelerin ve bunların uygulama alanlarından yararlanma hakkı: Bireylerin bilimsel gelişmelerden ve uygulama alanlarından yararlanmasını kapsamaktadır (WAS, 2014). Bu hakkın ihlali kadınların yüksek sağlık standartlarına sahip olma ve bireyin yaşama, özgürlük ve güvenlik hakkı kapsamında yer alan sağlık hizmetlerine erişim haklarını da ihlal etmektedir. Bilimsel gelişmelerden yararlanma hakkının ihlaline kadınların cerrahi sterilizasyon hizmetini kullanamaması örnek verilebilmektedir. Sahra-altı Afrika'ya yönelik yapılan bir literatür taramasında dini inanç, eş desteğinin yokluğu, sağlık hizmetlerine erişimin olmayışı ve yetersiz bilginin tüp ligasyonunun gerçekleştirilmesine engel oluşturduğu tespit edilmiştir (Oлакunde ve ark., 2019). Ülkemizde de tüp ligasyonu işlemi için eş onayının gerekmesi bazı durumlarda kadınların bu hizmetten yararlanmasının önüne geçmektedir. Bu hakkın kullanılmasının önüne birçok engel olabileceği görülmektedir (Dündar ve Özsoy,2019). Bu nedenle topluma yönelik engellerin belirlenmesi ve ortadan kaldırılması için girişimlerde bulunulması gerekmektedir.

9.Bilgilenme ve bilgilendirilme hakkı ile eğitim ve 10. Kapsamlı cinsel eğitim hakkı: Bilgilenme ve bilgilendirilme hakkı, cinsellikle ilgili bilimsel olarak doğrulanmış ve kanıtlanmış, anlaşılabilir bilimsel bilgiye ulaşma iken, eğitim ve kapsamlı cinsel eğitim hakkı ise bireylerin yaşlarına uygun bilimsel olarak doğrulanmış kapsamlı bir cinsel eğitim alma hakkını kapsamaktadır (WAS, 2014). Bu iki hak bağlantılı olduğu için birlikte ele alınabilmektedir. UNFPA 2020 raporuna göre dünyada cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine, bilgi ve eğitime erişimi garanti eden yasa ve yönetmeliklerin oranı %73 olarak belirtilmektedir (UNFPA, 2020a). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmada katılımcılara 2011-2017 yılları arasında kapsamlı bir cinsel eğitim alıp almama durumları

sorulmuş ve yıllara göre oranların %34 ile %40 arasında değiştiği saptanmıştır (Cheedalla, Moreau ve Burke, 2020). Bu durum kanunların azımsanmayacak derecede olmasına rağmen eğitim oranlarının çok yüksek olmadığını göstermektedir. Yapılan başka bir çalışmada katılımcıların cinsel eğitim kapsamında neleri öğrenmek istediği sorulmuş adölesanların %35'i en fazla cinsel ilişkiyi, cinsiyete özgü farklılıkları, %15,2'si ise cinsel organ hijyenini öğrenmek istediklerini belirtmiştir (Bauer, Hämmerli ve Leener, 2020). Türkiye'de yapılan bir çalışmada annelerin %60,8'inin kızlarına cinsel konularla ilgili bilgi verdiği ve bu bilgilerin adet görme, cinsiyetler arasındaki vücut farklılıkları, gebelik ve cinsel ilişki ile ilgili olduğu belirtilmiştir (Erbil et al., 2010). Buna göre adölesanların eğitim almak istediği konuların çoğuna değinildiği söylenebilmektedir. Fakat kapsamlı cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimi için girişimlerde bulunulması gerekmektedir.

11.Eşitliğe ve bağımsız tam onama dayalı evlilik ve benzeri türde ilişkilere girme, sürdürme ve bitirme hakkı: Bireylerin evliliğe, birlikteliğe ve benzeri ilişkilere tam ve özgür bir şekilde seçim hakkını ve aynı zamanda tüm bireylerin dışlanmaya veya sosyal damgalanmaya maruz kalmadan bu ilişkileri bitirebilmesini kapsamaktadır (WAS, 2014). Bu hak ile özerklik ve bedensel bütünlük hakkı benzerlik göstermektedir. Bilindiği üzere toplumsal cinsiyet yargıları, kültür, yerleşim yeri gibi faktörler kadınların ilişki bitirme kararına etki etmektedir. Çünkü bu faktörler kadının dışlanmasına ve yargılanmasına neden olabilmektedir. Kültürün boşanmış kadınlar üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada katılımcıların üçte biri boşandıktan sonra çevresel baskılara maruz kaldığını belirtmiştir (Bulut, 2008). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada da kadınların boşanamama nedenleri sorulmuş ve katılımcıların %32'si çevre tarafından boşanan ve boşanmayan kadın şeklinde ayırım yapıldığından boşanamadığını belirtmiştir (Çil, 2019). Kadınların bu hakkını çok etkin bir şekilde kullanmadığı görülmektedir.

12.Çocuk sahibi olup olmama, kaç çocuk yapacağına ve bu doğumlar arasındaki süreye karar verme ve buna yönelik gerekli bilgi ve imkâna sahip olma hakkı: Bireylerin çocuk sahibi olup olmama, sahip olacağı çocuk sayısına karar verme gibi hakları ve hamilelik, gebeliği sonlandırma, evlat edinme doğum kontrolü gibi konuları kapsamaktadır (WAS, 2014). Doğumlar arasındaki süreye karar verme bu konuya örnek gösterilebilmektedir. Pakistan'da yapılan bir çalışmaya göre kadınlardan çoğunlukla erkek çocuk doğurması beklenmektedir. Bu beklentinin ise kadını baskı altına alarak kısa aralıklarla doğuma sürüklediği belirtilmiştir (Javed ve Mughal, 2020). Bazı toplumlarda kadının çocuk sahibi olup olmama ve doğuracağı çocuk sayısı üzerinde de söz hakkı olmadığı görülmektedir. Türkiye'de mülteci kadınlarla

yapılan bir çalışmada kadınların çocuk doğurma nedenleri arasında erkeğin şanı, tarım işleri için insan gücünün oluşturulması, dini inançlar olduğu belirtilmiştir (Karakaya, Coşkun, Özerdoğan ve Yakıt, 2017). Toplumların genelinde birçok konuda söz hakkı tanınmayan kadına kendi gerçekleştireceği doğum için tercihi de sorulmamaktadır. Bu durum kadını kadına hem fiziksel hem de psikolojik yükler getirmektedir. Bu nedenle kadınlara kendi yaşamlarına dair söz hakkı verilmeli ve bu yüklerin oluşması engellenmelidir.

13.Düşünce, fikir ve ifade özgürlüğü hakkı: Tüm bireylerin cinsellikle ilgili düşüncelerini, fikirlerini ve ifade özgürlüğünü kapsamaktadır. Aynı zamanda herkesin kendi cinselliğini iletişim araçları ve davranış yoluyla ifadesini de ele almaktadır (WAS, 2014). Bu duruma fiziksel engellilerin düşüncelerini ifade edememesi örnek olarak verilebilmektedir. Özellikle işitme engellilerin kullanmış olduğu işaret dilinde cinsel kelimelerin uluslararası kabul edilen bir şeklinin olmaması bu bireylerin düşünce, fikir ve ifade özgürlüğü hakkını elinden almaktadır (Cumurcu Elbozan, Karlıdağ ve Han Almış, 2012). Kadınların cinselliklerini ifade edebilmeleri için toplumun eğitim seviyesinin yükseltilmesi, cinsellik ile ilgili eğitimlerin verilmesi ve engelliler için uluslararası kullanılabilen bir mekanizmanın oluşturulması gerekmektedir.

14.Barışçı toplantı, iletişim ve dernek kurma özgürlüğü hakkı: Bireylerin cinsellik, cinsel sağlık ve cinsel haklarla ilgili barışçıl bir şekilde organizasyon ve toplantı yapabilmesini, iletişim kurabilmesini, dernekleşmeyi, gösteri ve/veya protesto yapabilmesini kapsamaktadır (WAS, 2014). Cinsellik, cinsel sağlık ve cinsel haklar ile ilgili örgütler ve dernekler gibi kuruluşlar bulunmaktadır. DSÖ, WAS, UNFPA uluslararası kuruluşlara, Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği (CİSED), Cinsel Şiddetle Mücadele Derneği, Kadının Hakları ve Yeni Çözümler Derneği, Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) ülkemizdeki kuruluşlara örnek verilebilmektedir. Aynı zamanda 1919'da gerçekleşen ilk kadın mitingi, 1987'de gerçekleştirilen Dayığa Karşı Dayanışma Yürüyüşü, 1989'da Birinci Feminist Kongresi sonrasında gerçekleşen "Bedenimiz Bizimdir, Cinsel Tacize Hayır" eylemleri bu hak kapsamında ele alınabilecek diğer örnekler arasında yer almaktadır (T.C. Konak Belediyesi,2021). Bu bilgiler doğrultusunda bu hakkın diğer haklara göre daha iyi kullanıldığı görülmektedir.

15.Kamusal alanda ve siyasi yaşamda yer alma hakkı: Bu maddede tüm bireylerin sivil, ekonomik, sosyal, kültürel, politik ve yerel, ulusal, uluslararası, bölgesel düzeyde insan yaşamının diğer boyutlarına olumlu katkıda bulunması olası bir çevreye, topluluğa ya da ortama aktif, özgür ve anlamlı bir şekilde katılma hakkı olduğunu belirtilmektedir (WAS, 2014).

Dünyada ve ülkemizde kadınların politikaların oluşturulma süreçlerine katılımına çok fazla imkân verilmemektedir. Dünya genelinde kadınların parlamentoya katılım oranı 2020 yılında %24,9 olarak belirtilmektedir (Inter-Parliamentary Union ve UN Women, 2020). Parlamentolar Arası Birlik (Inter-Parliamentary Union)'in 2020 Ekim ayında güncellenmiş olduğu verilerde ise Türkiye'de kadınların parlamentoya katılım oranı %17,3 olarak belirtilmiştir. Bu verilerde de görüldüğü gibi karar alma süreçlerinde ve yasaların oluşturulmasında söz hakkının çoğunluğu erkeklere aittir. Birleşmiş Milletler Kadının Statüsü Komisyonu'nun 2021 yılında düzenleyeceği 65. oturumunun teması da kadının bu alanda hakkının verilmesi ve korunması amacıyla "Kadınların kamusal hayata tam ve etkili katılımı ve karar alma mekanizmalarının yanı sıra, cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve güçlendirilmesi için şiddetin ortadan kaldırılması" şeklinde belirlenmiştir (USAID, 2020). Tüm dünyada genel olarak kadınlar bu haklarını kullanmakta sıkıntı yaşamaktayken sevindirici adımların da atıldığı görülmektedir.

16.Adalet, sağaltım ve tanzim edilme hakkı: Bireylerin cinsel haklarının ihlaline yönelik adalet, sağaltım ve tanzim edilme hakkını ifade etmektedir. Bu hak kapsamında kişiye verilen zararın karşılanması, tekrarlanmayacağına garanti edilmesi ve gerektiğinde zararın ödenmesi yer almaktadır (WAS, 2014). Dünyada ve ülkemizde cinsel hakların kazanılmasına yönelik kanunlar bulunmaktadır. Örneğin ülkemizde şiddet gören kadınlar için koruma altına alma, güvenliğini sağlama, hukuki olarak kendini koruması ve haklarını elde edebilmesi için avukat tahsis etme gibi uygulamalar yapılmaktadır (T.C. Aile Çalışma ve Sosyal Politikalar Bakanlığı,2021). İskoçya, İrlanda, İngiltere ise dünyada cinsel hakların kazanılmasına yönelik kanunları bulunan ülkelere örnek olarak gösterilebilmektedir (FPA,2020). Fakat dünyada bazı bölgelerde kadının cinsel haklarının korunmasına yönelik politikalarda eksiklikler de bulunmaktadır. Bu duruma Güneydoğu Asya'da uygulanan politikalarda kadına yönelik şiddetin suç sayılmasına yönelik bulunan eksiklikler örnek olarak gösterilebilmektedir (UNODC,2021). Dolayısıyla küresel olarak bakıldığında tüm kadınların cinsel haklarının kanunen tam anlamıyla güvenceye alınmadığı görülmektedir.

Cinsel Hakların Kullanımında Hemşirenin Rolü

Cinsel sağlık kadın sağlığına yönelik birçok göstergeyi etkileyen önemli bir konudur. Her alanda olduğu gibi cinsel sağlık kapsamında da bütüncül bakım veren hemşireler bu konuda kilit bir rol oynamaktadır. Cinsel sağlık ve yaşam kalitesi üzerinde hizmet verici, araştırmacı, eğitimci, savunucu gibi rolleri bulunan hemşireler cinsel hakların elde edilmesine ve aktif bir şekilde kullanılmasına katkı sağlamaktadır (Fennell ve Grant, 2019;Olshansky ve Taylor,

2018). Hizmet verici rolü kapsamında cinsellik ve cinsel haklar ile ilgili geniş iletişim mekanizmalarını kullanma fırsatına sahip olmalarıyla birlikte bakım verme aşamasında bireylerin cinsel yaşamlarına ve obstetrik öykülerine de ulaşmaları sorunların tespitinde önemli bir noktayı oluşturmaktadır. (Salmon ve Maeda, 2016; Sheddan ve Wood, 2018). Bunun yanı sıra araştırmacı rolü kapsamında cinsel hakların ihlaline yönelik sorunları araştırarak tespit etmek ve sorunlara yönelik çözüm amacıyla önerilerde bulunarak kanıta dayalı bilgileri sunabilmektedir. Roller arasında yer alan eğitimci rolünü diğer rolleriyle bütünleştirerek cinsel hakları kadınlara açıklayarak kadınların kullanabilmesi için cesaretlendirebilmekte, savunucu rolüyle ise cinsel hakların politikalar kapsamında yer alması için savunuculuğunu yapabilmektedir (Olshansky ve Taylor, 2018).

Sonuç ve Öneriler

Kadınların cinsel haklarını korumaya yönelik ülkemizde ve dünyada kanun ve uygulamalar mevcut olmasına rağmen cinsel hakların etkin kullanımı tartışılması gereken bir konudur. Mevcut kanun ve uygulamalara rağmen kadınların cinsel haklarını yeterince kullanamaması nedeniyle maruz kaldığı cinsel istismar, şiddet, istenemeyen gebelikler ve evlilikler gibi olayların günümüzde hala devam etmesidir. Kadınları cinsel, sosyal yaşam gibi birçok açıdan etkileyen cinsel hakların kullanımının artırılması için ulusal ve uluslararası çapta faaliyetlerin ve iyileştirilmelerin yapılması gerekmektedir. Bu iyileştirilmeler politikaların uygulamaya aktarılması, kadınların güçlendirilmesi, cinsel hakların tanıtılması ve kullanılması için teşviki ile gerçekleştirilebilir. Hemşire ise bütüncül rolleriyle cinsel hakların savunulması, öğretilmesi ve kullanılması aşamasında ön planda olan bir meslek grubudur. Bu nedenle hemşirenin cinsel hakları kadın yaşamına dahil etmesine fırsat sunulmalı ve cinsel haklara yönelik girişimleri her koşulda uygulaması sağlanmalıdır. Bu sayede kadınların cinsel hakları kullanımını artabilir, birçok sağlık sorununun önüne geçilebilir, ülkede bu nedenle oluşan ekonomik ve sosyal yük azalabilir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Çalışma için finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

- Altıparmak, İ. B. (2019). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Boyutları: Ankara Örneği. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(17), 55–76. <https://doi.org/10.18026/cbayarsos.544775>
- Bauer, M., Hämmerli, S., D, M., Leeners, B., & D, M. (2020). Unmet Needs in Sex Education What Adolescents Aim to Understand About Sexuality of the Other Sex. *Journal of Adolescent Health*, 67(2), 245–252. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.02.015>
- Bulut, M. (2008). Kadınlarda Boşanma ve Kültür İlişkisi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2(19), 111–118. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/pub/tsh/issue/48527/615878>
- Çağırkan, B. (2019). Erken Yaşta Yapılan Evlilikler ve Aile Kurumuna Etkisi Üzerine Bir Alan Araştırması: Bitlis İl Merkezi Örneği. *VI. Yıldız Uluslararası Sosyal Bilimler Kongresi*, 1825–1839. ErişimAdresi:https://www.researchgate.net/publication/338385247_ERKEN_YASTA_YAPILAN_EV_LILIKLER_VE_AILE_KURUMUNA_ETKISI_UZERINE_BIR_ALAN_ARASTIRMASI_BITLIS_IL_MERKEZI_ORNEGI
- Cheedalla, A., Moreau, C., & Burke, A. E. (2020). Sex Education and Contraceptive Use of Adolescent and Young Adult Females in the United States, an analysis of the National Survey of Family Growth 2011-2017. *Contraception*: X, 2, 100048. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100048>
- Çil, G. (2019). Türkiye’de Boşanamayan ve Boşanan Kadınların Yapabilirliklerinin Boşanma Eylemine Geçiş veya Geçemeyişleri Üzerine Olan Etkisi. In *İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü* (Vol. 8, Issue 2). <https://doi.org/10.22201/fq.18708404e.2004.3.66178>
- Cumurcu Elbozan, B., Karlıdağ, R., & Han Almış, B. (2012). Fiziksel Engellilerde Cinsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(1), 84–98. <https://doi.org/10.5455/cap.20120406>
- Deps, P., Collin, S. M., Aborghetti, H. P., & Charlier, P. (2021). Evidence of physical violence and torture in refugees and migrants seeking asylum in France. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 77(May 2020), 102104. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2020.102104>
- Dursun, S. (2012). İşyeri Şiddetinin Çalışanların Tükenmişlik Düzeyi Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 1(3), 103–113. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/308016>
- Erbil, N., Orak, E., & Bektaş, A. E. (2010). Anneler cinsel eğitim konusunda ne biliyor, kızlarına ne kadar cinsel eğitim veriyor? *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1(7), 366–383. Erişim: <http://www.insanbilimleri.com>
- Özcan, M., Ergin Berkiten A., & Acar, Z. (2013). Sexual and Reproductive Rights in Turkey: An Overview. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 26, 122–136. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kosbed/issue/25693/271150>
- FIGO. (2018). FIGO shouts “No” To Violence Against Women. In *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (Issue October). Erişim Adresi: <https://www.who.org/declaration-vaw> Erişim Tarihi:21.12.2020.
- Germain, A. (2014). *Meeting Human Rights Norms for the Quality of Sexual and Reproductive Health Information and Services: Discussion Note for the ICPD Beyond 2014 Conference on Human Rights*. Erişim Adresi: <https://www.unfpa.org/resources/discussion-note-icpd-beyond-2014-conference-human-rights-meeting-human-rights-norms> Erişim Tarihi: 21.12.2020.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2015). *Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması*.

Erişim Adresi: <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>

- Javed, R., & Mughal, M. (2020). Preference for boys and length of birth intervals in Pakistan. *Research in Economics*, 74(2), 140–152. <https://doi.org/10.1016/j.rie.2020.04.001>
- Karakaya, E., Margırt Coşkun, A., Özerdoğan, N., & Yakıt, E. (2017). Suriyeli Mülteci Kadınların Doğurganlık Özellikleri ve Etkileyen Faktörler: Kalitatif Bir Çalışma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(48), 417–428. Erişim Adresi: www.sosyalarastirmalar.com
- Karataş, M., Ataç, A., Uçar, M., & Kantarcı, N. M. (2010). HIV Pozitif Kişilerin Eşlerine Hastalığı Bildirme(me)nin Yasal ve Etik Açısından Değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(3), 215–222. Erişim Adresi: https://www.bibliomed.org/mnsfulltext/134/2010_17_3_11.pdf?1612215156
- Karataş, S., & Buzlu, S. (2018). Transseksüel Bireylerin Sağlık Hizmeti Almada Yaşadıkları Güçlükler. *Lectio Scientific of Health and Natural Sciences*, 2(2), 70–81. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/635389>
- Klein, E., Helzner, E., Shayowitz, M., Kohlhoff, S., & Smith-Norowitz, T. A. (2018). Female Genital Mutilation: Health Consequences and Complications - A Short Literature Review. *Obstetrics and Gynecology International*, 2018, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2018/7365715>
- Olakunde, B. O., Sam-Agudu, N. A., Patel, T. Y., Hunt, A. T., Buffington, A. M., Phebus, T. D., Onwasigwe, E., & Ezeanolue, E. E. (2019). Uptake of permanent contraception among women in sub-Saharan Africa : a literature review of barriers and facilitators. *Contraception*, 99, 205–211. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.12.007>
- Pasin, G. (2017). Sosyal Psikolojik Açısından Toplumsal Cinsiyet ve Atasözleri: Erkek Egemen Cinsiyetçiliğin Türk Atasözlerine Yansıması. In *Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*. Erişim Adresi: <https://hdl.handle.net/20.500.12507/747>
- Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu. (1995). In Dördüncü Dünya Kadın Konferansı.
- Skriver Mundy, S., Wilms Foss, S. L., Poulsen, S., & Hjorthøj, C. (2020). Sex differences in trauma exposure and symptomatology in trauma-affected refugees. *Psychiatry Research*, 293(April), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113445>
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- Topaloğlu, Ş. N. (2020). Pozitif Yaşam Derneği Ankara Destek Merkezi Hak İhlalleri Rapor-1. In *Pozitif Yaşam Derneği Ankara Destek Merkezi*. Erişim Adresi: https://pozitifyasam.org/wp-content/uploads/Raporlar/Ankara%20Destek%20Merkezi_Hak%20%C4%B0hlalleri%20Rapor-1.pdf
- Toptaş, B., & Aksu, H. (2020). Yaşlı Kadınların Cinselliğe Bakış Açısı, Yaşadığı Sorunlar ve Sağlık Profesyonellerinin Rolü. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 29(1), 24–28. <https://doi.org/10.17827/aktd.512546>
- UNFPA. (2019a). Beyond the crossing Female Genital Mutilation Across Borders. In *United Nations Population Fund: Vol. November*.
- UNFPA.(2019b).Sexual and Reproductive Health and Rights: An Essential Element of Universal Health Coverage. In *United Nations Population Fund*.
- UNFPA. (2020a). GOAL 5 : ACHIEVE GENDER EQUALITY AND EMPOWER - Measuring SDG Target 5.6. In *United Nations Population Fund*.

- UNFPA. (2020b). Kadınlara ve Kız Çocuklarına Zarar Veren ve Eşitliği Bozan Uygulamalarla Mücadele. In *United Nations Population Fund*.
- United Nations Development Programme (UNDP) Turkey. Erişim Adresi: <https://www.tr.undp.org/content/turkey/en/home/> Erişim Tarihi: (15.12.2020).
- WAS. (1999). Declaration of Sexual Rights. In *World Association For Sexual Health* (Vol. 1, Issue 1).
- WAS. (2014). Cinsel Haklar Bildirgesi. In *World Association For Sexual Health*. Erişim Adresi: <http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-> Erişim Tarihi: (15.12.2020).
- United Nations International Children Emergency Fund (UNICEF). (2021). Erişim Adresi: <https://www.unicef.org/> Erişim Tarihi: (15.12.2020).
- T.C. Konak Belediyesi. (2021). Erişim Adresi: <http://www.konak.bel.tr/sayfa/izmir-kadin-muzesi/protesto-ve-kadınlar> Erişim Tarihi: (15.12.2020).
- Inter-Parliamentary Union. (2021). Erişim Adresi: <https://data.ipu.org/women-ranking?month=10&year=2020> Erişim Tarihi:(20.01.2021).
- T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2021). Erişim Adresi: <https://ailevecalisma.gov.tr/ksgm/siddete-maruz-kalindiginda/> Erişim Tarihi: (20.01.2021).
- Family Planning Association The Sexual Health Company (FPA). (2020). Erişim Adresi: <https://www.fpa.org.uk/> Erişim Tarihi: (15.12.2020).
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2021). Erişim Adresi: <https://www.unodc.org/> Erişim Tarihi: (15.12.2020).
- World Health Organization. (2015). Sexual health, human rights and the law (Vol. 23, Issue 46). <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.11.013>
- WHO. (2002). Defining sexual health Sexual health. In *World Health Organization* (Issue January). Erişim Adresi: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf
- WHO. (2017). Sexual Health and its linkages to Reproductive Health : an operational approach. In *World Health Organization*. Erişim Adresi: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-rh/en/
- Women in Politics : 2020, (2020). <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/women-in-politics-map-2020-en.pdf?la=en&vs=827>
- World Association for Sexual Health (WAS). (2008). *Sexual Health for the Millennium- A Declaration and Technical Document*. Erişim Adresi: <https://worldsexualhealth.net/resources/millennium-declaration/>
- Yakıt, E., & Coşkun, A. M. (2016). LGBT Bireylere Yönelik HIV İle İlgili Güvenli Olmayan Cinsel Davranışların Belirlenmesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 5(5), 1400. <https://doi.org/10.15869/itobiad.53947>

Kadın Cinsel Sağlığının PLISSIT Modeli ile Değerlendirilmesi

Emine Temizkan Sekizler¹, Zeynep Daşıkkan²

Evaluation of Women's Sexual Health with the PLISSIT Model

ÖZ

Hayat boyunca cinselliği etkileyen birçok faktör cinsel sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Cinsel sağlık, bütüncül hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçasıdır. Hemşirelerin cinsel sağlığı değerlendirirken etkili bakım vermelerine rehber olan modellerden biri PLISSIT modelidir. Model, PLISSIT kelimenin baş harfleri olan; P- Permission (İzin verme), LI- Limited Information (Sınırlı Bilgi), SS- Specific Suggestions (Öznel Öneriler) ve IT- Intensive Therapy (Yoğun Tedavi) oluşmakta ve dört aşamada değerlendirilmektedir. Kadınlara cinsel sağlık ile ilgili açık uçlu sorular sorularak kendilerini ifade etmeleri için olanak tanınmakta ve çözüm önerileri sunulmaktadır. Hemşirelerin, kadın cinsel sorunlarında PLISSIT modeline dayalı verecekleri cinsel danışmanlık ile cinsel sağlığın yükseltileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Cinsel sağlık, danışmanlık, hemşire, kadın sağlığı, PLISSIT modeli

ABSTRACT

Many factors that affect sexuality cause sexual health problems throughout life. Sexual health is an integral part of holistic nursing care. PLISSIT model is one of the models that guide nurses to provide effective care while evaluating sexual health. PLISSIT model is evaluated in four stages which is P- Permission (Allowing), Limited Information (Limited Information), SS-Specific Suggestions (Subjective Suggestions) and IT-Intensive Treatment (Intensive Treatment) and it is consisted from capital letters of PLISSIT. By asking open-ended questions about sexual health, nurses give opportunities to women for expressing themselves and after that solutions are offered. It is thought that sexual counseling by the nurses based on the PLISSIT model will increase sexual health in women's sexual problems.

Keywords: Sexual health, counseling, nurse, woman health, PLISSIT model

¹ Doğu Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Gazimağusa, KKTC Öğr. Gör.,

² Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Doç. Dr.

Sorumlu Yazar: Emine Temizkan Sekizler, e-mail: emine.temizkan@emu.edu.tr ORCID: 0000-0002-0466-8273

Zeynep Daşıkkan², e-mail: zeynep.dasikkan@ege.edu.tr ORCID: 0000-0002-0933-9647

Geliş Tarihi: 26.07.2021, **Kabul Tarihi:**25.08.2021

Extended Abstract

Sexuality is an important component of life, starting from the prenatal period and continuing throughout life. Many factors throughout life such as hormonal changes, menstruation, pregnancy and childbirth, breastfeeding, menopause, multiparity, cancers cause sexual health problems. The importance of counseling given by nurses about problems related to sexual health and sexual function is emphasized. Sexual health is an integral part of holistic nursing care. One of the models that guide nurses to provide effective care while evaluating sexual health is the PLISSIT model. The PLISSIT model aims to meet the care needs related to sexual health by enabling the patient to share about sexuality. In the model, women are given the opportunity to express themselves by asking open-ended questions about sexual health and solutions are offered. The model is the initials of the word PLISSIT; It consists of P- Permission, LI- Limited Information, SS- Specific Suggestions, and IT- Intensive Therapy and is evaluated in four stages. Permission is the stage where an individual's sexual health needs are met. In this stage, the woman and her partner are encouraged, also woman is allowed to speak openly and express herself about sexual concerns. While the permission stage is protective, it is expected to solve some, if not all, of the problems. If permission is not enough to resolve the woman's anxiety, the second stage is started. The limited information stage aims to increase the individual's knowledge of the subject with nursing interventions. The nurse provides a source of information about sexuality for the purpose of revealing and correcting false information. The specific suggestions stage includes specific information suggested to the individual for solving problems. The nurse identifies the problems of the individual, offers special suggestions to manage sexual problems and determines solution approaches. Intensive therapy is the last stage, which includes referral for specialist intervention for women who have failed the first three stages. The PLISSIT model is an approach to evaluate the sexual health of individuals, develop nursing care initiatives, and initiate communication between the nurse and the woman with sexual health problems. This model provides cooperation with the individual and supports understanding and respecting the patient's beliefs, values and decisions. The stages in the model constitute a good guide for nurses to evaluate and attempt sexuality. It is accepted that the care given under the guidance of the PLISSIT model is an approach that can provide a bridge between the health professional and the patient in order to provide the solution of sexual problems. The PLISSIT model is used in different areas to evaluate women's sexual health. Counseling in the

context of the PLISSIT model improves sexual health problems caused by hysterectomy, cancer and its treatment; increases sexual function scores of women with a history of breast cancer; improves sexual functions whose women with chronic diseases such as diabetes mellitus and multiple sclerosis; evolves sexual health problems caused by myths about pregnancy and sexuality in pregnancy; increases sexual satisfaction in risky conditions such as gestational diabetes mellitus; and it is effective in reducing postpartum sexual health problems and increases marital satisfaction. Nurses' use of the PLISSIT model in the sexual health assessment process is a guide for creating quality and effective nursing care and interventions, improving patient care outcomes, increasing patient satisfaction and providing professional satisfaction. With the use of the PLISSIT model in women's sexual health problems, it will be possible to find solutions to sexual health problems by providing an environment of trust. It is thought that sexual health will be increased with the sexual counseling that nurses will give based on the PLISSIT model in women's sexual problems.

Giriş

Cinsellik, doğum öncesi dönemden başlayıp yaşam boyu devam eden, üremeyi ve cinsel zevk almayı da içeren hayatın önemli bir bileşenidir (Shifren, 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre cinsel sağlık; "Sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilgili iyilik hali"dir (World Health Organization [WHO], 2006a). Yaşam süreci boyunca hormonal değişiklikler, menstruasyon, gebelik ve doğum, emzirme, menopoz, multiparite, kanserler gibi birçok faktör cinselliği etkileyerek cinsel sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Örüm, 2019; Anbaran ve ark., 2015). DSÖ, dünya genelinde birçok işlev bozukluğunun altında cinsel sağlık konusunda bilinç eksikliği yatması nedeniyle konu ile ilgili araştırma yapılması gerektiğini ve hemşirelik bakımı ile kadınlara cinsel sağlık ve cinsel işlevle ilgili sorunları hakkında danışmanlık vermenin önemini vurgulamaktadır (Kaviani ve ark., 2014).

Cinsellik, hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçası olarak tanımlanmaktadır (Büyükkayacı Duman, Koçak ve Yılmazel, 2015). Hemşirelerin cinsel sağlığı etkin bir şekilde değerlendirebilmesi, etkili ve uygun bakımı verebilmesi için model kullanımı tavsiye edilmektedir. Bu bağlamda, cinsel sorunların çözümünü sağlamak amacıyla PLISSIT modeli rehberliğinde verilen bakımın, sağlık profesyoneli ile hasta arasında köprü sağlayabilecek bir

yaklaşım olduğu kabul edilmektedir (Rostamkhani, Jafari, Ozgoli ve Shakeri, 2015; Uslu, İnal ve Ulusoy, 2016).

Bu derlemenin amacı, kadınların cinsel sorunlarında PLISSIT modeline dayalı verilen cinsel danışmanlık ile ilgili literatür eşliğinde bilgi sağlamaktır.

PLISSIT Modeli

PLISSIT modeli Annon tarafından 1976 yılında geliştirilmiş, 2006 yılında Taylor ve Davis tarafından yeniden gözden geçirilmiştir. PLISSIT modeli, hastanın cinsellik ile ilgili paylaşımında bulunmasını sağlayarak, cinsel sağlıkla ilgili bakım ihtiyaçlarının giderilmesini amaçlanmıştır. PLISSIT modeli, bireylerle cinselliği tartışmak ve sorunlarını belirlemek için kullanılmaktadır (Kingsberg ve ark., 2019). Taylor ve Davis 2006 yılında, PLISSIT modelinin bir uzantısı olarak Ex- PLISSIT modelini geliştirmişlerdir. PLISSIT modelinin girişim aşamaları ilerledikçe, daha kapsamlı bilgi, eğitim ve beceri gerektirmektedir. Ex- PLISSIT, PLISSIT modelinin daha genişletilmiş şekli olup, izin verme aşaması modelin merkezi konumundadır. İzin verme aşaması olmadan diğer bir aşamaya geçilemez. Primer bakımdan sorumlu hemşireler için hastaların cinsellik ve cinsel sağlık ihtiyaçlarını karşılamada ve endişelerini gidermek için bir çerçeve oluşturmaktadır (Tuğut ve Gölbaşı, 2014).

PLISSIT modeli, bireyin cinsel sorunlarına dört aşamalı bir yaklaşım sağlamaktadır. Bu adımlar şunları içermektedir:

P- İzin verme (Permission): Bu aşama, seksüel konu hakkında konuşmak için kadına izin vermeyi gerektirmektedir. Bu anlamda hemşirenin, kadından izin alması gerekmektedir. Hemşire, güvenli bir ortam oluşturup, yargılayıcı olmadan ve iş birliği içerisinde, kadın ile cinsellik konusunu konuşmalı ve cinselliğini değerlendirmek amacıyla öyküsünü dinlemelidir. Hemşire, kadına cinsellik konusunda açık uçlu sorular sorarak fiziksel sorunları, partneri ile yaşamlarındaki değişiklikleri, ruhsal değişiklikleri, cinsel yaşamlarını tartışmaya teşvik etmelidir. Bu aşama, kadının cinsel sağlık ihtiyaçlarının karşılandığı basamaktır. Hemşire, kadın ve partnerini soruları cevaplamaları konusunda cesaretlendirmeli, kadının cinsel kaygıları hakkında açıkça konuşmasına ve endişelerini ifade etmesine izin vermelidir (Rostamkhani ve ark., 2015; Ayaz, 2014; Uslu ve ark., 2016; Farnam, Janghorbani, Raisi ve Merghati-Khoei, 2014; Oskay ve Başgöl, 2015; Tuğut ve Gölbaşı, 2014).

Bu bağlamda hemşire aşağıdaki soruları sorabilir:

- Cinselliğinizi nasıl ifade ediyorsunuz, bana söyleyebilir misiniz?
- Siz ve partneriniz cinsel ilişki sırasında nasıl hissediyorsunuz?

- İçerisinde bulunduğunuz süreç cinsel yaşamınızı nasıl etkiledi? Bu konuda konuşmak ister misiniz?
- Bu süreç ile birlikte cinsellikle ilgili düşüncelerinizde değişiklik oldu mu?
- Bu süreçle birlikte partneriniz ile olan cinsel yaşamınızda değişim yaşıyor musunuz? (Tuğut ve Gölbaşı, 2014).

İzin verme basamağı koruyucu olmakla birlikte, problemlerin hepsini çözmesinde de bazılarını çözmesi beklenmektedir. İzin verme, kadının endişesini çözmede yeterli olmaz ise ikinci aşamaya geçilmektedir (Kaplan ve Macelli, 2011).

LI- Sınırlı Bilgi (Limited Information): PLISSIT ve Ex- PLISSIT modellerinde sınırlı bilgi aşamasında, bilgi kaynağı olarak hemşirelerin önemli rolü bulunmaktadır. Bu aşamadaki hemşirelik girişimleri bireyin konu hakkında bilgisini arttırmayı amaçlamaktadır. Hemşireler, yanlış bilgileri açığa çıkarma ve düzeltme amacıyla kadınlara, hastalığın ve içerisinde buldukları durumun cinsellik üzerine etkileri, cinsel işlev ile ilgili bozuklukları, cinsel mitler gibi konular ile ilgili broşür, kitapçıklar ve internet sitelerinin adreslerini vererek bilgi kaynağı sunmaktadır. Ayrıca bu aşamada bilgi vermek amacıyla, fotoğraf, afiş ve üreme sistemi modelleri kullanılabilir. Verdiği doğru bilgi ile hemşire, kadının cinsel yaşamı ile ilgili endişelerini daha iyi anlamasına ve baş etmesine yardım edecektir (Rostamkhani ve ark., 2015; Ayaz, 2014; Uslu ve ark., 2016; Farnam ve ark., 2014; Oskay ve Başgöl, 2015; Tuğut ve Gölbaşı, 2014).

SS- Özel Öneriler (Specific Suggestions): Özel Öneriler aşaması, bir bireyin belirli sorununu ele almak için bir problem çözme yaklaşımına dayanır ve sınırlı bilgi sağlamaktan daha fazla bilgi ve beceri gerektirmektedir. Bu aşama bireye özgü sorunların çözülmesi, cinsel yaşamın daha doyum verici olması için, kadına önerilen özel bilgileri içermektedir. Hemşirenin amacı, kadının sorunlarını belirleyerek, cinsel sorunlarını yönetmek için özel öneriler sunarak çözüm yaklaşımlarını belirlemektir. Örneğin sorun; gebelikte cinselliğin bebeğe zarar vereceği düşüncesi, gebelikte cinsellik ile ilgili mitler veya menopoz sürecinde disparoni gibi şikayetler olabilir (Rostamkhani ve ark., 2015; Ayaz, 2014; Uslu ve ark., 2016; Farnam ve ark., 2014; Oskay ve Başgöl, 2015; Tuğut ve Gölbaşı, 2014).

IT- Yoğun Terapi (Intensive Therapy): Yoğun Terapi, uzman müdahalesi için sevki içeren en son aşamadır. Bu aşamaya gelmeden önce kadının/çiftin problemi çözümlerse, bu basamak uygulanmayabilir. Hemşirenin, ilk üç aşamadan sonuç alamayan kadınlara yoğun tedavi verebilmesi ve gerektiğinde uygun birime sevki sağlaması için uzman olması gerekmektedir

(Rostamkhani ve ark., 2015; Ayaz, 2014; Uslu ve ark., 2016; Farnam ve ark., 2014; Oskay ve Başgöl, 2015; Tuğut ve Gölbaşı, 2014; Kul Uçtu, Bekmezci ve Özerdoğan, 2017).

PLISSIT modeli, bireylerin cinsel sağlığını değerlendirmek, hemşirelik bakımı girişimlerini geliştirmek, hemşire ve cinsel sağlık sorunu olan kadın arasında iletişimi başlatmak için bir yaklaşım şeklidir. Bu model birey ile iş birliğini sağlamakta, hastanın inançları, değerleri ve kararlarını anlamayı ve saygı duymayı desteklemektedir. Modeldeki aşamalar, cinselliği değerlendirme ve girişimde bulunma için hemşirelere iyi bir rehber oluşturmaktadır (Tuğut ve Gölbaşı, 2014). Evcili ve Demirel' in (2018) hastaların cinsel sağlığı ve hemşirelerin düşüncelerini araştırdıkları çalışmada, hemşirelerin %58,5' inin hasta bakımında cinsel danışmanlık sağladığı, %13,8' inin cinsel sağlığı değerlendirdiği, en çok bilinen modelin %88,4 ile PLISSIT olduğu ve hemşirelerin %79,8' i cinselliği değerlendirmede birçok engel olduğunu bildirmiştir (Evcili ve Demirel, 2018). Hemşireler birçok durumda cinsel sağlığın değerlendirilmesi amacıyla PLISSIT Modeli' ni kullanmaktadır.

PLISSIT Modeli İle Kadın Cinsel Sağlığın Değerlendirilmesi

PLISSIT modeli, histerektomi sonrası, meme kanseri ve jinekolojik kanser öyküsü olanlarda, diabetes mellitus ve multipl skleroz gibi kronik hastalıklarda, gestasyonel diyabetes mellitus gibi riskli gebeliklerde ve postpartum dönem gibi farklı alanlarda kadın cinsel sağlığını değerlendirmek için kullanılmaktadır. Literatür doğrultusunda PLISSIT modeli ile kadın cinsel sağlığının değerlendirilip danışmanlık verildiği alanlar aşağıda irdelenmiştir.

Histerektomi sonrasında overlerde atrofi geliştiği için östrojen eksikliğine bağlı vajinal kuruluk, cinsel istekte azalma, disparoni, orgazm ve cinsel doyumun azalması gibi cinsel işlev bozuklukları görülebilmektedir (Kök, Erdoğan, Söylemez ve Güvenç, 2020). Dolayısıyla histerektomi operasyonu geçirmiş kadınlar cinsel ilişkiden kaçınmaktadır (Abay ve Kaplan, 2017). Histerektomi, kanser ve tedavisine bağlı ortaya çıkan cinsel yaşama ilişkin sorunlar ve bu sorunların neden olduğu kaygıların giderilmesine yönelik PLISSIT modeline göre danışmanlık sağlanarak, sorunların tespit ve tedavisinin yapılabileceği bildirilmektedir (Oskay ve Başgöl, 2015). Guntupalli ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında, jinekolojik kanseri olan kadınlarda tedaviyi takiben cinsel işlev skoru 21,3'ten 15,3'e, cinsel aktivite skoru ise 6,1'den 2,6'ya düştüğü belirtilmiştir (Guntupalli ve ark., 2017). Bilge ve Aslan' ın (2018) jinekolojik kanserli kadınlarda PLISSIT modeli ile yüz yüze verilen cinsel danışmanlık sonucunda hastaların cinsel işlevinin düzeldiği ve cinsel doyumun arttığı saptanmıştır (Bilge ve Aslan, 2018). Chun' un (2011) histerektomi operasyonu geçiren jinekolojik kanserli kadınlarda

PLISSIT modeline dayalı yaptığı çalışmasında kadınların cinsel istek, cinsel uyarılma, orgazm ve tatmin duygusunda artış, vajinal kuruluk ve disparoni sorunlarında ise düşüş olduğu saptanmıştır (Chun, 2011). Tütüncü ve Yıldız' ın (2012) histerektomi sonrası PLISSIT Modeli' ne göre verilen eğitimsel girişimin postoperatif üçüncü ve altıncı aylarda, kadınların cinsel işlevlerinin kontrol grubuna göre daha iyi olduğu ve daha az cinsel işlev bozukluğu yaşandığı saptanmıştır. Kadınların PLISSIT modeline göre eğitim sonrası histerektominin cinsel işlevler ve cinsellikle ilgili problem çözme becerileri üzerinde olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir (Tutuncu ve Yıldız, 2012). Abay ve Kaplan' ın (2017), histerektomi sonrasında cinsel sağlığın değerlendirilmesinde PLISSIT modelinin kullanımının örneklerle açıkladıkları araştırmalarında, modelin cinsel sağlığı geliştirmede etkili olduğunu ortaya koyulmuştur (Abay ve Kaplan, 2017).

Cinsel sağlığın değerlendirilmesi sadece kadına yönelik değil, kadın ile partnerinin birlikte ele alınması gereken bir konudur. Bu açıdan Nho' nun (2013) çalışmasında, PLISSIT modeline dayalı cinsel sağlığı geliştirme programının histerektomi operasyonu geçiren jinekolojik kanserli kadın ve partnerinin cinsel fonksiyonları iyileştirmede, kadınlarda eşe yakınlaşmayı ve eşlerde ise subjektif mutluluğu arttırmada etkili olduğu bulunmuştur (Nho, 2013).

PLISSIT modelinin cinsel sağlığı değerlendirmek için kullanıldığı diğer bir hasta grubunu meme kanseri geçiren kadınlar oluşturmaktadır. Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser türüdür ve görülme sıklığı dünyada %46,3, Türkiye'de ise %45,6'dır (WHO, 2018). Ljungman ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında, meme kanseri olan kadınların %68' inin en az bir alanda cinsel işlev bozukluğu bildirdiği ve %58' inin üremeyle ilgili en az bir boyutta yüksek düzeyde endişeler bildirdiği saptanmıştır (Ljungman ve ark., 2018). Meme kanseri, uygulanan total mastektomi sonucu kadınlık ve cinsellik simgesi olarak algılanan bir organının kaybına bağlı kadınlarda beden algısında bozulma ile ilişkilendirilmekle birlikte, tanıya bağlı anksiyete ve depresyonun bir sonucu olabileceği gibi cerrahi ve uygulanan diğer tedavilerinin yan etkileriyle de cinsel sorunlar yaşabilmektedir (Ertem, Dönmez ve Bilge, 2017). Almeida ve arkadaşlarının (2019) meme kanserinden kurtulan kadınlar için PLISSIT modeline dayalı uygulanan hemşirelik danışmanlığının cinsel sağlığa etkisini inceledikleri çalışmalarında, beş seans sonunda modelin tüm basamakları uygulanmış ve kadınların cinsel işlev ölçek puanlarında artış olmuştur. Çalışma sonucuna göre PLISSIT modelinin hastaların cinsel sağlıklarını değerlendirmede, hemşirelerin kullanması için kolay, ulaşılabilir, pratik olduğu ve

hastaların yaşadıkları cinsel sağlık sorunların daha kolay ve zorlanmadan tanımlanmasına imkan vereceği bildirilmektedir (Almeida ve ark., 2019).

Bazı kronik hastalıklar üreme sağlığını ve cinsel sağlığı olumsuz etkilemektedir (Duman, Taşhan ve Serin, 2019). Kronik hastalıklarda, dispne, ağrı, yorgunluk gibi fiziksel rahatsızlıklar görülmekte ve bu hastalıklarda kullanılan ilaçların yan etkileri, cinsel eylemi sınırlamakta, cinsel istek azlığı, erektil disfonksiyon, dispareni gibi cinsel işlev bozukluklarına neden olmaktadır (Coşkun ve Özerdoğan, 2018). PLISSIT Modeli ile kronik hastalıklara bağlı gelişen cinsel sağlık sorunlarının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Bâk ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında, tip 2 diyabetes mellituslu kadınların cinsel disfonksiyon oranı %68 olarak saptanmıştır (Bâk ve ark., 2017). Mehrabi ve arkadaşlarının (2018) tip 2 diabetes mellituslu kadınlarda yaptıkları PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın ardından cinsel işlev skoru ve lubrikasyon, orgazm ve cinsel doyum alt boyutlarında anlamlı derecede düzelmeye saptanmıştır (Mehrabi ve ark., 2018). Multiple sklerozlu kadınlara PLISSIT modeline dayalı verilen danışmanlığın, cinsel işlev bozukluğu olan kadınlarda cinsel işlevi iyileştirebileceği bildirilmiştir (Khakbazan ve ark., 2016). Başka bir çalışmada stomalı bireylerin cinsel sorunların çözümünde PLISSIT modeli ile evde bakım verilmiş ve cinsel fonksiyonlarda düzelmeye göstermiş, cinsel doyum ve cinsel aktivite sıklığının arttığı saptanmıştır (Ayaz ve Kubilay, 2008).

Önemli bir yaşam deneyimi olan gebelik de cinsel sağlığı etkilemektedir (Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz, 2019). Gelişmekte olan toplumlarda cinsellik üzerine çeşitli mitler oluşturulmakta, bu durum bireylerin cinselliğe ilişkin bilgi gereksinimini arttırmaktadır (Kul Uçtu ve ark., 2017). Fernández- Sola ve arkadaşlarının (2018) gebeliğin evrelerine göre cinselliği araştırdıkları çalışmalarında, gebelikte yetersiz cinsel danışmanlığın, fiziksel değişikliklerle birlikte cinsel istek ve ilgide azalmaya neden olan yanlış inançların oluşmasına neden olduğu belirtilmektedir (Fernández- Sola ve ark., 2018). Çiftlerin gebelikte yaşanan cinsel birliktelikte fetüsün bu cinsel birlikteliği hissedebileceğini düşünmesi, ayıp olduğuna inanması gibi yanlış inanışlar cinsel sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir (Tandoğan, Kaydırak ve Oskay, 2019). Kadınların özellikle anneleri tarafından aktarılan sosyal normlar ve dini inançlar doğrultusunda bu dönemde cinselliklerini kısıtladıkları belirtilmektedir (Cantarino ve ark., 2016).

Gebelikte gelişen fizyolojik değişimler de cinselliği etkilemektedir. Kanda artan östrojen ve progesteron yumuşak bir ten, parlak saçlar gibi kadınların kendini iyi hissetmesine neden olan

değişimlere neden olabilmektedir. Ancak bu değişimlerin yanında memelerdeki hassasiyet, büyüyen abdomen ve cinsel organ değişiklikleri gebelerin cinselliğe ilişkin yaklaşımlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Ayrıca gebelikte cinsellik ile ilgili çalışmalarda, gebelik yaşının, içinde bulunulan trimesterin cinsel yaşamı etkilediği; cinsel tatmin düzeyinin de genel olarak azaldığı ancak gebeden gebeye değiştiği bildirilmektedir (Kul Uçtu ve ark., 2017). Acele ve Karaçam'ın (2011) çalışmasında, kadınların %33,0'ünün gebelikleri boyunca cinsel sorun yaşadıklarını ortaya koymuştur (Acele ve Karaçam, 2011). Bayrami, Sattarzadeh, Koochaksariie ve Pezeshki'nin (2008) İran'da yaptıkları çalışmalarında, gebeliğin birinci, ikinci ve üçüncü trimesterinde kadınların sırasıyla %66,3, %50,7 ve %69,2'sinin cinsel işlev bozukluğu yaşadığı ve cinsel istek bozukluğunun gebeliğin her üç aylık döneminde en sık bildirilen cinsel işlev bozukluğu olduğu bulunmuştur (Bayrami, Sattarzadeh, Koochaksariie ve Pezeshki, 2008). Hajnasiri, Moafi, Nami ve Safaralinezhad'ın (2020) İran'da 150 gebe ile yaptıkları çalışmalarında, gebelerin %33'ünün cinsel işlev bozukluğu yaşadığı; gebeliğin birinci, ikinci ve üçüncü trimesterde kadınların sırasıyla %2, %20 ve %78 oranlarında cinsel işlev bozukluğu görüldüğü saptanmıştır. Çalışmada, cinsel işlevin gebelik yaşı ile ilişkili olduğu, ortalama seksüel fonksiyon skorunun üçüncü trimesterde daha düşük olduğu, annenin yaşı ve eğitimi ile cinsel işlev arasında da anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Hajnasiri, Moafi, Nami ve Safaralinezhad, 2020). Vannier ve Rosen'in (2017) çalışmasına katılan gebelerin %42'sinin gebelikte cinsel distress yaşadığı bildirilmiştir (Vannier ve Rosen, 2017). Literatürde, PLISSIT Modeli ile gebelikte cinsel sağlığın değerlendirildiği çalışmalar mevcuttur. Shahbazi, Farshbaf- Khalili, Sattarzadeh ve Kamalifard'ın (2019) İran'da yürüttükleri, gebelerde PLISSIT modeline dayalı verilen cinsel danışmanlığın cinsel fonksiyonlara etkisinin değerlendirildiği randomize kontrollü çalışmalarında, müdahale grubunun kontrol grubuna göre cinsel işlev puanlarında anlamlı fark olduğu, müdahale grubunda cinsel işlev bozukluğunun sıklığının azaldığı ve bunun sonucunda PLISSIT'e göre cinsel danışmanlığın gebelerde cinsel işlevlerinin iyileştirilmesi üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (Shahbazi, Farshbaf- Khalili, Sattarzadeh ve Kamalifard, 2019). Bu sonuca benzer olarak, Nejati ve arkadaşlarının (2017) en az bir cinsel sorunu olan 24- 26 haftalık 80 gebe ile yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, PLISSIT modeline dayalı danışmanlık alan gebelerin, almayanlara göre cinsel işlev skor ortalamasında anlamlı olarak fark olduğu tespit edilmiştir (Nejati ve ark., 2017). Heidari ve Kiani- Asiabar'ın (2019) çalışmalarında, PLISSIT

modeline dayalı eğitim alan grubun almayanlara göre cinsel doyumlarının daha yüksek olduğu ancak aralarında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Heidari ve Kiani- Asiabar, 2019).

PLISST modeli, riskli gebeliklerde de çalışılmaktadır. Youssef Abd- Ella, Hessin Yousef Heggy ve El- Kurdy'nin (2019) Mısır'da 68 diyabetes mellituslu gebe ile yürütülen yarı deneysel çalışmalarında, PLISSIT modeline dayalı danışmanlık alan gebelerin almayanlara göre, cinsel tepki ve cinsel yaşam kalitesi skorları anlamlı olarak farklı olduğu saptanmıştır (Youssef Abd- Ella, Hessin Yousef Heggy ve El- Kurdy, 2019).

Postpartum süreçte de cinsel sorunlar yaşanmaktadır. Gutzeit, Levy ve Lowenstein (2020) postpartum cinsel işlev bozukluğu oranını ilk üç ayda %41 ile %83 arasında, ilk altı ayda ise %8 ile %64 arasında değiştiğini belirtmektedir (Gutzeit, Levy ve Lowenstein, 2020).

Postpartum cinsel sorunları azaltmada PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın etkili olduğu gözlenmiştir (Başkaya, Karakoç ve Özerdoğan, 2018; Yörük ve Karaçam, 2016).

Postpartum dönemde, PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlık programının kadınların cinsel yaşam kalitesini önemli oranda artırdığı saptanmıştır (Abdelhakm ve ark., 2018). Benzer olarak, Banaei ve arkadaşlarının (2016) emziren kadınlarda PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın cinsel yakınlık ve cinsel tatmin üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, müdahale grubunda danışmanlıktan üç ay sonra grupta cinsel doyum ortalamaları ve cinsel yakınlık puanlarının arttığı saptanmıştır (Banaei ve ark., 2016). Postpartum süreçte cinsel yaşam ile evlilik doyumu da ilişkilidir. Bu bağlamda, postpartum dönemde, PLISSIT modeline dayalı verilen cinsel danışmanlığın evlilik doyumu üzerine etkisinin incelendiği randomize kontrollü çalışmada, cinsel işlevde ve evlilik doyumunda başlangıçta bir fark olmamasına karşın, danışmanlıktan sonra her ikisinde de anlamlı derecede fark saptanmıştır. Çalışma sonucuna göre, cinsel danışmanlıkta Ex- PLISSIT modelinin kullanımının, doğum sonrası kadınların cinsel işlevini iyileştirebileceği ve evlilik memnuniyetini artırabileceği belirtilmektedir (Malakouti ve ark., 2020).

Cinsel sağlığı değerlendirmek için birçok model kullanılmaktadır (Duman, 2019). Farnam ve arkadaşlarının (2014) Cinsel Sağlık Modeli (Sexual Health Model- SHM) ile PLISST modelini kıyasladıkları araştırmalarında, PLISSIT modeli ile bakım verilen grupta, cinsel fonksiyonlarda düzelme, cinsel strese azalma ve cinsel doyum ile cinsel aktivite sıklığında artma saptanmıştır (Farnam ve ark., 2014). PLISSIT modelinin genişletilmiş modeli olan Ex- PLISSIT modeline dayalı uygulamanın adolesanların cinsel sağlık sorunlarına yönelik etkisini incelendiği çalışmada, teori analizine göre Ex- PLISSIT modelinin anlamlı, mantıksal olarak yeterli, yararlı

olduğunu ve hemşirelere adölesanların cinsel sorunlarının çözümünde değerlendirme ve müdahale konusunda rehberlik edebileceğini belirtilmektedir (Punjani ve Papathanasoglou, 2019).

Sonuç

PLISSIT modeli bağlamında verilen danışmanlığın, histerektomi, kanser ve tedavisinin neden olduğu cinsel sağlık sorunlarını iyileştirdiği; meme kanseri öyküsü olan kadınların cinsel işlev puanlarını artırdığı; diabetes mellitus ve multipl skleroz gibi kronik hastalıkları olan kadınların cinsel fonksiyonlarını iyileştirdiği; gebelik ve gebelikte cinsellik ile ilgili mitlerin yol açtığı cinsel sağlık sorunlarını geliştirdiği; gestasyonel diyabetes mellitus gibi riskli durumlarda cinsel tatmini artırdığı; postpartum cinsel sağlık sorunlarını azaltmada etkili olduğu ve evlilik doyumunu artırdığı bildirilmektedir. Sonuç olarak hemşirelerin cinsel sağlığı değerlendirme sürecinde PLISSIT modelinin kullanmaları, kaliteli ve etkin hemşirelik bakımı ve girişimlerini oluşturmak, hasta bakım sonuçlarını iyileştirmek ve hasta memnuniyetini artırmak ve mesleki doyumunu sağlamak için rehber olmaktadır. PLISSIT modelinin kadınların cinsel sağlık sorunlarında kullanılması ile güven ortamı sağlanarak, cinsel sağlık problemlerine çözüm bulunabilecektir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Çalışma için finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

- Abay, H., Kaplan, S. (2017). Histerektomi sonrası cinsel sorunların değerlendirilmesinde PLISSIT modelinin kullanılması. *International Refereed Journal of Nursing Researches*, 184.
- Abdelhakm, E. M., Said, A. R., Elsayed, D. M. S. (2018). Effect of PLISSIT model sexual counseling program on sexual quality of life for postpartum women. *Am J Nurs Sci*, 7(2), 63.
- Acele, E. Ö., Karaçam, Z. (2012). Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *Journal of clinical nursing*, 21(7-8), 929-937.
- Aksoy, A., Vefikuluçay Yılmaz, D., Yılmaz, M. (2019). Gebelikte cinsel yaşantıyı neler etkiler?. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1), 45-53.
- Almeida, N. G. D., Britto, D. F., Figueiredo, J. V., Moreira, T. M. M., Carvalho, R. E. F. L. D., Fialho, A. V. D. M. (2019). PLISSIT model: sexual counseling for breast cancer survivors. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(4), 1109-1113.
- Anbaran, Z. K., Baghdari, N., Pourshirazi, M., Karimi, F. Z., Rezvanifard, M., Mazlom, S. R. (2015). Postpartum sexual function in women and infant feeding methods. *High Educ*, 62, 16-9.

- Ayaz, S., Kubilay, G. (2014). Stomalı bireylerin cinsel sorunlarının değerlendirilmesinde PLISSIT modelinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(1), 59-63.
- Bak, E., Marcisz, C., Krzemińska, S., Dobrzyn-Matusiak, D., Foltyn, A., Drosdzol-Cop, A. (2017). Relationships of sexual dysfunction with depression and acceptance of illness in women and men with type 2 diabetes mellitus. *International journal of environmental research and public health*, 14(9), 1073.
- Banaei, M., Tork Zahrani, S., Pormehr-Yabandeh, A., Ozgoli, G., Azad, M. (2016). Investigating the impact of counseling based on PLISSIT model on sexual intimacy and satisfaction of breastfeeding women. *International Journal of Pharmaceutical Research & Allied Sciences*, 5(3), 489-499.
- Baskaya, Y., Karakoc, H., Ozerdogan, N. (2018). Sexual health problems of women in the postpartum period and the role of the midwife and nurse. *Journal of Education and Research in Nursing*, 15(4), 269-275.
- Bayrami, R., Sattarzadeh, N., Koochaksariie, F. R., Pezeshki, M. Z. (2008). Sexual dysfunction in couples and its related factors during pregnancy. *J Reprod Infertility*, 9(3), 271-82.
- Bilge, Ç., Aslan, E. (2018). Sexual counseling in gynecological cancers: a case report. *Turk J Oncol*, 33(1), 33-7.
- Büyükkayacı Duman, N., Koçak, D. Y., Yılmazel, G. (2015). Kadınlarda cinsel işlev bozukları ve temel hemşirelik yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri, Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/publication/338885381_Kadinlarda_Cinsel_Islev_Bozuklari_ve_hemsireli_k_yaklasimi*
- Cantarino, S. G., de Matos Pinto, J. M., García, A. M. C., Abellán, M. V., Rodrigues, M. A. (2016). The importance of religiosity/spirituality in the sexuality of pregnant and postpartum women. *PloS one*, 11(6), e0156809.
- Chun, N., (2011). Effectiveness of PLISSIT model sexual program on female sexual function for women with gynecologic cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41(4), 471-480.
- Coşkun, A., Özerdoğan, N. (2018). Palyatif bakımda cinsel sağlık. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 371-377.
- Duman, M., Taşhan, S. T., Serin, E. K. (2019). Kronik hastalığı olan kadınların üreme sağlığı davranışlarının incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(2), 83-91.
- Duman, N. B. (2019). Cinsel Sağlığın Değerlendirilmesinde Model Kullanımı. *Cinsel Sağlık*, 59.
- Ertem, G., Dönmez, Y. C., Bilge, A. (2017). Meme kanserinde cinsel yaşamdan yaşamsal doyuma yolculuk. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1): 171-176.
- Evcili, F., Demirel, G. (2018). Patient's sexual health and nursing: a neglected area. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 1282-1288.
- Farnam, F., Janghorbani M., Raisi, F., Merghati-Khoei, E. (2014). Compare the Effectiveness of PLISSIT and sexual health models on women's sexual problems in Tehran, Iran: a Randomized Controlled Trial. *J Sex Med*, 11, 2679-2689.
- Fernández-Sola, C., Huancara-Kana, D., Granero-Molina, J., Carmona-Samper, E., López-Rodríguez, M. D. M., Hernández-Padilla, J. M. (2018). Sexuality throughout all the stages of pregnancy: Experiences of expectant mothers. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(3), 305-312.
- Guntupalli, S. R., Sheeder, J., Ioffe, Y., Tergas, A., Wright, J. D., Davidson, S. A., ... , Flink, D. M. (2017). Sexual and marital dysfunction in women with gynecologic cancer. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 27(3).

- Gutzeit, O., Levy, G., & Lowenstein, L. (2020). Postpartum female sexual function: risk factors for postpartum sexual dysfunction. *Sexual medicine*, 8(1), 8-13.
- Heidari, M., Kiani-Asiabar, A. (2019). The effect of education based on PLISSIT model on the sexual satisfaction of pregnant women in the third trimester of pregnancy. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*, 19(3).
- Hajnasiri, H., Moafi, F., Nami, M., Safaralinezhad, A. (2020). Sexual dysfunction and its related factors among pregnant women referred to health centers in Qazvin, Iran. *Social Health and Behavior*, 3(1), 27.
- Kaplan, M., Pacelli, R. (2011). The sexuality discussion: Tools for the oncology nurse. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(1), 15.
- Kök, G., Erdoğan, E. N., Söylemez, E. B., Güvenç, G. (2020). Histerektomi olan hastanın fonksiyonel sağlık örüntülerine göre hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *SDU Journal of Health Science Institute/SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(2).
- Kaviani, M., Rahnavard, T., Azima, S., Emamghoreishi, M., Asadi, N., Sayadi, M. (2014). The effect of education on sexual health of women with hypoactive sexual desire disorder: A randomized controlled trial. *International journal of community based nursing and midwifery*, 2(2), 94.
- Khakbazan, Z., Daneshfar, F., Behboodi-Moghadam, Z., Nabavi, S. M., Ghasemzadeh, S., Mehran, A. (2016). The effectiveness of the Permission, Limited Information, Specific suggestions, Intensive Therapy (PLISSIT) model based sexual counseling on the sexual function of women with Multiple Sclerosis who are sexually active. *Multiple sclerosis and related disorders*, 8, 113-119.
- Kingsberg, S. A., Schaffir, J., Faught, B. M., Pinkerton, J. V., Parish, S. J., Iglesia, C. B., ... , Simon, J. A. (2019). Female sexual health: Barriers to optimal outcomes and a roadmap for improved patient-clinician communications. *Journal of Women's Health*, 28(4), 432-443.
- Kul Uçtu, A., Bekmezci, H., Özerdoğan, N. (2017). Gebelikte cinsellik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 171-175.
- Ljungman, L., Ahlgren, J., Petersson, L. M., Flynn, K. E., Weinfurt, K., Gorman, J. R., ... , Lampic, C. (2018). Sexual dysfunction and reproductive concerns in young women with breast cancer: type, prevalence, and predictors of problems. *Psycho-Oncology*, 27(12), 2770-2777.
- Malakouti, J., Golizadeh, R., Mirghafourvand, M., Farshbaf-Khalili, A. (2020). The effect of counseling based on ex-PLISSIT model on sexual function and marital satisfaction of postpartum women: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Education and Health Promotion*, 9.
- Mehrabi, M., Lotfi, R., Rahimzadeh, M., Khoei, E. M. (2019). Effectiveness of sexual counseling using PLISSIT model on sexual function of women with type 2 diabetes mellitus: results from a randomized controlled trial. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 39(4), 626-632.
- Nejati, B., Kazemi, F., Masoumi, S. Z., Parsa, P., Karami, M., Mortazavi, A. (2017). Efficacy of sexual consultation based on PLISSIT model (permission, limited information, specific suggestions, intensive therapy) on sexual function among pregnant women: a randomized controlled clinical trial. *Journal of Isfahan Medical School*, 35(435), 739-748.
- Nho, J. H., (2013). Effect of PLISSIT model sexual health enhancement program for women with gynecologic cancer and their husbands. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 43(5), 681-689.
- Oskay, Ü., Başgöl, Ş. (2015). Jinekolojik kanser hastalarında yaşanan cinsel sorunlar ve bu sorunların giderilmesinde kullanılan model ve yaklaşımlar. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(1), 108-119.

- Örüm, M. H. (2019). Cinselliğin önemi ve cinsel işlev bozuklukları yönetimi. Aile Hekimliğinde Güncel Yaklaşımla, 449-456 Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/publication/336881840_Cinselligin_Onemi_ve_Cinsel_Islev_Bozukluklari_Yonetimi
- Punjani, N. S. (2019). Application of the extended-PLISSIT model to improve sexual health in the adolescent population: a theory. *J Comm Pub Health Nursing*, 5 (4).
- Rostamkhani, F., Jafari, F., Ozgoli, G., Shakeri, M. (2015). Addressing the sexual problems of Iranian women in a primary health care setting: a quasi-experimental study. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 20, 139-146.
- Shahbazi, Z., Farshbaf-Khalili, A., Sattarzadeh, N., Kamalifard, M. (2019). The effect of sexual counseling based on PLISSIT model on sexual function of pregnant women: a randomized controlled clinical trial. *Int J Womens Health Reprod Sci*, 7, 372-379.
- Shifren, J. L. (2019). Overview of sexual dysfunction in women: Management. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-sexual-dysfunction-in-women-management>
- Tandoğan, Ö., Kaydırak, M. M., Oskay, Ü. (2019). Erkeklerin gebelikte cinsel yaşamla ilgili mitleri. *Androloji Bülteni*, 21(4), 134-139.
- Tuğut, N., Gölbaşı, Z. (2013). Cinselliğin değerlendirilmesinde PLISSIT modeli' nin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(4).
- Tutuncu, B., Yıldız, H. (2012). The influence on women's sexual functions of education given according to the PLISSIT model after hysterectomy. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 47, 2000-2004.
- Uslu, E., İnfal, S., Ulusoy, M. N. (2016). Cinsel sorunların çözümünde PLISSIT modelinin etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1), 52-63.
- Vannier, S. A., Rosen, N. O. (2017). Sexual distress and sexual problems during pregnancy: Associations with sexual and relationship satisfaction. *The journal of sexual medicine*, 14(3), 387-395.
- WHO, (2006a). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2018). International agency for research on cancer. The Global Cancer Observatory 2018. <https://gco.iarc.fr/>
- Youssef Abd-Ella, N., Hessin Yousef Heggy, E., El-Kurdy, R. (2019). Effect of PLISSIT based sexual counseling model on sexual dysfunction among diabetic pregnant women. *Egyptian Journal of Health Care*, 10(3), 363-378.
- Yörük, F., Karaçam, Z. (2016). The effectiveness of the PLISSIT model in solving postpartum sexual problems experienced by women. *Athens Journal of Health*, 3(3), 235-237.

Adölesan ve Gençlerde Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı: Etkileyen Faktörler ve Sorunlar

Zeynep Oğul

Sexual and Reproductive Health in Adolescents and Youth: Affecting Factors and Problems

ÖZ

Günümüzde birçok faktör adölesan ve gençlerin cinsel sağlık üreme sağlığı (CSÜS) üzerine etki etmektedir. Bu faktörler; ilk cinsel ilişki, gebelik ve evlilik yaşı, kontraseptiflerin kullanımı, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE), istenmeyen gebelik ve doğumlar, anne ölümleri, cinsel şiddet, menstrüal hijyen, dijital CSÜS, korunmasız cinsel ilişki ve riskli cinsel davranışlar olarak sıralanabilmektedir. Ulusal hedeflere ve SKH'ne (Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri) ulaşılması açısından adölesan gebelik ve doğumların azaltılması önem arz etmektedir. Özellikle adölesan ve gençlerin cinsel ilişki yaşının 18 yaşın üzerine ötelenmesi ve kontraseptif yöntemlerin yaygın kullanımının sağlanması gerekmektedir. Adölesan ve gençlerin ekonomik, fiziksel şartları, bakım arama davranışları, korku, utanç, bilgi eksikliği, yanlış bilgi ve mitler, damgalanma ve dışlanma nedeniyle CSÜS hizmetlerine erişimi kısıtlamaktadır. Ek olarak profesyonelleri ve hemşirelerin gizliliği sağlayamaması, yargılayıcı tavırları ve saygısızlık en önemli engeller arasındadır. Adölesan ve gençlerin CSÜS sağlanması ve sürdürülmesi ancak adölesanlarla çalışmak üzere eğitilmiş sağlık profesyonelleri ve hemşireler tarafından sağlanan, kaliteli, genç dostu ve okula entegre CSÜS eğitimine erişimle sağlanabilir. Kadın sağlığı hemşireleri kontraseptif yöntemler hakkında bilgi de dahil olmak üzere doğru, dengeli CSÜS eğitimi sağlayacak şekilde eğitilmelidir. Ayrıca hemşireler adölesan ve gençlerin CSÜS hizmetlerine aktif katılımını sağlamalıdır. Bu derlemede adölesan ve gençlerin CSÜS'na etki eden faktörler literatüre dayalı olarak incelenmiştir. Buradan yola çıkarak adölesan ve gençlerin CSÜS'na ışık tutmak amaçlanmıştır.

ABSTRACT

Nowadays, many factors affect the sexual and reproductive health (SRH) of adolescents and young people. These factors can be listed as first sexual intercourse, pregnancy and marriage age, use of contraceptives, Sexually Transmitted Infections (STI), unwanted pregnancies and births, maternal deaths, sexual violence, menstrual hygiene, digital SRH, unprotected sexual intercourse and risky sexual behaviors. Reducing adolescent pregnancies and births is important for achieving national targets and SDGs (Sustainable Development Goals). In particular, it should be ensured that the age of sexual intercourse for adolescents and young people is postponed above the age of 18 and widespread use of contraceptive methods. Adolescents' and young people's access to SRH services is restricted due to their economic and physical conditions, care-seeking behaviors, fear, shame, lack of knowledge, misinformation and myths, stigma, and exclusion. In addition, the inability of health professionals and nurses to maintain confidentiality, their judgmental attitudes and disrespect are the most important obstacles. Adolescents and young people's SRH provision and maintenance can only be achieved with access to quality, youth-friendly and school-integrated SRH education provided by health professionals and nurses trained to work with adolescents. Women health nurses should be trained to provide accurate, balanced SRH education, including information on contraceptive methods. In addition, nurses should ensure the active participation of adolescents and young people in SRH services. In this review, the factors affecting the SRH of adolescents and young people were examined based on the literature. Based on this, it is aimed to shed light on the SRH of adolescents and young people.

Key Words: Adolescent, Young, Sexual Health, Reproductive Health, Women's Health Nursing

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Doktora Öğrencisi, İstanbul, Türkiye.

Sorumlu Yazar: Zeynep Oğul, Lefke Avrupa Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, 9972, Lefke, K.K.T.C. **e-mail:** zeynep.kirikkaleli@ogr.iu.edu.tr ORCID:0000-0003-1298-330X

Geliş Tarihi:17.07.2021 **Kabul Tarihi:** 03.08.2021

Extended Abstract

The International Conference on Population and Development (ICPD) focused on reducing population growth. In this context, it has been ensured that adolescents and young people make reproductive choices that best meet their needs. In addition, a call was made to meet the educational and service needs of adolescents to enable them to deal with their sexuality responsibly. For this reason, the sexual and reproductive health (SRH) of adolescents and young people has been placed on the global agenda (ICPD, 1994). Although the sexual and reproductive health of adolescents and youth was on the agenda with the Millennium Development Goals (MDGs) after the ICPD, it was largely neglected (United Nations, 2015a). This situation has completely changed within the scope of the Sustainable Development Goals (SDGs). Adolescent and youth health has become an international policy priority and a focus of global strategy (United Nations, 2015b; **WHO, 2020b**; United Nations, 2015c).

SRH services are most needed in the productive age and young age group. The age of 10-19 is defined as the "adolescence" period, and the age of 15-24 as the "youth" period by the World Health Organization (WHO). 7.2 billion people in the world are in their youth period. More than 3 billion of these people are under the age of 25, making up 42% of the world's population (WHO, 2020a). Turkey is a developing country with a young population structure (TÜİK, 2017a). Adolescents and youth living in developing countries are faced with risks such as sexual violence, rape, prostitution, early pregnancy and childbearing, infertility, anemia, malnutrition, unsafe abortion, reproductive system infections, Sexually Transmitted Infections (STIs), Human Immunodeficiency Virus (HIV), Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) (Morris ve Rush, 2015).

Globally, 1.3 million young people die from preventable causes such as injury, HIV infection, and suicide. 15 million young women marry before the age of 18, 2.3 million women give birth before the age of 16, 120 million women are victims of sexual violence before the age of 20 (WHO, 2021c). According to data from the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 10 million young people in the United States (USA) are affected by STIs each year (CDC, 2015). According to Turkey Demographic and Health Survey (2018) data, 15% of young people get married before the age of 18, and 4% of 15-19-year-old adolescents are pregnant or giving birth (TNSA, 2018). According to the 2018 data of the Turkish Ministry of Health, 3,678 HIV (+) and 122 AIDS cases were detected. Hepatitis B cases under the age

of 15 are seen at a rate of 0.1 per 100,000, and 1.9 per 100,000 for the entire population (TC Sağlık Bakanlığı, 2020).

In line with the data presented, it is seen that the SRH of adolescents and young people can affect the health of the society. WHO has recommended that young people be provided with comprehensive sexual education, information and counseling for SRH, including contraception, within the scope of the SDGs planned for all countries to reach by 2030 (WHO, 2020b). In order for all countries to achieve the SDGs, protecting and improving the health of adolescents and youth should be among the priorities. Therefore, in order to achieve global goals, countries should set their own national goals. For this reason, it is necessary to know the factors affecting SRH and the problems experienced by young people living in our country. Factors affecting the SRH of adolescent and young people in our country; the age of first sexual intercourse is under 18, the age of first pregnancy and marriage is early, and the contraceptive methods are not widely used. The most common reproductive health problems faced by adolescents and young people are HIV-AIDS, STIs, unwanted pregnancy and birth, adolescent and young maternal deaths, sexual violence, menstrual hygiene, digital SRH problems, the prevalence of unprotected sexual intercourse and risky sexual behaviors. In this review, these factors and problems were examined in line with the literature.

Giriş

Birleşmiş Milletler tarafından 5–13 Eylül 1994 tarihlerinde Mısır'ın Kahire kentinde Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (International Conference on Population and Development Program of Action, ICPD) yapılmış, ilk kez adölesan ve gençlerin CSÜS bu konferans sırasında ele alınmıştır (ICPD, 1994). Günümüzde de Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) kapsamında hala gündemde olan bir konudur (United Nations, 2015c). Adölesan ve gençlerin CSÜS'nı oluşturan kavramları inceleyecek olursak cinsel sağlık, cinsellikle ilgili olarak hastalık ve sakatlanmanın olmaması ve cinsel refah duygusunu tanımlamak için kullanılır. Cinselliğin fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerinin olumlu yönde birleşimi olarak tanımlanmıştır. Üreme sağlığı ise üreme sistemi, işlevleri ve süreçleri ile ilgili sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle üreme sağlığı, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşam sürdürebilmelerini ve üreme kapasitelerini ne zaman, ne sıklıkla kullanacaklarına karar verme özgürlüğüne sahip oldukları anlamına gelmektedir (WHO, 2006).

Dünya nüfusunun %42'si adölesan ve gençlerden oluşmakta olup, bu nüfusun büyük çoğunluğu (%83) gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (WHO, 2020a). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre 1,3 milyon genç yaralanma, HIV enfeksiyonu, intihar benzeri önlenemez nedenlerden dolayı hayatını kaybetmektedir. Verilere göre 15 milyon genç kadın 18 yaşından önce evlenmekte 2,3 milyonu 16 yaşından önce çocuk doğurmakta ve yaklaşık 120 milyon kadın 20 yaşından önce cinsel şiddet kurbanı olmaktadır (WHO, 2021c). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) verilerine göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl 10 milyon genç CYBE'dan etkilenmektedir (CDC, 2015). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerinde ise gençlerin %15'inin 18 yaşından önce evlenmiş olduğu, 15-19 yaş adölesanların %4'ünün gebe ya da doğum yaptığı tespit edilmiştir (TNSA, 2018).

Hastalık ve alışkanlıklar nedeniyle adölesan ve gençlerin büyüme ve gelişme yetenekleri etkilenmekte ve tam potansiyellerine ulaşmaları engellenmektedir. Alkol veya tütün kullanımı, fiziksel aktivite eksikliği, korunmasız cinsel ilişki ve şiddet gibi durumlar sadece mevcut sağlığı değil, gençlerin yetişkin yaşamlarını da etkilemekte hatta gelecekteki çocuklarının sağlıklarını da etkileyerek, bu mevcut risklerin nesiller arası aktarımına yol açmaktadır (WHO, 2021a). Tüm bu nedenlerle adölesan ve gençlerin CSÜS'na etki eden faktörler ve CSÜS sorunları iyi bilinmelidir. Bu derlemede adölesan ve gençlerde CSÜS etki eden faktörlerin literatüre dayalı olarak ele alınması amaçlanmıştır. Böylece ülkemizdeki adölesan ve gençlerin CSÜS etki eden faktörlere yönelik çözüm yolları için önerilerde bulunulacaktır.

1. Adölesan Ve Gençlerin Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığını Etkileyen Etmenler

Günümüzde birçok faktör adölesan ve gençlerin CSÜS sürdürülmesi ve geliştirilmesine engel teşkil etmektedir. Bu etmenler ilk cinsel ilişki yaşı, ilk gebelik yaşı, ilk evlilik yaşı, kontraseptif kullanımı olarak ele alınmıştır.

a. İlk cinsel ilişki yaşı

Adölesan ve gençlerin cinsel aktivitesi (son üç aydaki cinsel ilişki deneyimi) adölesan dönemin ortasından başlayarak artış göstermektedir. Küresel olarak cinsel ilişki sıklığının en yüksek bildirildiği bölge Güney Afrika bölgesindeki ülkelerdir. Bu ülkelerdeki evli olmayan on adölesandan üçü cinsel aktiftir (UNFPA, 2012). Sahra Altı Afrikadaki adölesan ve gençlerin cinsel ilişki sıklığı %27,4 (Shayo ve Kalomo, 2019), ABD'ndeki 15-19 yaş ergenlerin cinsel

ilişki sıklığı %25,0 (Szucs ve ark., 2020) ve Avrupa'daki 13-21 yaş adölesan ve gençlerin cinsel ilişki sıklığı %40,0 (Miranda ve ark., 2018; Soares ve ark., 2015) olarak saptanmıştır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise gençlerin ilk cinsel ilişki yaşınının 16 - 23 yaş arasında olduğu belirlenmiştir (Kızıltoprak ve Şimşek, 2011; Aşçı ve ark., 2016; Yaşar ve ark., 2019; Özkan ve ark., 2020). Adölesanlar ilk cinsel ilişki sırasında genellikle CSÜS hakkında bilgi sahibi değildir. Gençler ilk cinsel ilişkiyi deneme olarak görmektedir. Ayrıca ne tür sorunlar yaşayacaklarını bilseler bile prezervatif veya bir kontraseptif yöntem kullanma eğiliminde değildirler. Kontraseptif yöntemler, özellikle de prezervatifler kolayca bulunamıyorsa veya kullanılmıyorsa, CYBE ve istenmeyen gebelik riski artmaktadır. Birçok genç kadın, CYBE'ya sahip olduğunun farkında olmayabilir. CYBE tedavi edilmezse, pelvik enflamatuvar hastalığa, ektopik gebeliğe ve infertiliteye kadar ulaşan sonuçların ortaya çıkmasına ve hatta serviks kanserine sebep olmaktadır. Ayrıca CYBE sahip gebelerden doğan çocuklarda görme engeli de oluşabilmektedir. Tüm bunlar düşünüldüğünde adölesanların ilk cinsel ilişki yaşı en az 18 yaş üzerine çekilmeli ve mümkün olduğunca ötelenmelidir (WHO, 2006).

b. İlk gebelik ve evlilik yaşı

Yalnızca Afrika'da, her yıl 14 milyon istenmeyen gebelik meydana gelmekte ve gebeliklerin neredeyse yarısı adölesan genç annelerden oluşturmaktadır (Mardi ve ark., 2018). Küresel olarak yaklaşık olarak 12 milyon adölesan kadınının 18 yaşından önce evlendiği saptanmıştır (UNICEF, 2018). Adölesan dönemde meydana gelen doğumların yaklaşık üçte ikisi evliliğin öncesinde meydana gelmektedir (Bellizzi ve ark., 2019). Düşük gelirli ülkelerdeki adölesan doğum oranı, yüksek gelirli ülkelerin iki katından daha fazla olduğu saptanmıştır. Gerçekleşen bu doğumlar özellikle Asya, Orta Doğu ve Kuzey Afrika bölgelerinde resmi bir evlilik ilişkisi içinde meydana gelmektedir (UNFPA, 2012). Türkiye'deki evlenme istatistiklerine göre, resmi olarak ilk evliliğini 2020 yılında yapmış olan kadınların ortalama evlenme yaşı 25,1 iken erkeklerin ortalama evlenme yaşı 27,9 şeklindedir (TUİK, 2020).

Adölesan gebelik toplum için olumsuz sonuçlar oluşturmaktadır. Adölesan gebeler bu süreçte okula devam edememekte ve iş bulamamaktadır. Adölesan gebelerin ekonomik gelirleri yetişkin gebelere kıyasla daha azdır. Bir annenin eğitimsiz ve çalışmıyor olması aile içinde ekonomik sıkıntıların yaşanmasına sebep olmaktadır. Adölesan gebelik bir evlilik çerçevesinde meydana gelmemişse, genellikle aile ve toplum tarafından reddedilmektedir (UNICEF, 2018). 2011-2020 yılları arasında 140 milyondan fazla adölesanın evleneceği tahmin edilmektedir. Bu doğrultuda yılda 14,2 milyon ya da günde 39.000 adölesan genç kadın evlenecektir. Ayrıca 18

yaşından önce evlenecek 140 milyon evlenecek adölesan kadının 50 milyonu 15 yaşın altında olacaktır. Ancak, son 25 yılda, 18 yaşından önce evlenmiş genç kadınların oranı her dört kişide birden, her beş kişide bire azalmıştır. Bu doğrultuda küresel nüfusun % 63'ünü temsil eden 106 ülkedeki veriler, adölesan evliliğin % 21 olduğunu göstermektedir (WHO, 2020d). Adölesan evliliklerin ortadan kaldırılması için yıllık azalma oranı bilinmelidir. SKH kapsamında, adölesan evliliklerin 2030 yılına kadar sona erdirilmesi için %0,7 olan yıllık azalma oranının %23'e çekilmesi gerekmektedir (UNICEF, 2018; Langer ve ark., 2015). Adölesanların vücutları gebe kalacak kadar olgunlaşmış olsa da, birçok adölesan güvenli bir gebelik ve doğum gerçekleştirecek kadar fiziksel olgunluğa erişmemiştir. İlk gebelik ve evlilik yaşının 18, özellikle de 15 yaşın altına inmesi tekrarlayan gebelikler, anne morbidite ve mortalitesinin yükselmesi anlamına gelmektedir (Sedgh ve ark., 2015).

c. Kontraseptif kullanımı

Küresel olarak, evliliği veya bir birlikteliği olan adölesan kızların %21'i modern bir kontraseptif yöntem kullanmaktadır. Latin Amerika'daki adölesanlar en yüksek modern kontraseptif prevalansına (%57) sahiptir. Adölesanların küresel olarak karşılanmayan kontraseptif ihtiyacı, %23 olarak saptanmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde yaşayan 38 milyon adölesan kadın cinsel aktif iken sadece 15 milyonunun modern bir kontraseptif yöntem kullandığını bildirilmiştir. Bu durum 23 milyon adölesan kadın istenmeyen gebelik riskiyle karşı karşıya olduğunu göstermektedir (Kiani ve ark., 2019). Türkiye'de evli ve doğurgan çağıdaki kadınların %70'inin gebeliği önleyici bir kontraseptif yöntem kullandığı fakat sadece %49'unun modern bir yöntem kullandığı belirlenmiştir. Ek olarak karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının da %12 olduğu bildirilmiştir (TNSA, 2018). Pınar ve Taşkın (2011) tarafından Türkiye'deki üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada cinsel aktif olan öğrencilerin %48,3'ünün ilk cinsel deneyimi sırasında kondom kullandığı saptanmıştır. Adölesanların kontraseptif yöntemlere erişiminin olmaması erken ve istenmeyen gebelik riskini arttırmaktadır (Chandra-Mouli ve ark., 2014). DSÖ, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu ve Birleşmiş Milletler Kadın Birimi 2020 yılına kadar 120 milyon daha fazla kadın ve kız çocuğunun kontraseptif yöntemlere erişimini sağlamak için çalışan küresel bir iş birliği başlatmıştır (WHO, 2020c). Kontraseptif bilgi ve hizmetlere erişimin, adölesan gebelik ve doğum sayısının azaltmasında önemli olduğu vurgulanmıştır (United Nations, 2021).

2. Adölesan Ve Gençlerin Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Sorunları

Birçok adölesan cinsel ilişkiye ergenlik döneminde bir evlilik bağı içinde veya dışında başlamaktadır. Adölesanların korunmasız cinsel ilişki sonuçları, erken veya istenmeyen gebelik ya da CYBE şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Adölesan gebelikler hem gebelik hem de doğum sırasında komplikasyon riskini arttıran durumlardır. Ayrıca, adölesan annelerden doğan bebeklerin mortalite ve morbidite riski oldukça yüksektir. Bunun yanında CSÜS ile ilgili bilgi eksikliği, prezervatifler dahil kontraseptif yöntemlere erişim engelleri, cinsel şiddet gibi birçok faktör adölesanların istenmeyen gebelik ve CYBE risklerinde artış meydana getirmektedir. Ayrıca, sağlık hizmeti sunumunun önündeki engeller, adölesan ve gençlerin ihtiyaç duydukları hizmetlere ulaşmasını zorlaştırmaktadır (UNAIDS, 2016). SKH'nin (3) özel hedeflerinden biri, 2030 yılına kadar aile planlaması hakkındaki bilgi ve eğitimin sağlanması üreme sağlığının korunması dahil CSÜS hizmetlerine evrensel erişimin sağlanmasıdır. Adölesan ve gençlerin sağlığının desteklenmesi için Ulusal strateji ve programlarda kullanılması önerilen asıl gösterge adölesan doğum oranıdır ve adölesan doğum oranları ve bu oranların sıfırlanmasıdır (United Nations, 2021).

a. Adölesan ve gençlerde HIV-AIDS ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar

Vajinal, oral ve anal cinsel ilişki yoluyla bulaşan patojenlerin neden olduğu klinik sendromlar CYBE olarak tanımlanmaktadır. CYBE yalnız cinsel ilişki ile değil tükürük, ter gibi vücut sıvıları ayrıca kan yoluyla, anneden bebeğe intrauterin yolla ya da doğum sırasında bulaşabilir. HIV, Hepatit B, Genital Herpes (HSV II), Human Papilloma Virüs (HPV), Gonore, Klamidya, Sifiliz, Trikomoniyazis enfeksiyonları CYBE kapsamındadır (CDC, 2015). Küresel olarak HIV ile yaşayan 10-19 yaşındaki adölesan sayısı 1994'te 920.000 iken 2018'de 1,6 milyona yükselmiştir. Bu durum hem yeni enfeksiyonların meydana geldiğini hem de HIV ile yaşamaya izin veren tedavilerin varlığını göstermektedir. Türkiye'deki 2019 verilerine göre 3.248 HIV pozitif ve 108 AIDS olmak üzere toplam 3356 vaka saptanmıştır. Vakaların %83,6'sı erkek, %16,4'ü ise kadın ve büyük çoğunluğunun ise adölesan ve gençlerin olduğu belirlenmiştir (TC Sağlık Bakanlığı, 2019).

Gençlerin HIV enfeksiyonundan nasıl korunacaklarını bilmeleri ve bunu gerçekleştirecek araçlara sahip olmaları oldukça önemlidir. CYBE'dan koruyucu uygulamalar, virüsün cinsel yolla bulaşmasını önlemek için prezervatif, kan yoluyla bulaşmasını önlemek için ise temiz enjektör sağlamayı içermelidir (UNAIDS, 2019). Birçok yetişkin, adölesan ve gençlerin cinselliğini kabul etmekte zorlanmaktadır. Hatta kontrol altına alınması gereken bir sorun olarak görmektedir. Adölesan ve gençlerin cinselliğinin, kontrol altına alınması gereken

bir olgu olarak görülmesi HIV'in ortadan kaldırılmasının önündeki en büyük toplumsal engeldir. Bu engel HIV'nin önlenmesi, tedavi edilmesi, bakıma bağlılık, erişim ve etkili kullanımını sağlamak için bu basamaklarının her aşamasında bilgilendirmek ve motive etme stratejileri uygulanarak aşılabılır. Bu adımların yerine getirilmesi gençler de dahil herkesle açıkça cinselliğin konuşulması koşulundan geçmektedir (Slogrove ve ark., 2017). Adölesanlar ve gençler HIV'in hem yayılması hem de altında yatan tutum ve davranışları değiştirme potansiyeli açısından merkez olma özelliği göstermektedir. SKH'nin (3) özel hedeflerinden biri, 2030 yılına kadar AIDS, tüberküloz, sıtma, tropikal hastalıklar, hepatit, su yoluyla bulaşan hastalıkların ve diğer bulaşıcı hastalık salgınlarına son verilmesidir. Birçok ülkede yüksek HIV prevalansı göz önüne alındığında, hedefe ulaşmak için adölesan ve gençlerin CSÜS açığı kapatılmalıdır (WHO, 2020b).

b. Adölesan ve gençlerde istenmeyen gebelik ve doğum

Adölesan gebelik, 10-19 yaş arası adölesanlarda gebeliğin meydana gelmesi olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2014). İstenmeyen gebelik bir kadının gebe kalmadan önceki niyetini içermektedir. Gebelik istenmediğinde ya da istenen zamandan önce ortaya çıktığında istenmeyen gebelik meydana gelmektedir (Santelli ve ark., 2003). 15-19 yaş adölesanlarda istenmeyen gebeliklerin diğer tüm yaş gruplarına göre yüksekliği dikkat çekicidir. Gelişmekte olan ülkelerdeki adölesanlarda her yıl en az 10 milyon istenmeyen gebelik oluşmaktadır. Adölesan gebelik küresel bir sorundur ve yoksulluk, eğitim ve istihdam eksikliği nedeniyle gelişmemiş toplumlarda daha sık görülmektedir (Viner ve ark., 2012). Türkiye'nin adölesan (15-19 yaş) fertilité hızı binde 31 iken; 18 yaş altı gebelik öyküsü olan 20-24 yaş arası kadın oranı %15 olarak bildirilmiştir (TNSA 2018). Türkiye'de 17 yaşından önce çocuk sahibi olmaya nadir rastlanmakta, ancak 19 yaşındaki kadınların %10'u anne olmuş ya da ilk çocuğuna gebedir (TNSA, 2018). Gelişmekte olan ülkelerde yaşayan adölesanlar için gebelik gelişim adına ciddi bir engel teşkil etmektedir. Adölesan ve gençlerin okulu terketmesi, çiftlerin ayrılma oranlarının artması gibi sosyal ve ekonomik fırsatları sınırlayarak yoksulluğun nesiller boyu aktarımına yol açmaktadır (Oringanje ve ark., 2016).

c. Adölesan ve genç anne ölümleri

Küresel olarak tüm doğumların %13'ünü geliştirmekte olan ülkelerde 15-19 yaş arasındaki kadınlar oluşturmaktadır. 18 yaş altı anne ölümleri, 18-25 yaş anne ölümlerinden 2 - 5 kat daha fazladır (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019). 144 ülkenin verileri

kullanılarak gerçekleştirilen bir çalışmada, 15-19 yaş anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 260 iken, 20 - 24 yaş anne ölüm oranı 100.000'de 190 olarak saptanmıştır. Afrika, 100.000 canlı doğumda 570 anne ölüm oranlarıyla en yüksek orana sahiptir (Nove ve ark., 2014). Küresel olarak 15-19 yaş adölesanların önde gelen ölüm nedenleri arasında gebelik ve doğum sırasında ortaya çıkan komplikasyonlar gelmektedir (WHO, 2020c). Türkiye'de adölesan evli kadınlar, tüm evli kadınların %2,5'i gibi küçük bir kısmını oluşturmasına rağmen gebeliğe bağlı ölümlerin % 5,9'u gibi ciddi bir kısmı adölesanlarda görülmektedir. Genç yaş grubunda gebeliğe bağlı ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 15,7 iken, 15-19 yaş grubunda bu oran %18,7'ye kadar çıkmaktadır (Kütük, 2012). Kırbaş ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada adölesanlarda gebelik komplikasyonlarının ortaya çıkma riski 2 kat fazla saptanmıştır. Adölesan annelerde erken doğum, eklempsi, puerperal endometrit ve sistemik enfeksiyon riski 20-24 yaş aralığındaki kadınlardan çok daha fazladır (Ganchimeg ve ark., 2014). Gelişmekte olan ülkelerdeki adölesanlarda cinsel şiddet veya istismar sonucu istenmeyen gebelikler %49 oranında meydana gelmekte ve yaklaşık yarısı da kürtajla sonlanmaktadır (Darroch ve ark., 2016). Asgari evlilik yaşını 18 yaş olarak belirten yasalar ve yaptırımlar ile anne ölümlerinin azaltılabileceği bildirilmiştir (UNFPA, 2017).

d. Adölesan ve gençlerde cinsel şiddet

Cinsel şiddet, kişinin rızası dışında, başka biri tarafından cinsel faaliyete zorlaması anlamına gelmektedir. Çocuklar, gençler, yetişkinler ve yaşlılar dahil olmak üzere herkes cinsel şiddete uğramaktadır (CDC, 2015). 2014 verilerine göre, dünya çapında 20 yaş ve altındaki yaklaşık 120 milyon adölesanın zorla cinsel ilişkiye zorlandığı bildirilmiştir (UNICEF, 2014). Küresel olarak, 15-19 yaşındaki her üç adölesan kızdan yaklaşık biri (84 milyon), yakın partneri (kocas) tarafından uygulanan duygusal, fiziksel ve / veya cinsel şiddete maruz kalmaktadır (United Nations, 2021). 2015 yılında SKH gündemine adölesan kızlara yönelik şiddetle ilgili iki hedef dahil edilmiştir. Bunlar kadınlara ve adölesan kızlara yönelik her türlü şiddetin ortadan kaldırılması, istismar, sömürü, kaçakçılık ve çocuklara karşı her türlü şiddet ve işkencenin sona erdirilmesidir (WHO, 2020b).

Kadınlara ve kız çocuklarına yönelik şiddeti önlemek için, toplumsal cinsiyet eşitliği normlarının geliştirilmesine erken başlamak oldukça önem arz etmektedir. Cinsiyete yönelik ayrımcılık, hem şiddet hem de şiddet içeren davranışlar da dahil olmak üzere cinsel ve üreme haklarını destekleyen tutum ve davranışları etkilemektedir (Chandra-Mouli ve ark., 2017). Kanıtlar, ergen kızları ve genç kadınları öz-yeterlik, güven ve atılganlık becerilerini

geliştirmeleri için güçlendirme, kız çocuklarının eğitim öğretimlerinin sürdürülmesi, hane halkı yoksulluğunun azaltılması, kadınların ve kızların varlıktan miras alma haklarının desteklenmesi, şiddet içermeyen okullar oluşturulması, ebeveynlerin çocukları ile güven bağı kurulan ve şiddet içermeyen ilişkiler için desteklenmesi, erkek ve kızların katılımcı grup eğitimi de dahil olmak üzere toplumsal cinsiyet ayrımcılığının azaltılması gerektiği yönündedir (Lundgren ve Amin, 2015; Ellsberg ve ark., 2015).

e. Adölesan ve gençlerin menstrüal hijyen ve sağlığı

Menstrüasyon hijyen ve sağlığı ICPD'de açıkça belirtilmemesine rağmen adölesan ve gençlerin CSÜS konusunda aile planlamasının parçası, menstrüel anormallikler ve menarşın psikolojik etkilerine dikkat çekilerek ele alınmıştır. Menstrüal hijyen ve sağlığı kavramı 2000'lerden bu yana büyüyen bir halk sağlığı, haklar ve sosyal hareket alanı olarak haytımızdadır (Goonsekere, 2019). Küresel gündemde olmasına rağmen bir çok ülkenin ortalama menarş yaşı, kızların ve kadınların menstrüasyonla ilgili ihtiyaçları bilinmemektedir (Sommer ve Sahin, 2013). Bununla birlikte menstrüel damgalama yapılması yetersiz sosyal ve fiziksel ortamın güvenli menstrüasyon yönetimine engel oluşturmaktadır (Hennegan ve ark., 2019). Adölesanlar menstrüasyon döneminde utanç duymakta ve menstrüasyon dönemlerini yönetmede güçlük yaşamaktadır (Sommer ve ark., 2015). Adölesan kadınların menstrüasyon dönemi hakkındaki eğitim ihtiyaçları menarş öncesi süreçte başlamaktadır. Çocuk evlilik ve / veya cinsel ilişki baskısı, menarşla birlikte kızların demir eksikliği anemisi savunmasızlığı, tıbbi ürünlerin satın alınmasındaki cinsiyet ayrımcılığı, adölesan kızların menstrüasyon düzensizlikleri ve amenore nedeniyle kontraseptiflerin bırakılması aslında menstrüal hijyen ve sağlığının gençlerin CSÜS üzerine etkisini açıklamaktadır (Ibitoye ve ark., 2017; Polis ve ark., 2018).

f. Adölesan ve gençlerin dijital cinsel sağlık ve üreme sağlığı

Adölesan ve gençlerin dijital CSÜS sorunları, pornografi ve cinsel içerikli mesajlaşma (sexting) olarak ikiye ayrılabilir. Pornografi, profesyonelce üretilmiş veya kullanıcı tarafından oluşturulmuş videolarla kişiyi cinsel olarak uyarmayı amaçlayan resimler olarak tanımlanmaktadır (Valkenburg ve Peter, 2011). Pornografinin çoğuna internet üzerinden erişilir ve akıllı telefon kullanımı ve internet erişiminin yaygınlaşması adölesanlar arasında pornografi kullanımını arttırmıştır (Atwood ve ark., 2017). Pornografi izleyen adölesanların zayıf veya sorunlu aile ilişkileri ve duygu arayışı içerisinde olduğu tespit edilmiştir. Pornografi

kullanımının aynı zamanda izin verici cinsel tutum, günübirlik cinsel ilişki ve riskli cinsel davranışlarla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Peter ve Valkenburg, 2016). Koletic (2017) yaptığı çalışmada pornografinin, cinsel davranış, cinsel norm ve tutumları, cinsiyet tutumlarını, benlik saygısı ve cinsel tatmini olumsuz etkilediğini saptamıştır.

Son yıllarda adölesan ve gençler arasında cinsel içerikli metin iletişimi, sexting (seks ve mesajlaşma kelimelerinin kombinasyonu) eğilimi ortaya çıkmıştır. Sexting, cep telefonlarının veya diğer elektronik cihazlar kullanılarak kişilerin kendisinin oluşturduğu cinsel içerikli mesaj, resim veya videoları kullanılmasıdır (Lenhart ve ark., 2009). Akıllı telefon kullanımının yaygınlaşması nedeniyle, cinsel içerikli fotoğrafları çekmek ve dağıtmak her zamankinden kolay hale gelmiştir. Cinsel içerikli mesajlaşma, araştırıcı ve romantik bir kullanımdan istismarcı bir tutuma kadar bir dizi davranışı kapsayabilmektedir (Döring, 2014). Cinsel mesajlaşma davranışları üzerine bir meta-analize göre, cinsel mesajlaşmanın yaygınlığı %1 - 60 arasında değişmektedir (Barrense-Dias ve ark., 2017). Gençler ve genç yetişkinlerle (15-20 yaş) yapılan niteliksel bir araştırmada, genç kadınların çıplak fotoğraf göndermek için erkekler tarafından, erkeklerin ise aldıkları çıplak fotoğrafları paylaşmaları için akranları tarafından baskı hissettiklerini ortaya koymuştur (Englander, 2019).

g. Adölesan ve gençlerde korunmasız cinsel ilişki ve riskli cinsel davranışlar

Cinsel ilişki, adölesan gelişiminin normal ve beklenen bir yönünü oluşturan başlangıçtır. Bu başlangıç CSÜS temelini oluşturmakta ve genellikle karşı cinsle meydana gelmektedir (Heywood ve ark., 2015). Adölesan ve genç dönem aile, akran ve partnerlerle etkili bir iletişim kurmanın yanı sıra doğru cinsel sağlık bilgisine sahip olmak, cinsel eylemlerin risklerini, sorumluluklarını ve sonuçlarını anlama zamanıdır. Bu dönem risklerin azaltılması için harekete geçme, risk azaltma becerilerinin kazanılması sağlıklı ilişkiler kurma ve sürdürme süreci olarak kazandırılmalıdır (Schalet ve ark., 2014). Adölesan dönemde gerçekleştirilen bir çok riskli davranış yetişkinlikteki sağlık düzeyi üzerine etki etmektedir (Hardin ve ark., 2017). Adölesanlardaki cinsel risk alma davranışları, ilk cinsel ilişkinin erken yaşta deneyimlenmesi, birden fazla cinsel partner, partnerin cinsiyeti veya ilişkinin uzunluğu, cinsel ilişki sıklığı, prezervatif kullanım tutarlılığı, cinsel ilişki ve alkol, uyuşturucu kullanımı gibi faktörlerle yakından ilişkilidir (Heywood ve ark., 2015).

Adölesan ve gençler birçok farklı cinsel davranışta bulunur ve hangi davranışın riskli olduğunu anlamlandıramayabilirler. Genel olarak olumsuz sonuçlar, olumlu sonuçlardan daha

ağır basarsa bu davranışlar riskli olarak kabul edilir. Riskli davranışlar çoğunlukla CYBE veya istenmeyen gebeliklere yol açmaktadır. Ayrıca 16 yaşından önce cinsel ilişki, diğer risk alma davranışlarıyla yakından bağlantılıdır (Heywood ve ark., 2015). Borodovsky ve arkadaşları (2019) Amerikan adölesanlar arasında cinsel davranış eğilimleri incelenmiş ve sonuçlara göre, iki veya daha fazla cinsel partnere sahip olma prevalansının 1999'da %32,5 iken, 2017'de %22,6'ya indiği saptanmıştır. Türkiye'deki üniversite öğrencilerinin riskli cinsel davranışlarının incelendiği araştırmada, öğrencilerin %51,9'unun son 3 ayda en az bir kez korunmasız cinsel ilişki yaşadığı, %18,5'inin son cinsel ilişkisinde kontraseptif yöntem kullanmadığı tespit edilmiştir. Kontraseptif yöntem kullandığını söyleyen öğrencilerin %72,7'sinin kondom kullandığı saptanmıştır. Öğrencilerin %64,2'si son 3 ayda sarhoş olduğunu ve sarhoşken en az bir kez cinsel ilişki yaşadığını bildirmiş ve toplam %59,3'ünün birden fazla cinsel partnerinin olduğu saptanmıştır (Golbasi ve Kelleci, 2011).

3. Adölesan ve Gençlerde Cinsel Sağlık Üreme Sağlığına Yönelik Sorunlarda Kadın Sağlığı Hemşirelerinin Rollerini

Adölesan ve gençlerin CSÜS hizmetlerine erişimi genellikle yeterli değildir. Özellikle evli olmayan adölesanlarda hizmet eksikliği daha yaygın görülmektedir. Adölesan ve gençlerin ekonomik ve fiziksel şartları CSÜS hizmetlerine erişimini kısıtlamaktadır. Ayrıca bireysel olarak, bakım arama davranışları, korku (insanların öğrenmesiyle ilgili), utanç, bilgi eksikliği, yanlış bilgi ve mitler, damgalanma ve dışlanma nedeniyle kısıtlıdır (Blanc ve ark., 2009). Bazı bakış açılarına göre bakımın önündeki tek ve en önemli engel, hizmet sunanların tutumudur. Sağlık profesyonellerinin, gizliliği sağlayamaması, yargılayıcı tavırlar, saygısızlık adölesan ve gençlerin ihtiyaçlarını ciddiye almamaları CSÜS hizmeti engellerini oluşturmaktadır (FIGO, 2011). Adölesan ve gençlerin CSÜS ancak adölesanlarla çalışmak üzere eğitilmiş sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan, kaliteli, genç dostu ve okula entegre CSÜS eğitime erişimle sağlanabilir. CSÜS eğitim programları ölçeklendirilmeli ve cinsel davranışları geliştirme becerileri sağlanırken doğru, kapsamlı bilgiler sunulmalıdır (Morris ve Rushwan, 2015). CSÜS eğitiminin içeriği oluşturulurken CSÜS risklerinin (kontrasepsiyona ulaşamama, istenmeyen gebelik, CYBE) yer verilmesi son derece önemlidir (WHO, 2019). Kadın sağlığı alanında çalışan hemşireler CSÜS politikalarını etkilemek ve adölesan ve gençlere CSÜS hizmet sunumu sağlamak için iyi bir konuma sahiptir. Örneğin adölesan gebelik, anemi, HIV ve diğer CYBE sorunları yaşayan adölesan ve gençlere erken ve özel bakım sağlayabilirler. CSÜS sağlanması ve sürdürülmesi politik ve yasal değişiklikler gerektirmektedir. Hemşireler

kürtajın kısıtlandığı veya yasal yollardan kürtaj hakkına erişimde zorluk yaşan adölesan ve gençlerin savunucusu olabilir, yeterli bakım alamalarını sağlayabilir veya kontraseptif hizmetlere erişimin sağlanması konusunda etkili olabilirler (Morris ve Rushwan, 2015). Hemşireler adölesanlara yönelik CSÜS hizmetlerin maliyetinin kaldırılması veya azaltılması, adölesanlara uyarlanabilir esnek çalışma saatlerinin oluşturulmasına destek verebilirler (Zuurmond ve ark., 2012).

Hemşireler kontraseptif yöntemler hakkında bilgi de dahil olmak üzere doğru, dengeli CSÜS eğitimi sağlayacak şekilde donatılmalıdır. Bu yolla adölesan ve gençler sağlıklı cinsellik konusunda damgalanma veya yargılama olmaksızın bilgiye ulaşabilir (Morris ve Rushwan, 2015). Hemşireler ve sağlık personelleri CSÜS’na yönelik destekleyici gözetim ya da denetim olmadan tek seferlik bir eğitim almaktadır. Bu eğitim CSÜS hizmetlerinin etkili ve duyarlı bir şekilde sunulmasına yeterli olmayabilmektedir. Bu nedenle hemşireler ve sağlık profesyonellerinin doğru ve yargılayıcı olmayan CSÜS hizmeti sunma ve adölesanların gelişim aşamasına uygun bilgiler sağlama konusunda eğitim sağlanması gerekmektedir (Chandra-Mouli ve ark., 2014; WHO, 2015b). II-1A kanıt düzeyindeki bulgulara göre hemşireler doğum öncesi bakımı adölesanlara uyarlamalı, onların CSÜS bakımına geç başvurduklarını kabul ederek gebeliğin erken dönemlerinde, erişebilir, multidisipliner bakım sağlanmalıdır (Fleming ve ark., 2015).

Aynı zamanda CSÜS hizmetleri alanında çalışan kadın sağlığı hemşireleri adölesan ve gençlerin katılımını sağlamalıdır. Adölesan ve gençlerin kendi sağlığını sürdürmeye aktif katılımı, bakımın sağlanması ve sürdürülmesiyle yakından ilişkilidir. Bu yöntemlerden özellikle akran eğitimi gençlerin kendi sağlığına katılımını teşvik ederek CSÜS müdahalelerinin etkililiğini ve sürdürülebilirliğini arttırmaktadır (Alvarado ve ark., 2017). Akran eğitimi adölesan ve gençlerin bir gruba dahil olma baskısıyla erken cinsel ilişki gibi riskli davranışlara katılmasını da engelleyebilmektedir. Hemşireler neyin öğretildiğini önemsemenin yanında nasıl ve kim tarafından öğretildiğini de önemseyerek hizmet sunumuna adölesan ve gençleri de dahil ederek CSÜS kapsamını geliştirerek sürdürülebilir kılar (Evans ve Tripp, 2006).

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak adölesan ve gençlerin CSÜS’ni etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerin herbirinin açıkça tanımlanması ve ele alınarak çözüm yollarının üretilmesi

gerekmektedir. CSÜS'na faktörler sadece adölesan ve gençleri etkilemekle kalmayıp toplumun ve ülkenin sağlığını etkilemektedir. Çözüm yollarının oluşturulması için de çok sektörlü işbirliklerine gereksinim duyulmaktadır. Bu faktörlerden özellikle adölesan anne ölümlerinin azaltılması ile ulusal ve uluslararası hedeflere ulaşılabilir. Bu nedenle CSÜS eğitiminin okullara entegre edilmesi, danışmanlık merkezlerinin oluşturulması, kontraseptif yöntemlere erişimin kolaylaştırılması gerekmektedir. Bu kapsamda da kadın sağlığı hemşirelerinin CSÜS hizmetlerinin sağlaması ve sürdürülmesinde avantajları ve üstün özellikleri ortaya çıkmaktadır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Çalışma için finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Aşçı, Ö., Gökdemir, F., & Çiçekoğlu, E. (2016). Hemşirelik öğrencilerine akran eğiticiler ile verilen üreme sağlığı eğitiminin etkinliği. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3, 173-183.
- Atwood, R. M., Beckert, T. E., & Rhodes, M. R. (2017). Adolescent Problematic Digital Behaviors Associated with Mobile Devices. *North American Journal of Psychology*, 19, 659-683.
- Barrense-Dias, Y., Berchtold, A., Surís, J. C., & Akre, C. (2017). Sexting and the definition issue. *Journal of Adolescent Health*, 61, 544-554.
- Borodovsky, J. T., Krueger, R. F., Agrawal, A., & Gruzca, R. A. (2019). A decline in propensity toward risk behaviors among US adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 65, 745-751.
- Centers for Disease Control and Prevention. (CD, 2015). Sexually Transmitted Disease Surveillance 2015. Erişim 25.04.2020, www.cdc.gov/std/stats15/default.htm.
- Chandra-Mouli, V., McCarraher, D. R., Phillips, S. J., Williamson, N. E., & Hainsworth, G. (2014). Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers, and access. *Reproductive Health*, 11, 1-8.
- Chandra-Mouli, V., Plesons, M., Adebayo, E., Amin, A., Avni, M., Kraft, J. M., ... & Garcia-Moreno, C. (2017). Implications of the global early adolescent study's formative research findings for action and for research. *Journal of Adolescent Health*, 61, 5-9.
- Döring, N. (2014). Consensual sexting among adolescents: Risk prevention through abstinence education or safer sexting?. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 8, 1-9.
- Ellsberg, M., Arango, D. J., Morton, M., Gennari, F., Kiplesund, S., Contreras, M., & Watts, C. (2015). Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say?. *The Lancet*, 385, 1555-1566.
- Englander, E. (2019). What do we know about sexting, and when did we know it?. *Journal of Adolescent Health*, 65, 577-578.
- Golbasi, Z., & Kelleci, M. (2011). Sexual experience and risky sexual behaviours of Turkish university students. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 283, 531-537.
- Gooneskere, S. W. (2019). The Indivisibility of Rights and Substantive Equality for Women. *International Human Rights of Women*, 1, 39-61.

- Hardin, A. P., Hackell, J. M., & Committee on Practice and Ambulatory Medicine. (2017). Age limit of pediatrics. *Pediatrics*, 140, 2-5.
- Hennegan, J., Shannon, A. K., Rubli, J., Schwab, K. J., & Melendez-Torres, G. J. (2019). Women's and girls' experiences of menstruation in low-and middle-income countries: A systematic review and qualitative metasynthesis. *PLoS Medicine*, 16, e1002803.
- Heywood, W., Patrick, K., Smith, A. M., & Pitts, M. K. (2015). Associations between early first sexual intercourse and later sexual and reproductive outcomes: a systematic review of population-based data. *Archives of Sexual Behavior*, 44, 531-569.
- https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/child_marriage_20130307/en/
- Ibitoye, M., Choi, C., Tai, H., Lee, G., & Sommer, M. (2017). Early menarche: A systematic review of its effect on sexual and reproductive health in low-and middle-income countries. *PloS One*, 12, e0178884.
- ICPD (1994). United Nations **International Conference on Population and Development Programme of Action**. New York: United Nations. Erişim 03.11.2019, <https://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action>.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Database. Erişim 17.01.2019, <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- Kırbaş A, Gülerman HC, Yüksel N. (2011). Evaluation of Adolescent Pregnancy Outcomes. *Turkish Journal of Gynecology Obstetrics and Neonatology*, 8, 1271-1273.
- Kırmızıtoprak, E., & Şimşek, Z. (2011). Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve güvenli cinsel yaşam konusunda gençlerin bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10, 463-472.
- Kiani, M. A., Ghazanfarpour, M., & Saeidi, M. (2019). Adolescent pregnancy: a health challenge. *International Journal of Pediatrics*, 7, 9749-9752.
- Koletić, G. (2017). Longitudinal associations between the use of sexually explicit material and adolescents' attitudes and behaviors: A narrative review of studies. *Journal of Adolescence*, 57, 119-133.
- Kütük S. (2012). Adölesan gebelik riskleri ve sorunlar. *Türk Aile Hekimiği Dergisi* 16, 31-4.
- Langer, A., Meleis, A., Knaul, F. M., Atun, R., Aran, M., Arreola-Ornelas, H., ... & Frenk, J. (2015). Women and health: the key for sustainable development. *The Lancet*, 386, 1165-1210.
- Lenhart, A., Madden, M., Smith, A., & Macgill, A. R. (2009). Teens and social media: An overview. *Pew Internet and American Life*, 1, 97-119.
- Lundgren, R., & Amin, A. (2015). Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: emerging evidence of effectiveness. *Journal of Adolescent Health*, 56, 42-50.
- Mardi, A., Ebadi, A., Shahbazi, S., & Moghadam, Z. B. (2018). Factors influencing the use of contraceptives through the lens of teenage women: a qualitative study in Iran. *BMC Public Health*, 18, 202.
- Miranda, P. S. F., Aquino, J. M. G., Monteiro, R. M. P. D. C., Dixe, M. D. A. C. R., Luz, A. M. B. D., & Moleiro, P. (2018). Sexual behaviors: study in the youth. *Einstein (São Paulo)*, 16, 15-24.
- Morris, J. L., & Rushwan, H. (2015). Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131, 40-42.
- Nove, A., Matthews, Z., Neal, S., & Camacho, A. V. (2014). Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries. *The Lancet Global Health*, 2, e155-e164.
- Oringanje, C., Meremikwu, M. M., Eko, H., Esu, E., Meremikwu, A., & Ehiri, J. E. (2016). Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 5-105.
- Özkan, H., Taşğın, Z. D. Ü., & Apay, S. E. (2020). Cinsellikle ilgili eğitim alan ve almayan öğrencilerin cinsel sağlık bilgi düzeylerinin karşılaştırılması. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, 11-21.
- Peter, J., & Valkenburg, P. M. (2016). Adolescents and pornography: A review of 20 years of research. *The Journal of Sex Research*, 53, 509-531.

- Pinar, G., & Taşkın, L. (2011). Üniversite gençlerine yönelik olarak geliştirilen cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitim programının etkinliği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 53, 1-8.
- Polis, C. B., Hussain, R., & Berry, A. (2018). There might be blood: a scoping review on women's responses to contraceptive-induced menstrual bleeding changes. *Reproductive Health*, 15, 1-17.
- Santelli, J., Rochat, R., Hatfield-Timajchy, K., Gilbert, B. C., Curtis, K., Cabral, R., ... & Unintended Pregnancy Working Group. (2003). The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35, 94-101.
- Schalet, A. T., Santelli, J. S., Russell, S. T., Halpern, C. T., Miller, S. A., Pickering, S. S., ... & Hoenig, J. M. (2014). Invited commentary: broadening the evidence for adolescent sexual and reproductive health and education in the United States. *Journal of Youth and Adolescence*, 43, 1595-1610.
- Shayo, F. K., & Kalomo, M. H. (2019). Prevalence and correlates of sexual intercourse among sexually active in-school adolescents: an analysis of five sub-Saharan African countries for the adolescent's sexual health policy implications. *BMC public health*, 19, 1-8.
- Slogrove, A. L., Mahy, M., Armstrong, A., & Davies, M. A. (2017). Living and dying to be counted: What we know about the epidemiology of the global adolescent HIV epidemic. *Journal of the International AIDS Society*, 20, 21520.
- Soares LR, Cabero FV, Souto TG, Coelho RF, Lacerda LC, Matão ME. Avaliação do comportamento sexual entre jovens e adolescentes de escolas públicas. *Adolesc Saude*. 2015;12, 76-84.
- Sommer, M., & Sahin, M. (2013). Overcoming the taboo: advancing the global agenda for menstrual hygiene management for schoolgirls. *American Journal of Public Health*, 103, 1556-1559.
- Sommer, M., Hirsch, J. S., Nathanson, C., & Parker, R. G. (2015). Comfortably, safely, and without shame: defining menstrual hygiene management as a public health issue. *American Journal of Public Health*, 105, 1302-1311.
- Szucs, L. E., Lowry, R., Fasula, A. M., Pampati, S., Copen, C. E., Hussaini, K. S., ... & Steiner, R. J. (2020). Condom and contraceptive use among sexually active high school students—Youth Risk Behavior Survey, United States, 2019. *MMWR supplements*, 69, 11-19.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2019). Türkiye HIV / AIDS, Kontrol Programı (2019-2024). T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Merkezi, Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı. Erişim 12,03,2021, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Bulasici-hastaliklar-db/hastaliklar/HIV-ADS/Tani-Tedavi_Rehberi/HIV_AIDS_Kontrol_Programi.pdf.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2020) Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bulaşıcı Hastalıklar. Erişim 05.11.2020, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasicihastaliklar>
- TÜİK (2020). İstatistiklerle Kadın 2020. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim 18.11.2020, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2020-37221>.
- TÜİK (2017 a). Adölesan Doğurganlık Hızı. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim 08.01.2020, <https://tuikweb.tuik.gov.tr>.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA, 2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2018. Erişim 18.01.2020, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf.
- U. N. Women & UNICEF (2018). International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach. UNESCO.
- UNAIDS (2016). Global AIDS Update. Geneva: UNAIDS. Erişim 07.06.2019, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf
- UNAIDS (2019). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS AIDS Info Estimates. Erişim 18.06.2020. <http://aidsinfo.unaids.org/>
- UNFPA (2012). United Nations Population Fund. Education on sexual and reproductive health, building partnerships with and for youth. Erişim 23.09.2019, <http://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/UNFPASexualReproductiveHealth.pdf>. Accessed at 2019

- UNICEF (2014). United Nations International Children's Emergency Fund. Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children. Erişim 13.10.2020, http://www.unicef.org/publications/index_74865.html
- UNICEF (2018). United Nations International Children's Emergency Fund. Child Marriage. Erişim 25.04.2019, <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>
- United Nations (2015a). **Millennium Development Goals Report**. New York: United Nations. Erişim 04.11.2019, [https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf) 5.
- United Nations (2015b). **Sustainable Development Goals**. New York: United Nations. Erişim 11.11.2019, <https://undocs.org/A/RES/70/1>.
- United Nations (2015c). Secretary-General **Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health**. New York: United Nations. Erişim 03.11.2019, <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/en/>
- United Nations (2021). Global SDG Database. Erişim 19.11.2020, <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/?indicator=3.7.2>
- Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2011). Online communication among adolescents: An integrated model of its attraction, opportunities, and risks. *Journal of Adolescent Health*, 48, 121-127.
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379, 1641-1652.
- WHO (2006). Orientation Programme on Adolescent Health for Health Care Providers. Geneva: World Health Organization. Erişim 08.09.2019, https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/9241591269_op_handout.pdf.
- WHO (2014) Health for the World's Adolescents: A Second Chance in the Second Decade. Geneva: World Health Organization. Erişim 07.12.2019, <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/Globalandregionalprevalenceofintimatepartnerviolenceamongadolescentgirls15-19yearsold>.
- WHO (2020a). Coming of Age: Adolescent Health. Geneva: World Health Organization. Erişim 11.02.2020, <https://www.who.int/news-room/spotlight/coming-of-age-adolescent-health>
- WHO (2020b). SDG Target 3.7 Ensure universal access to sexual and reproductive health-care services, including for family planning, information and education, and the integration of reproductive health into national strategies and programmes. Geneva: World Health Organization. Erişim 18.05.2020, https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_7-sexual-and-reproductive-health.
- WHO (2020c). Adolescent Pregnancy. Geneva: World Health Organization. Erişim 12.04.2020, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- WHO (2020d) Child Marriage. Geneva: World Health Organization. Erişim 27.07.2021,
- WHO (2021a). Adolescent and Young Adulth Health. Geneva: World Health Organization. Erişim 25.04.2021, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- WHO (2021c). Violence Against Women Prevalence Estimates. Geneva: World Health Organization. Erişim 15.04.2021, https://www.who.int/health-topics/violence-against-women#tab=tab_1
- Yaşar, Ö., Buluş, M. D., Kaymak, G. Ö., & Güneri, S. E. (2019). Üniversite öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi ve görüşlerinin incelenmesi. *Jaren*, 5, 53-8.

Engelli Kadınlarda Doğum Öncesi Bakım

Mizgin Cebe¹, Hilmiye Aksu²

Prenatal Care For Women with Disabilities

ÖZ

Doğum öncesi bakım annenin sağlığını koruyarak sağlıklı bir bebek dünyaya getirmek için düzenli aralıklarla yapılan gebelik takibidir. Engelli kadın, bir ya da birden fazla engeli bulunan, toplumda kadın ve engeli olmasından kaynaklı sorun yaşayan birey olarak tanımlanmaktadır. Ülkemizde doğum öncesi bakım alma oranlarına baktığımızda kadınların %96'sı doğum öncesi bakımı bir sağlık görevlisinden almıştır (doktor, hemşire veya ebe). Engelli kadınlarla ilgili özel bir doğum öncesi bakım verileri bulunmamakta olup literatürde engelli kadınların engelli olmayan kadınlara göre yetersiz doğum öncesi bakım alma olasılığının 2 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. Engelli kadınların, engelli ve kadın olarak yaşadıkları dezavantajın yanı sıra gebe kaldıkları zaman karşılaştıkları sorunlar da boyut değiştirebilmektedir. Bunlar sadece sağlık sorunları olarak ele alınmamalı, toplumsal bir sorun olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır.

Engelli kadınların gebelikleri boyunca daha sık doğum öncesi bakım almaları gerekebilir. Hemşire ve ebeler bu kontrollerde, kadının engeli ile ilgili sorunları ve gebeliğe bağlı değişiklikleri, fetüsün sağlık durumunu, engelliliği nedeniyle kullandığı ilaçlarla ilgili bilgileri değerlendirmelidir. Bu derlemede engelli kadınlarda doğum öncesi bakımın önemi, doğum öncesi dönemde engelli kadınların gereksinimlerinin neler olduğunun ve engelli kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanması gerekliliği tartışılmıştır.

ABSTRACT

Prenatal care is the pregnancy follow-up carried out at regular intervals to protect the mother's health and give birth to a healthy baby. A disabled woman is defined as an individual who has one or more disabilities, and who has problems due to being a woman in society and having a disability. When we look at the rates of receiving antenatal care in our country, 96% of women received prenatal care from a health worker (doctor, nurse or midwife). There is no specific antenatal care data for disabled women, and it is stated in the literature that women with disabilities are 2 times more likely to receive inadequate antenatal care than women without disabilities. In addition to the disadvantage that women with disabilities experience as disabled and women, the problems they face when they become pregnant can also change dimensions. These should not be considered only as health problems, but also as a social problem.

Women with disabilities may need to receive more frequent prenatal care throughout their pregnancy. During these controls, nurses and midwives should evaluate the problems related to the woman's disability and changes related to pregnancy, the health status of the fetus, and the information about the drugs used due to disability. In this review, the importance of antenatal care for women with disabilities, the needs of women with disabilities in the prenatal period and the necessity for disabled women to benefit from health services are discussed.

Keywords: Disability; Woman; Prenatal Care

¹ Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Aydın, Yüksek Lisans Öğr.

² Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Aydın, Prof. Dr.

Sorumlu Yazar: Mizgin Cebe¹ e-mail: mizgin.cebe@hotmail.com ORCID: 0000-0003-0388-7711

Hilmiye Aksu²: e-mail: hilmiyeaksu@yahoo.com ORCID: : 0000-0001-6975-3172

Geliş Tarihi: 27.06.2021, **Kabul Tarihi:** 23.08.2021

Extended Abstract

Prenatal care is regular pregnancy follow-up performed by protecting the mother's health to give birth to a healthy baby. A disabled woman can be defined as having one or more disabilities, a woman in the society and a problem arising from her disability. When we look at the rates of receiving prenatal care in our country, 96% of women have received prenatal care from a healthcare personnel (doctor, nurse or midwife). Only 4% of women have not received prenatal care (TNSA, 2018). In our country, the rate of receiving prenatal care varies according to the level of education. While 93% of women who do not have education or have not completed primary school received prenatal care from healthcare personnel, this rate is 98% among women who have completed secondary school. In the world, 70% of pregnant women are followed up by a healthcare personnel at least once during their pregnancy. This rate varies greatly according to the development levels of the countries. While the rate of pregnant women receiving at least one follow-up in developed countries is 98%, this rate is 65% in underdeveloped countries (Sönmez, 2017).

There are no specific prenatal care data about disabled women; however, according to the literature, it has been shown that disabled women are 2 times more likely to receive inadequate prenatal care than non-disabled women. In addition to the disadvantage they experience as disabled women and women, the problems they face when they become pregnant can change in dimension. These should not only be considered as health problems, it also should be taken into consideration that social problems may also arise. Possibility of getting prenatal care is 2 times more (Lim et al, 2015; Kapan et al, 2019). According to their study, Johson et al. (2019) have found that women with disabilities were less likely to receive prenatal care early or at the recommended frequency. However, they have stated that there is limited information on how prenatal care use patterns may differ depending on the type of disability (Johson et al, 2019).

Lim et al (2015) accepted fewer than four care areas as received inadequate care in their study. And consequently, they have found that women with disabilities were 17% likely to receive inadequate prenatal care; they found the probability of non-disabled women to be 11.7% (Lim et al, 2015).

Disabled women may need more frequent prenatal care throughout their pregnancy. During these controls, nurses should evaluate the problems related to the disabled women and pregnancy-related changes, the health status of the fetus, and the information about the drugs used for her disability. In this article, we discuss the importance of prenatal care for disabled women, what are the needs of disabled women in the prenatal period, and the necessary of disabled women to benefit from health services.

Giriş

Doğum öncesi bakım, annenin sağlığını koruyarak sağlıklı bir bebek dünyaya getirmek için düzenli aralıklarla yapılan gebelik takibidir. Ülkemizde doğum öncesi bakım alma oranlarına baktığımızda kadınların %96'sı doğum öncesi bakımı bir sağlık görevlisinden aldığı görülmektedir (doktor, hemşireveya ebe). Dünyada ise gebe kadınların %70'i gebelikleri süresince en az bir kez bir sağlık personeli tarafından izlenmektedir. Bu oran ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre büyük değişiklikler göstermektedir. Gelişmiş ülkeler de en az bir izlem alan gebe oranı %98 iken, az gelişmiş ülkelerde bu oran %65'dir (Sönmez, 2017).

Engelli kadın, bir ya da birden fazla engeli bulunan, toplumda kadın ve engelli olmasından kaynaklı sorun yaşayan birey olarak tanımlanmaktadır. Tanımdan da anlaşılacağı üzere engelli kadın fiziksel, ruhsal ya da duyuşsal engelinin dışında, toplumun karşısına çıkardığı engellerle de mücadele etmektedir (Orhan ve ark., 2020).

Engelli kadınlarla ilgili özel bir doğum öncesi bakım alma verisi bulunmamaktadır. Ancak literatürde engelli kadınların, engelli olmayan kadınlara göre yetersiz doğum öncesi bakım alma olasılığının 2 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Lim ve ark., 2015). Johson ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmaya göre engelli kadınların doğum öncesi bakımı erken veya önerilen sıklıkta alma olasılıklarının daha düşük olduğunu bulmuştur (Johson ve ark., 2019). Lim ve arkadaşları (2015) çalışmalarında dörtten az bakım alanları, yetersiz bakım almış olarak kabul etmiştir. Bunun sonucunda da engelli kadınların, yetersiz doğum öncesi bakım alma olasılığını %17, engelli olmayan kadınların olasılığını ise %11,7 bulmuşlardır (Lim ve ark., 2015).

Engelli kadınların gebelikleri boyunca daha sık doğum öncesi bakım almaları gerekebilir. Ebe ve hemşireler bu kontrollerde, kadının engeli ile ilgili sorunları ve gebeliğe

bağlı değişiklikleri, fetüsün sağlık durumunu, engelliliği nedeniyle kullandığı ilaçlarla ilgili bilgileri değerlendirmelidir. Engelli kadınlar genel olarak gebelik süreçlerinde, bilgi sahibi olan, kendilerini tanıyan, ihtiyaçlarını bilen, olumlu iletişim kuran, kararlarına saygı duyan sağlık personelinin bakım vermesini ve bu bakımın uygun ekipman ile sürekli olmasını istemektedirler. Engelli kadınların da doğum öncesi bakım alma gereksinimleri göz ardı edilmemelidir. Dolayısıyla bu derlemede engeli kadınlarda doğum öncesi bakımın önemi, doğum öncesi dönemde engelli kadınların gereksinimlerinin neler olduğu ve engelli kadınlarında sağlık hizmetlerinden yararlanmasının gerekliliği tartışılmıştır.

Engelli Kadın Olmak

En kapsamlı ifade ile "engelli" olarak nitelendirilen "en büyük azınlık" grubu fiziksel, ruhsal ya da sosyal birtakım etkenler sebebi ile toplumun diğer kesimlerinden daha zor bir yaşam sürdürmektedir. Engelli kadınlar ise hem "engelli" hem de "kadın" olmanın zorluklarını bir arada yaşamaktadırlar (Okuyan,2018).

Ülkemizde engelli kadınların oranı giderek artış göstermektedir. Araştırma verilerine göre, engelli nüfus içinde engelli kadınların oranı yüksektir ve refah seviyesi düşüktür (Timur,2006). Bunun nedeni ise engelli kadınların, engelli olmaktan kaynaklanan birçok negatif durumun (sosyal izolasyon, yoksulluk, şiddet ve diğer mağduriyet biçimleri ve kronik sağlık sorunları ile ilgili stresler, vs.) yanı sıra kadın olmanın getirdiği dezavantaj ve cinsiyet ayrımcılığına da maruz kalmalarıdır. Engelli kadınların yaşantısını etkileyen faktörlerin başında engelliğin türü ve derecesi, günlük görevlerini yapıp yapamadığı, aileden destek, eşten destek, benlik saygısı ve cinsiyet gelmektedir (Freedman ve ark., 2012; Addabbo, 2014).

Engelli kadınların sağlık hizmeti ihtiyaçları, toplum ve sağlık sistemi içerisinde yer alan engelli olmayan kadınlar arasında bile genellikle göz ardı edilmektedir. Engelli kadınlar, sağlık hizmeti alımında daha büyük zorluklar yaşamaktadır (Smeltzer ve ark., 2007).

Engelli Gebelerin Yaşayabileceği Sorunlar

Engelli kadınlar perinatal ölüm, preterm eylem, sezaryen endikasyonu, ölü doğum, düşük doğum ağırlığı riskleriyle venöz tromboembolizm ve tekrarlayan idrar yolu

enfeksiyonları gibi tıbbi komplikasyonlar açısından daha yüksek risk altında olabilir. Ayrıca Engelli gebelerin yaşayabileceği sağlık sorunları, gebelikleri süresince ortaya çıkan kilo artışı ile ağırlık ve denge merkezindeki farklılıklar ambulasyonu güç hale getirmekte ve düşme riskini arttırmaktadır (Signore ve ark., 2011). Bu sebeple engelli kadınlar gebelik, doğum, doğum sonrası ve yenidoğanın sağlığı açısından artmış risk taşımaktadırlar (Boylu ve ark., 2020).

Engelli kadınlar, engelli ve kadın olarak yaşadıkları dezavantajın yanı sıra gebe kaldıkları zaman karşılaştıkları sorunlar da boyut değiştirebilmektedir. Bunlar yalnızca sağlık sorunları olarak ele alınmamalı, toplumsal açıdan yaşanan sorunlar (sağlık personelinin olumsuz tutumları, bilgi eksikliğinden dolayı bakım vermedeki isteksizlikleri vs.) olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır (Kapan ve ark., 2019).

Engellilik Türlerine Göre Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları

Fiziksel Engelli Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları

Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle iskelet, kas ve sinir sistemindeki bozukluklar sonucu, bedensel yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybeden, toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük yaşamdaki ihtiyaçlarını karşılamada güçlükleri olan, bu nedenlerden ötürü bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan insanlar, fiziksel engelli olarak tanımlanmaktadır (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2008). Üreme dönemindeki fiziksel engelli kadınlar, ergenlik, cinsellik, üreme sağlığı, aile planlaması ve gebelik gibi hayatlarında önemlilik arz eden sağlık konularında bakım hizmetlerine gereksinim duyarlar. Ancak birçok fiziksel engelli kadın, çevresel ve fiziksel sınırlılıklar, ayırıcı tutum ve davranışlar, tıbbi bakım ve rehabilitasyona ilişkin hizmet yetersizlikleri, eğitim ve ekonomik kısıtlılıklar gibi çeşitli engellerden ötürü ihtiyaç duydukları sağlık bakım hizmetlerine ulaşamamaktadırlar (Timur ve ark., 2006; Malouf ve ark., 2014).

Fiziksel engelli kadınların gebelik ve doğum kararları üzerinde, toplumun eşitsiz ve ayırıcı tutum ve davranışları, sağlık personelinin engelli kadın ile ilgili düşünceleri,

gereksinim duyulan fiziki ve maddi kaynakların yetersiz oluşu, güvenli doğum ortamının sağlanamayacağı endişesi gibi birçok faktörün rol oynadığı söylenebilir (Lipson ve Rogers, 2000). Fiziksel engelli kadın gebelik öncesi danışmanlığa geldiğinde, sağlık durumunun en iyi düzeye yükseltilmesi hedeflenmeli, beslenme, kilo kontrolü, sigara-alkolün bırakılması ve akut ve sekonder semptomların tedavi edilmesi amaçlanmalıdır. Bu bakım sürecinde bazı atakların, komplikasyonların ve engele bağlı ortaya çıkan semptomların kontrolü için kullanılması gereken ilaçlar fetüsün sağlığını etkileyebileceği için kadın için karar vermesi zor bir durum olabilir. Yüksek riskli kabul edilen engelli anne adaylarının yakın takibi bu açıdan da çok önemlidir (Smeltzer, 2007).

Doğum öncesi bakım kontrollerinde fiziksel engelli kadından alınması gereken öyküde; kadının genel sağlık durumunun yanında engellilik durumu, günlük yaşam aktiviteleri, kullandığı ilaçlar, gebelik ve engelli durumuna ilişkin endişelerinin sorulup ve sorgulanması da yer almalıdır (Başgöl ve ark., 2005).

Zihinsel Engelli Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre zihinsel engelliler, adaptif kapasitede istisnası olan ve 18 yaşından önce tanı alan kişi olarak tanımlanmaktadır. Avustralya'da yapılan araştırmada, zihinsel olarak kısıtlı annelerin sağlığının diğer kadınların sağlığından daha kötü olduğu ve görüşülen kadınların üçte birinin hamilelik sırasında orta ila şiddetli depresyon, anksiyete ve stres yaşadığı bildirilmiştir (McConnell D, 2008).

Zihinsel engeli olan kadınlar, özellikle gebelikleri planlanmamışsa, hamileliklerinde ortaya çıkan belirtilere daha az uyum sağlayabilmektedir (Guastafarro ve ark., 2016). Ne yazık ki, zihinsel engeli kadınların olumsuz gebelik sonuçları için değiştirilebilir risk faktörlerine sahip olma olasılığı daha yüksektir (Örn. sigara içme, obezite). Bu sebeple mümkün olan sağlıklı gebeliklere sahip olmak için acil bakıma özel ve acil bir bakıma ihtiyaç duyarlar (Hoglund ve ark., 2012). Bu bakımda zihinsel engelli kadınların cinsel aktivitesini ve gebelik isteklerini değerlendiren ve doğrudan gebelik planlaması ve uygun hazırlıkları ele alan gebelik öncesi bakım ihtiyacına değinilmelidir (Johson ve ark., 2019).

İsveç'te ebelerle gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmada; ebelerin üçte birinden fazlası (%35,7) zihinsel engeli olan kadınların gebe kalmaması ve anne olmaması şeklindeki önermeye tamamen veya kısmen katılırken, ebelerin üçte ikisinden fazlası ise (%69,7) bu kadınların yeterince annelik rolünü yerine getiremeyecekleri şeklindeki önermeye tamamen

katılmışlardır (Hoglund ve ark., 2013).

İşitme ve Konuşma Engelli Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları

Konuşmanın, hoş olmayan bir ses ile veya anlaşılmayan bir şekilde gerçekleştirilmesi engelli konuşma olarak kabul edilmektedir. Engelli konuşmaya sahip insanlar anlatmak istedikleri konuyu ifade edebilmek için konuşmanın yanında beden dili kullanma ihtiyacı da duymaktadırlar. İşitme engelli, heriki kulakta aynı anda, konuşmayı anlayamayacak seviyede işitme kaybı olması halidir (Yanikkerem ve ark., 2017).

O'Hearn'ın (2006) yaptığı çalışmada kısmen işitme kaybı olan kadınların tamamen işitme duyusunu kaybetmiş olan kadınlardan daha fazla sağlık bakım hizmeti almaya geldiği saptanmıştır. Ayrıca doğum öncesi bakım memnuniyetleri karşılaştırıldığında işitme kaybı yaşayan kadınların memnuniyet puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (O'Hearn, 2006).

İşitme güçlüğü çeken kişiler arasında sağlık okuryazarlığının düşüktür. Düşük sağlık okuryazarlığı, hem sağlık personeli ile iletişimde önemli bir engel oluşturur hem de kadınların zamanında ve devam eden doğum öncesi bakımın önemi konusundaki anlayışlarını sınırlayabilir. Ek olarak, işaret dili tercümanlarına ihtiyaç duyan kadınlar, tercümanlık hizmetleri almakta zorluklarla karşılaşabilir ve bu durum randevuların gecikmesine ve yetersiz bakım almalarına neden olabilir. Sağlık sunumunda iletişim oldukça önemli bir yere sahiptir ve sağlık çalışanları işitme engelli kadınların yaşadığı sağlık sorunlarının çözümünde çok önemli bir yere sahiptir (Timur, 2006). Engelli bireyler ile kurulacak etkili iletişim, kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlayarak erken tanı ve tedavi ile sağlığın korunması ve geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Sağlık çalışanların engelli hastaların bireyselliğine önem verilmesi, hastanın kendisini ifade etmesine olanak sağlanması ve etkili iletişim yöntemlerinin kullanılması işitme engelli bireylerin bakım memnuniyetini de arttıracaktır. İşitme engelli kadınlarda sağlık çalışanının yeterli ölçüde işaret dili bilmemesi sebebiyle bilgi alabilmek için yakınlarının tercümanlık yapmak zorunda kalmakta ve bu durum engelli kadının mahremiyetlerini kısıtlamaktadır. Benzer şekilde sağlık personeli dışında ortamda bulunan bir tercüman olması mahremiyeti kısıtlamakta ve engellilerin kendini ifade etmesini zorlaştırmaktadır. Engelli kadınların ihtiyaçlarına yönelik görsel ve işitsel eğitim araçların oluşturulması, engelli kadınlara eşleriyle birlikte eğitim verilmesi, muayene için klinik ortamın engelli kadınlara uygun

düzenlenmesi gereklidir (Yanikkerem ve ark., 2017; Özata, 2017).

Doğum öncesi bakımda kaliteli tercüme hizmetlerinin rutin olarak sağlanması ve işaret dilinde eğitim videolarının eklenmesiyle benzer şekilde doğum bakımının kalitesini iyileştirilebilir (Johson ve ark., 2020). İşitme kaybı olan kadınlara yaklaşımda, yazma, işitme cihazı takma, dudak okuma veya bir işaret dili tercümanı kullanma gibi pek çok iletişim yöntemleri kullanılabilir. Dudak okumayı kolaylaştırmak için, şeffaf maske kullanımı sağlık personeli için bir seçenek olabilir (Yanikkerem ve ark., 2017).

Görme Engelli Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları

Görme engelli kişiler tek veya iki gözünde tam veya kısmi görme kaybı olan kişilerdir. Görme kaybıyla birlikte göz protezi kullananlar, renk körlüğü, gece körlüğü olanlar bu gruba dahil edilir (Öztürk, 2011). Görme engeli olan kadınların üreme sağlıkları ile ilgili literatür de çalışma sayısı oldukça azdır (Horner-Johnsonve ark., 2017).

Kaliforniya'da yapılan birçalışma sonucunda görme engelli kadınların primer sezaryen oranları diğer duyuşsal engel türlerindeki kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Daha yüksek bulunmasının sebebi ise görme engelli kadınların, kronik veya gestasyonel diyabet prevalansının yüksek olması gösterilmiştir. Görme engelli kadınlar için sağlık bakım uygulamaları geliştirilebilir ve uygulanabilir. Bu uygulamalara örnek olarak Polonya'da yaşayan Malgorzata Stefaniak'in 2017'de ebelik ödülünü kazandığı Braille (kabartma) alfabeti yazılarıyla oluşturulmuş eğitim broşürleri ve sesli iletişim materyallerini içeren proje verilebilir. Bu kişiler görme yetisini yitirmiş olmasından dolayı güvensizlik, korku ve endişe duyguları içinde olabilirler. Sağlık çalışanları görme engelli kadınlara gebelik planlamalarından başlayarak doğum sonrası dönemlerine kadar destek olarak onlarıduygu ve düşüncelerini ifade etmelerine yardımcı olmalıdır. Gebelik ve doğum sonrası eğitim materyalleri kabartma yazılarıyla güçlendirilmeli, bu uyarlama sağlık kurumunun girişinden itibaren ulaşılabilir tüm alanlarda geliştirilmelidir (Kaplan, 2006).

Engelli Kadınların Sağlık Bakım Hizmeti Alma Durumları

Engelli kadınlarda erken doğum riski, sezaryen oranı ve abortus hızının yüksek ve yenidoğan bebeklerin doğum kilosu ve apgar skorlarının düşük olduğu saptanmıştır (Lim, 2015). Tüm bu sorunların yanında, engelli kadınların sağlık hizmetlerine ulaşımında

yaşadıkları zorluklar nedeni ile cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda yetersiz hizmet aldıkları bilinmektedir (Gibson ve Mykitiuk, 2012; Patage, 2015; Kokanalı ve ark., 2017). Ancak sağlık personelleri engelli kadınların özellikle üreme sağlığı sıkıntılarını görmezlikten gelmektedir. Bu görmezden gelmenin ana sebeplerinden biri konuyla ilgili yetersiz bilgi sahibi olmasıdır (Timur ve ark., 2007; Başgöl ve Oskay, 2015).

Engelli kadınlar gebelik, doğum ve doğum sonu döneminde daha fazla dikkat edilmesi gereken gruptur (Lim,2015). Hamile kalan engelli bir kadın, sağlık personeli tarafından nasıl algılanacağı konusunda korkuya kapılabilirler. Korkuları, toplumumuzun '-iyi anne-' yi nelerin ve hangi özelliklerin oluşturduğuna dair streslerden kaynaklanmaktadır (Carty,1998). Gebe olmayan engelli kadınların gebeliği tercih etmeme sebeplerinde yeterli destek alamayacağını düşünmek ve bu sebebe bağlı olarak çocuğuna bakmakta güçlükler çekeceğine inanmak yer almaktadır (Ghidini ve ark., 2008).

Engelli kadınların temelde çocuk sahibi olmakla ilgili 2 endişesi bulunmaktadır

1. Gebelik, doğumda ve doğum sonrası dönemde kendi sıhhatlerini ve bebeklerinin sağlığını, sağlıklı büyümesini, koruma yeteneklerine ilişkin endişeleri olması
2. Bebek bakımını yapmakta yetememe korkusu (Carty,1998).

İlk endişe, tüm anneler tarafından yaşamakta ancak ama hamilelik ve engellilik arasındaki ilişki nedeniyle engelli kadınlar için daha çok önem arz etmektedir. İkincisi, kadını destekleyenler için, sadecebelirli bakım becerileri açısından değil, aynı zamanda kadının kendine olan güvenini ve bir anne olarak kendisiyle ilgili duyguları açısından da birçok sorunu beraberinde getirmektedir.

Engelli Kadınların Sağlık Hizmetleri Almalarındaki Engeller

Doğum öncesi dönem, engelli kadınlar için de sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duyulan bir dönemdir (Malouf ve ark.,2017). Tüm kadınlar yüksek kaliteli doğum öncesi bakım erişim hakkına sahip olsada dünyada ortalama olarak engelli olmayanların üçte birine karşın engelli insanların yarısı sağlık hizmeti alamamaktadır (Malouf ve ark., 2017). Literatürde engelli kadınlara yönelik bakıma erişimi geliştirmeyi hedefleyen çalışmalar yapılmışsa da annelik bakımı tecrübeleri ve kadınların karşılaştığı sıkıntılar hakkında araştırmalar sınırlıdır (Hall ve ark.,2018; Kapan ve ark.,2019).

Malouf ve arkadaşlarının (2017) İngiltere’de, 1958 kadınla gerçekleştirdiği bir çalışmada gebe kadınların %9.5’i engele sahip bulunurken, bu kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakımlarda; etkili iletişim, sağlık profesyonelleri tarafından dinlenmiş ve desteklenmiş hissetme, karar verme süreçlerine katılım, sağlık profesyoneli ile güvenilir ilişkiye sahip olma gibi konularda bazı boşluklar olduğu saptanmıştır. Kadınların gereksinimlerine göre kişiselleştirilmiş, yaptıkları seçimlerde özerkliğe, bilinen ve küçük bir sağlık personeli grubu tarafından sağlanan sürekli bir bakıma ihtiyaç duydukları fark edilmiştir (Malouf ve ark., 2017). Engellilere yönelik sağlık hizmetlerinin kalitesinin sağlanması için etkili iletişim gereklidir. Sağlık çalışanlarının etkili iletişimi sağlaması için ise hangi ölçüde mevcut kaynaklara sahip olduğu hakkında çok az şey bilinmektedir (Özata ve ark., 2017).

Engelli kadınların sağlık hizmetlerindeki başlıca engelleri içinde, memnuniyetsizlik, güven eksikliği ve sağlık tesislerine fiziksel erişilebilirliktir (Jesse ve ark., 2008).

Sağlık Personelinin Engelli Kadınların Bakımına Yönelik Eğitim İhtiyaçları

Mitra ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada, sağlık personellerinin fiziksel engelli kadınların özel bakım ve klinik gereksinimleri hakkında eğitim eksikliğinin olduğunu saptamıştır (Mitra ve ark., 2017). Castell ve Kroese (2016) ise ebelerin engellilere bakım verme konusunda bilgi eksikliği olduğunu vurgulamış, öğrenme bozukluğu olan kadınlara yaklaşımda bilgi ve deneyim eksikliği yaşayan ebelerin hastalara yeterli sağlık hizmeti sunmadığına dikkat çekmiştir (Castell ve ark., 2016).

Walsh- Gallagher ve arkadaşları (2012) ise yaptıkları çalışmada engelli kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası annelik deneyimleri hakkında sağlık profesyonellerinin bilgi eksikliği olduğuna dikkat çekmişlerdir. Bu durumun başlıca nedenlerinden biri engellilikle ilgili yeterli tecrübeye sahibi olunmamasıdır (Walsh- Gallagher, 2012).

Manisa’da ebelik öğrencilerinin engelli kadınlara bakım verme deneyimlerini inceleyen bir çalışmada, öğrencilerin %96,9’unun engelli kadınların üreme sağlığı sorunları hakkında ders almadığı, %91’inin engelli kadınların bakımları konusunda eğitim almak istediği, %84,3’ünün ise bu konuda müfredata ders konulması gerektiği fikrine katıldığı saptanmıştır. Ayrıca öğrenciler karşılaştıkları engelli kadınların %46,8’i ile iletişim kurmadığını, kadınların %39,4’ü ile iletişim kurmakta güçlük yaşadığını, kadınların %38,7’sine bakım verdiklerini, %45,8’inin bakım verirken güçlük yaşadığını kaydetmiştir

(Çiçek ve ark., 2016).

İsveç'te ebelerin zihinsel engelli kadınlara bakım verme deneyimlerinin araştırıldığı bir çalışmada, ebelerden %48,8'i kadınların gebelik ve doğumlarıyla ilgili hiçbir eğitim olmadığını belirtmiştir. Yine aynı çalışmada, obstetri servisinde görev yapan ebelerin %74,8'i, travayda görev yapan ebelerin %69,3'ü zihinsel engelli kadınların ihtiyaçlarına ilişkin yeterli bilgilerinin olmadığını belirtirken, hemen hemen tüm ebeler bu kadınların gebelik ve doğumlarıyla ilgili bilgi (%95,2) ve özellikle kanıtlara dayanan bilgi (%95,4) talep etmişlerdir. Sağlık çalışanları engelli kadınlara nasıl

yaklaşım sergileyeceğini, verdikleri danışmanlık hizmetinin onlar için yararlı olup olmayacağını bilememektedir (Höglund ve ark., 2013).

Engelli Kadınlara Yönelik Sağlık Hizmeti Önerileri

Çağımızda doğum hizmetlerinin engelli kadınların gereksinimlerine duyarlı hale getirilmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması için çalışmalar yapılmaktadır. Bu kapsamda olması gereken değişiklikler; (Timur ve ark., 2006; Satılmış, 2016)

1.Bütün sağlık hizmetleri, klinikler, hastaneler ve doğuma hazırlık sınıfları mimari olarak engellilere uygun ve erişilebilir olmalıdır.

2.Engelli gebenin transferi, giyinmesi, protezler ve diğer yardımcı araçları takıp çıkarması için yardım sağlanmalıdır.

3.Muayene masalarının yüksekliği transfer sırasında kolaylıkla ayarlanabilir olmalıdır.

4.Litotomi pozisyonunu almak hareket sınırlılığı olan çoğu kadın için zor olduğundan pelvik muayene için yatar pozisyon, göğüs pozisyonu, yan yatar pozisyon ya da arkaya yatırılabilen bir tekerlekli sandalye üzerinde muayene seçenekleri sunulabilmelidir.

5.Jinekolojik muayene, T- 6- veya üzerinde omurilik yaralanması olan kadınlarda aşırı sempatik deşarj nedeniyle gelişen ani ve şiddetli hipertansiyon ile seyreden otonomi hiperrefleksiye uyaran bir durumdur. Kadına pelvik muayene için yarı oturur pozisyon vermek ve vajinaya ve spekuluma anestezi jel uygulamak ciddi hiperrefleksi riskini azaltabilir.

6.Gebelikte kilo kontrolü için tekerlekli sandalye ile birlikte kullanıma uygun platform baskül bulunmalıdır.

7.Gebelik kontrollerinin veya doğumun evde yapıldığı durumlarda sağlık hizmetine

kolay erişilebilmelidir.

Engelli Kadınların Doğum Öncesi Bakımı ve Hemşirelik

Rutin verilen hemşirelik bakımlarıyla birlikte engelli anne adaylarının duygusal refahı iyileştirilmesi gereken bir alandır. Belirlenen alanlar içinde bilgileri doğru ve etkili bir şekilde ulaştırmak, uygun iletişim ve anlayışı sağlamak ve kadınların sağlık personelleriyle güvene dayalı ilişkiler kurmaları için desteklemek önemlidir (Bilge ve ark., 2005).

1.Engelli kadınlar kendileri için bir şeyler yapılmasındansa, kendileri için bir şey yapmalarına yardımcı olunmasını ve desteklerin bu yönde yapılmasını istemektedir (Malouf ve ark., 2017).

2.Hemşireler, tüm kadınlara muayene öncesi neden ve nasıl yapılacağı hakkında bilgi ve danışmanlık vermelidir.

3.Doğum öncesi dönemde vitamin kullanımı, kilo takibi, kan tetkikleri, USG ile fetüsün değerlendirilmesi gibi rutin uygulamaların önemli olduğunu ve gözden kaçırılmaması gerektiği hakkında önerilerde bulunulmalıdır (Hatherall ve ark., 2016).

4.Engelli kadınlar korunmasız grup olarak görüldüklerinden dolayı duygusal ve psikososyal ihtiyaçları diğer kadınlara nazaran daha fazla olabilir. Bu sebeple ziyaretlerin sayısı ve içeriği engelli kadınlara uyarlanabilir olmalıdır.

5.Gebelikte kilo artışı ile ağırlık ve denge merkezindeki değişiklikler ambulasyonu zor hale getirebilir ve aynı zamanda düşme riski artabilir. Kadınlara aşırı kilo alımından kaçınılması için tavsiyelerde bulunulmalı , çeşitli egzersizlere yönlendirilmeli , yaralanma riskini ve hareket kısıtlılığının azaltılmasını sağlanmalı (Signore ve ark., 2011).

6.Engelli kadınların daha fazla sigara içtiği bilinmektedir. Bu nedenle kadınlara sigarayı bırakmanın önemini anlatan uygun materyallerle bilgi verilmeli ve bırakması konusunda desteklenmelidir (Jamal ve ark., 2018).

7.Hemşireler, kadının engelliğine göre kullandığı ilaçların fetüs üzerine etkilerini, yan etkilerini bilmelidir.

Doğum öncesi, doğum sırasında ve doğum sonunda yapılan bakımlarda kadının engeline göre daha etkili hizmetler verilmeli ve verilen bu hizmetler kişinin engeline göre bireyselleştirilmiş eğitimler içermelidir. Engelli bireylerin gebelikte en fazla görülen sağlık sorunları (idrar yolu enfeksiyonları, ödem, cilt sorunları, konstipasyon, pıhtılaşma sorunları,

solunum sıkıntısı, düşme riski gibi) göz önünde bulundurulmalıdır ve bireyler bu sağlık sorunları konusunda bilgilendirilmelidirler (Mine ve ark, 2019). Aynı zamanda kadın ve eşinin doğum, doğum sonrası ve ebeveynlik için hazırlanmasına ve soru sormalarına olanak verilmelidir (Satılmış, 2016).

Sağlık personelinin olumsuz tutumları, ayarlanabilir muayene masalarının eksikliği, hastane içi fiziksel sınırlılıklar (dar kapılar, erişilmesi zor banyolar ve odalar) gibi nedenler engelli kadınların sağlık kurumlarına ulaşmasında sıkıntılar oluşturmakta, böylelikle gebelik, doğum ve doğum sonrası bakım almalarını sınırlamaktadır (McCabe and Holmes, 2013). Bu nedenle sağlık bakım profesyonellerinin engelli kadınların üreme sağlığına yönelik muayenelerinde neden rahatsızlık duyduklarının farkına varabilmeli ve onların gereksinimlerini belirleyerek, kadınların en iyi şartlarda bakım almalarını sağlamaları gerekmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Engelli kadınlar, hem "engelli" hem de "kadın" olmanın zorluklarını bir arada yaşamaktadırlar. Engelli kadınlar engelli olmayan kadınlara göre daha az sağlık bakım hizmeti alabilmekte dolayısıyla sağlık hizmetleri içerisinde yer alan doğum öncesi bakımına daha az ulaşabilmektedir. Bu durumun nedenleri içerisinde ise sağlık personelinin bilgisinin yetersiz olması ve olumsuz tutumları, çevre koşullarının engellilere göre düzenlenmemiş olması sayılabilir aynı zamanda engelli kadınların yoksul olmaları, eğitim düzeyinin eksik olması, sosyal ekonomik düzeyinin düşük olması sağlık hizmetine ulaşmayı engellemektedir.

Burada hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşirenin engelli kadınlara yönelik yeterli bilgi ile donatılmış, kadının engellik türüne göre ve kadının ihtiyaçlarına yönelik bireyselleştirilmiş doğum öncesi bakım verme bilgi ve becerisine sahip olması gerekmektedir. Lisans düzeyinden başlayarak hemşirenin,ebenin, derslerinde engellilik konularının yer alması, eğitimlerinde yeterince bu konuya yer verilmemiş gruplar içinse hizmet içi eğitimlerle desteklenme uygun olacaktır. Ayrıca sağlık personelinin dışında sağlık bakım sisteminin içerisinde engellilik türlerine göre sağlık bakımının daha kolay ulaşılabilir hale getirilmesi için sağlık bakım sisteminin üzerine düşen sorumlulukları yerine getirmesi gerekmektedir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Çalışma için finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Addabbo T., Sarti E., & Sciulli D. (2014). Disability and life Satisfaction in İtaly. *Working Paper Series*,14(1),02-11. <https://doi.org/10.1007/S11482-015-9412-0>
- Başgöl Ş., & Oskay Ü. (2015). Fiziksel Engelliliğin Gebelik ve Annelik Üzerine Etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 88-95. <http://dx.doi.org/10.17672/fnhd.44939>
- Boylu, İ., Durmaz, A. & Eraydın, C.(ed). (2020). Sağlık Alanında Güncel Bakım ve Yaklaşımlar. Kütahya: İksad Publications Yayınevi
- Bilge A., Genç R., & Nişli İ.(2005). Toplumsal Bir Sorun Olan Engellilik ve Hemşirelik Yaklaşımı.*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(2):181-190.
- Castel E., & Kroese SB. (2016). Midwives' Experiences Of Caring For Women With Learning Disabilities– AQualitative Study. *Midwifery*, 36(2), 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.001>
- Carty E., Conine TA., & Hall L.(1998). Comprehensive Health Promotion For The Pregnant Woman Who is Disabled. *Journal of Nurse-Midwifery*,35(3).[https://doi.org/10.1016/0091-2182\(90\)90163-y](https://doi.org/10.1016/0091-2182(90)90163-y)
- Çiçek Y., Şen S., Bolsoy N., Akay EN., Ayvat Z., Aydın B., Sak Y., Karakaya A., Karateke E., Güneş E., Oğşarım M., Emre B. (2016). 3. Uluslararası ve 7. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi.
- De Vries M., Barg H., Katz K.,Stineman S.,Krueger A., Colletti P.,Bogner M. (2016).Health Care Experiences And Perceptitons Among People With And Without Disabilities. *Disability and Health Journal*,9(1):74-82. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.08.007>
- Freedman V., Stafford F., Schawrz N., Conrad F., Cornman J. (2012). Disability Participations and Subjective Wellbeing Among Older Couples. *Social Science and Medicine*, 74(4),588-596. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.018>
- Ghidini A., Healey A., Andreani M., Simonson M. R. (2008). Pregnancy and Women With Spinal Cord İnjuries. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 87(10):1006-1010. <https://doi.org/10.1080/00016340802356909>
- Gibson B., Mykitiuk R. (2012). Health Care Access and Support For Disabled Women İn Canada: Falling Short Pf Un Convention On The Rights Of Persons With Disabilities : A Qualitative Study. *Women Health İssues*, 22 (1): 111-118.<https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.07.011>
- Guastaferrero K., Benka- Coker ML., Lutzker JR.(2016). Zihinsel ve Gelişimsel Engelli Annelerin Hikayesi: Zihinsel ve Gelişimsel Engelli Kişilere Kötü Muamele. *Amerikan Fikri ve Gelişimsel Engelliler Derneği*.Erişim Adresi:<https://dergipark.org.tr/pub/eku/issue/28997/310222>
- Hall J., HundleyV., Collins B., Ireland J. (2018). Dignity and Respect During Pregnancy and Childbirth: A Survey of the Experience of Disabled Women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 328. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1950-7>
- Hoglund B., Lindgren P., Larsson M. (2012). Pregnancy and Birth Outcomes of Women With İntellectual Disability in Sweden: A National Register Study. *Obstet Gynecology Journal*,91 (12): 1381–1387. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01509.x>

- Hoglund B., Lindgren P., Larsson M. (2013). Midwives' Knowledge of, Attitudes Towards And Experiences of Caring For Women With Intellectual Disability During Pregnancy And Childbirth: A Cross-Sectional Study in Sweden. *Midwifery*,29(8):950-5. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.002>
- Horner-Johnson W., Biel FM., Darney BG., Caughey AB. (2017). Time Trends in Births and Cesarean Deliveries Among Women With Disabilities. *Disability and Health Journal*, 10(3): 376–381. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.02.009>
- Johson W., Biel F. (2019). Differences in Prenatal Care By Presence and Type of Maternal Disability. *American Journal of Preventive Medicine* , 56(3),376-382. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.10.021>
- Karataş K., Çiftçi GE. (2010). Türkiye’de Engelli Kadın Olmak: Deneyimler ve Çözüm Önerileri. *The Journal of International Social Research*, 3(13), 148-152.
- Kapan B., Boyacıoğlu N. (2019). Engelli Gebelerin Karşılaştıkları Zorluklar ve Ebelik Yaklaşımı. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 64-71.
- Kaplan C. (2006). Special Issues In Contraception: Caring For Women With Disabilities. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(6):450-6. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.07.009>
- Keleş M., Taşpınar A., Altınkaya S. (2020). Özel Durumlara Sahip Ebeveynlerin Doğum Sonu Döneme Uyumluları ve Ebelerin Sorumlulukları. *KSÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 15(2):94-100.
- Jamal, A., Phillips E., Gentzke A. S., Homa D. M., Babb S. D., King B. A., Neft L. J. (2018). Current Cigarette Smokin Among Adults- United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report* , 67(2), 53. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6702a1>
- Jesse D. E., Dolbier C. L., Blanchard A. (2008). Barriers to Seeking Help and Treatment Suggestions for Prenatal Depressive Symptoms: Focus Groups With Rural Low-Income Women. *Issues in mental health nursing* , 29(1), 3-19. <https://doi.org/10.1080/01612840701748664>
- Lipson J. G., Rogers J. G. (2000). Pregnancy, Birth, and Disability: Women's Health Care Experiences. *Health Care for Women International* . 21: 11-26. <https://doi.org/10.1080/073993300245375>
- Lim N., G Lee., J Park., J O Lee., J Oh. (2015). Pregnancy Prenatal Care and Delivery of Mothers with Disabilities in Korea. *J Korean Med Sciences*, 30:127-132. <https://doi.org/10.3346/jkms.2015.30.2.127>
- Malouf R., Redshaw M., Kurinczuk JJ., Gray R. (2014). Systematic Review Of Health Care Interventions to Improve Outcomes For Women With Disability And Their Family During Pregnancy, Birth And Postnatal Period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10.1186/1471-2393-14-58. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-58>
- McCabe J., Holmes D., (2013). Nursing, Sexual Health and Youth With Disabilities: A Critical Ethnography. *J Adv Nurs*, 30: 1-10. <https://doi.org/10.1111/jan.12167>
- McConnell D., Mayes R., Llewellyn G. (2008). Women With Intellectual Disability at Risk of Adverse Pregnancy an Birth Outcomes. *Journal of Intellectual Disability Research* , 33 (2): 177-83. <https://doi.org/10.1080/13668250802007903>
- Mitra M., Smith DL., Smeltzer CS., Long-Bellil ML., Moring SN., Iezzoni IL. (2017). Barriers To Providing Maternity Care To Women With Physical Disabilities: Perspectives From Health Care Practitioners. *Disability and Health Journal*, 10(3): 445–450. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.12.021>
- Nosek M., A Hughes., B Swedlund., N Taylor., H Swank. (2003). Self-Esteem And Women With Disabilities. *Social Science and Medicine*, 56: 1737-1747. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00169-7](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00169-7)

- O'Hearn A. (2006). Deaf Women's Experiences and Satisfaction With Prenatal Care: A Comparative Study. *Family Medicine*, 38(10):712-6.
- Okuyan., Y.Ç. ve ark. (2018). 5. Uluslararası & 9. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi. Erişim Adresi: <https://sbf.amasya.edu.tr/5-uluslararasi-9-ulusal-ebelik-ogrencileri-kongresi-duzenlendi>.
- Orhan S., Özkan E. (2020). Engelli Kadın Olmak. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22,1,1-19.
- Özata M., Karip S. (2017). Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetleri Kullanımında Yaşadıkları Sorunlar: Konya Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(4):409-427.
- Öztürk, M.(2011). Türkiye’de Engelli Gerçeği. İstanbul: Ajansvista Matbaacılık.
- Satılmış, İ.ve Kızılkaya Beji, N. (ed). (2020).Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi.
- Smeltzer S., Sharts-Hopko C., Ott B., ZimmermanB., Duffin J. (2007).Perspectives of Women with Disabilities on Reaching Those Who are Hard to Reach. *Journal of Neuroscience Nursing*, 39(3), 163- 171. <https://doi.org/10.1097/01376517-200706000-00007>
- Sönmez Y. (2007). Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Dergisi*, 16,1(9).
- Signore C., Spong CY., Krotoski D., Shinowara NL., Blackwell SC.(2011). Pregnancy in Women With Physical Disabilities, *Obstetrics and Gynecology* ,7(4):935-47. <https://doi.org/10.1097/aog.0b013e3182118d59>
- T. C. Milli Eğitim Bakanlığı Özel Öğretim Kurumları Genel Müdürlüğü.(2008). Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi Bedensel Engelli Bireyler Destek Eğitim Programı. Erişim Adresi: <https://orgm.meb.gov.tr/bedenselengellibireylerdeitekimprogram>.
- Timur S., Ege E., Bakış E. (2006). Engelli Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,10(1): 51
- Walsh-Gallagher D., Sinclair M., McConkey R. (2012). The Ambiguity Of Disabled Women’s Experiences Of Pregnancy, Childbirth And Motherhood: A Phenomenological Understanding. *Midwifery*, 28(2), 156–162.<https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.01.003>
- Yanıkkerem E., Esmeray N. (2017). İşitme ve Konuşma Engelli Kadınların Yaşadıkları Güçlükler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (2): 38-4.