



ISSN: 2458-7621

KADIN SAğLIğI HEMŞİRELİğİ DERGİSİ KASHED

JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING
JOWHEN

YIL (YEAR): 9 CİLT (VOLUME): 9 SAYI (NUMBER) 2

TEMMUZ (JULY) 2023

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

KADIN SAğLIğI HEMŞİRELİğİ DERNEğİ YAYIN ORGANI

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

CİLT/VOLUME:9

SAYI/NUMBER:2

TEMMUZ/JULY 2023

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERNEĞİ
(KASHED) YAYIN ORGANI

Sahibi/Owner

Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği Adına
Nevin Hotun Şahin

Editör/Editor

Prof. Dr. Nevin Hotun Şahin

Yardımcı Editör/Associate Editor

Dr. Öğretim Üyesi Zübeyde Ekşi Güloğlu

ISSN:2458-7621

Derginin Adresi/Journal Contact

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

e-posta/e-mail:kasheddergisi@gmail.com

YAYIN KURULU/EDITORIAL BOARD

Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

(İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)

Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

İstanbul Gedik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Yeliz DOĞAN MERİH

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi ÖZLEM ALTUNTAŞ

İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Mukaddes MİRAL

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Birimi

Msc Burcu Dişli

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

DİL EDİTÖRÜ

Doç. Dr. İlkay Güngör Satılmış

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

İSTATİSTİK EDİTÖRÜ

Prof. Dr. Necdet Süt

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim AD

DANIŞMA KURULU/ ADVISORY BOARD

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

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

DERGİ HAKKINDA

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

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

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (KASHED)/Journal Of Women's Health Nursing (JOWHEN) araştırma ve yayın etiğine uygun, 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.

Derginin arşivine <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed> web ulaşılabilir.

İletişim Adresi/ Corresponding Address

Editör/Editor

Prof Dr. Nevin Hotun Şahin

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Abide-i Hürriyet Caddesi, 34381, Şişli/İSTANBUL

e-posta/e-mail: kashedergisi@gmail.com

Tel/Phone: +90 212 224 26 18-27005

Faks/Fax: +90 212 224 49 90

Web-site: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed>

Yardımcı Editör/Associate Editor

Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde Ekşi Güloğlu

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD Başbüyük Mh. Süreyyapaşa Başbüyük Yolu Sk. Sağlık Bilimleri Fakültesi 4 B 34854 Maltepe/İSTANBUL

e-posta/e-mail: zubeydeeksi@gmail.com

Tel/Phone: +90 216 777 57 00

Faks/Fax: +90 216 777 57 01

Web-site: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed>

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

AMAÇ VE KAPSAMI

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

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

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

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 verilmelidir.
- 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.

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

- Yaza(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.
- Telifte 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. Derleme ve sistematik derleme yazılarda etik kurul onayı gerekli değildir. 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 bilgilendirmelerini 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 tamamlanması için gerekli önlemleri alır ve saptanan durumlar varsa etik ilkeler doğrultusunda değerlendirir.

Hakemlerin Etik 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 geçmemekte ve hakem değerlendirme formu ve yorumları, dergi yönetim sistemi aracılığıyla yazar(lar)a iletilmektedir. Bu süreçte, değerlendirme formları ve tam metinler üzerindeki hakem yorumları editör aracılığıyla yazar(lar)a geri gönderilmektedir. Bu bağlamda KASHED için değerlendirme yapan hakemlerin aşağıdaki etik ilkelere uygun davranması beklenmektedir.

- Hakemler makaleleri, yazarların etnik kökeninden, cinsiyetinden, cinsel yöneliminden, uyruğundan, dini inancından ve siyasi felsefesinden bağımsız olarak değerlendirirler.
- Gönderilmiş yazılara ilişkin tüm bilginin gizli tutulmasını sağlamalı ve yazar tarafında herhangi bir telif hakkı ihlali ve intihal fark ederlerse editöre raporlamalıdır.
- Değerlendirmelerinin sonucunda tarafsız bir yargıya varmalıdırlar.
- Hakemler, gönderilen makaleye ilişkin tüm bilgileri gizli tutmalıdır.
- Hakem, makale konusu hakkında kendini vasıflı hissetmiyor ya da zamanında geri dönüş sağlaması mümkün görünmüyorsa, editöre bu durumu bildirmeli ve hakem sürecine kendisini dâhil etmemesini istemelidir.
- Yayınlanacak makalenin kalitesini yükseltmeye yardımcı olacak yönlendirmelerde bulunmalı, çalışmayı titizlikle inceleyerek, yorumlarını yapıcı ve nazik bir dille yazara iletmelidir.
- Hakemlerin makaleleri kendileri için kopyalamaları uygun olmayıp, editörün izni olmadan makaleyi başkasıyla da paylaşmamaları gerekir.
- Yazarın ve editörün izni olmadan hakemlerin gözden geçirmeleri basılamaz ve açıklanamaz.
- Gizlilik ilkesi gereği hakemler, değerlendirme süreci tamamlandıktan sonra makalelerin kopyalarını yok etmeli veya editöre göndermelidir.
- Editör, ret yanıtı verilen veya geri gönderilen makalelerin kopyalarını yok etmelidir.
- Potansiyel çıkar çatışmalarının (mali, kurumsal, işbirlikçi ya da yazar/yazarlar arasındaki diğer ilişkiler) farkında olmalı ve gerekirse bu konuda editörleri uyarmalıdır.

İntihal Politikası

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

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

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

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

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

- Değerlendirilmek üzere editöre gönderilir.
- Düzeltme talebiyle yazara geri gönderilir.

- Değerlendirme aşamasına alınmadan ret işlemi gerçekleştirilir (Benzerlik oranı %25'ten fazla olan makaleler intihal olarak kabul edilir ve reddedilir.)

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

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

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

Yayın Hakkı Devri

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

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

Çıkar Çatışması

Makalede doğrudan veya dolaylı ticarî bağlantı veya çalışma için maddî destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kaynak sayfasında, kullanılan ticarî ürün, ilaç, ilaç firması v.b. ile ticarî 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 değerlendirmesi, 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 değerlendirmesi 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 düzeltilmesi 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 DERGİSİ(KASHED)
JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING (JOWHEN)

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ (KASHED)
MAKALE DEĞERLENDİRME ŞEMASI

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.

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

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”, “Yayın Hakkı Devir Formu” ve “Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi Son Kontrol Check Listi” eksiksiz ve ıslak imzalı olarak tek bir dosya halinde sisteme yüklenmelidir.

6-İntihal raporu sisteme yüklenmelidir.

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

Makale gönderme

Makale yazım kurallarında belirtilen kurallara uygun olarak hazırlanan yazılar, <http://dergipark.gov.tr/> adresinden Dergi Park sistemine üye olunduktan sonra gerekli yönlendirmeler doğrultusunda çevrimiçi (online) olarak gönderilir. Yazılar dergi sistemine yüklemeye başlamadan 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-Surasına 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 belirtilmeli, 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 (XIVngili ve XIVngilizce), genişletilmiş XIVngilizce 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.		
6- Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi son kontrol check listisi sisteme yüklendi.		

Sorumlu Yazar Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

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

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 dergideki 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 yayınlanmış, 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 yayımlanır.
3. Dergi internet sitesinde geri çekme bildirimini ilan edilir.
4. Geri çekme tarihinden itibaren ilk yayımlanacak 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 alıntılar 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 özette 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.

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ(KASHED)

JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING (JOWHEN)

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 tanımlanmalı ve geçerlik-güvenirlik 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 özetinde 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 yanırları 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 özette de anahtar sözcükler (en az 3, en fazla 5 sözcük) belirtilmelidir. İngilizce anahtar kelimeler "Index Medicus: Medical SubjectHeading Tıbbi Konu Başlıkları'nda (MeSH)" standartlarına uygun olmalıdır. Türkçe anahtar kelimeler "Türkiye Bilim Terimleri"ne uygun olmalıdır.

Sistemik Derleme

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

Olgu Sunumu/Case Report

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

Derleme/Review

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

Editöre Mektup/Letter to the Editor

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

Tablo, Grafik ve Şekiller

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

Tablolar

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

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

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 fotoğflanmalı 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.

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 virgül, 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 belirtmeli 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 belirtmeli ve metnin ilk sayfası sonunda (*) işaretinden sonra Enstitüsü, Yılı, Yüksek Lisans veya Doktora tezi olduğu açıklanmalıdır.
- Araştırma, meta analiz, sistematik derleme ve derlemelerde kelime sayısı öz/abstract, kaynaklar, tablolar ve şekiller hariç 4500 kelimeyi aşmamalıdır. Olgu sunumları öz/abstract hariç 1000 kelime ile sınırlandırılmalı ve en az sayıda şekil, tablo ve kaynak içermelidir. Editöre mektuplar (en fazla 1000 kelime, tablosuz ve şekilsiz) olmalıdır.

KAYNAK YAZIMI

Kaynaklar; metin sonunda tek aralık ve iki kaynak arası çift aralıklı olacak şekilde, alfabetik olarak numara verilmeden sıralanmalıdır.

KASHED’e gönderilen makalelerde American Psychological Association (APA) 6. Versiyon kaynak gösterim kuralları kullanılmaktadır. Yazar(lar)ın, makale metninde ve kaynakçada yer alan atıfları, APA stiline uygun olarak belirtmeleri zorunludur. Kaynaklar bölümünde yer alan tüm kaynaklar, metinde belirtilmelidir.

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

Metin İçinde Kaynak Gösterme

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

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

Örnekler:

- *Birden fazla kaynak;*

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

- *Tek yazarlı kaynak;*

(Şahin, 2007)

- *İki yazarlı kaynak;*

(Aksu ve Güler 2007)

- *Üç, dört ve beş yazarlı kaynak;*

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

- *Altı ve daha fazla yazarlı kaynak;*

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

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

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

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

- *Aynı yazarın aynı tarihli iki yayını için;*

(Göçer, 2014a, 2014b)

- *Aynı yazarın farklı tarihli iki yayını için;*

(Yılmaz, 2005, 2010)

- Metinde ‘and’ ve ‘&’ yerine ‘ve’ kullanılırken; ‘et al.’ yerine de ‘ve ark.’ kullanılmalıdır.

(Aksak ve ark., 2005; Gökaya 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 arasında ‘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.

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/ yayinevi adı, 'kitabevi, yayinevi, 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).....

Büyüköztürk, Ş. (2002a). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Ankara, Türkiye: Pegem A.
Büyüköztürk, 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;**

Sürelî yayınlarda Eger DOI numarası yoksa ancak içeriğe çevrimiçi olarak erişildiyse sürelî yayının ana sayfasının URL adresi verilmelidir.

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

- **Dergiden çok yazarlı makale;**

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

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

- **Yazar sayısı altıdan fazla ise;**

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

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

- **Elektronik dergiden makale;**

- **DOI’si Olmayan Online Edinilmiş Makale**

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

- **DOI’si Olan Makale**

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

- **Advance Online Olarak Yayımlanmış Makale**

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

Popüler Dergi Makalesi

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

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

Yazarı belli olmayan editör yazısı;

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

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

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

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

CİLT/VOLUME:9

SAYI/NUMBER:2

TEMMUZ/JULY

İÇİNDEKİLER/CONTENDS

	Sayfa /Page
Kapak Sayfası	I
Yayın-Danışma_Kurulu (Editorial/Advisory /Board)	II-III
Dergi Hakkında/About the Journal	IV
Amaç-Kapsam/Purpose-Scope	V
Yayın Politikaları/Publishing Policies	VI-XXIV
İçindekiler/Contend	XXV
Editörden/ From the Editor	XXVI

Araştırma Makale /Research Article

	Sayfa /Page
Konjenital Kalp Anomalili 0-3 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Uyum Sorunları ve Annelik Deneyimleri <i>Postpartum Adjustment Problems and Motherhood Experiences in Mothers with 0-3 Months-Old Babies with Congenital Heart Anomaly</i> Şirin ÇELİK, İlkay GÜNGÖR SATILMIŞ	22-35
Evaluation Of High-Risk Pregnant Women's Adaptation to Pregnancy and Motherhood: A Mixed Method Research <i>Riskli Gebeliklerde Kadının Gebelik ve Anneliğe Uyumunun Değerlendirilmesi</i> Nedime Gül DOĞAN ÖZDEMİR, Özen KULAKAÇ	36-52
Knowledge and Thoughts of Women and Their Spouses on Hysterectomy <i>Kadınlar ve Eşlerinin Histerektomiye İlişkin Bilgi ve Düşünceleri</i> Belma TOPTAŞ ACAR¹, Hilmiye AKSU	53-63

Derleme Makale/Review

Jinekolojik Kanserlerde Cinsel Danışmanlık İçin PLISSIT Modeli <i>PLISSIT Model for Sexual Counseling in Gynecological Cancers</i> Hilal Gül BOYRAZ, Nülüfer ERBİL	64-71
--	-------

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

CİLT/VOLUME:9

SAYI/NUMBER:2

TEMMUZ/JULY 2023

EDİTÖRDEN/FROM THE EDITOR

Değerli Meslektaşlarımız ve okuyucularımız,

Dokuzuncu cildimizin ikinci sayısında alandaki bilgilerimize yenilikler katan üç araştırma makalesi, bir derleme yazı ile karşınızdayız.

Kadın sağlığı alanının seçkin yazarları tarafından yazılan ve alanın uzmanlarında oluşan değerli sayı hakemleri tarafından değerlendirilen ve yayına hazır hale getirilen “Konjenital Kalp Anomalili 0-3 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Uyum Sorunları ve Annelik Deneyimleri”, “Riskli Gebeliklerde Kadının Gebelik ve Anneliğe Uyumunun Değerlendirilmesi” ve “Kadınlar ve Eşlerinin Histerektomiye İlişkin Bilgi ve Düşünceleri” başlıklı araştırma makaleleri ve “Jinekolojik Kanselerde Cinsel Danışmanlık İçin PLISSIT Modeli” ile ilgili bilgileri derleyen bir yazı ile bu sayımızı tamamlıyoruz. Tüm sayıyı ilgiyle okuyacağınızı tahmin ediyoruz.

KASHED’nin öncelikli hedefi kadın sağlığı alanında referans yayınları ile alana rehberlik edecek kalitede, ulusal daha sonra da uluslararası indekslerce taranan bir dergi olmaktır. Bu hedefimize ulaşmada siz değerli yazarların da etki değeri yüksek, alanımızda bilgi ve bakıma yenilik getiren ve özgün çalışmalarınızı KASHED dergisine beklemekteyiz.

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

Saygılarımızla.

Editör
Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

Araştırma Makalesi/Research Article

Konjenital Kalp Anomalili 0-3 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Uyum Sorunları ve Annelik Deneyimleri

Şirin ÇELİK¹, İlkay GÜNGÖR SATILMIŞ²

Postpartum Adjustment Problems and Motherhood Experiences in Mothers with 0-3 Months-Old Babies with Congenital Heart Anomaly

ÖZ

Amaç: Konjenital anomalili 0-3 aylık bebeği olan annelerde postpartum uyum sorunları ve annelik deneyimlerini belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte ve Şubat 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında, İstanbul'da bir eğitim araştırma hastanesinde yürütülen araştırmanın örnekleme, termde (>37 gebelik haftasında) konjenital anomalili ile doğmuş olup konjenital kalp cerrahisi sonrası hastanede yatmakta olan 0-3 aylık bebeği bulunan ve araştırmayı kabul eden 111 anne dahil edildi. Verilerin toplanmasında anne ve bebeklerin tanıtıcı özelliklerini içeren bir anket formu, Anne Bebek Temas Engelleri Ölçeği (ABTEÖ) ve Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği (PPKD) kullanıldı.

Bulgular: Anneler gebeliklerin çoğunun ilk gebelik %70,3 (n=78) ve planlı gebelik olduğunu

%66,7 (n=74), çoğunluğun doğum öncesi konjenital kalp hastalıkları veya başka bir tanı almadığını %82 (n=91) ve çoğunluğun sezaryen doğum %65,8 (n=73) gerçekleştirdiğini bildirmişlerdir. Ölçeklerden alınan toplam puan incelendiğinde ABTEÖ toplam puan ortalamasının 46,60±9,79 (min.18- max. 90), PPKD toplam puan ortalamasının 128,99 ± 28,17 (min.- 82- max. 328) olduğu görülmüştür. ABTEÖ ile PPKD ölçekleri arası toplam puanlar ile pozitif yönde orta düzey (r= 0,331) ilişki bulunmuştur (p<01).

Sonuç: Çalışmamızda konjenital kalp anomalili bebeği olan annelerin kendilerini değerlendirdiklerinde, postpartum anne bebek ilişkilerinde uyum zorluklarını ortalamanın altında yaşadıkları, fiziksel temas engelleri ile karşılaştıkları ve annelik deneyimlerini ortalamanın altında tanımlayabildikleri söylenebilir.

Anahtar Sözcükler: Anomalili, konjenital, doğumsal kalp kusurları, doğum sonrası, uyum, anne-çocuk hemşireliği.

ABSTRACT

Objective: To determine postpartum adjustment problems and motherhood experiences in mothers with 0-3 months old babies with congenital anomalies.

Method: The sample of the descriptive study, which was conducted in a training and research hospital in Istanbul between February 2021 and February 2022, included a 0-3 month old baby who was born at term (>37 weeks of gestation) with a congenital anomaly and was hospitalized after congenital heart surgery and accepted to participate in the study. 111 mothers were included. A questionnaire including descriptive characteristics of mothers and babies, Mother Infant Contact Barriers Scale (MICBS) and Postpartum Self Evaluation Questionnaire (PSEQ) were used to collect data.

Findings: Mothers stated that most of the pregnancies were first pregnancy 70.3% (n=78) and planned pregnancy 66.7% (n=74), the majority of them did not have congenital heart diseases or any other prenatal diagnosis 82% (n=91) and the majority of them had cesarean section. reported that 65.8% (n=73) did. When the total score obtained from the scales was examined, it was seen that the total mean score of MICBS was 46.60±9.79 (min.18- max. 90), and the mean total score of PSEQ was 128.99 ± 28.17 (min.-82-max. 328). A moderate positive (r= 0.331) correlation was found between the total scores of MICBS and PSEQ scales (p<.01).

Conclusions: In our study, it can be said that when mothers with a baby with congenital heart anomaly evaluate themselves, they experience difficulties in adjustment in postpartum mother- infant relations below the average, they encounter physical contact barriers, and they can describe their motherhood experiences below the average.

Keywords: Anomalies, congenital, congenital heart defects, postpartum, adjustment, maternal-child nursing.

¹Corresponding author: 1 İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Öğrencisi, İstanbul, Türkiye. e-mail: celiksirin@gmail.com ORCID ID: 0000-0001-6723-896X

²Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. e-mail: ilkay1979@yahoo.com ORCID ID: 0000-0002-9446-6148

Geliş tarihi: 28.11.2022_Kabul Tarihi: 14.06.2023_Online Yayın Tarihi:31.06.2023

Atf/Citation: Çelik, Ş., Ü., Güngör, Satılmış, İ.(2023). Konjenital kalp anomalili 0-3 aylık bebeği olan annelerde postpartum uyum sorunları ve annelik deneyimleri. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 9 (2) , 22-35.

EXTENDED ABSTRACT

Objective: The fact that the baby is in the intensive care unit due to congenital heart disease causes mother-infant contact barrier. Mother-infant contact barriers; affected by biological, psychological and social conditions. Mothers who cannot touch, breastfeed, or make eye contact with their baby when they want, feel alienated from their baby and experience conflicts in communicating with them. Effective nursing interventions for parents; to help the family understand their babies, to enable them to express their feelings, to listen actively, to answer the questions in harmony as a team, to inform the family about the treatment plan. Recognizing the obstacles in front of effective practices with family-centered care, ensuring the continuity of mother-child interaction and encouraging the participation of the family in care are among the responsibilities of the nurse. The aim of our study is to determine postpartum adjustment problems and motherhood experiences in mothers with 0-3 months old babies with congenital anomalies.

Method: The sample of the descriptive study, which was conducted in a training and research hospital in Istanbul between February 2021 and February 2022, included a 0-3 month old baby who was born at term (>37 weeks of gestation) with a congenital anomaly and was hospitalized after congenital heart surgery and accepted to participate in the study. 111 mothers were included. A questionnaire including descriptive characteristics of mothers and babies, Mother Infant Contact Barriers Scale (MICBS) and Postpartum Self Evaluation Questionnaire (PSEQ) were used to collect data. Mother Infant Contact Barriers Scale (MICBS) which was developed by Akik and Batıgün in 2020, has 4 sub-dimensions and 18 items, and the total scale and sub- dimension internal consistency reliability coefficients vary between 0.62 and 0.92. It is a 5- point Likert type. The 18-item average Cronbah's Alpha of the scale was reported as .81. The scale is asked to be marked by evaluating the first 4 months after birth, and it shows that the higher the total score obtained from the scale, the higher the contact barriers between the mother and the baby. In our study, the internal consistency reliability coefficients of the Mother-Infant Contact Barriers Scale (MICBS) ranged from 0.63 to 0.73, and the Cronbah's Alpha value for 18 items was .692. Postpartum Self Evaluation Questionnaire (PSEQ) developed by -Lederman and Weingarten in 1981, has 7 sub-dimensions and 82 items, and the total scale and subscale internal consistency reliability coefficients

range from 0.81 to 0.92. It is a 4-point Likert type. The lowest 82 and the highest 328 points can be obtained in the scale. Low scores indicate high postpartum adjustment. The validity and reliability study of the scale in our country was conducted by Beydağ and Mete (2007). In our study, the total scale and sub-dimension internal consistency reliability coefficients were found to be between 0.65 and 0.93 on the Postpartum Self-Evaluation Scale (PSEQ), and the Cronbach's Alpha value of the scale for 82 items was

.932. While evaluating the data in the study, IBM SPSS Statistics 26 program was used for statistical analysis. In the study, besides descriptive statistical evaluations, correlation analysis was used. Significance level was evaluated as $p < .05$. Percentage in demographic data and total score averages in scales were calculated. Non parametric Spearman's Rho was used because the data did not show normal distribution.

Findings: In our study, the mean age of the mothers was 27.65 ± 5.22 , the mean age of the father was 31.92 ± 5.79 , the gestational week was 38.40 ± 1.19 , the birth weight was 3217.16

± 414.78 , the age of the baby on the date of interview was 43.23 ± 17.78 days, the number of days the baby stayed in the intensive care unit was 14.72 ± 16.83 . Mothers stated that most of

the pregnancies were first pregnancy 70.3% (n=78) and planned pregnancy 66.7% (n=74), the majority of them did not have congenital heart diseases or any other prenatal diagnosis 82% (n=91) and the majority of them had cesarean section. reported that 65.8% (n=73) did. When the total score obtained from the scales was examined, it was seen that the total mean score of MICBS was 46.60 ± 9.79 (min.18- max. 90), and the mean total score of PSEQ was $128.99 \pm$

28.17 (min.-82-max. 328). A moderate positive ($r = 0.331$) correlation was found between the total scores of MICBS and PSEQ scales ($p < 01$).

Conclusions: Mothers encounter physical contact barriers, and they can describe their motherhood experiences below the average. Evidence-based information on the research topic is limited. The follow-up, treatment and care of babies with congenital heart disease who have undergone surgery is a process that requires high-intensity and stressful training and experience for both families and nurses serving in intensive care and services. In order for this process to be more comfortable in our country, it is

recommended to increase similar studies, to conduct them in a multicenter, comparative manner with

families with healthy births or with other congenital anomalies, and to study the emotional states of nursing care of babies and families with high care needs.

GİRİŞ

Konjenital kalp hastalıkları kardiyak anatomik ve fonksiyonel defektlerin bir veya birkaçından oluşan bir grup hastalıklardır. 1930'dan günümüze görülme sıklığı bildirimleri arttıkça arttığını, Amerikan Kalp Birliği 2020 yılında her 1000 canlı doğumda 2,4-13,7 aralığında olduğunu bildirmektedir. Küresel yenidoğan ölümlerinin %7'si konjenital kalp hastalıklarıyla açıklanmakta ve bebek mortalitesinin en sık nedeni olduğu bildirilmektedir (Şimşek ve Baysal 2019, Yurdakul ve diğerleri, 2016). Pediatrik kardiyoloji ve pediatrik cerrahi gelişmiş olmasına karşın güncel veriler konjenital kalp hastalığı olan bebeklerin hala %21'inin ilk ayında öldüğünü ve %40'nın ise konjenital malformasyonlar sebebiyle öldüğünü göstermektedir. Erken tanı ve tedavi planlanması, doğumsal kalp hastalıklı çocukların morbidite ve mortalitesini azalttığından önemlidir (Bulut ve ark., 2019, Beider ve ark., 2010).

Yenidoğanlarda bulgular; ağır belirtilerin yanında (solunum güçlüğü, siyanoz, şok tablosu gibi), yalnızca üfürüm ya da aritmi olarak da değişebilmektedir. Tedavilerin çoğunluğu palyatif olduğundan yinelenen cerrahi müdahaleler ve yoğun bakım ihtiyaçları oluşmaktadır. Ayrıca beslenme problemleri, enfeksiyon, büyüme ve gelişme problemleri de yaşanabilmektedir. Bebek yoğun bakımdayken anne bebeği ile yakın ilişki kurmada zorluklar yaşar. Annenin endişesi çocuğa bağlanma ve uyum sürecini daha güç hale getirerek anksiyete ve bakım yükünün artmasına da sebep olur (Şimşek ve Baysal, 2019, Özyazıcıoğlu ve Tüfekçi, 2009, İyigün ve Yılmaz, 2018). Nes ve ark. (2014) çalışmalarında annenin yaşam memnuniyetinde düşüş ve hamilelik ile doğum sonrası 6 ay arasında gözlemlenen psikolojik sıkıntıda artış bildirmişlerdir (Nes ve ark., 2014).

Doğum sonu biyopsikososyal gelişim ve annelerin anneliklerine uyum sağlama rollerdeki değişim, yaşanan olumsuzluklarla baş etme ve yaşamın yeniden organizasyonu gerekmektedir. Annenin hayata bakışı ve inançları, sosyal ve ekonomik gereksinimleri, hazırlık durumu ve bebeğinin iyilik hali psikolojik durumunun belirleyicisidir (Javadifar ve ark., 2016). Ebeveynlerin bebek bakımı güvenli çevre oluşturulması, iletişim, yeni rollerin

öğrenilmesi, aile duyarlılığının geliştirilmesi ve problemlerle baş edilmesini gerektiren bir dönemdir. Doğum sonu dönem olumlu, doyum sağlayan, aile bağlarının güçlendiği bir dönem olarak da yaşanabileceği gibi, kriz dönemi olarak da yaşanabilmektedir (Özalkaya ve ark., 2016). Docherty ve ark. (2002) çalışmalarında; hastanede yatan bebeklerin annelerinin tıbbi sorunlar, bebeğin eve dönemeyeceği endişesi, sürekli hastalanacağı korkusu yaşadıklarını ve diğer konjenital anomalisi olan bebeklerin anneleri ile kıyaslandığında anne endişe düzeyinde fark olmadığını, annelerde düşük eğitim düzeyinin ve bebeğin anormal görünüm ve davranışlarının endişeye sebep olduğunu bildirmişlerdir (Docherty ve ark., 2002).

Bebeğin konjenital kalp hastalığı nedeniyle yoğun bakımda yatıyor olması anne bebek temas engeline sebep olmaktadır. Anne bebek bağının oluşmasında engeller; biyolojik, psikolojik ve sosyal durumlardan etkilenir. Bebeğine istediğinde dokunamayan, emziremeyen, göz iletişimi kuramayan anneler bebeğinden uzaklaşmış hissetmekte ve onlarla iletişim esnasında temas kurmada çelişkiler yaşamaktadırlar. Annenin gebelik ve doğumda yaşadığı olumsuz tecrübeler sonucu anksiyete ve annedeki duygudurum bozuklukları eşlik eden ek hastalıklara sebep olabilmektedir (Kömürcü ve Durak,2020, Bingöl ve Bal, 2021).

Artan yüksek riskli bebek doğumları ile sağlıklı bir bebek beklerken anomalili bebek sahibi olan ebeveynler olumsuz doğum tecrübesi ile karşılaşır, kayıp, keder ve hayal kırıklıkları, kriz yaşanabilir. Anomalilinin görünür olması, tedavi edilebilirliği, büyüme-gelişme etkisi, zekası, beklenen yaşam süresi gibi pek çok konuda ailelerin tepkileri değişebilmektedir. Wilson ve ark. (1999) ciddi sağlık sorunları olan bir bebeğin hastaneye yatırılmasına ailelerin tepkilerini; eve gidememe korkusu, en yüksek stres kaynağı bebekten ayrılmak, hasta bebeklerini gördüklerinde şok, korku, inkâr suçluluk ve çaresizlik olarak bildirmişlerdir. En büyük memnuniyet kaynağının ise sağlık ekibinin desteği olduğunu bildirilmişlerdir (Miles ve ark., 1999). Sundus ve ark. (2013) çalışmalarında doğuştan anomalili çocukların ebeveynlerinin daha fazla ($p<0,001$) depresif belirtiler gösterdiğini, annelerin babalara göre daha fazla ($p = 0.029$) depresif belirti gösterdiğini bildirmişlerdir (Sundus ve ark., 2013).

Ebeveynler için etkili hemşirelik girişimleri; bebeklerini anlamada aileye yardım etmek, duygularını ifade etmelerini sağlamak, aktif dinlemek, sorulara ekip olarak uyumlu cevap vermek,

tedavi planı hakkında aileyi bilgilendirmektir. Aile merkezli bakımla etkin uygulamaların önündeki engelleri tanımak, anne-çocuk etkileşiminin sürekliliğini sağlamak ve ailenin bakıma katılmasını teşvik etmek de hemşirenin sorumluluklarındandır (Özyazıcıoğlu ve Tüfekçi, 2009, Arabiat ve ark., 2018).

Bebeğin yaşadığı sorunlar annenin yorgunluk, uyku kalitesi, meme problemleri, konstipasyon, sezaryen yara yeri veya epizyotomi ağrısı gibi sağlık sorunlarının ciddiyetinin artmasına neden olmakta ve annede meydana gelen olumsuz değişimler yeniden bebek sağlığını etkilemektedir. Eşlerin arasındaki ilişki kalitesi, bebek bakımına babanın katılımı ve sorumlulukları üstlenme, sosyal destekler annenin yaşam kalitesini etkilemektedir. Annenin bu döneme uyum sağlayabilmesinde hemşirelik girişimleri özellikli bir yere sahiptir. Uyum sorunları (postpartum 4-6 hafta sonra) ve annenin riskler yönünden değerlendirilmesi, önlemlerin erken dönemde alınması yenidoğanın sağlık durumuna katkıda bulunacaktır (Beydağ, 2007, Bağcı ve Altundağ,2016, Yıldırım ve Gökyıldız,2004). İlgili klinik ve yoğun bakımlarda çalışan hemşireler bu süreçler hakkında eğitilmeli, ailelerin bu stresli süreçlerine yönelik uyum gereksinimlerinin tanımlanması ve sorunların çözümünde rol almalıdırlar (Yıldırım ve Gökyıldız, 2004).

Konu ile ilgili araştırmalar incelendiğinde konjenital anomalisi olan bebeğe sahip ebeveynlerin postpartum dönemde karmaşık tedavi sürecinde yaşadıkları tecrübeler ve uyum sorunları hakkında literatür çalışmalarının sınırlı olduğu görülmektedir. Bu kapsamda çalışmamızda konjenital anomalili 0-3 aylık bebeği olan annelerde postpartum uyum sorunları ve annelik deneyimlerini tanımlamak amaçlanmıştır.

Araştırma Soruları

1. Konjenital kalp anomalili 0-3 aylık bebeği olan annelerin anne bebek temas engelleri düzeyleri nedir?
2. Konjenital kalp anomalili 0-3 aylık bebeği olan annelerin postpartum kendini değerlendirme düzeyi nedir?
3. Konjenital kalp anomalili 0-3 aylık bebeği olan annelerin anne bebek temas engelleri düzeyleri ile postpartum kendini değerlendirme düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
4. ABTEÖ ve PPKDÖ düzeyleri ile demografik

veriler arasında ilişki var mıdır?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir çalışmadır.

Evren-Örneklem

Araştırma evrenini, İstanbul ilinde bir eğitim araştırma hastanesinde konjenital anomalili doğan 0-3 aylık bebekleri olan anneler oluşturdu. Örneklem ise, Şubat 2021 – Şubat 2022 tarihleri arasında, 37-42. gebelik haftaları arasında doğmuş olup hastanenin Süt Çocuğu Kliniğinde konjenital kalp cerrahisi sonrası yatmakta olan(aritmisi olmayan, temas izolasyonu veya solunum güçlüğü bulunmayan), 0-3 aylık bebeği bulunan ve araştırmayı kabul eden (bebeklerin 112 ile başka sağlık merkezine sevki, exitus, eksik veri veya aile üyelerinden bir diğerrinin çalışmaya katılımını reddetmesi, tercüman eşliğinde iletişime geçilememesi dışlanma kriterleri ile) 111 anne dahil edildi.

Gelişi güzel örneklem yöntemi ile seçilen araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında; önceki yıl konjenital kalp cerrahisi geçirmiş 0-3 aylık bebekler (232 bebek) ve Jordan ve arkadaşlarının (Jordan ve ark., 2012) bebeklik döneminde kalp cerrahisi sonrası erken anne-bebek ilişkileri konulu çalışmasında; anne ve bebek özellikleri ile anne- bebek ilişkileri alanları arasındaki iki değişkenli ilişkilerden doğum öncesi ve doğum sonrası 3 aydan önce kardiyak anormallik tanısı alarak kalp cerrahisi geçiren bebeklerin sonuçlarından yararlanılarak ($p_0=0.98$, $p_1= 0.33$) G Power 3.1.9.7 programında yapılan Exact, Correlation: Bivariate normal model testinde; Alfa 0.05, Power %95, Correlasyon p H1 0.33, Correlasyon p H0 0.98 alındığında örneklem sayısı minimum 95 olarak hesaplanmıştır. Vaka kayıpları göz önüne alınarak toplam 111 anne çalışmaya dahil edildi.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla, araştırmacılar tarafından hazırlanan “Anne ve Bebek Ön Değerlendirme Formu”, “Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği (PPKDÖ)” ve “Anne Bebek Temas Engelleri Ölçeği (ABTEÖ)” kullanılmıştır. Veriler klinikte annelerle hasta odalarında görüşme için uygun bir ortamda yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

Anne ve Bebek Tanıtım Formu

Anket formu, anne yaş, eğitim durumu, tıbbi tanı gibi demografik veriler ile gebeliğe ait bilgiler, doğum öyküsü ve bebekte belirlenen sorunlardan oluşmaktadır.

Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği (PPKDÖ)

PPKD- Lederman ve Weingarten tarafından 1981 yılında geliştirilen ölçeğin 7 alt boyutu ve 82 maddesi bulunmakta, toplam ölçek ve alt ölçek iç tutarlık güvenilirlik katsayıları 0.81 ile 0,92 arasında değişmektedir. 4'lü likert tipidir. Ölçekte en düşük 82, en yüksek 328 puan alınabilmektedir. PPKDÖ doğum sonu uyumu değerlendirmek amacı ile kullanılmıştır. Düşük puanlar doğum sonu uyumun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Beydağ ve Mete (2007) tarafından yapılmıştır (Beydağ ve Mete,2007). Çalışmamızda toplam ölçek ve alt boyut iç tutarlık güvenilirlik katsayıları Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği (PPKD) 0.65 ile 0,93 arasında ve 82 madde için ölçek Cronbach's Alpha değeri .932 olarak bulunmuştur.

Anne Bebek Temas Engelleri Ölçeği (ABTEÖ)

Akik ve Batıgün tarafından 2020 yılında geliştirilen ölçeğin 4 alt boyutu ve 18 maddesi bulunmakta, toplam ölçek ve alt boyut iç tutarlık güvenilirlik katsayıları 0.62 ile 0.92 arasında değişmektedir. Bunlar, doğum sonrası fiziksel temas engelleri, anne bebek ilişki ve uyum zorlukları, doğuma ilişkin olumsuz deneyimler, doğum sonrası ilk temasa ilişkin olumlu duygular alt boyutlarıdır. 5'li likert tipidir. Ölçek 18 madde ortalama Cronbah's Alpha .81 olarak bildirilmiştir. Ölçeğin doğumdan sonraki ilk 4 aylık dönemi değerlendirerek işaretlenmesi istenmekte, ölçekten alınan toplam puan yükseldikçe anne ve bebek arasında yaşanan temas engellerinin de o kadar yüksek olduğunu göstermektedir (Kömürcü ve Durak, 2020). ABTEÖ doğum sonu dönemde annelerin, annelik deneyimlerini değerlendirmek amacı ile kullanılmıştır. Çalışmamızda Anne Bebek Temas Engelleri Ölçeği

(ABTEÖ) iç tutarlık güvenilirlik katsayıları 0.63 ile 0.73 arasında değişmekte ve 18 madde için ölçek Cronbah's Alpha değeri .692'dir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 26 programı kullanıldı. Çalışmada betimleyici istatistiksel değerlendirmelerin yanı sıra, korelasyon analizinden yararlanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak değerlendirildi. Demografik verilerde yüzde, ölçeklerde toplam puan ortalamaları hesaplandı. Veriler normal dağılım göstermediğinden Non parametrik Spearman's Rho kullanıldı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma kurum izni ilgili hastanenin Tıpta Uzmanlık ve Eğitim Kurulu(Hospital Education Planning Board (EPK)'ndan 05.02.2021 tarihinde alınmıştır (Sayı: E-28001928- 604.01.01). Araştırma ölçek izinleri yazarlar ile iletişime geçilerek alınmıştır. Bu çalışmada hastanede yatmakta olan bebeklerine refakat eden annelere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek uygulama öncesinde onamları alınmıştır.

BULGULAR

Anne ve Bebeklerin Tanıtıcı Özellikleri: Çalışmamızda annelerin yaş ortalaması $27,65 \pm 5,22$, baba yaş ortalaması $31,92 \pm 5,79$, gebelik haftası $38,40 \pm 1,19$, doğum kilosu $3217,16 \pm 414,78$, görüşme günü bebeğin yaşı $43,23 \pm 17,78$ gün, bebeğin yoğun bakımda kaldığı gün sayısı $14,72 \pm 16,83$ 'tür.

Çalışmada annelerin %50.5'inin ortaöğretim düzeyinde eğitilmiş olduğu, gebeliklerin çoğunun planlı gebelik olduğu %66.7 görüldü. Gebelikte belirlenen sorun olarak Konjenital Kalp Hastalıklarının %18 olduğu ve gebeliklerinde hiçbir sorun tespit edilemeyen %54.1 annenin olduğu saptandı. Gebeliklerin %70.3'ü ilk gebeliklerden oluşmaktadır. Bu gebeliklerde %65.8'inin doğum şekli sezaryendir. Doğum sonu ilk emzirmenin ise %58.6 oranında en erken bir gün sonra başlatıldığı belirlenmiştir.

Tablo 1. Annelerin Özelliklerine İlişkin Bulgular (n= 111)

Değişkenler		n	%
Anne Yaş	17-24 yaş	37	33.3
	25-29 yaş	37	33.3
	30 yaş ve üzeri	37	33.3
Anne Eğitim Durumu	Ortaöğretim	56	50.5
	Lise ve üzeri	55	49.5
Gebelik Planı	Planlı gebelik	74	66.7
	Plansız gebelik	37	33.3
Gebelikte Belirlenen Sorunlar	Gebelikte İlgili diğer sorunlar (Hiperglisemi, Anemi, Hipertansiyon)	31	27.9
	Konjenital kalp anomalileri*	20	18.0
	Sorun tespit edilemeyen	60	54.1
Gebelik Sayısı	İlk gebelik	78	70.3
	2 ve üzeri gebelik	33	29.7
Doğum Şekli	Vajinal doğum	38	34.2
	Sezaryen	73	65.8
İlk 30 Dakikada Emzirme	İlk 30' içinde emziren	21	18.9
	İlk 30' dan sonra aynı gün emziren	25	22.5
	1 gün ve üzeri sonra emzirmeye başlayan	65	58.6

*Gebelikte fetüste tespit edilen konjenital kalp anomalileridir. Diğer başlıklar annelerin özelliklerine ilişkindir.

Tablo 2. Annelerin Bebeklerinin Özelliklerine İlişkin Bulgular (n= 111)

Değişkenler		n	%
Doğum Kilosu	2500-2999 gr	42	37.8
	3000-3499 gr	32	28.8
	3500 ve üzeri	37	33.3
Cinsiyet	Kadın	54	48.6
	Erkek	57	51.4
Görüşmede Bebeğin Yaşı	Yenidoğan 0-28 gün	27	24.3
	29 gün -3 ay	84	75.7
Patoloji	Siyanotik Kalp Hastalıkları	86	77.5
	Asiyanotik Kalp Hastalıkları	25	22.5
Yoğun Bakım Yatış Günü	1-7 gün 1 hafta	47	42.3
	8-14 gün 2 hafta	34	30.6
	15-21 gün 3 hafta	13	11.7
	22 gün (3 hafta) üzeri	17	15.3

Bebeklerin tamamı normal doğum kilosuna sahiptir. Annelerin %75,7'sinde görüşme gününde bebeklerin yaşının 29 gün-3 ay arasında olduğu saptandı. Bebeklerin %77.5'inin siyanotik konjenital kalp hastalığı tanısı ile ve %42.3'ünün pediatrik kardiyovasküler cerrahi yoğun bakımda 1-7 gün arasında (1 hafta) yattığı tespit edildi.

Bebeklerin %77.5'inin siyanotik konjenital kalp hastalıkları tanısı aldığı ve %38.7'sinin: TGA: Büyük Arterlerin Transpozisyonu tanısı ile tedavi edildiği görülmüştür. Bebeklerin %22.5'i ise Asiyanotik Konjenital Kalp Hastalıkları tanıları ile tedavi edildikleri görülmüştür.

Tablo 3. Cerrahi Geçiren Bebeklerin Konjenital Kalp Hastalıkları Ameliyat Öncesi (Pre- Op) Tanıları (n= 111)

Kardiyak Tanılar		N	%	N	%
Siyanotik Konjenital Kalp Hastalıkları	TGA	43	38.7	86	77.5
	DORV + PS	13	11.7		
	TOF	14	12.6		
	HLHS	2	1.8		
	PIPA	2	1.8		
	Arcus Aorta Hipoplazisi	8	7.2		
	Truncus Arteriosus	4	3.6		
Asiyanotik Konjenital Kalp Hastalıkları	VSD	16	14.4	25	22.5
	Aort Koarktasyonu	9	8.1		

Kısaltmalar: TGA: Büyük Arterlerin Transpozisyonu, DORV: Çift Çıkışlı Sağ Ventrikül, PS: Pulmoner Stenoz, TOF: Fallot Tetralojisi, HLHS: Hipoplastik Sol Kalp Sendromu, VSD: Ventriküler Septal Defekt, PIPA: Pulmoner Arterin Proksimal Kesintisi.

Tablo 4. Annelerin Anne Bebek Temas Engelleri Ölçeği (ABTEÖ)'nden Aldıkları Ortalama Puanlar (X) Ve Standart Sapma (S) Değerleri (n=111)

ABTEÖ Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Alınabilecek Min. – Max. Puanlar	X ± SS	\bar{X}	S
Alt Boyut 1: Doğum Sonrası Fiziksel Temas Engelleri	3	3-15	10,95±3,88	3.65	1.29
Alt Boyut 2: Anne Bebek İlişki ve Uyum Zorlukları	8	8-40	18,89±5,58	2.36	.69
Alt Boyut: Doğuma İlişkin Olumsuz Deneyimler	4	4-20	10,08±4,43	2.52	1.10
Alt Boyut 4: Doğum Sonrası İlk Temasa İlişkin Olumlu Duygular	3	3-15	3,67±1,86	1.22	.62
ABTEÖ Toplam Puanlar	18	18-90	46,60±9,79	2.42	.54

Tablo 5. Annelerin Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği (PPKDÖ)'nden Aldıkları Ortalama Puanlar (X) Ve Standart Sapma (S) Değerleri (n=111)

PPKDÖ Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Alınabilecek Min. – Max. Puanlar	X ± SS	\bar{X}	S
Alt Boyut 1. Eşler Arasındaki İlişkinin Kalitesi	12	12-48	17,82 ± 6,32	1.48	.52
Alt Boyut 2. Partnerlerin Bebek Bakımına Katılıma Bakışları	11	11-44	16,37 ± 4,68	1.48	.42
Alt Boyut 3. Doğum Deneyiminden Memnuniyet	10	10-40	17,19 ± 5,52	1.71	.55
Alt Boyut 4. Hayatın Devamından Hoşnut Olma	10	10-40	19,93 ± 6,45	1.99	.64
Alt Boyut 5. Annelik Görevleriyle Başa Çıkmada Güce Güvenme	14	14-56	23,40 ± 6,20	1.67	.44
Alt Boyut 6. Annelik ve Yeni Doğan Bakımından Memnurluk	13	13-52	16,61 ± 5,62	1.27	.43
Alt Boyut 7. Aile ve Arkadaşların Annelik İçin Desteği	12	12-48	17,72 ± 4,99	1.47	.41
PPKD Toplam Puanlar	82	82-328	128,99 ± 28,17	1.57	.34

Tablo 6. ABTEÖ ve PPKDÖ Toplam Puan Ortalamaları ve Alt Boyutların Korelasyonları

		PPKDÖ Alt Boyut 1	PPKDÖ Alt Boyut 2	PPKDÖ Alt Boyut 3	PPKDÖ Alt Boyut 4	PPKDÖ Alt Boyut 5	PPKDÖ Alt Boyut 6	PPKDÖ Alt Boyut 7	PPKDÖ
ABTEÖ Alt Boyut 1	r p	0,093 0,329	0,085 0,378	-0,135 0,158	-0,036 0,706	0,092 0,337	-0,078 0,416	-0,08 0,404	0,036 0,71
ABTEÖ Alt Boyut 2	r p	0,105 0,271	0,02 0,834	,550** 0,000	0,181 0,058	,524** 0,000	,308** 0,001	0,132 0,167	,353** 0,000
ABTEÖ Alt Boyut 3	r p	,371** 0,000	0,088 0,36	,301** 0,001	,188* 0,048	,401** 0,000	,329** 0,000	,252** 0,008	,397** 0,000
ABTEÖ Alt Boyut 4	r p	-,220* 0,021	-,245** 0,01	0,085 0,377	-0,075 0,432	0,007 0,943	-0,045 0,643	0,062 0,52	-0,124 0,195
ABTEÖ	r p	,200* 0,035	-0,005 0,962	,371** 0,000	0,164 0,085	,512** 0,000	,210* 0,027	0,139 0,147	,331** 0,000

*p<.05, **p<.01, Spearman's r

ABTEÖ Alt Boyut 2: Anne Bebek İlişki ve Uyum Zorlukları ile PPKDÖ Alt Boyut 6. Annelik ve Yeni Doğan Bakımından Memnuluk arasında pozitif yönde orta düzey ,308** ilişki bulunmuştur. ABTEÖ Alt Boyut 2: Anne Bebek İlişki ve Uyum Zorlukları ile PPKDÖ Alt Boyut 5. Annelik Görevleriyle Başa Çıkmada Güce Güvenme arasında pozitif yönde güçlü ,524** ilişki bulunmuştur. ABTEÖ Alt Boyut 2: Anne Bebek İlişki ve Uyum Zorlukları ile PPKDÖ Alt Boyut 3. Doğum Deneyiminden Memnuniyet arasında pozitif yönde güçlü ,550** ilişki bulunmuştur. ABTEÖ Alt Boyut 2: Anne Bebek İlişki ve Uyum Zorlukları ile PPKDÖ toplam puanı ile orta üstü düzey ,353** ilişki bulunmuştur(p<.01).

ABTEÖ Alt Boyut 3: Doğuma İlişkin Olumsuz Deneyimler ile PPKDÖ Alt Boyut 1: Eşler Arasındaki İlişkinin Kalitesi arasında ,371** pozitif yönde orta üstü düzey ilişki bulunmuştur. ABTEÖ Alt Boyut 3: Doğuma İlişkin Olumsuz Deneyimler ile PPKDÖ Alt Boyut 7. Aile ve Arkadaşların Annelik İçin Desteği arasında pozitif yönde orta altı düzey ,252** ilişki bulunmuştur. ABTEÖ Alt Boyut 3: Doğuma İlişkin Olumsuz Deneyimler ile PPKDÖ Alt Boyut 5: Annelik Görevleriyle Başa Çıkmada Güce Güvenme arasında ,401** orta üstü düzey ilişki bulunmuştur. ABTEÖ Alt Boyut 3: Doğuma İlişkin Olumsuz Deneyimler ile PPKD Ölçeği arasında

,397** pozitif yönde orta üstü düzey ilişki bulunmuştur.

ABTEÖ Alt Boyut 4: Doğum Sonrası İlk Temasa İlişkin Olumlu Duygular ile PPKDÖ Alt Boyut 1. Eşler Arasındaki İlişkinin Kalitesi ile -,220* negatif yönde orta altı düzey ilişki bulunmuştur(p<.01). ABTEÖ Alt Boyut 4: Doğum Sonrası İlk Temasa İlişkin Olumlu Duygular ile PPKDÖ Alt Boyut 2. Partnerlerin Bebek Bakımına Katılıma Bakışları arasında -,245**negatif yönde orta altı düzey ilişki bulunmuştur(p<.01).

ABTEÖ ile PPKDÖ Alt Boyut 1. Eşler Arasındaki İlişkinin Kalitesi arasında ,200* pozitif yönde orta altı düzey ilişki bulunmuştur. ABTEÖ ile PPKDÖ Alt Boyut 5 Annelik Görevleriyle Başa Çıkmada Güce Güvenme arasında ,512**pozitif yönde güçlü ilişki bulunmuştur. ABTEÖ ile PPKDÖ Alt Boyut 3. Doğum Deneyiminden Memnuniyet arasında 371**pozitif yönde orta üstü düzey ilişki bulunmuştur. ABTEÖ ile PPKDÖ puanları aralarında pozitif yönde orta düzey ,331** ilişki bulunmuştur. p<.01).

Tablo 7. ABTEÖ ve PPKDÖ'lerinin Toplam Puan Ortalamalarının Bazı Demografik Verilerle Korelasyonları

		ÖG	DK	KDS	PPKDÖ	ABTEÖ
Görüşmede Bebeğin Yaşı	r	1,000	-0,040	0,016	,191*	0,011
	p		0,678	0,864	0,045	0,910
Doğum Kilosu (DK)	r		1,000	-0,003	0,065	-,268**
	p			0,977	0,499	0,004
Kendiliğinden Düşük Sayısı (KDS)	r			1,000	0,165	,210*
	p				0,084	0,027

*p<.05, **p<.01

Kısaltmalar: Doğum Kilosu (DK), Kendiliğinden Düşük Sayısı (KDS), ÖG: Ölçek Uygulama Günü(görüşmede bebeğin yaşı), PPKDÖ: Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği , ABTEÖ: Annelerin Anne Bebek Temas Engelleri Ölçeği.

Çalışmamızda anne yaş, eğitim durumu, tıbbi tanı gibi demografik veriler ile gebeliğe ait bilgiler, doğum öyküsü ve bebekte belirlenen sorunlarla ilgili tüm veriler ölçek puanlarıyla karşılaştırılmış Tablo 7’de belirtilen başlıkların dışında aralarında anlamlı fark bulunmamıştır. Görüşmede bebeğin yaşı ile PPKDÖ arasında pozitif yönlü orta altı düzey ilişki .191* bulunmuştur (*p<.05). Görüşmede bebeğin yaşı ile PPKDÖ Alt Boyut 1: Eşler Arasındaki İlişkinin Kalitesi ile orta düzey .292** ilişki bulunmuştur. Doğum kilosu ile ABTEÖ arasında negatif yönlü orta düzey-.268** ilişki bulunmuştur. Kendiliğinden düşük sayısı ile ABTEÖ arasında pozitif yönlü orta altı düzey .210* ilişki bulunmuştur.

TARTIŞMA

Yenidoğan döneminde öncelikli cerrahi tedavi gerektiren büyük arter transpozisyonu gibi (TGA) vakalarda çoğunlukla normal doğum veya sezeryan sonrası annelerini göremeden kalp merkezlerine transfer edilerek en kısa sürede takip ve tedavi süreçleri başlatılır. Yoğun bakımda operasyon sonrası bebeklerin minimum 1-3 gün entübe ve sedatize olmaları, sezeryan sonrası annelerin ancak 24-48 st sonra bebeklerini görebilmeleri ve dokunabilmeleri mümkündür. ABTEÖ’nden annelerin aldıkları ortalamaya yakın puanı bu durum açıklayabilmektedir. Çalışmamızda bebeklerin konjenital kalp cerrahisi yapıldığı kurumda yoğun bakım süreçlerinde aile merkezli bakımın benimsenmesi sebebiyle aileler bebeklerini sıklıkla görebildikleri için bu puanın ortalamasının düşük olduğu düşünülmektedir. Korukçu ve ark. (2017) çalışmalarında özel bakım gereksinimli bebeği olan kadınlarda bebeğini emzirebilen ve onlara dokunabilen annelerin geçiş sürecine daha iyi uyum sağladıklarını bildirmişlerdir (Korukçu ve diğerleri, 2017). Akik ve Batıgün tarafından 2020 yılında ülkemizde geliştirilen ABTEÖ’nin literatürde farklı çalışmalarda kullanımına henüz rastlanmamıştır. Yazarlar postpartum dönemde annenin psikolojisine ve anne bebek bağlanmasına etki eden değişkenleri incelemeyi amaçlayan çalışmalarda yüksek puanlarda erken dönemde gerekli desteğin planlanması ve yalnızca miad doğum yapan sağlıklı annelerde değil erken doğum yapan, yoğun bakım gereksinimi olan anne ve bebeklerle çalışılmasını önermektedir (Kömürücü ve Durak, 2020). Garlı ve Çınar (2020) ise aile merkezli bakım veren hemşirelerin aileye ve çocuklara bakımın iyi olduğunu hissettirdikleri;

ancak ebeveynlerin daha fazla bilgilendirilmek istediklerini bildirmişlerdir(Garlı ve Çınar, 2020). Gramszlo at all(2020) çalışmalarında konjenital kalp hastalığı olan bebeklerin ailelerine dinamik stres etkenlerini en iyi şekilde karşılamak için ebeveynlik rolleriyle ilgili psikososyal desteğe ve bireyselleştirilmiş ve çok disiplinli bakım ile ebeveyn ruh sağlığı sorunlarının çocuk sonuçları üzerindeki etkisini azaltabileceğini ifade etmişlerdir(Gramszlo ve diğerleri, 2020).

Çalışmamızda konjenital kalp anomalili 0-3 aylık bebeği olan annelerin Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeğinden (PPKDÖ) aldıkları puanlar incelendiğinde; annelerin ortalamasının altında düşük puanlar aldıkları görülmektedir. Düşük puanlar doğum sonu uyumun yüksek olduğunu göstermektedir. PPKD ölçeğinin literatürde herhangi bir çalışmada konjenital anomalili çocuğa sahip annelerde uygulamasına rastlanmamıştır. Ölçeği geliştiren yazar Halman, Oakley, Lederman(1995) çalışmalarında PPKD ölçeğini ve Prenatal Kendini Değerlendirme ölçeğini doğum öncesi ve sonrası uygulamış aralarında anlamlı bir fark olmadığını ve doğum sayısı az kadınlarda gebelik yaşama stresi yüksek bulunsa da anneliğe uyum sağlama yetenekleri üzerinde etkili olmadığını bildirmişlerdir(Halman ve diğerleri, 1995). Kasparian at all. (2019) sistematik derleme çalışmalarında anne-bebek etkileşimi ve bağlanmayı; erken pediatrik palyatif bakım, psiko-eğitim, ebeveynlik beceriler eğitimi ve aile merkezli hemşirelik uygulamalarını kanıt kalitesi düşük olmasına rağmen önermişlerdir(Kasparian ve ark., 2019). Günaydın ve Zengin (2022) PPKDÖ kullandıkları ve sağlıklı yenidoğanlarda uyguladıkları çalışmalarında doğum sonu dönem ile başa çıkmada annelerin güce güvendiklerini, annelik ve yenidoğandan memnuniyet ve uyumun yüksek olduğunu bildirmişlerdir(Günaydın ve Zengin, 2022).

Çalışmamızda konjenital kalp anomalili 0-3 aylık bebeği olan annelerin Anne Bebek Temas Engelleri Ölçeğinden (ABTEÖ) aldıkları puanlar ile Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeğinden (PPKDÖ) aldıkları puanlar arasında ilişki incelendiğinde; pozitif yönde orta düzey ilişki bulunduğu görülmüştür. Anne bebek temas engelleri yani negatif annelik deneyimleri arttıkça postpartum uyum sorunlarının arttığı ve annelerin kendilerini daha negatif değerlendirdikleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda ABTEÖ ve PPKDÖ den alınan puanlarla anne yaşı, eğitim durumu, tıbbi tanı gibi demografik veriler ile gebeliğe ait bilgiler, doğum

öyküsü ve bebekte belirlenen sorunlarla ilgili tüm veriler ölçek puanlarıyla karşılaştırılmıştır. Bebeğin uygulamadaki yaşı ile PPKDÖ arasında pozitif yönlü orta altı, PPKDÖ Alt Boyut 1: Eşler Arasındaki İlişkinin Kalitesi ile orta düzey ilişkili olması, ebeveynlerin tedavi sürecindeki negatif tecrübelerinin doğum sonu uyum sürecini de negatif etkilediği göstermektedir. Konjenital anomali bebeklerden beklenen mortalite ve morbidite oranlarının ülkemizde diğer patolojilere göre yüksek olması operasyonları kabul eden anne ve babaların bu sebeple yaşadıkları yüksek düzeydeki stres sebebiyle öncelikle bebeklerinin sağ kalmalarına odaklandıkları düşünülmektedir. Ayrıca bu durumun konjenital kalp anomalisi olan bebeklerin doğum kilosu ile ABTEÖ arasındaki negatif yönlü orta düzey ilişkiyi de açıkladığı düşünülmektedir. Cerrahi sonrası büyüme yetersizlikleri sık görülmektedir. Bu durum ailelerde çeşitli endişelere sebep olmaktadır. Shah at all. (2021) büyük konjenital anomalileri olan çocukların annelerinin psikiyatrik tedavi kullanımının, etkilenen bir çocuğun doğumundan sonra 13 yıla kadar arttığını bildirmişlerdir. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition ve European Society of Pediatric and Neonatal Intensive Care konjenital anomalileri olan yenidoğanlar ve bebekler için en iyi beslenme parametrelerini belirlemek için değerli göstergeler sunmanın yanında ülkelerin bu bebekler için standart politikalar geliştirmelerini önermektedir (Luca ve ark., 2022, Shah ve ark., 2021). Kendiliğinden düşük sayısı ile ABTEÖ arasında pozitif yönlü orta altı düzey ilişki bulunmuştur. Ailelerin konjenital hastalıkların genetik geçişli olabileceği, önceki bebeklerinin bu sebeplerle kaybedilmiş olması ve bu endişelerini sözel olarak ifade etmeleri ile de açıklanabilmektedir. Aileler daha fazla kayıp yaşamaktan korkmaktadırlar. Jin ve ark. (2017) 2.871 konjenital kalp hastalığı vakasını kalıtsal yönden inceledikleri çalışmalarında birçok konjenital anomalilinin çeşitli yüzdelerle genetik geçişli olabileceğini ifade etmişlerdir (Jin ve ark., 2017). Olesen ve ark. (2009) ise çalışmalarında sosyal konum ve konjenital anomaliler arasındaki ilişkiyi anne eğitim düzeyi ve daha az derecede baba eğitim düzeyi ve hane geliri, doğuştan anomalili bir bebek doğurma riski ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (Olesen ve ark., 2009).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda konjenital kalp anomalili bebeği olan annelerin kendilerini değerlendirdiklerinde, postpartum anne bebek ilişkilerinde uyum zorluklarını ortalamanın altında yaşadıkları, fiziksel temas engelleri ile karşılaştıkları ve annelik

deneyimlerini ortalamanın altında tanımlayabildikleri söylenebilir.

Araştırma konusu hakkındaki kanıta dayalı bilgi sınırlıdır. Cerrahi geçirmiş konjenital kalp hastalığı olan bebeklerin takip, tedavi ve bakımları hem aileler hem de yoğun bakım ve servislerde hizmet veren hemşireler için yüksek yoğunluklu stresli eğitim ve deneyim gerektiren bir süreçtir. Bu sürecin ülkemizde daha konforlu geçirilebilmesi için benzer araştırmaların artırılması, çok merkezli, sağlıklı doğum yapan veya diğer konjenital anomalili ailelerle karşılaştırmalı yapılması ve hemşirelerin bakım gereksinimi yüksek bebek ve ailelere hizmet verirken ki duygu durumları hakkında çalışılması önerilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma tek merkezde ve yalnızca konjenital kalp hastalıkları sebebiyle cerrahi tedavi gören 0-

3 aylık bebekler ile gerçekleştirilmiştir. Bebeklerin klinik kritik hemodinamik takipleri sebebiyle görüşmede bebek yaşları değişkenlik göstermiştir. İletişime geçilemeyen bebek ve aileler çalışmaya alınamamıştır. Bebeklerin pandemi nedeniyle ikinci bir bakıcısı olmaması sebebiyle kritik takip gerektiren bir bebekle ilgilenirken annelerle anket ve ölçekler için yüz yüze görüşmelerde plan dışı uygulama saatinde uzamalar yaşanmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee

Approval: Araştırma kurum izni ilgili hastanenin Tıpta Uzmanlık ve Eğitim Kurulu (Hospital Education Planning Board (EPK)'ndan 05.02.2021 tarihinde alınmıştır (Sayı: E- 28001928- 604.01.01). Araştırma ölçek izinleri yazarlar ile iletişime geçilerek alınmıştır. Bu çalışmada hastanede yatmakta olan bebeklerine refakat eden annelere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek uygulama öncesinde onamları alınmıştır.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

YazarKatkısı/AuthorContributions:

Fikir/kavram: ŞÇ, İGS; Tasarım: ŞÇ, İGS; Danışmanlık: İGS; Veri toplama: ÜA; Veri İşlem: ŞÇ Analiz ve/veya Yorum: ŞÇ; Kanak tarama: ŞÇ Makalenin Yazımı: ŞÇ; Eleştirel inceleme: ŞÇ, İGS

Çıkar çatışması/Conflict of interest:

Araştırmacılar herhangi bir çıkar çatışması belirtmemişlerdir.

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

KAYNAKLAR

Akik Kömürcü B., Batıgün Durak A.(2020), Anne Bebek Temas Engelleri Ölçeği (ABTEÖ): Geliştirilmesi ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi, The Mother Infant Contact Barriers Scale (MICBS): Development and Examining its Psychometric Properties Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry;12:235- 254, doi: 10.18863/pgy.789071.Arabiat, D., Whitehead, L., Foster, M., Shields, L., & Harris, L. (2018). Parents' experiences of Family Centred Care practices. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 39-44. doi: 10.1016/j.pedn.2018.06.012.

Bağcı, S., & Altuntuğ, K.(2016), Annelerin doğum sonunda yaşadıkları sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 3266-3279. doi:10.14687/jhs.v13i2.3884.

Bayrı Bingöl F., Demirgöz Bal M.(2021), Doğum Sonrası Maternal Anksiyete ve Bağlanmayı

Etkileyen Faktörler, Factors Affecting Postnatal Anxiety and Bonding, sted, cilt volume 30 • sayı/ issue 1 • 60-68.

Beider S., Boulanger K. T., Joshi M., Pan Y.P., Chang R. (2010), Measuring the Effects of Massage on Exercise Performance and Cardiopulmonary Response in Children With and Without Heart Disease: A Pilot Study, *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork—Volume 3, Number 3.*

Beydağ K.D. (2007), Derleme/Review Article, Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*: 6(6).

Beydağ K. D., Mete S.(2007), Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 10: 2.

Bulut G., Ballı Ş., Atlıhan F., Meşe T., Çalkavur Ş., Olukman Ö.(2012), Yenidoğan servisinde izlenen doğumsal kalp hastalığı olanların retrospektif değerlendirilmesi Retrospective evaluation of patients with congenital heart disease monitored in the neonatology department İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2(3):141-147 doi:10.5222/buchd.2012.141.

Docherty SI, Miles MS, Holditch- Davis D.(2002), Worry about child health in mothers of hospitalized medically fragilly infants. *Adv Neonatal Care*; 2: 84-92.

Garlı, E. & Çınar, N. (2020). Hastanede Çocuğu Yatan Ebeveynlerin Hemşirelerin Aile Merkezli Hemşirelik Bakımıyla İlgili Deneyimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*,36(1),35-

44.<https://dergipark.org.tr/tr/pub/egehemsire/issue/53702/508301>.

Gramszlo, C., Karpyn, A., Demianczyk, A. C., Shillingford, A., Riegel, E., Kazak, A. E., & Sood, E. (2019). Parent Perspectives on Family-Based Psychosocial Interventions for Congenital Heart Disease. *The Journal of Pediatrics*. doi:10.1016/j.jpeds.2019.09.059.

Gunaydin S., Zengin N., Relationship of the prenatal psychosocial profile with postpartum maternal duties and newborn care, *Rev Assoc Med Bras* 2022;68(2):152-

158. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20210776>.

Halman L.J., Oakley D, Lederman R.(1995), Adaptation to pregnancy and motherhood among subfecund and fecund primiparous women, *Affiliations expand, Matern Child Nurs J.* 1995 Jul-

Sep;23(3):90-100. PMID: 7475330. Psychology; 50(6), 1827–1839. doi:10.1037/a0035996.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7475330/>.

- İyigün E., Yılmaz Şahin S.(2018), Konjenital Kalp Hastalıkları Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı, Congenital Heart Disease Surgery and Nursing Care, Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics;4(1):1-7.
- Javadifar N., Majlesi F., Nikbakht A., Nedjat S., Montazeri A.(2016), Journal of Family and Reproductive Health <http://jfrh.tums.ac.ir>, 2016; Vol. 10, No. 3.
- Jin, S. C., Homsy, J., Zaidi, S., Lu, Q., Morton, S., DePalma, S. R., Brueckner, M. (2017), Contribution of rare inherited and de novo variants in 2,871 congenital heart disease probands. Nature Genetics, 49(11), 1593–1601. doi:10.1038/ng.3970.
- Jordan, B., Franich-Ray, C., Albert, N., Anderson, V., Northam, E., Cochrane, A., & Menahem, S. (2014). Early mother-infant relationships after cardiac surgery in infancy. Archives of Disease in Childhood, 99(7), 641–645. doi:10.1136/archdischild-2012-303488.
- Kasparian, N. A., Kan, J. M., Sood, E., Wray, J., Pincus, H. A., & Newburger, J. W. (2019). Mental health care for parents of babies with congenital heart disease during intensive care unit admission: Systematic review and statement of best practice. Early Human Development, 104837. doi:10.1016/j.earlhumdev.2019.104837.
- Korukcu, O., Deliktaş, A., Kukulcu K.(2017), Transition to motherhood in women with an infant with special care needs. International Nursing Review, 64(4), 593–601. doi:10.1111/inr.12383. Luca A.C., Miron I.C., Mîndru D.E., Curpăn A.S., Stan R.C., Țarcă E., Luca F.A., Pădureț A.I.(2022), Optimal Nutrition Parameters for Neonates and Infants with Congenital Heart Disease, Nutrients, Apr 17;14(8):1671. doi: 10.3390/nu14081671.
- Miles MS., Wilson SM., Docherty SL.(1999), African American mothers responses to hospitalization of an infant with serious health problems. Neonatal Netw; 18: 17-25.
- Nes, R. B., Røysamb, E., Hauge, L. J., Kornstad, T., Landolt, M. A., Irgens, L. M., Vollrath, M. E.(2014), Adaptation to the birth of a child with a congenital anomaly: A prospective longitudinal study of maternal well-being and psychological distress. Developmental Psychology; 50(6), 1827–1839. doi:10.1037/a0035996.
- Olesen, C., Thrane, N., Rønholt, A.-M., Olsen, J., & Henriksen, T. B.(2009), Association between social position and congenital anomalies: A population-based study among 19,874 Danish women. Scandinavian Journal of Public Health, 37(3), 246–251. doi:10.1177/1403494808100938.
- Özalkaya E, Akdağ A, Şen I, Cömert E, Melek Yaren H. (2016), Early screening for critical congenital heart defects in asymptomatic newborns in Bursa province. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine; 29(7):105-1107.
- Özyazıcıoğlu N., Güdücü Tüfekçi F.(2009), Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebekleri Bakım Alan Annelerin Kaygı ve Umutsuzluk Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 12: 4 66.
- Shah R. N., Kim K. M., Wong V.,Cohen E., Rosenbaum S., Cahan E. M., Milstein A., Sørensen H.T., Horváth-Puhó E.(2021), Mothers of children with major congenital anomalies have increased health care utilization over a 20-year post-birth time horizon, 2021 Dec 8;16(12):e0260962. doi: 10.1371/journal.pone.0260962.
- Sundus, A., Siddique, O., Ibrahim, M. F., Aziz, S., & Khan, J. A.(2013), The Role of Children with Congenital Anomalies in Generating Parental Depressive Symptoms. The International Journal of Psychiatry in Medicine; 46(4), 359–373. doi:10.2190/pm.46.4.c.
- Şimşek A, Baysal B.(2019), Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde Doğumsal Kalp Hastalığı Sıklık ve Dağılımı: Tek Merkez Deneyimi. Ortadoğu Tıp Derg; 11(4): 446-449. <https://doi.org/10.21601/ortadogutipdergisi.525745>.
- Yıldırım G., Gökyıldız Ş.(2004), Sağlıklı Bebeğe Sahip Olamayan Ailelerin Yaşadığı Psikososyal Sorunlar, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 7, Sayı: 3.
- Yurdakul E.E, Küçükötdük Ş,Baysal K., Ayyıldız P., Yılmaz A., Oğur G.(2016), Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Konjenital Kalp Hastalığı Tanısı Alan Olguların Retrospektif Değerlendirilmesi A Retrospective Evaluation of the Patients with Congenital Heart Disease in

Neonatal Intensive Care Unit, J Curr
Pediatr;14:67-73.

Araştırma Makalesi/Research Article

Evaluation Of High-Risk Pregnant Women's Adaptation to Pregnancy and Motherhood: A Mixed Method Research

Nedime Gül DOĞAN ÖZDEMİR¹, Özen KULAKAÇ²

Riskli Gebeliklerde Kadının Gebelik ve Anneliğe Uyumunun Değerlendirilmesi

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, riskli gebelerin ve hastanede yatan kadınların gebelik ve anneliğe uyum düzeylerinin ve yüksek riskli gebelik deneyimlerinin değerlendirilmesidir.

Metod: Araştırma, nicel ve nitel araştırma desenlerini içeren karma yöntemli bir araştırma türüdür. Araştırmanın nicel bölümü riskli gebelik tanısı ile hastaneye yatırılan 111 kadın ile, nitel bölümü ise 15 kadın ile yapılmıştır. Nicel veriler, Kişisel Bilgi Formu ve Prenatal Kendini Değerlendirme Anketi (PKDÖ) kullanılarak toplanmıştır. Nitel veriler derinlemesine yüz yüze görüşmeler yoluyla toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen nicel veriler SPSS 25.0 programı kullanılarak, nitel veriler ise Colaizzi'nin yedi aşamalı içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $26 \pm 6,1$ olup, tamamı evlidir ve %90,1'i çekirdek aile yapısına sahiptir. PKDÖ toplam puanı $180,1 \pm 14,8$ (79-316) olarak bulundu. Sosyal güvenlik durumu, kendisinin ve bebeğinin sağlığı hakkındaki düşünceleri (U:490; p:0,011), Annesi (U:490,5; p: 0,007) ve eşiyle ilişki durumu (U:480,5; p:0,008) Alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Nitel araştırmanın sonuçları, kadınların yüksek riskli gebelik teşhisi konulduktan sonra döngüsel bir fedakarlık ve mücadele dönemi yaşadıklarını göstermiştir. Verilerin analizi sonucunda dört ana tema ve sekiz alt tema belirlenmiştir.

Sonuçlar: Kadınların riskli gebelik deneyimlerini anlamak, gebeliğe ve anneliğe uyumlarını etkileyen faktörleri analiz etmek hemşirelerin doğru ve uygun bakım sunmalarını sağlamaktadır. Ayrıca kadınların riskli gebelik deneyimi, eşleri, aile üyeleri ve sağlık profesyonelleri tarafından karşılanması gereken sosyal destek ihtiyacını da beraberinde getirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, nicelik, nitel, uyum, primipar, riskli gebelik.

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study is to evaluate high-risk pregnant and hospitalized women's adaptation levels to pregnancy and motherhood as well as their experiences of high-risk pregnancy.

Methods: The research is a mixed method research type that includes cross-sectional and qualitative research designs. The quantitative part of the study was conducted with 111 women hospitalized with the diagnosis of risky pregnancy, and the qualitative part was conducted with 15 women. Quantitative data were collected using the Personal Information Form and the Prenatal Self-Assessment Questionnaire (PSEQ). Qualitative data were collected through in-depth face-to-face interviews. Quantitative data from the research were evaluated using the SPSS 25.0 program and Qualitative data were evaluated with Colaizzi's seven-step content analysis method.

Finding: The mean age of the participants was $26 \pm 6,1$, all of them were married, and 90.1% had a nuclear family structure. The prenatal Self-Assessment Questionnaire means the score was found to be 180.1 ± 14.8 (79-316). Social security status, thoughts about her and her baby's health (U: 490; p:0.011), The status of her relationship with her mother (U:490.5; p: 0.007) and her husband (U:480.5; p: 0.008) A statistically significant relationship was found between the sub-dimensions. Results of the qualitative research showed that women experience a cyclical period of sacrifice and struggle following their diagnosis of high-risk pregnancy. Through data analysis, four main themes and eight sub-themes were identified.

Conclusion: Understanding women's experiences through a high-risk pregnancy and analyzing the factors that affect their adaptation to pregnancy and motherhood enable nurses to employ the right and appropriate care practices. Furthermore, women's experience of high-risk pregnancy brings with it the need for social support that is to be met by their spouses, family members, and health professionals.

Keywords: Adaptation, nursing, high-risk pregnancy, quantitative, qualitative, primipara.

¹**Corresponding author:** Arş.Gör. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Atakum, Samsun. **e-mail:** nedime.dogan@gmail.com, **ORCID ID:** 0000-0002-3227-022X,

² Prof. Dr. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, **e-mail:** ozenkulakac@gmail.com **ORCID ID:** 0000-0002-3698-5126.

Geliş tarihi: 13.03.2023 **Kabul Tarihi:** 28.07.2023 **Online Yayın Tarihi:**31.06.2023

Atıf/Citation: Doğan, Özdemir, N.,G., Kulakaç, Ö.(2023). Evaluation of high-risk pregnant women's adaptation to pregnancy and motherhood: a mixed method research *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 9 (2) , 36-52.

GENİŞLETİLMİŞ ÖZET

Giriş:

Hayatın dönüm noktalarından biri olarak görülen gebelik ve annelik süreci gelişimsel bir kriz dönemidir. Kadın bu süreçte kendini anne olarak tanımlamakta ve fetüsle ilişkisini geliştirmektedir. Ancak gebelikte yaşanan bazı riskli durumlar gebeliğe ve anneliğe uyum süreçlerini olumsuz etkilemektedir. Hemşireler riskli gebelik yaşayan kadınların gebeliğe ve anneliğe uyumunu etkileyen faktörleri değerlendirmek ve olumlu etkileyebilmek için benzersiz konumdadır. Günümüzde kadınların bireysel olarak ulaşabildikleri rehber, kitap, sosyal media ve internet gibi bilgi kaynakları olmasına karşın, hiçbiri bir anneyle terapötik iletişim kurarak destek olan hemşirenin yerini alamamaktadır. Hemşireler kadının deneyiminin farkında olarak duygularını ifade etmesi için cesaretlendirerek onların yaşadıkları süreci keşfetmelerinde yardımcı olmaktadır. Bu araştırmanın amacı, riskli gebelik tanısı ile hastanede bulunan primigravida kadınların anneliğe ve gebeliğe uyum düzeylerini incelemek ve riskli gebelik ve anneliğe uyumlarına ilişkin benzersiz algı ve deneyimlerini ortaya çıkarmaktır.

Metod: Bu araştırma nicel ve nitel araştırma yöntemlerinin bir arada kullandığı karma tipte bir araştırmadır. Karma yöntem araştırmalar niceliksel ve niteliksel yöntemlerin güçlü yönlerini temel alarak problemlerin karmaşık ilişkilerini keşfetmeyi sağlamaktadır. Bu araştırmada karma yöntemin kullanılmasının nedeni riskli gebelerde uyum düzeyini belirlemenin yanı sıra uyum sürecini etkileyen faktörlerin birlikte analiz edilerek bütünlük içinde anlaşılmasını sağlamaktır. Araştırmada nicel ve nitel veriler sırayla toplanmış ve birbirleri arasında bir sıra belirlenmemiştir.

Bulgular: Araştırmanın sonucunda kadının gebeliği istemesi ve durum hakkında bilgilendirilmesi arttıkça PKDÖ genel puan ortalamalarının arttığı tespit edilmiştir. PKDÖ alt boyutları ile kadınların obstetrik özellikleri incelendiğinde "Gebeliğin Kabulü" ve "Eşi ile İlişkisinin Durumu" alt boyutlarında gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($U= 389,0$, $p=0,01$). Buna göre istenen bir gebeliğe sahip kadının beklenmeyen bir gebelik yaşayan kadınlara göre gebeliği kabul düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın nitel boyutunda ise çalışmada riskli gebelerin gebeliğe ve anneliğe uyum sürecinde

yaşadıkları deneyimler, 2 kategori, 4 tema ve 8 alt temada açıklanmıştır. "Anne Olmak: Yaşayan Bilir!" kategori tüm deneyimlerin merkezinde yer almaktadır.

Sonuç ve öneriler: Hemşireler, kadına riskli gebelik ile kendi ve fetüs sağlığına ilişkin bilgi verilmesi ve bakıma eş/partner ve yakınlarının katılımını teşvik edilmesi kadınların riskli gebeliğe uyumlarını arttırdığı için uygulama kullanımı önerilmektedir. İstenen gebeliklerde kadınlarda uyum daha yüksek olduğundan, istenmeyen gebelik tanımlayan kadınların uyumuna özel bir önem verilmesi önerilmektedir. Ayrıca, gebelik ve anneliğe uyum sürecinde hem kadın hem de eşi uyumun etkili bileşeni olduğu için, riskli gebeliklerde baba ve diğer aile üyelerinin bulunduğu ve farklı sosyo-kültürel ve ekonomik düzeylerdeki kadınlarla hemşirelik bakım modellerinin kullanıldığı araştırmaların yürütülmesi önerilmektedir.

INTRODUCTION

The process of pregnancy and motherhood, seen as one of the milestones in life, is a developmental crisis period. During this period, a woman defines herself as a mother and develops her bond with the foetus (Lowdermilk, Cashion and Perry, 2019). However, certain high-risk complications that occur during pregnancy affect this process negatively (Nola Holness, 2018).

In the world, approximately 810 women lose their lives every day due to preventable medical problems during pregnancy (WHO, 2019). In Turkey, 66.1% of women between the ages of 18-34 are included in one of the preventable high-risk pregnancy categories (TNSA,2018). Studies indicate that women having high-risk pregnancies have difficulty in adapting to pregnancy and motherhood (Dollberg et al.,2016; Davis et al, 2020). Nurses are in a unique position to evaluate the factors affecting women's adaptation to pregnancy and motherhood in cases of high-risk pregnancy and to have a positive impact on the process. Today, women have direct access to various sources of information in the form of guides, books, videos etc. that support their adaptation to pregnancy and motherhood. However, none of the above-mentioned materials can replace a nurse who supports the mother by listening to her anxieties. The nurses, being aware of the mother's experience, start a therapeutic interaction process by encouraging the woman to express her feelings and nurses act as a mediator for the woman and her relatives while they explore

their experience and its meaning (Meighan, 2013; Badakhsh, 2020).

While most of the research on high-risk pregnancies focuses on the physical health and treatment of the fetus or mother, it ignores the psychosocial status of the parents (Dollberg et al., 2016). It is seen that the emotional, psychological, and behavioral adjustments of women who have had a high-risk pregnancy cause difficulties in the developmental growth of the fetus as well as its adverse effects both before and after birth. In this context, it has been reported that mothers with high-risk pregnancies have high antenatal and postnatal depression and anxiety levels, decreased fetal activity, increased intrauterine growth retardation, and less parent-infant attachment (Dollberg et al., 2016; Davis et al., 2020).

Although there are studies on adaptation to pregnancy and motherhood in the national and international literature (Yu et al., 2013; Fiskin, Kayirak and Oskay, 2017), no mixed-type study was found on the subject. The aim of this study is to examine the adaptation levels of primigravida women who stay in the hospital due to a high-risk pregnancy diagnosis, to pregnancy and motherhood and to reveal their unique perceptions and experiences regarding their adaptation to high-risk pregnancy and motherhood.

MATERIALS AND METHODS

Desing

This study is a mixed method study using both quantitative and qualitative research methods. In this study, mixed method is used to determine high-risk pregnant women's adaptation levels and to ensure that factors affecting the adaptation process are evaluated and understood in a holistic manner.

Data sample

The study was conducted between June and December 2017 in the perinatology service of a public hospital. In the power analysis, the sample size was determined as 111 women with 95% confidence interval, 80% statistical power and 5% error rate. The study was completed with the participation of 111 pregnant women. The sample was selected via convenient sampling method which is a random sampling method.

In the qualitative phase of the study, the participants were selected with purposeful sampling method. Quantitative and qualitative

data were collected from different women in the study. The interviews were ended when no new data was obtained and data saturation was achieved. The qualitative phase of the study was completed with the participation of 15 women.

Data collection

In the study, socio-demographic and obstetric information of the women were obtained with "Questionnaire for Socio-Demographic Characteristics" that consists of 15 questions. The semi-structured interview form was used during in-depth interviews. The interview form was prepared by the researchers, it was sent to 3 expert researchers in expert opinion. There are 9 main questions and sub-questions related to them.

The qualitative data of the study were collected by the same researchers through face-to-face individual interviews with women who agreed to be interviewed in the perinatology service. Before the interview, the purpose of the meeting was stated by meeting with the women, and the most appropriate time for the woman and the interviewer was determined mutually. Interviews were conducted in the woman's room using a voice recorder in a quiet and comfortable environment. Individual interviews lasted an average of 13 minutes. The interviews ended when the women's statements started to be repeated, and no new data could be obtained. Interviews were written down after listening word for word, including local expressions.

Data Analysis

Descriptive statistics were used in the analysis of demographic information. Kolmogorov-Smirnov examined the suitability of the data to the normal distribution. Independent samples t-test and one-way analysis of variance (ANOVA) were used to compare normally distributed data, and non-parametric Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests were used to comparing data that did not show normal distribution. Qualitative data was analysed with constant comparative method which is the thematic analysis method of Colaizzi. Each researcher read written texts separately, and the meanings were categorized. Later, the researchers came together and discussed the categorized meanings until they reached a consensus. In this process, the interpretation's accuracy was checked by repeatedly returning to the original data. Themes were created with determined common and meaningful expressions. After the themes

were created, the views of a lecturer who was not involved in the study were consulted to measure the integrity (internal consistency) of the codes under the themes that emerged and to review the situation of the themes that emerged to explain the data (external consistency).

Ethical Approval

The ethics committee approvals for this study are obtained from a public hospital in the (54103609-604.02) and the ethics committee (B.30.2.ODM.0.20.08/70). Additionally, to comply with the principles of the "Informed Consent Form," all participants were informed about the purpose of the study before data collection.

RESULTS

The mean age of the participants was 26 ± 6.1 , all of them were married and 90.1% had a nuclear family structure. 82.9% of the women did not participate in waged labor, and the majority of them were living in an urban area (85.6%). The rate of the pregnant women having social security was 84.7%. The gestational weeks of the women were on average 34 ± 4.4 . The rate of participants who had a high-risk pregnancy in their family was 19.8%. It was determined that the reasons for high-risk pregnancy were mostly problems related to pregnancy and the fetus (60.4%) and the women were partially informed about their condition (61.3%). Table 1 shows the mean scores and standard deviations of the participants at PSEQ main scale and subscales. (Table 1).

Among the participants the lowest PSEQ score was 120 and the highest score was 219. The mean PSEQ score was determined to be 180.1 ± 14.8 . This score was above the total mean score that can be obtained from the scale (158). The women had the lowest (20.8 ± 3.3) mean score in the "Relationship with her spouse" subscale of PSEQ. This was followed by the relationship with her own mother (21.9 ± 3.5) and fear of childbirth (23.9 ± 2.7) subscales. The two subscales having a score of 30 and higher were "adaptation to motherhood role" (31.9 ± 4) and "adaptation to pregnancy" (30 ± 3.7).

Table 2 shows the characteristics of participants in qualitative research. As seen in table, gestational weeks of women vary between 30-41 weeks, and they are hospitalized due to preterm labor, preeclampsia, and postmature labor diagnoses.

Women's Level of Adaptation to Pregnancy and Motherhood

Table 3 shows the comparison of PSEQ mean scores of participants and their socio-demographic characteristics. As seen in Table 3, PSEQ overall mean scores decreased when the women had a high level of education, were employed, and resided in an urban setting. In the comparison of PSEQ subscales with socio-demographic data, the difference between the "Concern for well-being of self and the baby" subscale median score and the presence of social security was found to be statistically significant ($U=490.0, p=0.011$). A statistically significant difference was also observed between "adaptation to motherhood role" subscale median score and family type ($U=310.0, p=0.017$). A statistically significant difference was found between "Fear of childbirth" subscale and the family type ($U=305.0, p=0.015$). Social security was the cause of difference in three PSEQ subscales ("relationship with Own Mother," "relationship with her spouse", and "concern for the well-being of self and the baby"). There was a statistically significant difference between the "relationship with her own mother" subscale median score of pregnant women and the presence of social security ($U= 490.5, p=0.007$). (Table 3).

It was determined that there was a statistically significant difference between PSEQ's "relationship with her spouse" subscale median score and the presence of social security ($U= 480.5, p=0.008$). Table 4 shows the comparison of women's PSEQ general and subscale median scores with their obstetric characteristics. As seen in table 4, women's PSEQ general mean scores were higher for intended pregnancies and when the women were informed about her condition. In "adaptation to pregnancy" and "relationship with her spouse" subscales, the difference between the groups was found to be statistically significant ($U= 389.0, p=0.01$).

Experiences of Adaptation to Pregnancy and Motherhood in High-risk Pregnant Women: Qualitative Data

In this study, the unique and authentic experiences of high-risk pregnant women in their adaptation process to pregnancy and motherhood were explained under 2 categories, 4 themes and 8 subthemes (Figure 1). The category "Being a mother: only mothers can understand" was at the centre of all experiences as a core category.

Fig. 1. The cycle of being a mother in risky pregnancy which includes sacrifice and struggle.

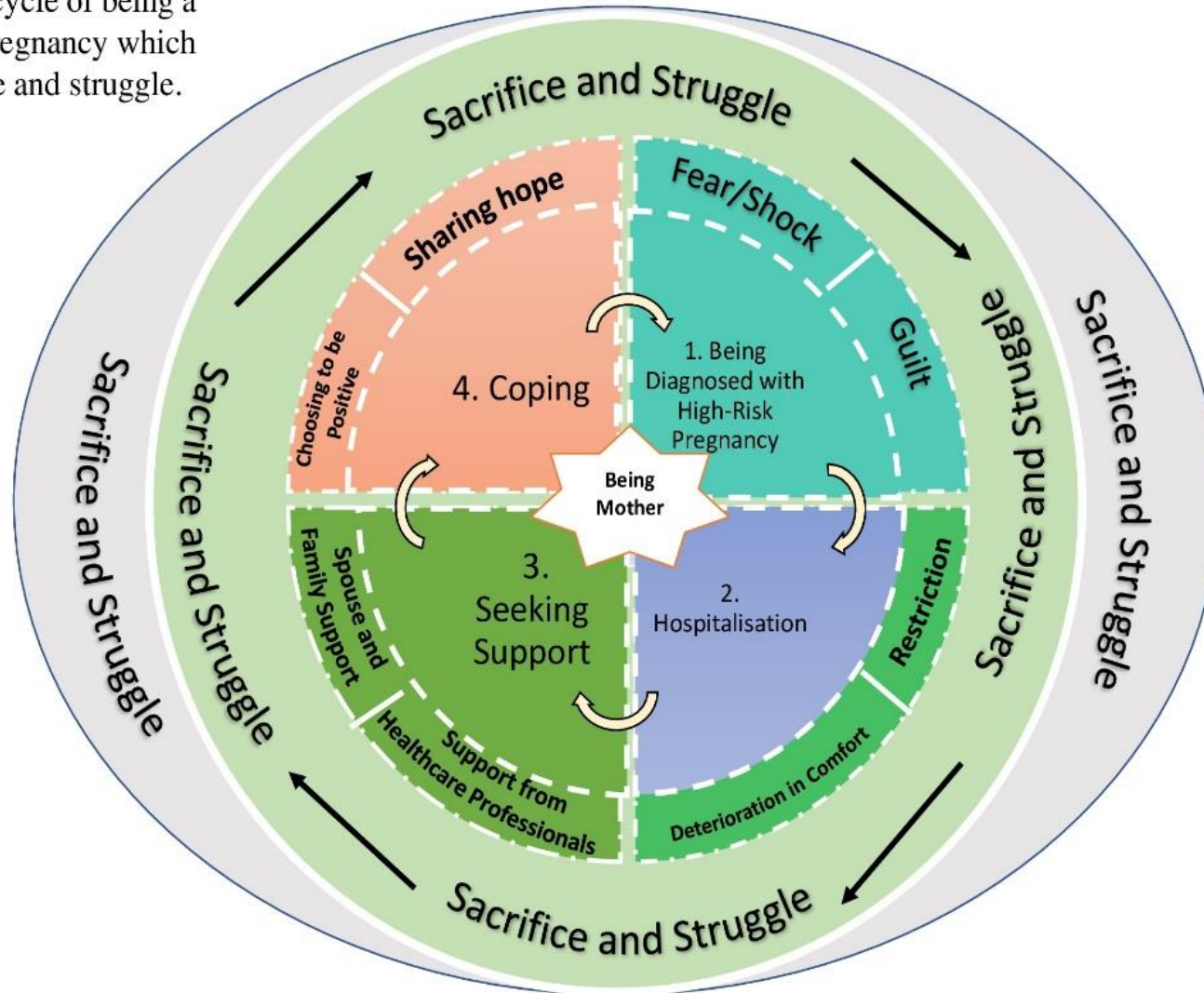


Figure 1: The cycle of being a mother in risky pregnancy which includes sacrifice and struggle. (The figure was created by the authors)

Table 1. Distribution of participants based on PSEQ main scale and subscale mean scores

PSEQ subscales	Number of Items		$\bar{x} \pm S.D.$
Concern about the well-being of self and the baby	10	10-40	24.3 \pm 4.4
Adaptation to pregnancy	14	14-56	30 \pm 3.7
Adaptation to motherhood role	15	15-60	31.9 \pm 4
Readiness for childbirth	10	10-40	25 \pm 2.4
Fear of childbirth	10	10-40	23.9 \pm 2.7
Relationship with her mother	10	10-40	21.9 \pm 3.5
Relationship with her spouse	10	10-40	20.8 \pm 3.3
Main Scale	79	79-316	180.1 \pm 14.8

\bar{x} : Mean, Min.: Minimum, Max.: Maximum, S.D.: Standard Deviation

Table 2. Characteristics of Participants in Qualitative Research

No	Pregnancy week	Diagnosis	Time in hospital
1	39 week	Oligohydramnios	4th day
2	38 week	Preeclampsia	11th
3	36 week	Preeclampsia	8th
4	36 week	Preterm labor	5th day
5	31 week	Preeclampsia	5th day
6	33 week	Cholestasis+Preterm labor	1th day
7	38 week	Kidney problem	2nd day
8	35 week	Preterm labor	5th month
9	37 week	Oligohydramnios	2nd day
10	33 week	Intrauterine growth retardation	7th day
11	41 week	Postmature labor	2nd day
12	33 week	Intrauterine growth retardation	7th day
13	40+3 week	Postmature labor	3rd day
14	41 week	Postmature labor	2nd day
15	30 week	Preterm labor+Bleeding	2nd day

Figure 1: The cycle of being a mother in risky pregnancy which includes sacrifice and struggle. (The figure was created by the authors)

Category I: Being a mother: only mothers can understand

This core category emerged from the unique and striking expressions of the women about motherhood. The process of being a mother was present in every step of women's experiences of adaptation to high-risk pregnancy and it was situated at the centre of all their experiences (Figure 1). All of the women stated that motherhood was an indescribable, unique and transformative process.

"I can't define motherhood. Being a mother is a very different feeling. I have never been able to describe being a mother and the sense of motherhood..." (Participant 11).

Category II: Sacrifice and Struggle

The category of sacrifice and struggle includes 4 themes and 8 interrelated subthemes. The processes of sacrifice and struggle are two intertwined concepts at the centre of which is situated the experience of motherhood. In this study, themes and subthemes related to this category emerged as sequential parts of a cycle. As the nature of these processes did not allow clear demarcation, they were represented with dashed lines in the figure (Fig. 1).

Theme I. Being Diagnosed with High-Risk Pregnancy

"Being Diagnosed with High-risk Pregnancy" was a common theme that emerged from all participants' statements. This theme includes the fear/shock and guilt subthemes.

Subtheme 1. Fear/Shock: The women stated that diagnosis of high-risk pregnancy was a sudden and unexpected situation and they experienced fear and shock (8 Women): *"We were going through the last weeks. I ne ver thought this problem would happen. When everything was going well, this popped up as an obstacle" (Participant 13*

Subtheme 2: Guilt: Some women (5 women) stated that they thought the high-risk pregnancy was caused by their own negligence and that they felt guilty. *"Child's development has slowed*

down a bit due to my blood pressure. I was afraid of losing the baby. What if the baby dies? I felt remorse. It happened because I worry about everything. It would not have happened, if I did not do that." (Participant 3).

Theme II. Hospitalisation

Hospitalisation of women to ensure round the clock follow up on both the women's and the babies' health was recognized as a theme.

Subtheme 3. Restriction: Participants (12 women) stated that their daily routine was altered due to hospitalisation and that they had to put up with that. A woman's statement regarding her situation was as follows: *"I was always on the move at home. I was engaged with domestic daily chores. But at the hospital, I have to stay in bed." (Participant 1).*

Subtheme 4. Deterioration in Comfort: The course of hospitalisation and the situation experienced affected the sleep patterns and overall comfort of women negatively (8 women): *"I can't sleep in the hospital. It is not because of the noise but because of knowing that I am in a hospital ...I also have nausea and sensitivity to smell. I cannot eat..." (Participant 14).*

Theme III. Seeking Support

Women's need for "spouse and family" and "healthcare professionals" during high-risk pregnancy and hospitalisation processes emerge as a theme.

Subtheme 5. Spouse and Family Support

Women expressed that they needed social support in the process of high-risk pregnancy and hospitalisation (13 women). *"I needed someone to support me. I wanted my husband to be with me the most "(Participant 3*

Subtheme 6. Support from Healthcare Professionals

Eight women stated that they were encouraged by healthcare professionals while adapting to the medical procedures and life-changes related to high-risk pregnancy: *"when I asked a question or was worried, they gave me enough information. I acted in accordance with what they said. This made me feel very comfortable." (Participant 1).* Some women stated that the lack of support from healthcare professionals made their adaptation difficult: *"They did not say anything that will*

facilitate my adaptation to pregnancy or motherhood. They never talk about those issues; they always focus on treatment. This made it difficult for me to adapt to everything” (Participant 9).

Theme 4. Coping

The unique experiences of high-risk pregnant and hospitalised women during they endeavor to cope with the process-related difficulties emanated from the “coping” theme.

Subtheme 7. Choosing to be Positive: Women stated that they coped with the difficulties caused by high-risk pregnancy by thinking positively and staying away from bad thoughts (6 women): *“In fact, I am consoling myself. I'm telling myself that nothing bad will happen. I am trying to think positively...” (Participant 7).*

Subtheme 8. Sharing hope

Women expressed that during their process of coping with high-risk pregnancy sharing experiences with other pregnant women in a similar condition had a positive effect. (6 Women): *“I met a friend in this service. We supported each other. We talked about the process. When she was hopeful about me, I was relieved. When I spoke positively, she felt relieved.” (Participant 1).*

DISCUSSION

In this study, prenatal adaptation levels of women were found to be high and this result contradicts related literature (Wilhelm, Alves and Demori, 2015; Isaacs and Antipatin, 2020). In the study, the adaptation level increased when there was no social security. The women without social security stated more positive relationships with their husbands and mothers. According to this result, having social security seems important in determining the woman's relations with herself and others. When women had no social security, they tended to keep their social relations and especially their relations with their husbands stronger, or to see positive aspects in their relations in order to exist in life, continue living, and to realize themselves (Agarwal and Mazumer, 2013).

In this study, women with social security were found to have a more positive attitude towards the well-being of self and the baby, and this result corresponds to related literature. Social security also increases the level of knowledge about the

cases of seeing a doctor during pregnancy and enables women to benefit more from prenatal health services (Senol, Göl and Ozkan, 2019). Another study result emphasizes that lack of social and financial support during pregnancy leads to an increase in negative perception in all spheres (Yurdakul, 2018). In this study, women who had an intended pregnancy were found to have higher adaptation levels to pregnancy. This result is similar to the related literature. Having an intended pregnancy contributes to an easier process of accepting and adapting to the physical and psychological changes that occur during pregnancy (Coskuner Potur, Mamuk and Şahin, 2017). It was determined that women with unintended pregnancies had difficulty in accepting pregnancy and were at a higher risk for psycho-social disorders (Horvarth and Schreiber, 2017).

It was determined that women's increased level of knowledge about their high-risk pregnancy diagnosis had a positive effect only on their relationship with their spouse among all variables. This result is compatible with the related literature. When high-risk pregnant and hospitalized women are not informed about their condition, they focus on health problems and possible risks and this tendency may lead to deterioration in their social interactions and their communication with their spouse (Tugut, Golbasi and Bulbul, 2017; Biaggi et al., 2016).

In this study, the women living in an extended family setting were found to experience more fear of childbirth. the related literature points out that for women living in an extended family setting the negative delivery experiences of other women increases fear of childbirth (Okumus and Sahin, 2017; Kızılırmak and Başer, 2016; Erkaya et al., 2017). On the other hand, it was found in this study, women living in extended family accepted the motherhood role more easily. Although formal support given during pregnancy and postpartum period in Turkey is limited, women generally have a strong informal social support network. This result is similar to the findings in literature stating that the most effective factor in improving adaptation to changes concerning maternal role in prenatal and postnatal period is the presence of social support coming from extended family (Song, Chae and Ko, 2020; Kim, 2021).

Table 3. Distribution of participants' PSEQ main and subscale mean scores in accordance with their socio-demographic characteristics

Characteristics		Concern about the well-being of self and the baby	Adaptation to pregnancy	Adaptation to motherhood role	Readiness for childbirth	Fear of childbirth	Relationship with her own mother	Relationship with spouse	Total
		$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$
Level of Education	Primary school	25.9 ± 5.6	27.6 ± 3.9	30.7 ± 4.5	25.0 ± 2.3	24.2 ± 2.6	21.8 ± 5.5	22.5 ± 3.8	177.6 ± 18.3
	Middle school	26.0 ± 4.8	27.8 ± 4.0	30.8 ± 2.9	24.6 ± 1.9	25.5 ± 3.1	20.7 ± 3.8	21.7 ± 3.1	176.9 ± 13.3
	High school	23.4 ± 3.9	26.7 ± 3.5	29.7 ± 3.0	24.4 ± 2,8	24,8 ± 3,3	21,3 ± 3,5	21,4 ± 2,8	171,6 ± 10
	University	23,4 ± 4,6	26,5 ± 2,3	30,8 ± 2,9	24,1 ± 2,5	23,4 ± 2,6	20,5 ± 3,6	20,8 ± 2,8	169,4 ± 12,4
Test statistic		F= 2,7	F= 0,8	F= 0,7	F= 0,5	F= 2,4	F= 0,4	F= 0,9	F= 2,1
p		0.052	0.493	0.556	0.714	0.075	0.728	0.427	0.102
		Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)
Status of waged employment	Employed	24 (19-32)	26 (23-39)	30 (26-39)	25 (20-30)	25 (18-32)	19 (18-34)	22 (16-30)	170 (154-214)
	Not employed	25 (15-37)	27 (20-36)	30 (21-40)	25 (20-31)	25 (19-32)	19 (10-34)	21 (16-32)	173.5 (150-227)
Test statistic		U= 801.0	U= 770.5	U= 848.5	U= 848.0	U= 847.0	U= 770.0	U= 802.5	U= 804.0
p		0.566	0.415	0.841	0.837	0.832	0.388	0.571	0.583
Family type	Nuclear	25 (16-36)	27 (20-39)	31 (25-40)	25 (20-31)	25 (18-32)	19 (17-34)	21 (16-32)	173 (154-227)
	Extended	22 (15-37)	25 (22-35)	28 (21-33)	25 (23-27)	27 (22-29)	20 (10-25)	21 (16-25)	173 (150-183)
Test statistic		U= 384.0	U= 435.5	U= 310.0	t= -0.552	U= 305.0	U= 509.5	U= 541.0	U= 472.5
p		0.100	0.256	0.017	0.582	0.015	0.672	0.928	0.444
Place of residence	Urban	25 (16-36)	26 (20-39)	30 (25-40)	25 (20-31)	25 (18-32)	19 (17-34)	21 (16-32)	173 (154-227)
	Rural	24 (15-37)	27 (22-35)	30 (21-38)	25 (20-29)	25.5 (20-30)	19 (10-34)	22 (16-29)	176 (150-208)
Test statistic		U= 727.5	U= 716.5	U= 752.5	U= 670.5	U= 643.5	U= 627.0	U= 612.0	U= 632.0
p		0.784	0.713	0.949	0.448	0.325	0.236	0.209	0.282

F: Single-direction variance analysis test statistic, U: Mann Whitney U for parametric data, Min.: Minimum, Max.: Maximum

Table 3. Distribution of participants’ PSEQ main and subscale mean scores in accordance with their socio-demographic characteristics (Cont.)

		Concern about the well-being of self and the baby	Adaptation to pregnancy	Adaptation to motherhood role	Readiness for childbirth	Fear of childbirth	Relationship with her own mother	Relationship with her spouse	Total
Characteristics		Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)
Access to Social Security	Yes	24 (15-36)	26 (22-36)	30 (25-40)	25 (20-31)	25 (18-32)	19 (18-34)	21 (16-32)	173 (150-227)
	No	26 (20-37)	27 (20-39)	31 (21-39)	25 (20-27)	25 (21-32)	19 (10-27)	20 (16-27)	173 (154-211)
Test statistic		U= 490,0	U= 645,0	U= 782,0	U= 756,5	U= 634,5	U= 490,5	U= 480,5	U= 732,0
p		0.011	0.205	0.889	0.726	0.175	0.007	0.008	0.583
Harmful Habit	Yes	26 (18-33)	27 (20-39)	28 (27-40)	26 (23-27)	25 (22-32)	19 (18-34)	19 (16-31)	173 (160-224)
	No	24.5 (15-37)	26.5 (22-36)	30 (21-39)	24.5 (20-31)	25 (18-32)	19 (10-34)	21 (16-32)	173.5 (150-227)
Test statistic		U= 455.0	U= 520.5	U= 529.0	U= 398.0	U= 499.0	U= 536.0	U= 414.5	U= 545.5
p		0.347	0.770	0.835	0.13	0.613	0.884	0.176	0.965

F: Single-direction variance analysis test statistic, U: Mann Whitney U for parametric data, Min.: Minimum, Max.: Maximum

Table 3. Distribution of participants' PSEQ main and subscale mean scores in accordance with their socio-demographic characteristics (Cont.)

		Concern about the well-being of self and the baby	Adaptation to pregnancy	Adaptation to motherhood role	Readiness for childbirth	Fear of childbirth	Relationship with her own mother	Relationship with her spouse	Total
Characteristics		Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)
Access to Social Security	Yes	24 (15-36)	26 (22-36)	30 (25-40)	25 (20-31)	25 (18-32)	19 (18-34)	21 (16-32)	173 (150-227)
	No	26 (20-37)	27 (20-39)	31 (21-39)	25 (20-27)	25 (21-32)	19 (10-27)	20 (16-27)	173 (154-211)
Test statistic		U= 490.0	U= 645.0	U= 782.0	U= 756.5	U= 634.5	U= 490.5	U= 480.5	U= 732.0
P		0.011	0.205	0.889	0.726	0.175	0.007	0.008	0.583
Harmful Habit	Yes	26 (18-33)	27 (20-39)	28 (27-40)	26 (23-27)	25 (22-32)	19 (18-34)	19 (16-31)	173 (160-224)
	No	24.5 (15-37)	26.5 (22-36)	30 (21-39)	24.5 (20-31)	25 (18-32)	19 (10-34)	21 (16-32)	173.5 (150-227)
Test statistic		U= 455.0	U= 520.5	U= 529.0	U= 398.0	U= 499.0	U= 536.0	U= 414.5	U= 545.5
P		0.347	0.770	0.835	0.13	0.613	0.884	0.176	0.965

F: Single-direction variance analysis test statistic, U: Mann Whitney U for parametric data, Min.: Minimum, Max.: Maximum

Table 4. Distribution of Participants’ PSEQ main and subscale mean scores in accordance with their obstetric characteristics

Characteristics		Concern about the well being of self and the baby	Adaptation to pregnancy	Adaptation to motherhood role	Readiness for childbirth	Fear of childbirth	Relationship with her own mother	Relationship with her spouse	Total
		Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)
Intention Status of Pregnancy	Yes	25 (15-37)	26 (20-39)	30 (21-40)	25 (20-31)	25 (18-32)	19 (10-34)	21 (16-32)	173(150-227)
	No	25 (20-33)	30,5 (24-35)	30 (26-35)	24 (21-28)	26 (20-29)	19,5 (18-32)	21 (16-27)	175,5(159-195)
Test statistic		U= 632.0	U= 389.0	U= 640.0	U= 607.5	U= 613.5	U= 678.0	U= 614.0	U= 556.5
p		0.675	0.010	0.727	0.522	0.558	0.992	0.559	0.276
Status of getting regular health-checks	Yes	25 (15-36)	26.5 (20-39)	30 (25-40)	25 (20-31)	25 (18-32)	19 (17-34)	21 (16-32)	173(150-227)
	No	24 (17-37)	28 (24-31)	30 (21-35)	24 (20-26)	22 (20-29)	19 (10-24)	21 (16-27)	172(154-184)
Test statistic		U= 366.0	U= 411.0	U= 406.0	U= 375.0	U= 395.5	U= 375.0	U= 421.5	U= 367.5
p		0.314	0.602	0.564	0.360	0.490	0.336	0.682	0.323
Sex of the baby	Female	25 (15-34)	26 (20-36)	30 (26-40)	25 (20-31)	25 (18-31)	19 (18-34)	21 (16-32)	174(150-227)
	Male	24.5 (17-37)	27 (22-39)	30 (21-39)	25 (20-29)	25 (19-32)	19 (10-34)	20 (16-30)	172(154-214)
Test statistic		U= 1469.0	U= 1497.5	U= 1492.5	U= 1478.5	U= 1508.0	U= 1360.5	U= 1416.5	U=1426.5
p		0.687	0.815	0.791	0.728	0.863	0.269	0.472	0.514
Status of having a relative with a history of high-risk pregnancy	Yes	25 (15-34)	27 (20-35)	30 (27-38)	24.5 (20-29)	23 (19-30)	19 (18-34)	21 (19-30)	173 (150-209)
	No	24 (16-37)	26 (22-39)	30 (21-40)	25 (20-31)	25 (18-32)	19 (10-34)	21 (16-32)	173 (154-227)
Test statistic		U= 954.0	U= 876.0	U= 962.0	U= 970.0	U= 735.0	U= 941.0	U= 959.5	U=977.5
p		0.853	0.444	0.899	0.946	0.069	0.766	0.884	0.991

U: Mann Whitney U test statistic, χ^2 :Kruskal Wallis test statistic, Min.: Minimum, Max.: Maximum, $p < 0,005$, a-b: There is no difference between groups with the same letter.

Table 4. Distribution of participants' PSEQ main and subscale mean scores in accordance with their obstetric characteristics (Cont.)

		Concern about the well being of self and the baby	Acceptance of pregnancy	Identification with motherhood role	Readiness for childbirth	Fear of childbirth	Relationship with her own mother	Relationship with her spouse	Total
Characteristics		Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)
Diagnosis	Diseases related to the fetus and pregnancy	24 (15-35)	30 (17-38)	32 (17-38)	25 (18-31)	23 (16-31)	25 (10-28)	19 (16-30)	182 (120-195)
	Systemic Diseases	23 (15-35)	30 (19-37)	32 (17-42)	25 (20-29)	24 (20-30)	20 (19-31)	21 (10-30)	181,5 (124- 213)
Test statistic		U= 1395.5	U= 1650.0	U= 1395.0	U= 1597.5	U= 1728.0	U= 1665.5	U= 1232.0	U= 1443.0
p		0.635	0.284	0.453	0.587	0.123	0.221	0.140	0.956
Status of being informed	Informed	26.5 (18-36)	27 (22-32)	30 (27-38)	22.5 (21-27)	24 (20-31)	19 (18-34)	19 (16-30)a	169(160-214)
	Partially informed	25 (16-34)	27 (20-39)	30 (26-40)	25 (20-31)	25 (18-32)	19 (17-34)	21(16-31) ab	174(154-224)
	Not informed	24 (15-37)	26 (23-36)	30 (21-39)	24 (20-29)	25 (20-30)	20 (10-34)	22 (16-32) b	173(150-227)
Test statistic		$\chi^2 = 2.4$	$\chi^2 = 0.0$	$\chi^2 = 0.1$	$\chi^2 = 3.7$	$\chi^2 = 0.1$	$\chi^2 = 2.9$	$\chi^2 = 8.1$	$\chi^2 = 0.4$
p		0.295	0.984	0.929	0.156	0.955	0.232	0.017	0.826

U: Mann Whitney U test statistic. χ^2 : Kruskal Wallis test statistic, Min.: Minimum, Max.: Maximum, $p < 0,005$, a-b: There is no difference between groups with the same letter

Discussion of Qualitative Results

The most original result of the qualitative side of this study was that women experienced the high-risk pregnancy process that had “being a mother” in its centre as a life period defined by “sacrifice and struggle.” Motherhood is a socially constructed process that accumulates meaning via cultural structures. In societies like Turkey where the patriarchal ideology is dominant, the purpose of women’s existence is presented as being a mother, devoting themselves to their children and prioritizing their children’s interests under all conditions. This forces high-risk pregnant women to try to be a mother under all circumstances and to fight with all adversities (Karaman and Dogan, 2018). In this study, women’s fulfilment of the motherhood role without complaining or expressing unhappiness or fatigue and reflect the perception of “super mother” in the society (Bhaumik, 2018). Women taking the responsibility of motherhood are equated with a mythological deity bearing the weight of the world on their shoulders (Shloim et al., 2015). In the study by Shelton and Johnson (2006), the process of sacrifice and struggle is likened to running on an endless treadmill. In this case, the fact that the concept of being a mother, along with the processes of sacrifice and struggle are situated at the centre of high-risk pregnant women’s experiences appears as an inevitable result of the social construction of motherhood (Shelton and Johnson, 2006).

In the accessed national and international literature, there are studies supporting this result (Kulakaç et al., 2006; Liamputtong, 2006; Tsai et al., 2011; Nillson et al., 2013; Watts et al., 2015; Benza and Liamputtong, 2017). It was determined in this study that women’s definitions of the motherhood process did not change and they defined it as an indescribable and unique feeling. In consideration of this finding, motherhood-related emotions and thoughts were observed to have similar universal definitions in high-risk or non-high-risk pregnancy situations.

In the study it was observed that “high-risk pregnancy” situation gave rise to the experiences of fear and shock (Isaacs and Antipatin, 2020). These results are similar to the studies in which high-risk pregnancy diagnosis is explained by women with reference to “fear”, “pain”, “anxiety” and “a shocking condition” (Wilhelm et al., 2015; Isaacs and Antipatin, 2020).

In the literature, the hospitalization process is defined as a disturbing, tiring, restricting and stressful situation (Smorti et al., 2021). Yet despite the deterioration in comfort and restriction on freedom, women wanted to be in the hospital and they endured this difficulty “to be a mother.”

In this study, women “tried to cope by choosing to be positive”. The women who described that they were playing Pollyannaism expressed that they retained the hope of having a baby against all difficulties. In the study by Wilhelm et al. (2015), the expression of a woman supported this result: “...I’m afraid of this condition (high-risk pregnancy) (Wilhelm et al., 2015). However, I am also trying to discover the beautiful side of my pregnancy...”. Some women feel helpless from time to time but they continue to cope with the process by accepting the situation. This can be socially and culturally defined with the common Turkish proverb “what can’t be cured must be endured.”.

Furthermore, women experiencing high-risk pregnancy contribute to the coping process of themselves and others by sharing hope and thus constitute an informal support network. The theme of “sharing hope” in this study showed similarities with the expressions of women who participated in Brand et al. (2014) study where women expressed that they shared their problems and concerns with other high-risk pregnant women and they did not feel alone.

Adaptation to pregnancy and attachment takes place primarily with social acceptance and then psychological acceptance. It is stated that spouse support cannot be replaced with anything during the process of becoming a mother (Saeieh, Rahimzadeh and Yazdkhasti, 2017). Women in the study stated that their need to receive support especially from their spouse and mother increased in this process. In the study by Lederman et al., (2013), family support in pregnancy is emphasized with the “strengthening the relationship with the family” theme. This support was described by women as an “escape from darkness” (Lederman, Boyd and Pitts, 2013). The results about the importance of social support and family and spouse relationship stand out in both qualitative and quantitative parts of this study and support each other.

CONCLUSION

The use of mixed method research design in this study facilitated a more comprehensive understanding of the subject matter. The study results were visualized via “the sacrifice and struggle cycle of being a mother in high-risk pregnancy.” The results of this study show that women’s experiences of adaptation to pregnancy and motherhood are affected by high-risk pregnancy. In light of the study findings, practice and research recommendations are provided below. In high-risk pregnant women’s care, nurses’ high-level participation in social support networks should be ensured, appropriate activities should be planned and sensitive and therapeutic communication techniques should be developed.

Acknowledgements

The authors thank the staff at government hospital, perinatology service and all the pregnant women who enabled them to conduct this study.

Ethics Committee Approval: The ethics committee approvals for this study are obtained from a public hospital in the (54103609-604.02) and the ethics committee (B.30.2.ODM.0.20.08/70). Additionally, to comply with the principles of the “Informed Consent Form,” all participants were informed about the purpose of the study before data collection.

Author Contributions Idea/Concept:NGDÖ, ÖK;Design: NGDÖ, ÖK;Supervision/Counseling: ÖK; Data Collection and/or Processing: NGDÖ; Analysis and/or Interpretation: NGDÖ, ÖK;Literature Review: NGDÖ;

Writing: NGDÖ; Critical Review: ÖK; Funding: NGDÖ, ÖK.

Conflict of interest: Researchers have not declared any conflict of interest.

Financial Disclosure: No financial support has been received for this research.

REFERENCES

- Lowdermilk, D.L., Cashion, M.C., Perry, S.E., Alden, K.R., Olshansky, E. (2019). *Maternity and Women's Health Care*, E-Book, United States of America, America: Elsevier Health Sciences, 441p.
- Nola Holness, C.N.M. (2018). High-risk pregnancy. *Women's Health Across the Lifespan, An Issue of Nursing Clinics*, E-Book, 241p.
- World Health Organization (2019). Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Maternal_mortality_report.pdf (Erişim: 21.03.2023).
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. ve Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/23356> (Erişim: 21.03.2023).
- Dollberg, D.G., Rozenfeld T., Kupferminc M. (2016). Early parental adaptation, prenatal distress, and high-risk pregnancy, *Journal of Pediatric Psychology*, 41(8),915-929. <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsw028>
- Meighan, M. (2013). Mercer's becoming a mother theory in nursing practice. In *Nursing Theory-E-Book: Utilization & application*. New York, Mosby, 283-295p.
- Yu, Y., Zhang, S., Wang, G., Hong, X., Mallow, E.B., Walker, S.O. ... Wang, X. (2013). The combined association of psychosocial stress and chronic hypertension with preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*, 209(5), 438. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.07.003>
- Fiskin, G., Kaydirak, M.M., Oskay, U.Y. (2017). Psychosocial Adaptation and Depressive Manifestations in High-Risk Pregnant Women: Implications for Clinical Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(1), 55-64. <https://doi.org/10.1111/wvn.12186>
- Wilhelm, L.A., Alves, C.N., Demori, C.C., da Silva, S.C., Meincke, S.M.K., Ressel, L.B. (2015). Feelings of women who experienced a high-risk pregnancy: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 14(3), 284-293. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20155206>
- Isaacs, N.Z., Antipatin, M.G. (2020). A systematic review regarding women's emotional and psychological experiences of high-risk pregnancies. *BMC psychology*, 8(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00410-8>

- Agarwal, S., Mazumder, B. (2013). Cognitive abilities and household financial decision making. *American Economic Journal: Applied Economics*, 5(1), 193–207. <https://doi.org/10.1257/app.5.1.193>
- Senol, D., Göl, I., Ozkan, S. (2019). The effect of health literacy levels of pregnant women on receiving prenatal care: a cross-sectional descriptive study. *Int J Caring Sci*, 12 (3), 1717-24. Erişim adresi: <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/>
- Yurdakul, M. (2018). Perceived social support in pregnant adolescents in Mersin area in Turkey. *Pak J Med Sci*, 34(1), 115. <https://doi.org/10.12669/pjms.341.14221>
- Coskuner Potur, Ç.D., Mamuk, R., Şahin, N., Demirci, N., Hamlaci, Y. (2017) Association between fear of childbirth and maternal acceptance of pregnancy. *International nursing review*, 64(4), 576-583. <https://doi.org/10.1111/inr.12378>
- Horvath, S., Schreiber, C.A. (2017). Unintended pregnancy, induced abortion, and mental health. *Current psychiatry reports*, 19(11), 1-6. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0832-4>
- Tugut, N., Golbasi, Z., Bulbul, T. (2017). Quality of sexual life and changes occurring in sexual life of women with high-risk pregnancy. *J Sex Marital Ther*, 43(2), 132-14. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1141816>
- Okumus, F., Sahin, N. (2017) Fear of childbirth in urban and rural regions of Turkey: Comparison of two resident populations. *North Clin Istanbul*, 4(3), 247-256. <https://doi.org/10.14744/nci.2017.46693>
- Song, J.E., Chae, H.J., Ko, J.M., Yang, J.I., Kim, T. (2020). Effects of a maternal role adjustment program for first time mothers who use postpartum care centers (Sanhujoriwon) in South Korea: a quasi-experimental study. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02923-x>
- Karaman, E.D., Dogan, N. (2018). Annelik rolü üzerine: kadının “annelik” kimliği üzerinden tahakküm altına alınması. *Gumushane University e-journal of Faculty of Communication*, 6(2), 1475 – 1496. <https://doi.org/10.19145/e-gifder.443214>
- Bhaumik, S. (2018). Understanding contemporary motherhood: A sociological study of employed women in Kolkata. *International Journal of Social Science and Economic Research*, 3(12), 6552-6553. Erişim adresi: <http://ijsser.org/more2018.php?id=460>
- Shloim, N., Hugh-Jones, S., Rudolf, M.C.J., Feltbower, R.G., Lans, O., Hetherington, M.M. (2015). “It's like giving him a piece of me.”: Exploring UK and Israeli women's accounts of motherhood and feeding. *Appetite*, 95, 58-66. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.06.004>
- Shelton, N., Johnson, S. (2006). ‘I think motherhood for me was a bit like a double-edged sword’: the narratives of older mothers. *J. Community. Appl. Soc. Psychol*, 16, 316–330. <https://doi.org/10.1002/casp.867>
- Watts, M.C.N.C., Liamputtong, P., McMichael, C. (2015). Early motherhood: a qualitative study exploring the experiences of African Australian teenage mothers in greater Melbourne, Australia. *BMC Public Health*, 15, 873. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2215-2>
- Smorti, M., Ginobbi, F., Simoncini, T., Pancetti, F., Carducci, A., Mauri, G., Gemignani, A. (2021). Anxiety and depression in women hospitalized due to high-risk pregnancy: An integrative quantitative and qualitative study. *Current Psychology*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01902-5>
- Brand, G., Morrison, P., Down, B., WestBrook, B. (2014). Scaffolding young Australian women's journey to motherhood: a narrative understanding. *Health and Social Care in the Community*, 22(5), 497-505. <https://doi.org/10.1111/hsc.12106>
- Saeieh, S.E., Rahimzadeh, M., Yazdkhasti, M., Torkashvand, S. (2017). Perceived social support and maternal competence in primipara women during pregnancy and after childbirth. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 5(4), 408. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5635560/>
- Lederman, R.P., Boyd, E., Pitts, K., Roberts-Gray, C., Hutchinson, M., Blackwell, S. (2013). Maternal development experiences of women hospitalized to prevent preterm birth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(4), 133-138. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.10.004>
- Davis, E. P., Narayan, A. J. (2020). Pregnancy as a period of risk, adaptation, and resilience for mothers and infants. *Development and psychopathology*, 32(5), 1625-1639. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001121>
- Badakhsh, M., Hastings-Tolsma, M., Firouzkohi, M., Amirshahi, M., & Hashemi, Z. S. (2020). The lived experience of women with a high-risk pregnancy: A phenomenology investigation. *Midwifery*, 82, 102625. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102625>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 191, 62-77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Kızılırmak, A., & Başer, M. (2016). The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Applied nursing research*, 29, 19-24.

- <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.04.002>
Erkaya, R., Karabulutlu, Ö., & Çalık, K. Y. (2017). Defining childbirth fear and anxiety levels in pregnant women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 237, 1045-1052. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.151>
- Kim, S. M. (2021). The Regulation Effect of Social Support in Relation to Maternal Adaptation and Maternal Role Strain in Primipara Mothers. *Journal of Advanced Researches and Reports*, 1(3), 39-46. <http://dx.doi.org/10.21742/jarr.2021.1.3.06>
- Kulakaç Ö, Buldukoğlu K, Yılmaz M, Alkan S. (2006). An analysis of the motherhood concept in employed women in south Turkey. *Soc Behav Pers*, 34(7), 837-852.
- <https://doi.org/10.2224/sbp.2006.34.7.837>
Liamputtong P. (2006). Motherhood and “moral career”: Discourses of good motherhood among Southeast Asian immigrant women in Australia. *Qual Sociol*, 29(1), 25-53. <http://dx.doi.org/10.1007/s11133-005-9006-5>
- Benza S, Liamputtong P. (2017). Becoming an ‘Amai’: Meanings and experiences of motherhood amongst Zimbabwean women living in Melbourne, Australia. *Midwifery*, 45, 72-78. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.12.011>

Araştırma Makalesi/Research Article

Knowledge and Thoughts of Women and their Spouses about Hysterectomy

Belma TOPTAŞ ACAR¹, Hilmiye AKSU²

Histerektomiye İlişkin Kadın ve Eşlerinin Bilgi ve Düşünceleri

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to determine knowledge and thoughts of women and their spouses about hysterectomy.

Method: The descriptive cross-sectional study was conducted with 215 women and 179 spouses who will undergo hysterectomy in a state hospital and a university hospital in Aydın. The questionnaire was prepared by the researcher according to the literature. Data were analyzed with descriptive statistics, Chi-square test and Mann Whitney U test.

Results: Twenty-six percent of the women and 28.5% of the spouses knew about the time during which the women would avoid strenuous work and 26.5% of the women and 25.1% of the spouses knew about the time during which they should avoid sexual relationships. Most of the women (30.4%) stated that the most important female genital organ was the uterus, and most of their spouses (27.5%) stated that the vagina was. It was determined that women's thoughts about hysterectomy were more positive. The women and the spouses who had a higher level of education and who had a job were more knowledgeable about hysterectomy ($p<0.05$).

Conclusion: Most women and spouses have low rates of accurate information about hysterectomy. Despite this, it has been revealed that the knowledge of those who are working and have a higher education level is better. It was also observed that women had more positive thoughts about hysterectomy. Health professionals should learn the knowledge and thoughts of couples about hysterectomy, plan appropriate goals and provide necessary training.

Key words: Hysterectomy, knowledge, spouses, thoughts, woman

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, kadınlar ve eşlerinin histerektomi ile ilgili bilgi ve düşüncelerini belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel tasarımlı çalışma olup, Aydın ilindeki bir devlet hastanesi ile bir üniversite hastanesi'nde histerektomi olacak 215 kadın ve 179 eş ile yapılmıştır. Soru formu araştırmacılar tarafından literatüre göre hazırlanmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi ve Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Kadınların %26'sı, eşlerinin %28,5'i ameliyat sonrası ağır işlerden kaçınma süresini bildiği, kadınların %26,5'inin, eşlerin %25,1'nin ameliyat sonrası cinsel ilişkiden kaçınma süresini bildiği görülmüştür. Kadınların çoğu (%30,4) en önemli kadınlık organının uterus, eşlerinin çoğu ise (%27,5) vajina olduğunu belirtmiştir. Kadınların histerektomi hakkındaki düşüncelerinin daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Eğitim seviyesi yüksek olan ve çalışan kadın ve eşlerinin histerektomiye ilişkin bilgilerinin daha iyi olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Sonuç: Kadınların ve eşlerin çoğunun histerektomiye ilişkin doğru bilgilerinin oranları düşüktür. Buna rağmen çalışan ve eğitim seviyesi yüksek olanların bilgilerinin daha iyi olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca kadınların histerektomiye ilişkin daha olumlu düşüncelere sahip olduğu görülmüştür. Sağlık profesyonelleri çiftlerin histerektomiye ilişkin bilgi ve düşüncelerini öğrenmeli, bunlara uygun hedefleri planlamalı ve gerekli eğitimleri vermelidir.

Anahtar Kelimeler: Histerektomi, bilgi, eşler, düşünceler, kadın

¹**Corresponding author:** Arş. Gör, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Aydın/Türkiye **e-mail:** belma.toptas@adu.edu.tr **ORCID ID:** 0000-0003-3070-9208

²Prof. Dr, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Aydın/Türkiye **e-mail:** hilmiyeaksu@yahoo.com **ORCID ID:** https://orcid.org/0000-0001-6975-3172

Geliş tarihi: 28.11.2022 **Kabul Tarihi:** 28.07.2023 **Online Yayın Tarihi:**31.07.2023

Atıf/Citation: Toptaş, Acar, B., Aksu, H.(2023). Knowledge and thoughts of women and their spouses on hysterectomy. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 9 (1) , 53-63.

Presented as an oral presentation at the 2nd International Congress on Women's Child Health and Education.

GENİŞLETİLMİŞ TÜRKÇE ÖZET

Giriş: Histerektomi tüm dünyada en fazla yapılan cerrahi uygulamalardan biridir. Histerektomi kadın beden imajını, üreme ve cinsel fonksiyonlarını etkileyebilmektedir. Kadınların bazıları histerektomi sonrasında kanama, ağrı, kanser korkusu gibi durumlardan kurtulma, sağlığa tekrar kavuşma, ibadetleri daha rahat yapabilme gibi olumlu düşüncelere sahiptir. Kadınların bazılarının ise; ameliyat sonrasında içinde bir boşluk oluşma, bir kadının en önemli parçasını kaybetme, eşini mutlu edememe, artık çocuğunun olamayacağı ve ev işlerini yapamamaktan korkma gibi olumsuz düşünceleri bulunmaktadır. Kadınların eşlerinin histerektomiye ilişkin düşünceleri incelendiğinde; eşlerinin ölebileceği düşüncelerine dair korkularının üstesinden gelme, ameliyat sonrası dönem için eşlerini cesaretlendirme ve ev işlerinde daha fazla sorumluluk alma gibi olumlu düşünceleri vardır. Eşlerin olumsuz düşünceleri; kadınların uterusunu kaybettiği için artık işe yaramadıklarını, yetersiz olduklarını düşünmelerine neden olmakta ve bu durum partnerleri ile aralarında sorunlara yol açabilmektedir. Literatüre bakıldığında histerektomi hakkında kadın ve eşlerinin bilgi ve düşüncelerinin çalışıldığı araştırmaların sınırlı olduğu belirlenmiştir. Kadın ve eşlerinin histerektomi hakkındaki bilgilerinin değişikliği gösterdiği ve ameliyat ile ilgili bilgilerinde eksikliğin olduğu saptanmıştır. Sağlık profesyonellerinin özellikle hemşirelerin histerektomi hakkında kadın ve eşlerine bilgi vermeleri ve etkili bir şekilde danışmanlık hizmeti sunmaları son derece önemlidir. Bu araştırmanın amacı kadınlar ve eşlerinin histerektomiye ilişkin bilgi ve düşüncelerini belirlemektir.

Yöntem: Araştırma, tanımlayıcı kesitsel tasarımı bir çalışma olup, XXX Hastanesi ile YYY Hastanesi'nde histerektomi olacak 215 kadın ve 179 eş ile yapılmıştır. Çalışmada araştırmacılar tarafından literatüre göre hazırlanan soru formu kullanılmıştır. Verilerin analizi tanımlayıcı istatistikler (aritmetik ortalama, minimum-maksimum, standart sapma, sayı ve yüzde), ki-kare testi ve Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kadınların yaş ortalaması $49,31 \pm 7,33$ (min-max: 32-74), eşlerinin yaş ortalaması $52,77 \pm 6,24$ (min max: 39-70)'dür. Kadınların %86'sı, eşlerinin ise %93,3'ünün ameliyatın adını ve kadınların %66,5'inin, eşlerinin %62'sinin uterusun görevini kısmen bildiği saptanmıştır. Çalışmadaki kadınların %70,2'sinin, eşlerinin %76,5'inin ameliyatın yapılış şeklini bildiği belirlenmiştir. Kadınların %26'sı, eşlerinin %28,5'i ameliyat sonrası ağır işlerden kaçınma süresini bildiği, kadınların %26,5'inin, eşlerinin %25,1'nin ameliyat sonrası cinsel ilişkiden kaçınma süresini bildiği görülmüştür. Kadınların çoğu (%30,4) en önemli kadınlık organının uterus, eşlerinin çoğu ise (%27,5)

vajina olduğunu belirtmiştir. Kadınların histerektomi hakkındaki düşüncelerinin daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Eğitim seviyesi yüksek olan ve çalışan kadın ve eşlerinin histerektomiye ilişkin bilgilerinin daha iyi olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Kadın ve eşlerinin cinsellik önem puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($U=5958,500$, $p=0,000$). Eşlerin cinsellik önem puan ortalamasının kadınların cinsellik önem puan ortalamasından daha fazla olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Kadınların ve eşlerin çoğunun histerektomiye ilişkin doğru bilgilerinin oranları düşüktür. Buna rağmen çalışan ve eğitim seviyesi yüksek olanların bilgilerinin daha iyi olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca kadınların histerektomiye ilişkin daha olumlu düşüncelere sahip olduğu görülmüştür.

Öneriler: Sağlık profesyonelleri çiftlerin histerektomiye ilişkin bilgi ve düşüncelerini öğrenmeli, bunlara uygun hedefleri planlamalı ve gerekli eğitimleri vermelidir. Histerektomi olmak için hastaneye yatan kadınlara ve eşlerine ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrası için gerekli eğitimin verilmesi, eğitimlerin kitapçık, broşür gibi materyallerle desteklenmesi önerilmektedir. Kadın ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine uygun eğitim ve danışmanlık yapılmalıdır. Durumsal düşük benlik saygısı, durumsal düşük benlik saygısı riski, yalnızlık riski, bireysel kimlik (kendilik) tanımında bozulma, rol performansında etkisizlik, sosyal etkileşimde bozulma, sosyal izolasyon, cinsel örüntülerinde etkisizlik gibi histerektomi sonrası kadınların yaşayabileceği problemlere ilişkin hemşirelik tanıları doğrultusunda sağlık bakım hizmeti verilmelidir. Konu ile ilgili farklı örneklem grupları ve farklı bölgelerde çalışmaların yapılması önerilmektedir.

INTRODUCTION

Hysterectomy, removal of the uterus, is the most frequently performed major surgery for dysfunctional uterine hemorrhage, endometriosis, pelvic inflammatory disease, pelvic pain and gynecological cancers. Depending on the surgical site, it is divided into three: abdominal, vaginal and laparoscopic (Demir, 2021; Ekanayake, 2021; Walters & Ferrando, 2022). While some patients have positive thoughts about hysterectomy, others have negative thoughts about it. Some of the women have positive thoughts such as getting rid of bleeding, pain, fear of cancer after hysterectomy, regaining health, and being able to pray more comfortably. Some of the women have negative thoughts such as creating an emptiness after the surgery, losing the most important part of a woman, not being able to make their spouses happy, fearing that she can no longer have children and not being able to do

housework (Reis, 2008; Özdemir & Pasinlioğlu, 2009; Gupte & Nagabhirava, 2019; Erdoğan et al., 2019; Demir, 2021).

Spouses of some women have the belief that they can overcome their fear about the complications their wives may experience and death of their wives, encourage their wives to cope with the postoperative period and help them with the housework (Hoga et al., 2012). However, they have negative thoughts about symptoms and changes in sexuality likely to appear in the postoperative period. After hysterectomy, women think that their sexual desire will decrease. Concerns about the negative reactions of the spouse to the hysterectomy may cause women to move away from their spouses to solve the problem, to avoid the relationship with the spouse and sometimes to allow the spouse to remarry (Shirinkam et al., 2018; Roudi et al., 2019). Missing/wrong information and negative thoughts about hysterectomy can cause anxiety for women and their spouses. Therefore, in our study, it was aimed to determine the knowledge and thoughts of women and their spouses about hysterectomy. It is thought that the research is important in terms of guiding health professionals, raising awareness and shedding light on the studies to be done on this subject.

Research Questions

- What are the knowledge and thoughts of women about hysterectomy?
- What are the knowledge and thoughts of spouses about hysterectomy?
- What are the factors affecting the knowledge and thoughts of women about hysterectomy?
- What are the factors affecting the knowledge and thoughts of spouses about hysterectomy?

MATERIAL AND METHOD

Design and Setting

This study used a descriptive cross-sectional design. The known universe sampling method was used to calculate the sample of the study, and the G power method was used to determine the power of the sample. According to the study of Özdemir and Pasinlioğlu, the rate of positive opinion of women regarding hysterectomy was 47% ($p= 0.470$), with 95% probability ($\alpha=0.05$), with $d=0.05$ deviation, $q=0.530$ $t=1.97$, and the sample number was 210 has been determined. Considering the possibility of loss, it is planned to take the sample number as 230 by adding 10%. Random sampling method, one of the non-probability sampling methods, was used to select the participants for the research sample. The sample consisted of 215 women and 179 spouses who had hysterectomy surgery at in a state hospital and a

university hospital in Aydın between October 2016 and April 2017

Inclusion criteria in the study

- Hysterectomy decision was taken,
- Having spouses,
- 18 years and older,
- Women who can speak and understand Turkish and their spouses are included.

Exclusion criteria in the study

- Diagnosed with a psychiatric illness,
- Women who have difficulties in communicating and their spouses are not included.

Data collection

Data collection was performed by using a questionnaire created by the researcher in light of the literature (Fram et al., 2013; Bolsoy et al., 2014; Solbrække et al., 2015). The study was performed on women and their spouses who were hospitalized due to hysterectomy in the gynecology service of the hospitals before the operation. Those whose spouses were not with them were interviewed when they came for a post-operative visit. The part of the questionnaire about women was composed of questions about socio-demographic and obstetric features and thoughts and knowledge about hysterectomy. The part of the questionnaire about the women's spouses included questions about socio-demographic features and thoughts and knowledge about hysterectomy. For the questionnaire prepared by the researcher in line with the literature, the necessary arrangements were made by taking expert opinions from 5 faculty members working in the field of Gynecology and Gynecology Nursing at Aydın Adnan Menders University. The hospital records were utilized to check whether the responses of both the women and their spouses to open-ended questions about the type of surgery in the questionnaire were correct. The following responses to the question about the functions of the uterus were considered as accurate: provision of an environment for a fertilized ovum, supplying nutrition for and protecting the ovum until its becoming an embryo, enabling the fetus and the placenta to leave during delivery and keeping placental muscle contractions and bleeding under control after delivery. The responses giving birth or enabling the fetus to develop were considered partly accurate. The responses avoiding heavy work and sexual intercourse for 6-8 weeks after hysterectomy were considered as accurate, but time other than 6-8 weeks was considered as inaccurate. To assess the importance of sexuality, participants were asked to score from 1 to 10. The questionnaire was completed at face to face interviews with the women and their spouses and it took 15-20 minutes on average. The data collection tool was

piloted on 15 women and their spouses to improve its understandability and applicability. The results of piloting did not require making any changes. The women and their spouses participating in the piloting were not included into the study.

Data Analysis

Data were analyzed by using Predictive Analytics Software Statistics 18.0 (IBM PASW statistics 18) and with descriptive statistics (arithmetic mean, minimum-maximum, standard deviation, number and percentage), Chi-square test and Mann-Whitney U test. $p < 0.05$ was accepted as significant. Mann-Whitney U test were used to compare continuous variables without normal distribution, and the χ^2 test was used for categorical variables. In order to test whether the sample distribution is normal, Kolmogorov Smirnov test was used to test the normality assumption.

Ethical Approval

This study conformed to the ethical guidelines of the Declaration of Helsinki, and official permission to undertake. Permission was obtained from the Aydın Adnan Menderes University Faculty of Medicine Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee for the study (Date: 26.08.2016 Number: 53043469-050.04.04). Written permission was obtained on October 7, 2016 for the study to be conducted at university hospital and on October 17, 2016 for the study to be conducted at state hospital. Final approval was given to the research protocol by Aydın Adnan Menderes Faculty of Medicine Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee (Date: 26.12.2017 Number: 53043469-050.04.04 33). In addition, all participants gave their verbal consent to take part in the study.

RESULTS

The mean age of the women was 49.31 ± 7.33 years (range: 32-74 years) and the mean age of their spouses was 52.77 ± 6.24 years (range: 39-70 years). Sixty-three-point three percent of the women and 43.6% of their spouses were literate or primary school graduates. Twenty-seven percent of the women had a job providing an income and 30.2% of the spouses were workers. It was seen that 39.1% of the women stated that they lived in the town for the longest time and 35.2% of the spouses stated that they lived in the village. Sixty-nine-point three percent of the women had an income equal to their expenses, 41.9% of the women had a chronic disease and 62.8% of the women weren't experiencing menopause (Table 1). Eighty-six percent of the women and 93.3% of the spouses knew the name of the operation and 66.5% of the women and 62% of the spouses partly knew the functions of the uterus. It was determined that 70.2% of the women in the study and 76.5% of their spouses knew how the

surgery was performed. When asked whether the operation would cause a non-menopausal woman to enter menopause, it was seen that 72.2% of the women and 64.3% of the spouses gave the correct answer. Seventy-four percent of the women and 71.5% of the spouses did not know duration of avoiding heavy work and 73.5% of the women and 74.9% of the spouses did not know duration of avoiding sexual intercourse. Sixty-nine-point eight percent of the women and 69.3% of the spouses received knowledge about the operation 50.3% of the women and 61% of the spouses received that knowledge from a doctor. Seventy-six-point four percent of the women and 60.5% of the spouses found the knowledge they received sufficient. All the women and 98.3% of the spouses wanted to get knowledge about the operation. Forty-four-point two percent of the women and 31.7% of the spouses wanted to get knowledge about what should be taken care of after the operation (Table 2).

Thirty-point four percent of the women and 27.5% of the spouses reported that the most important organ of a woman is the uterus and the vagina respectively. Thirty-nine of the women and 45.2% of the spouses reported that having the uterus meant giving birth. When the women were asked how they would feel after the operation, 42.1% of the women reported that their bleeding, pain and other complaints would disappear. Fifteen-point-eight percent of the women reported that they would become a disabled person. Nineteen percent of the women said there would be no change in their lives. Sixty-point five percent of the women had the fear of the operation, but 53.6% of the spouses did not have that fear. Thirty-seven-point five percent of the women and 50.8% of the spouses reported to be afraid of the operation due to medical causes. It was observed that 46% of the women and 46.9% of their spouses stated that their sexual life would not be affected by the operation. Most of the women and the spouses reported that they could talk to each other about sexuality (Table 3).

As shown in Table 4, there was a significant difference in the mean scores for importance of sexuality between the women and the spouses ($U=5958.500$, $p=0.000$). The spouses had a significantly higher mean score for importance of sexuality (Table 4).

Table 1: Descriptive Characteristics of the Women and their Spouses

	Women (n=215)		Spouses (n=179)	
	Mean	SD (range)	Mean	SD (range)
Age	49.31	± 7.33 (32-74)	52.77	±6.24(39-70)
	n	%	n	%
Age Group				
49 years old and younger	119	55.3		
50 years old and older	96	44.7		
Age Group				
52 years old and younger			95	53.1
53 years old and older			84	46.9
Education Status				
Illiterate	29	13.5	1	0.6
Literate/Primary school	136	63.3	78	43.6
Secondary school	14	6.5	55	30.7
High school	16	7.4	22	12.3
University and higher education level	20	9.3	23	12.8
Employment Status				
Yes	58	27.0		
No	157	73.0		
Place where the participants lived for the longest period of time				
City	71	33.0	62	34.6
Town	84	39.1	54	30.2
Village	56	26.0	63	35.2
Small town	4	1.9		
Occupation				
Government officers			41	22.9
Workers			54	30.2
Retired			38	21.2
Having one's own business			46	25.7
Income				
Lower than expenses	50	23.3		
Equal to expenses	149	69.3		
Higher than expenses	16	7.4		
Presence of chronic diseases				
Yes	90	41.9		
No	125	58.1		
Presence of menopause				
Yes	80	37.2		
No	135	62.8		

SD, standart deviation

Table 2: Knowledge of the Women and their Spouses about Hysterectomy

Knowledge status	Women (n=215)		Spouses (n=179)	
	n	%	n	%
The type of surgery to be performed				
Know	185	86.0	167	93.3
Don't know	30	14.0	12	6.7
Functions of the uterus				
Know	24	11.2	6	3.4
Don't know	48	22.3	62	34.6
Partly know	143	66.5	111	62.0
The way to perform the operation				
Know	151	70.2	137	76.5
Don't know	64	29.8	42	23.5
Whether the operation causes menopause				
Know	166	72.2	115	64.3
Don't know	49	22.8	64	35.7
Duration of avoiding heavy work				
Know	56	26.0	51	28.5
Don't know/ Wrong information	159	74.0	128	71.5
Duration of avoiding sexual intercourse				
Know	57	26.5	45	25.1
Don't know/ wrong information	158	73.5	134	74.9
Receiving information about the operation				
Yes	150	69.8	124	69.3
No	65	30.2	55	30.7
Sources of information about the operation *				
Doctor	136	50.3	120	61.0
Nurse/midwife	68	25.1	43	21.9
Women having the operation previously	24	9.0	25	12.5
Friends	21	7.8	8	4.1
TV, newspapers, magazines, internet	21	7.8	1	0.5
Finding the received information sufficient				
Yes	110	76.4	75	60.5
No	40	23.6	49	39.5
Whether health professionals should give information about the operation				
Yes	215	100	176	98.3
No	0	0.0	3	1.7
Subjects about which the participants wanted to get knowledge *				
What should be taken care of after the operation	145	44.2	112	31.7
How the operation will be performed	89	27.1	79	22.3
Complications of the operation	52	15.9	65	18.4
Time to start sexual relationship	22	6.7	37	10.4
Time to recover from anesthesia	20	6.1	48	13.8
What should be taken care of before the operation			12	3.4

*More than one alternative was marked. Percentages were determined based on total "n".

Table 3: Thoughts of the Women and Their Spouses about Hysterectomy

	Women		Spouses	
	n	%	n	%
The most important organ of a woman*				
Uterus	170	30.4	139	23.7
Breasts	150	26.8	156	26.5
Vagina	129	23.0	162	27.5
Ovaries	110	19.8	131	22.3
The meaning of having the uterus *				
To give birth	186	39.0	157	45.2
To be healthy	135	28.3	87	25.0
To have periods	121	25.4	55	15.8
To have a sexual relationship	34	7.3	48	14.0
Thoughts about the postoperative period *				
My complaints will be over.	126	42.1		
No change will occur in my life.	57	19.0		
I will become a disabled person.	47	15.8		
I will have a poor sexual life.	27	9.0		
I will have a good sexual life.	24	8.0		
I will have more illnesses.	11	3.7		
I will feel worse due to menopause.	4	1.3		
My inability to give birth will make me upset.	3	1.1		
Having a fear about the operation				
Yes	130	60.5	83	46.4
No	85	39.5	96	53.6
Reasons for the fear about the operation *				
Medical causes	88	37.5	82	50.8
Fear of anesthesia	67	28.5	40	24.5
Loss of womanhood/fertility/an organ	51	21.6	23	14.3
Changes in spouses' attitudes	18	7.7	5	3.0
Fear of death	11	4.7	12	7.4
Whether the operation will affect sexuality				
Yes	58	27.0	54	30.2
No	99	46.0	84	46.9
Don't know	58	27.0	41	22.9
Able to talk about sexuality with the spouse				
Yes	168	78.1	158	88.3
No	47	21.9	21	11.7

*More than one alternative was marked. Percentages were determined based on total "n".

Table 4: Comparison of the Mean Scores for Importance of Sexuality between the Women and the Spouses

Variables	Women	Spouses	U	p
	Mean±SD	Mean±SD		
Mean Score for Importance of Sexuality	6.10 ±2.48	8.23±1.77	5958.500	0.000

SD: Standart Deviation; U: Mann Whitney U-test; p: Level of significance.

When the factors affecting the knowledge and thoughts of women and their spouses about hysterectomy are examined; statistically significant results were found ($p < 0.05$). It was determined that the education level of the women affected the knowledge of which surgery to be performed. It was determined that the rate of

knowing which surgery to be performed by illiterate women is lower than other education levels. It was determined that the education level of the women affected the knowledge of which surgery to be performed. It has been determined that age, education and working status affect knowing the function of the uterus in women. It

was determined that the rate of knowing the function of the uterus in women whose age group is 49 years and below is higher than that of women in other age groups. It has been determined that illiterate women do not fully know the function of the uterus. It has been observed that working women are more likely to know the function of the uterus. Education and occupation of the spouse and the place where they lived the longest affected the knowledge about the function of the uterus. It was observed that the self-employed spouses who lived in the village for the longest time were more likely to not know the function of the uterus. The spouses graduating from high school and having a higher level of education more knew the function of the uterus. A higher rate of the spouses having their self-employed and those living in a village did not know the function of the uterus. There was a significant difference in education and employment status of the women and their idea that the operation affects sexuality. It was observed that women with secondary education and above and spouses with high school or higher education level had a lower opinion that surgery affects sexuality. It was determined that women who were not working were more likely to think that the surgery would affect their sexuality.

DISCUSSION

In the study, most of the women and their spouses stated that they received information about hysterectomy and found this information sufficient. However, it was revealed that the percentage of correct answers to knowledge questions from the collected data was low.

Most of the women and their spouses knew what surgery would be performed and how it would be carried out. Similarly, in Can and Bilgili's study (2019), the women were aware of what operation they would have and how it would be performed (Can & Bilgili, 2019). Lonnee Hoffman et al. (2006) also reported that spouses of the women had knowledge about the type of surgery (Lonnee Hoffman et al., 2006). It is an expected normal result that the doctor and other healthcare team members informed the women and their spouses about the operation to be performed and the type of operation. In the current study, most of the women and their spouses were found to have partial knowledge about functions of the uterus.

Incomplete knowledge about roles of the uterus suggested that both the women and their spouses had insufficient knowledge of the reproductive organs.

When asked whether the surgery would cause a non-menopausal woman to enter menopause, it was seen that both women and most of their spouses gave the correct answer. It may be that they were provided with this knowledge by doctors. However, most of the women and their spouses did not know how long heavy work should be avoided. Likewise, the women in Can and Bilgili's study (2019) had no idea about the duration of avoiding heavy work (Can & Bilgili, 2019). The evidence from the present study suggests that spouses should also be knowledgeable about this issue since they need to provide support for the women after surgery.

In the current study, most of the women and their spouses were not aware of the duration of avoiding sexual intercourse after hysterectomy. Can and Bilgili (2019), Gerçek et al. (2016) and Bolsoy et al. (2014), revealed women's lack of knowledge about this issue, too (Can & Bilgili, 2019; Gerçek et al., 2016; Bolsoy et al., 2014). The fact that the rate of knowing the duration of abstinence from sexual intercourse after surgery was very low in this study suggested that they received insufficient counseling on this issue.

In the present study, most of the women and their spouses reported to get information about hysterectomy, which is consistent with the results of several studies (Bolsoy et al., 2014; Yılmaz, 2019; Elgi & Viswanath, 2019). In the present research, most of the women and spouses were found to get information about hysterectomy from doctors. Similarly, in studies by Bolsoy et al. (2014), Janda et al. (2018) and Yılmaz (2019) most of the women were reported to receive this information from doctors (Bolsoy et al., 2014; Janda et al., 2018; Yılmaz, 2019). The finding that most of the women and their spouses were informed about hysterectomy by doctors can be explained by the fact that the operation was performed by doctors. Also, it may be that patients and their spouses trust doctors more or that nurses may refer them to doctors when they ask for information. Most of the women and their spouses also found the information they were given about hysterectomy sufficient. Likewise, Bolsoy et al. (2014) noted that most of the women found the

given information adequate (Bolsoy et al., 2014). The fact that women and their spouses did not focus on the post-surgery situations and focused only on the moment of surgery may have been effective in finding the information given sufficient.

All of the women in the study and most of their spouses stated that they should be informed about the surgery by the health personnel. Insufficient knowledge of women and their spouses and the fact that they have questions may be effective in thinking about the necessity of providing information about the surgery. The women and their spouses mostly wanted to get information about the issues to be considered after the surgery. It is important to determine the subjects that the women and their spouses want to learn before the operation and to provide the necessary information in order for the operation process to be positive. Although the women had both positive and negative thoughts about hysterectomy, their spouses had only a positive attitude towards it.

In this study, most of the women reported that the most important female organ was the uterus. Congruent with this finding, in study Kantar and Sevil, the most significant female organ was the uterus for most of the women (Kantar & Sevil, 2004). In the present study, the spouses thought that vagina was the most important female organ. It may be because the spouses gave more importance to sexuality. The women and their spouses most frequently reported that having the uterus meant giving birth, which is consistent with the results of the study by Yang et al. (2006). These findings can be explained by the fact that the most important female role assigned by the society to women is to give birth.

Most of the women in the present study noted that hysterectomy would have a positive influence since it would eliminate their complaints such as bleeding and pain. In studies by Reis et al. (2008), Özdemir and Pasinlioğlu (2009) the women were reported to have a positive attitude to the operation as it would help them to get rid of symptoms like bleeding and pain (Reis et al., 2008; Özdemir & Pasinlioğlu, 2009). The idea of getting rid of these symptoms is of importance in that it might have helped the patients to develop a positive attitude towards hysterectomy. However, the women also had a negative attitude towards hysterectomy. In fact, they most frequently reported that the

operation might cause them to become disabled. Similarly, in study by Kantar and Sevil (2004) the participants reported that they might lose their femininity, feel something like emptiness in their body and that their sexual life might be affected negatively after the operation (Kantar & Sevil, 2004). The negative thoughts of women might have resulted from their insufficient information about reproductive organs and roles and responsibilities imposed by the society.

In the present study, most of the women were afraid of the operation while their spouses were not. The most frequent factor of this fear was medical causes. In a study by Fram et al. (2013), the women were most frequently afraid of a possibility of decreased sexual power, but medical causes did not create much fear (Fram et al., 2013). The main reason for these fears and anxiety might be that their information needs were not met completely. The finding that the spouses were not afraid of the operation is of significance in that they can provide better support for the women.

Most of the women reported that they could talk to their spouses about sexuality and that the operation would not affect it. These attitudes of the women and their spouses to sexuality can be affected by their marital relationships, cultural and social factors, hysterectomy related knowledge and thoughts. The women's ability to talk to their spouses about sexuality is important in that it can have a positive effect on their sexual relationship after the operation. The spouses got a significantly higher score for importance of sexuality than the women. The women's having a disease, undergoing an operation and having insufficient knowledge and negative thoughts about the operation might have played a role in their lower score for importance of sexuality. In this study, the women's having a higher level of education had a positive influence on their knowledge about what type of surgery they would have. A higher rate of the women knew the functions of the uterus. This might have been affected by the fact that the young women did not experience menopause and still had reproductivity. As the level of education of the women and their spouses increased, so did the rate of knowing functions of the uterus. This knowledge can play an important part in facilitation of adaptation to the postoperative period. Employment also had a positive influence on both the women and their spouses' knowledge

of uterine functions. In addition, a higher rate of the spouses who lived in a city or a town for the longest period of time in their life had knowledge of uterine functions. Living in a city or a town might have facilitated access to health care services and knowledge. The women and the spouses who were just literate or graduated from primary school thought that hysterectomy might affect sexuality. Low education levels seem to cause both the patients and their spouses to think the operation can affect sexuality.

Limitations of the Study

Since the questionnaire used to collect data was completed by the participants at face to face interviews, reliability of the data might have been restricted by accuracy of the responses given. In addition, data were gathered before the operation. If the questionnaire had been fulfilled after the operation, the participants might have supplied different responses.

CONCLUSION

Most women and spouses have low rates of accurate information about hysterectomy. Despite this, it has been revealed that the knowledge of those who are working and have a higher education level is better. It was also observed that women had more positive thoughts about hysterectomy. A higher rate of the spouses found sexuality important compared to the women. It is important that women admitted to hospital for hysterectomy and their families should be provided information about reproductive organs by using pictures and videos and that their wrong information should be corrected. Health professionals should learn the knowledge and thoughts of couples about hysterectomy, plan appropriate goals and provide necessary training. It can be recommended that further studies about importance of education offered to women prior to hysterectomy and expectations of these women from nurses should be conducted. The study data will be a source for studies that can be done in different sample groups and different regions on the subject and will contribute to scientific knowledge.

Ethics Committee Approval: This study conformed to the ethical guidelines of the Declaration of Helsinki, and official permission to undertake. Permission was obtained from the Aydın Adnan Menderes University Faculty of Medicine Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee for the study (Date: 26.08.2016 Number: 53043469-050.04.04). Written permission was obtained on October 7, 2016 for the study to be conducted at university hospital and on October 17, 2016 for the study to be conducted at state hospital. Final approval was given to the research protocol by Aydın Adnan Menders Faculty of Medicine Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee (Date: 26.12.2017 Number: 53043469-050.04.04 33). In addition, all participants gave their verbal consent to take part in the study.

AuthorContributions:

Idea/Concept: BTA, HA;Design: BTA, HA;Supervision/Counseling: BTA, HA; Data Collection and/or Processing: BTA Analysis and/or Interpretation: BTA, HA; Literature Review: BTA, HA; Writing: BTA, HA; Critical Review: BTA, HA; Funding: BTA, HA; This study is a master's thesis and was supported by Aydın Adnan Menderes University Scientific Research Projects Unit with project number 17001.

Conflict of interest: Researchers have not declared any conflict of interest.

Financial Disclosure: No financial support has been received for this research.

REFERENCES

- Bolsoy, N., Kavlak, O., & Dağ, H. (2014). Histerektomi operasyonu geçiren kadınların cinsel yaşamlarına yönelik bilgi gereksinimleri. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 36-48.
- Can, R., & Bilgili, N. (2019). Histerektomi yapılan hastaların ameliyatlarına ilişkin bilgilerinin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 43-50.
- Demir, R. (2021). Histerektomi ameliyatı olan kadınların bazı parametreler yönünden değerlendirilmesi olgu sunumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(3), 245-250.
- Ekanayake, C. (2021). Hysterectomy: abdominal, vaginal or laparoscopic?. *Sri Lanka Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 43(1), 5-15. <http://doi.org/10.4038/sljog.v43i1.7992>.
- Elgi, M.C., & Viswanath, L. (2019). Knowledge of women on hysterectomy. *Journal of South Asian Federation of Menopause Societies*, 7(2), 82-85. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10032-1190>.
- Erdoğan, E., Demir, S., Çalışkan, B.B., & Bayrak, N.G. (2019). Effect of psychological care given to the women who underwent hysterectomy before and after the surgery on depressive symptoms, anxiety and the body image levels. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(7), 981-987. <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1678574>.
- Fram, K.M., Saleh, S.S., & Sumrein, I.A. (2013). Sexuality after hysterectomy at University of Jordan Hospital: a teaching hospital experience. *Archives of gynecology and obstetrics*, 287(4), 703-708. <https://doi.org/10.1007/s00404-012-2601-2>.
- Gerçek, E., Dal, N.A., Dağ, H., & Senveli, S. (2016). The information requirements and self-perceptions of Turkish women undergoing hysterectomy. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(1), 165-170. <https://doi.org/10.12669%2Fpjms.321.7962>.
- Gupte, S.G., & Nagabhirava, G. (2019). Prospective study of psychiatric morbidity and evaluation of quality of life in patients undergoing hysterectomy. *MVP Journal of Medical Sciences*, 5(2), 204-221. <https://doi.org/10.18311/mvpjms/2018/v5i2/18271>.
- Hoga, L.A.K., Higashi, A.B, Sato, P.M., Bozzini, N., Baracat, E.C., & Manganiello, A. (2012). Psychosexual perspectives of the husbands of women treated with an elective hysterectomy. *Health Care for Women International*, 33(9), 799-813. <https://doi.org/10.1080/07399332.2011.646370>.
- Janda, M., Armfield, N.R., Page, K., Kerr, G., Kurz, S., Jackson, G. ...Obermair, A. (2018). Factors influencing women's decision making in hysterectomy. *Patient Education and Counseling*, 101(3), 504-510. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.09.006>.
- Kantar, B., Sevil, Ü. (2004). Histerektomi ameliyatı olmuş kadınlarda depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. *Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi*, 18(1), 17-24.
- Lonnée-Hoffmann, R.A., Schei, B., & Eriksson, N.H. (2006). Sexual experience of partners after hysterectomy, comparing subtotal with total abdominal hysterectomy. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 85(11), 1389-1394.
- Özdemir, F., & Pasinlioğlu, T. (2009). Histerektomi operasyonu geçiren kadınların histerektomi hakkında görüşlerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11(1), 30-37.
- Reis, N., Engin, R., Ingeç, M., & Bağ B. (2008). A qualitative study: beliefs and attitudes of women undergoing abdominal hysterectomy in Turkey. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 18(5), 921-928.
- Roudi, O., Targari, B., Cheraghi, M.A., Nayeri, N.D., & Rayyani, M. (2019). "Tender Care": Iranian women's needs to cope with hysterectomy and oophorectomy—a qualitative content analysis study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 7(1), 63. <https://doi.org/10.30476%2FIJCBNM.2019.40847>.
- Shirinkam, F., Jannat-Alipoor, Z., Shirinkam Chavari, R., & Ghaffari, F. (2018). Sexuality after hysterectomy: a qualitative study on women's sexual experience after hysterectomy. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 6(1), 27-35. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2018.06>.
- Solbrække, K. N., & Bondevik, H. (2015). Absent organs-Present selves: Exploring embodiment and gender identity in young Norwegian women's accounts of hysterectomy. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10(1), 1-10.
- Walters, M.D., & Ferrando, C. (2022). Hysterectomy: patient-important issues and surgical complications. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/hysterectomy-for-benign-indications-patient-important-issues-and-surgical-complications>.
- Yang, Y.L., Chen, Y.C., Chao, Y.M., & Yao, G. (2006). Changes and factors influencing health-related quality of life after hysterectomy in premenopausal women with benign gynecologic conditions. *Journal of the Formosan Medical Association*, 105(9), 731-742. [https://doi.org/10.1016/S0929-6646\(09\)60201-1](https://doi.org/10.1016/S0929-6646(09)60201-1).
- Yılmaz, K. (2019). Histerektomi geçiren kadınlara yönelik geliştirilen hemşirelikdestek programının etkinliği. *Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa*.

Derleme Makalesi/Review Article

Jinekolojik Kanserlerde Cinsel Danışmanlık İçin PLISSIT Modeli

Hilal Gül BOYRAZ¹, Nülüfer ERBİL²

PLISSIT Model for Sexual Counseling in Gynecological Cancers

ÖZ

Kadınlarda morbidite ve mortalite oranlarında önemli yeri olan jinekolojik kanserler, kadınların yaşam kalitelerini önemli düzeyde etkilemektedir. Jinekolojik kanser tanısı almak bireylerin yaşamında belirsizliğe yol açmakta, psikososyal ve günlük hayatında değişiklikler yaşamasına neden olmaktadır. Jinekolojik kanser tanısı alan kadınlar tedavi süreçleri boyunca fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda birçok sorun yaşamakta, üreme organlarının kaybı, cerrahi tedavi, kemoterapi gibi tedavi süreçleri nedeniyle cinsellikleri etkilenebilmektedir. Jinekolojik kanser sürecinde olan kadınlarda cinsel istek, cinsel uyarılma, cinsel ilişki sıklığında azalma en sık yaşanan cinsel sorunlardır. Kadınların tedavi süreçleri tamamlandıktan sonra ele alınması gereken konulardan biri olan cinsellik, göz ardı edilebilmektedir. Jinekolojik kanser tanısı alan kadın ve eşinin tedavi sonrası cinsel yaşamında değişimlere ilişkin bilgi ihtiyaçlarının olduğu belirtilmektedir. Doğası gereği konuşulmakta zorluk yaşanan cinsellikte model kullanılması ile cinsel yaşam ve zorluklarına ilişkin iletişim başlatılmasında kolaylık sağlanacağı belirtilmektedir. Uygulaması kolay olan modellerden biri olan "PLISSIT Modeli" cinsellik konusunu uygulamaya dahil etme yöntemlerinden birisi olarak tanımlanmaktadır. Cinsellik ve cinsel sağlık bakım ihtiyaçlarının belirlenmesinde kullanılmak üzere geliştirilen "PLISSIT Modeli" cinselliğin tartışılmasına, cinsel sorunların ve endişelerin açıklanmasına fırsat vermektedir. Kapsamlı bakımın sağlanması ve değerlendirilmesi için hemşireler tarafından kullanılabilen "PLISSIT Modeli" ile jinekolojik kanser tanısı alan kadınların da cinsel yaşamın sorunlarına ilişkin danışmanlık verilebilmekte ve cinsel yaşam kalitesinde artış sağlanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kadın, Jinekolojik kanser, Cinsel yaşam, PLISSIT modeli

ABSTRACT

Gynecological cancers, which have an important place in women's morbidity and mortality rates, significantly affect women's quality of life. Being diagnosed with gynecological cancer causes uncertainty in the lives of individuals and causes psychosocial and daily differences. Gynecological cancer patients who receive gynecological cancer treatment experience many physical, mental and social problems throughout their organs. Sexual desire, sexual arousal, and decreased frequency of sexual intercourse are the most common sexual problems in women who are in the process of gynecological cancer. Sexuality, which is one of the issues that should be addressed after the treatment processes of women are completed, can be ignored. It is stated that the woman diagnosed with gynecological cancer and her husband need information about changes in their sexual life after treatment. It is stated that the use of a model in sexuality, which is difficult to talk about by nature, will facilitate the initiation of communication about sexual life and its difficulties. The "PLISSIT Model", which is one of the models that is easy to apply, is defined as one of the methods of incorporating the issue of sexuality into practice. The "PLISSIT Model" for use in sexuality and sexuality care provides an opportunity to express sexual concerns and concerns, allowing discussion of sexuality. With the "PLISSIT Model", which can be used by nurses to provide and evaluate comprehensive care, women with a diagnosis of gynecological cancer can also be counseled regarding the problems of sexual life and increase the quality of sexual life.

Keywords: Women, Gynecological cancer, Sexual life, PLISSIT model

¹**Sorumlu Yazar:** Arş. Gör. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, e-mail: hilalgul95@gmail.com, ORCID ID: 0000-0003-1177-4004

²Prof.Dr. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. e-mail: nulufererbil@gmail.com, ORCID ID: 0000-0003-3586-6237

Geliş tarihi:17.01.2023 **Kabul Tarihi:** 28.07. 2023 **Online Yayın Tarihi:** 31.07.2023

Atıf/Citation: Boyraz, H., G.& Erbil, N.(2023). Jinekolojik Kanserlerde Cinsel Danışmanlık İçin PLISSIT Modeli, *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 8 (3),64-71.

EXTENDED ABSTRACT

The prevalence of gynecological cancers, which are among the causes of morbidity and mortality in women, are listed as cervical cancer, endometrial cancer and then ovarian cancer, respectively. It causes changes in the psychosocial and daily life of women diagnosed with gynecological cancer. The symptoms experienced due to cancer and the treatments applied cause the woman's body image and sexual identity to be negatively affected. At the same time, women with a diagnosis of gynecological cancer experience depression, anxiety, anger, and interpersonal problems, while sleep disorders and problems related to sexual life can accompany them. Sexuality, which is affected by gynecological cancers, is adversely affected not only by the functional state of the organs, but also by the thought of loss of femininity and a decrease in self-esteem. Surgical interventions applied during the disease process may cause deterioration of the pelvic organs and neurovascular structure, which play a role in the sexual response cycle. Any sexual problem not only affects the woman, but also affects her partner and can cause negative feelings such as unhappiness, disappointment and sexual inadequacy. While there is a significant decrease in sexual desire, sexual arousal and frequency of sexual intercourse in women diagnosed with gynecological cancer, it is stated that they experience sexual dysfunctions and sexual dissatisfaction.

Gynecological cancers, which can negatively affect women's sexuality and reproductive potential, can disrupt women's sexual partner responsibility role. However, sexuality, which directly affects their quality of life, can be neglected by health personnel in the care process. Women diagnosed with cancer and their spouses need information about gender-related problems caused by treatment and changes in sexual life during the treatment process. Since it is difficult to initiate an interview in sexual counseling, the use of a model provides convenience to the caregiver. The "PLISSIT Model", which is one of the models that is easy to apply and widely used, is preferred as a counseling model used in terms of evaluating sexuality. The "PLISSIT Model" consists of 4 stages: Permission, Limited Information, Specific Suggestions and Intensive Therapy. While the Permission step covers the process of expressing thoughts, fears and concerns about the sexual life of the applicant, it is defined as the stage of providing information about existing sexual problems in Limited Information. While Specific Suggestions is the phase of making suggestions for the client's own or partner's problems, Intensive Therapy is explained as the phase where sexual concerns and problems are tried to be determined, unlike the limited information step, which cannot be treated in the first 3 stages and is directed to a specialist to deepen sexual

problems. It is stated as an effective communication model that allows discussion of sexuality with the use of the model and directs it to specialist health professionals when necessary. It is stated that the "PLISSIT Model" can be easily used for planning and evaluating nursing care in a conceptual framework. The positive effects of sexual counseling programs given in line with the "PLISSIT Model" in different sample groups on sexual function and quality of sexual life were determined. In women diagnosed with gynecological cancer, the "PLISSIT Model" has been found to have curative effects on women's sexual health by addressing and evaluating sexual problems. The positive effects of sexual counseling given in line with the model were determined on sexual satisfaction, satisfaction, sexual function and sexual functions. In addition to the physical and mental changes experienced in the diagnosis and treatment process of women diagnosed with gynecological cancer, sexuality should also be addressed. With the nursing care given with the "PLISSIT Model", the quality of care and patient satisfaction can be increased.

GİRİŞ

Jinekolojik kanserler, kadınlarda morbidite ve mortalitenin en önemli nedenleri arasında bulunmaktadır (Atlas ve Er Güneri, 2022). Dünyada yaşa göre standardize edilmiş tahmini insidans ve ölüm oranlarına bakıldığında; serviks kanseri insidansı yüz binde 13.3, endometrium kanseri insidansı yüz binde 8.7, over kanseri insidansı yüz binde 6.6'dır. Ölüm oranları ise serviks kanseri için yüz binde 7.3, endometrium kanseri için yüz binde 1.8, over kanseri için yüz binde 4.2'dir (GLOBOCAN, 2020). Türkiye'de ise kadınlarda jinekolojik kanserlerin görülme sıklığı sırasıyla endometrium, over ve serviks kanseri olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Dünya Sağlık Örgütü 2020 verilerine göre, Türkiye'de 45-49 yaş arasındaki kadınların ilk on ölüm nedeni arasında; over kanseri yedinci, serviks kanseri ise dokuzuncu sırada yer almaktadır (WHO, 2020).

Jinekolojik kanser tanısı almak bireylerin yaşamında belirsizliğe yol açmakta, psikososyal ve günlük hayatında değişiklikler yaşamasına neden olmaktadır (Körükçü, 2018). Kanser nedeniyle yaşanan semptomlar ve uygulanan tedaviler kadının beden imajına, cinsel kimliğine ve üreme yeteneğine bir tehdit olarak algılanabilmekte, kadın ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (Eker ve Aslan, 2017). Kanser kadının yaşamı üzerinde kısa ve uzun vadede olumsuz etkilerinin olduğu görülmektedir (Shirali, Yarandi, Ghaemi ve Montazeri, 2020). Jinekolojik kanser tanısı alan kadınların yaşam kalitelerinin incelendiği bir çalışmada hastalığa eşlik eden diğer hastalıklar, sosyal destek eksikliği ya da var

olan sosyal destekten memnuniyetsizlik ve ruhsal sorunların yaşam kalitesini uzun vadede etkilediği belirlenmiştir (Mamgum Kamga ve ark., 2019).

Jinekolojik kanser tanısı alan kadınların depresyon, anksiyete, öfke, kişilerarası ilişkilerde problemler, intihar düşünceleri, uyku bozuklukları ve cinsel sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (La Rosa ve ark., 2020). Kanser ve tedavi süreci ile ilgili fizyolojik değişimlerin yaşanması sonucu, kadında fonksiyonel değişiklikler, bedeninde meydana gelen değişim ve görünümüne karşı algısı ve hissettiği beden imajında memnuniyetsizliğe neden olabileceği belirtilmektedir (Gingeret, Teo ve Epner, 2014, Teo ve ark., 2018). Aynı zamanda yaşam kalitesi üzerinde hem fizyolojik hem de psikolojik etkisi bulunan cinsel işlev bozuklukları jinekolojik kanser tedavi sürecinde en sık karşılaşılan sorunlar arasında yer aldığı belirtilmektedir (Chow, Chan, Choi ve Chan, 2016).

Jinekolojik Kanserler ve Cinsel Sorunlar

Cinselliği etkileyen sağlık sorunları cinsel fonksiyon bozukluğuna neden olmakta ve dolayısıyla bireylerde fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlara neden olabilmektedir (Akıncı ve Aksoy, 2019). Çok boyutlu bir kavram olan cinsellik, jinekolojik kanserlerden de etkilenmektedir (Cleary ve Hegarty, 2011; Serçekuş ve Türkcü, 2015). Cinsel sorunlar yalnızca organlardaki fizyolojik sorunlar nedeniyle olmayıp kadınlığın kaybı kaygısı, cinsel ilişkide bulunma korkusu ve benlik saygısında azalmaya bağlı olarak da ortaya çıkabildiği belirlenmiştir (Akıncı ve Aksoy, 2019).

Jinekolojik kanser tanısı alan kadınlara uygulanan cerrahi girişimler, cinsel yanıt döngüsünde önem taşıyan pelvik organların anatomik yapısını değiştirme ve nörovasküler bütünlüğüne zarar verme riski taşıdığı belirtilmektedir (Oskay Beji, Bal ve Yılmaz, 2011). Aynı zamanda gastrointestinal ve genitoüriner maligniteler için yapılan cerrahi müdahalelerden sonra da kadınların cinsel istek ve cinsel aktivitede azalma yaşayabileceği belirlenmiştir (Oskay ve ark., 2011; Turns, 2001).

Jinekolojik kanser tedavi sürecinde üreme organlarının kaybına neden olabilen cerrahi girişim, birçok kadın için cinsel kimliğe ve beden imajına tehdit olarak algılanmakta ve kendisini cinsel anlamda yetersiz ve eksik hissetmesine neden olmaktadır (Oskay ve Başgöl, 2015). Cinsel İşlev Bozukluğu Amerikan Ürolojik Hastalık Vakfı tarafından cinsel ilgi veya arzusunun azalması veya olmaması, cinsel düşünce veya fantezilerin olmaması veya isteksizlik olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Urological Association, 2022). Fiziksel değişiklikler ile birlikte jinekolojik kanser ve tedavi sürecinde birçok kadının cinsel işlevinin olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (Ratner, Foran , Schwartz ve Minkin, 2010).

İnsan yaşamının bir parçası olan cinsellikte herhangi bir problem yaşandığında hem kadını hem de eşini etkilemekte, mutsuzluk, hayal kırıklığı, benlik saygısını etkileyen cinsel yetersizlik gibi olumsuz duyu durumlarına neden olabilmektedir (Uslu, İnfal ve Ulusoy, 2016). Jinekolojik kanser tanısı alan kadının doğurganlık döneminde ise üreme yeteneğini kaybetme durumu ile birlikte öfke, benlik saygısı kaybı, uyku bozuklukları ve beraberinde de cinsel sorunlar yaşadığı belirtilmektedir (La Rosa ve ark., 2020).

Jinekolojik kanser tanısı alan kadınların cinsel sağlık durumunun değerlendirildiği bir çalışmada kadınların cinsel istek, cinsel uyarılma, cinsel ilişki sıklığında belirgin azalma yaşadıkları belirlenmiştir (Bal, Yılmaz, ve Beji, 2013). Guner, Gumussoy, Celik, Saruhan ve Kavlak (2018) çalışma sonucuna göre de jinekolojik kanser tanısı alıp cerrahi ve brakiterapi alan kadınların tamamına yakınının cinsel işlev bozukluğu yaşadığı belirlenmiştir. Lee, Kuo, Huang, Lin ve Chen (2020) çalışmasında da jinekolojik kanser tanısı alan kadınların cinsel ilişki sıklığında ve cinsel yaşam memnuniyetlerinde belirgin azalma olduğu bulunmuştur.

Jinekolojik Kanserlerde Cinsel Danışmanlık

Jinekolojik kanserlerin tanı ve tedavi işlemlerinin hastanın cinselliğini ve üreme potansiyelini olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Oskay ve ark., 2011). Jinekolojik kanser tanısı alan kadınlar, kadınlık kimliğini, değerlerini ve önceliklerini, cinsel partner rolünü yeniden kazanma çabası içine girebilmektedir (Bilge, Yılmaz ve Oskay, 2019). Tedavi süreçlerinden sonra kadınların cinsel fonksiyonlarını korumak istediği ancak sağlık personelinin bu konuyu ele almalarını bekledikleri belirlenmiştir (Krychman ve Millheiser, 2013). Kanserden kurtulan kadınların en çok yaşadıkları problemlerden biri olan cinsel işlev bozukluğu yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden birisi olmasına rağmen klinik kontrollerinde ihmal edildiği belirlenmiştir (Bober, Carter ve Falk, 2013; Reese, Bober ve Daly, 2017) Cinselliğe ilişkin çeşitli dini, felsefi ve politik bakış açılarının da cinselliğin yeterli düzeyde konuşulmamasında etkili olduğu düşünülmektedir (Harris, 2019).

Kanser tanısı alan kadınların ve eşlerinin, tedavinin neden olduğu cinsiyete ilişkin sorunları ele alabilecek müdahalelere ve kanser tedavisi nedeniyle üreme sistemi ve cinsellikte meydana gelebilecek değişiklikler hakkında bilgilendirmelere ihtiyaçları olduğu belirtilmektedir (Bondil, Habold ve Carnicelli, 2016; Nho, Kim ve Kook, 2019). Bu nedenle jinekolojik kanser tedavisi alan kadınlar ve eşlerini de dahil ederek cinsel sorunları çözmek amacıyla cinsel

sağlık değerlendirmesi ve müdahalelerde bulunulması gerektiği düşünülmektedir (Nho ve ark., 2019).

Cinsel rehberlik ve danışmanlıkta görüşmenin başlatılabilmesi güç bir durum olduğundan birtakım modellerin kullanılmasının kolaylık sağlayabileceği belirtilmektedir (Akcan ve Turhan, 2022). Cinsel danışmanlık konusunda hemşireler cinsel öykü almakta zorlanmakta ve kendilerini yetersiz hissedebilmektedir (Akcan ve Turhan, 2022; Karakaş ve Arslan, 2021). Cinsellikle ilgili sorunların ele alınmasında kullanılan yaklaşımlardan biri de PLISSIT modelidir. PLISSIT modeli, hemşirelere ve diğer sağlık çalışanlarına cinsel sorunları olan bireylerin ihtiyaçlarının belirlenmesinde ve uygun müdahalelerin planlanmasında rehberlik etmektedir (Ayaz ve Kubilay, 2009).

PLISSIT Modeli

Cinsellik konusunu uygulamaya dahil etme yöntemlerinden biri olan PLISSIT Modeli, uygulaması kolay ve yaygın olarak kullanılan bir model olarak belirtilmektedir (Tuğut ve Gölbaşı, 2013). Annon tarafından 1976'da geliştirilen, Taylor ve Davis tarafından yeniden gözden geçirilen PLISSIT modeli, bireyin cinselliğe yönelik paylaşımında bulunabilmesi ve cinsel sağlığa ilişkin bakım ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik bir danışmanlık modeli olarak tanımlanmaktadır (Taylor ve Davis, 2006; Emam, Elmenim ve Sabry, 2018). PLISSIT Modeli dört seviyeden oluşmaktadır (Taylor ve Davis, 2006).

P- İzin verme (Permission),

LI- Sınırlı bilgi (Limited Information),

SS- Özel öneriler (Specific Suggestions),

IT-Yoğun terapi (Intensive Therapy)

PLISSIT modelin ilk üç evresini kullanarak cinsel sorunların ortalama %80-90'ının çözülebildiği belirtilmektedir. Annon, tüm cinsel problemlerin %70'inin izin verme basamağında çözümlenebileceğini düşündüğü ancak sadece hastalara cinsel endişelerini açıklamak için izin verilmesi gerektiğini savunduğu belirtilmektedir (Annon, 1976; Ayaz, 2014). PLISSIT modeli cinsellik ve cinsel sağlık bakımında kullanılmak üzere geliştirilmiş, cinselliğin tartışılmasına izin veren, danışmanlık sürecindeki hastaların bireysel ihtiyaçlarına göre pozisyon değişikliği, kayganlaştırıcı kullanımı gibi önerilerde bulunulan ve daha komplike durumlarda uzmanlara yönlendirmeyi teşvik eden etkili bir iletişim modelidir (Annon, 1976; Almeida ve ark., 2019).

PLISSIT Model 4 basamaktan oluşmaktadır. Bunlar;

İzin Verme (Permission-P): İzin verme basamağı başvuran kişinin cinsel yaşamı ile ilişkili düşünceleri,

korkuları ve endişelerini ifade etmesine izin vermeyi kapsamaktadır (Tuğut ve Gölbaşı, 2013). Bu bağlamda hemşire başvuran kişiden izin alarak ve güven ortamı oluşturarak, yargılayıcı olmadan cinsellik ile ilgili konuşulmaktadır (Temizkan ve Daşıkkan, 2021).

Sınırlı bilgi (Limited Information-LI): Bu basamak başvuran kişiye cinsel problemleri ile ilgili doğrudan bilgi verme aşaması olarak tanımlanmaktadır. Kişiye hastalığının cinsellik üzerine etkisi ve tedavinin cinsel fonksiyonlarını nasıl etkileyeceği bilgisi verilen aşamadır (Tuğut ve Gölbaşı, 2013; Taylor and Davis, 2006). Aynı zamanda kişinin cinsel mitleri açığa çıkarılarak danışmanlık planlanabilir ancak bunun için geniş bir bilgi birikimine sahip olmak ve cinsel danışmanlık hizmetlerinde uzmanlaşmış olması gerektiği belirtilmektedir (Akcan ve Turhan, 2022).

Özel Öneriler (Specific Suggestions-SS): Danışan kişinin cinsel yaşamlarının memnuniyet düzeyinin daha yüksek olması için kendisinin veya partnerinin problemlerine yönelik bilgi verme ya da öneride bulunma aşamasıdır (Akcan ve Turhan, 2022; Tuğut ve Gölbaşı, 2013). Hemşirenin bu süreçte amacı kişinin sorunlarını belirleyerek, cinsel sorunlarını yönetmek için özel öneriler sunarak çözüm yaklaşımlarını belirlemektir (Temizkan ve Daşıkkan, 2021).

Yoğun Terapi (Intensive Therapy-IT): İlk üç basamakta tedavi edilemeyen ve cinsel sorunları derinleştirmek için bir uzmana yönlendirilen ve sınırlı bilgi basamağından farklı olarak cinsel kaygı ve sorunların belirlenmeye çalışıldığı aşamadır (Almeida ve ark., 2019; Akcan ve Turhan, 2022). Hemşirenin, ilk üç basamakta sonuç alamayan kişilere yoğun tedavi verebilmesi ve gerektiğinde ilgili birime sevk edebilmesi için uzman olması gerektiği belirtilmektedir (Temizkan ve Daşıkkan, 2021).

Cinsel danışmanlıkta sıklıkla kullanılan PLISSIT modeliyle sistematik yaklaşımı sağlanarak cinsel sorunlar tartışılmakta, danışanın cinsel sorunları ve endişelerini açıklamasına fırsat verilmesiyle cinsel konular konuşularak sağlık profesyonelinin destek alınmaktadır. (Akcan ve Turhan, 2022; Tuğut ve Gölbaşı, 2013). PLISSIT modeli cinsel sorunlar için kapsamlı bakımın planlanması ve değerlendirilmesi için kavramsal bir çerçeve sağladığı ve hemşireler tarafından da cinsel şikayetler ve işlev bozukluklarının ele alınmasında rahatlıkla kullanılabilirliği belirtilmektedir (Kargar, Yousefzadeh, Behnam ve Saeed Vaghee, 2021; Tuncer ve Oskay, 2022).

Mastektomi sonrası meme kanserinden kurtulan kadınlarda cinsel yaşam ve cinsel işlev üzerine, bireysel danışmaya dayalı olan PLISSIT modeli ile cinsel rehabilitasyonun iyileştirici etkileri olduğu (Faghani ve Ghaffari, 2016), doğum sonrası dönemde emziren kadınların cinsel yakınlık ve memnuniyeti

Jinekolojik Kanselerde Cinsel Danışmanlık İçin PLISSIT Modeli

üzerinde (Abdelhakm, Said ve Elsayed, 2018; Banaei, Zahrani, Pormehr-Yabandeh, Ozgoli ve Azad, 2016) ve multipl sklerozlu evli kadınların cinsel yaşam kalitelerinde (Kazemi, Mousavi ve Etemadifar, 2021) olumlu etkileri olduğu bulunmuştur. Meme kanseri tanısı alan kadınlara PLISSIT modeli ve cinsel sağlık modeli etkisi ile yaşam kalitelerinin değerlendirildiği bir çalışmada her iki modelin kadınların yaşam kalitelerini iyileştirmede benzer etkiye sahip oldukları bulunmuştur (Esmkhani ve ark., 2021).

Gebelik döneminde yaşanan cinsel sorunlarda da PLISSIT modeline dayalı cinsel danışmanlığın müdahaleden sonra kadınların cinsel işlevleri üzerinde olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir (Nejati, Kazemi, Masoumi, Parsa, Karami ve Mortazavi, 2017).

Jinekolojik Kanselerde PLISSIT Modeli

Jinekolojik kanser ve tedavi sürecine bağlı olarak ortaya çıkan cinsel yaşama ilişkin sorunlar ve bu sorunların neden olduğu kaygıların giderilmesinde PLISSIT modeline göre danışmanlık sağlanarak sorunların belirlenmesi ve tedavisinin yapılabileceği (Oskay ve Başgöl, 2015) ve kadın cinsel sağlığını olumlu etkilediği belirlenmiştir (Bilge, 2017).

Jinekolojik kanser tedavi sürecindeki kadınlarda PLISSIT modeli temel alınarak yapılan cinsel danışmanlığın etkinliğini incelemek amacıyla yapılmış deneysel bir çalışmada en az birer hafta ara ile her biri 45 dakika süren üç oturumda gerçekleşen cinsel danışmanlık seansları verilmiştir. Uygulama grubunda yer alan kadınlarda kontrol grubuna göre ilk değerlendirme ve son değerlendirme cinsel fonksiyon ve cinsel memnuniyet puanlarında olumlu yönde farklılık olduğu bulunmuştur. Çalışma sonucunda cinsel danışmanlık verilen deney grubundaki kadınların danışmanlık sonrası cinsel işlevlerinin önemli düzeyde arttığı, cinsel ilişki sıklığı ve sürelerinin iyileştiği, cinsel işlevle ilgili şikayetlerinin azaldığı ve eşleri ile ilişkilerinin olumlu yönde düzeldiği belirlenmiştir (Bilge, 2017).

Kadın cinselliğinin fiziksel ve psikososyal yönlerini yansıtan bütünlleştirici toplamda 3 seans 6 saatten oluşan jinekolojik kanserli kadınlara verilen PLISSIT modeli ile verilen cinsel danışmanlık programının cinsel istek, cinsel uyarılma, orgazm ve cinsel doyum puanlarında artış görüldüğü ve uygulanan programın cinsel işlevi arttırmada etkili olduğu belirlenmiştir (Chun, 2011).

Histerektomi sonrası PLISSIT Modeline göre verilen eğitimin kadınların cinsel işlevine etkisinin değerlendirildiği başka bir çalışmada ameliyat öncesi ve taburculuktan önce olmak üzere bireysel eğitimler verilmiştir (Tutuncu ve Yıldız, 2012). Eğitimin ilk aşamasında kadınların cerrahi müdahalenin cinsel yaşamına ilişkin görüşleri, kaygıları, bilgileri ve bakım

gereksinimleri değerlendirilmiştir. Ameliyat sonrası dönemde ise karşılaşılabilecek cinsel problemler ve başatma yöntemlerinden bahsedilmiştir. Çalışmadaki kadınların cinsellikleri 4 aşamada değerlendirilmiştir. Uygulama sonunda ameliyat sonrası dönemde 3.ay ve 6. ayda eğitim alan kadınların cinsel fonksiyonlarının kontrol grubuna göre daha iyi olduğu ve kontrol grubundaki kadınların yüksek oranda cinsel işlev bozukluğu yaşadıkları belirlenmiştir (Tutuncu ve Yıldız, 2012).

PLISSIT modeli doğrultusunda verilen cinsel danışmanlığın histerektomi, jinekolojik kanser ve tedavisinin neden olduğu cinsel sağlık sorunlarını iyileştirdiği söylenmektedir. Hemşirelerin PLISSIT modelini kullanmaları ile kaliteli ve etkin hemşirelik bakımı sağlamak, hasta bakım sonuçlarını iyileştirmek ve hasta memnuniyetini artırmak ve mesleki doyumu sağlamak için rehber olabileceği belirtilmektedir (Temizkan ve Daşıkkan, 2021).

SONUÇ

Jinekolojik kanser tanısı alan kadınlar, tedavi süreçleri ile birlikte birtakım değişimler yaşamakta ve yaşam kaliteleri etkilenmektedir. Yaşanan fiziksel değişimler ile birlikte kadınların bedenlerinde ve cinsel yaşamlarında değişimler meydana gelmekte ve bu durum ruhsal durumlarını etkilemektedir. Tedavi süresince veya tedavi sonrası dönemde cinsellik göz ardı edilebilmektedir. Jinekolojik kanser tanısı alan kadının bakım sürecinde cinsel sağlığı da değerlendirmeli ve planlamalar yapılmalıdır. PLISSIT modeli doğrultusunda sağlanan cinsel danışmanlığın sorunların tespiti sağlanmasıyla, verilen hemşirelik bakımının kalitesine ve hasta memnuniyetine olumlu katkı sağlanabilir.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

YazarKatkısı/Author Contributions:Fikir /kavram:HGB,NE; Tasarım: HGB,NE; Danışmanlık: NE;Analiz/Yorum: HGB,NE; Kaynak tarama; HGB; G.C.; Makalenin Yazımı: HGB,NE; Eleştirel inceleme: NE

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

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

KAYNAKLAR

- Akcan, K., Turhan, İ. (2022). Cinsel danışmanlık modelleri. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*, 7(17), 50-56, <https://doi.org/10.46648/gnj.382>
- Atlas, B., Er Güneri, S. (2022). Kadınların jinekolojik kanserlerle ilgili farkındalığı ve farkındalığı etkileyen faktörler. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 77-85
- Annon, J. S. (1976). The PLISSIT model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2(1), 1-15, <https://doi.org/10.1080/01614576.1976.11074483>
- Akıncı, A. Ç., Aksoy, S. D. (2019). Kanserli kadınlarda cinsel sorunlar. *JAREN*, 5(2), 156-162, <https://doi.org/10.5222/jaren.2019.09709>
- 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. *American Journal of Nursing Science*, 7(2), 63, <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20180702.14>
- 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, 1109-1113, <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0525>
- Ayaz, S. (2014). Stomalı bireylerin cinsel sorunlarının değerlendirilmesinde PLISSIT modelinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(1), 59-63.
- Ayaz, S., Kubilay, G. (2009). Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *Journal of clinical nursing*, 18(1), 89-98.
- Amerikan Urological Association (2022). Female Sexual Dysfunction: Identification of Sexual Problems in Women, Erişim Tarihi: 15.11.2022, <https://university.auanet.org/core/sexual-medicine-andrology/female-sexual-dysfunction-identification-of-sexual-problems-in-women/index.cfm>
- Bal, M. D., Yılmaz, S. D., Beji, N. K. (2013). Sexual health in patients with gynecological cancer: a qualitative study. *Sexuality and Disability*, 31(1), 83-92, <https://doi.org/10.1007/s11195-012-9263-7>
- Banaei, M., Zahrani, S. T., 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, ISSN : 2277-3657
- Bilge Ç. Jinekolojik kanserli kadınlarda PLISSIT modeli doğrultusunda yapılan cinsel danışmanlığın etkinliği. Doktora tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017.
- Bilge, Ç., Yılmaz, B., Oskay, Ü. (2019). Jinekolojik kanserli kadınların brakiterapi sonrası cinsel işlevinin değerlendirilmesi ve cinsel danışmanlık. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3), 210-215, <https://doi.org/10.17942/sted.381218>
- Bober, S. L., Carter, J., Falk, S. (2013). Addressing female sexual function after cancer by internists and primary care providers. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, 112-119, <https://doi.org/10.1111/jsm.12027>
- Bondil, P., Habold, D., Carnicelli, D. (2016). Cancer and sexuality: The couple, a decisive factor, too often neglected. *Sexologies*, 25(2), e29-e33, <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2016.03.003>
- Chow, K. M., Chan, J. C., Choi, K. K., Chan, C. W. (2016). A review of psychoeducational interventions to improve sexual functioning, quality of life, and psychological outcomes in gynecological cancer patients. *Cancer Nursing*, 39(1), 20-31, <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000234>
- 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, <https://doi.org/10.4040/jkan.2011.41.4.471>
- Cleary, V., Hegarty, J. (2011). Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(1), 38-45, <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.05.008>
- Eker, A., Aslan, E. (2017). Jinekolojik kanser hastalarında psiko-sosyal yaklaşım. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(4), 298-303, <https://doi.org/10.5222/HEAD.2017.298>
- Emam, A. M. M., Elmenim, S. O. A., Sabry, S. S. (2018). Effectiveness of application of PLISSIT counseling modelo on sexuality among women with dyspareunia. *American Journal of Nursing Science*, 7(2), 73-83, <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20180702.15>
- Esmkhani, M., Kharaghani, R., Shakibzadeh, E., Faghihzadeh, S., Korte, J. E., Merghati-Khoei, E. (2021). Comparison of the effects of the PLISSIT model versus the sexual health model on quality of life among women with breast cancer. *Sexuality and Disability*, 39(1), 85-96, <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09661-0>
- Global Cancer Observatory (2020). Estimated Age-standardized Incidence and Mortality Rates (World) in 2020, World, both Sexes, All ages (2020), <https://gco.iarc.fr/>, Erişim Tarihi:26.07.2023
- Faghani, S., Ghaffari, F. (2016). Effects of sexual rehabilitation using the PLISSIT model on quality of sexual life and sexual functioning in post-mastectomy breast cancer survivors. *Asian Pacific*

- Journal of Cancer Prevention, 17(11), 4845, ,
<https://doi.org/10.22034/APJCP.2016.17.11.4845>
- Gingeret, M. C., Teo, I., Epner, D. E. (2014). Managing body image difficulties of adult cancer patients: lessons from available research. *Cancer*, 120(5), 633-641, <https://doi.org/10.1002/cncr.28469>
- Guner, O., Gumussoy, S., Celik, N., Saruhan, A., Kavlak, O. (2018). An examination of the sexual functions of patients who underwent a gynecologic cancer operation and received brachytherapy. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 34(1), 15-19, <https://doi.org/10.12669/pjms.341.14241>
- Harris, M. G. (2019). Sexuality and menopause: Unique issues in gynecologic cancer. In *Seminars in Oncology Nursing*, 35(2), 211-216, <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.02.008>
- Karakaş, S., Aslan, E. (2021). İnfertil kadınlara yönelik cinsel danışmanlık programında BETTER modeli'nin kullanımı. *Androloji Bülteni*, 23(2), 129-135, <https://doi.org/10.24898/tandro.2021.54765>
- Kargar, M., Yousefzadeh, S., Behnam, H. R., Saeed Vaghee, S. (2021). Comparing the Effect of Solution-Focused Group Counseling and Individual Counseling Based on PLISSIT Model on Sexual Satisfaction of Women with High Body Mass Index. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 9(2), 2697-2706.
- Kazemi, Z., Mousavi, M. S., Etemadifar, M. (2021). The effect of counseling based on the PLISSIT model on sexual quality of life of married women with multiple sclerosis referring to MS center in 2019: a randomized, controlled trial. *Archives of Women's Mental Health*, 24(3), 437-444, <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01080-6>
- Körtükcü, Ö. (2018). Bazı yaşamsal geçişler zordur. Jinekolojik kanser tanısı almak gibi... *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 248-254 <https://doi.org/10.31067/0.2018.22>
- Krychman, M., Millheiser, L. S. (2013). Sexual health issues in women with cancer. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, 5-15, <https://doi.org/10.1111/jsm.12034>
- La Rosa, V. L., Shah, M., Kahramanoglu, I., Cerentini, T. M., Ciebiera, M., Lin, L. T., ... Tesarik, J. (2020). Quality of life and fertility preservation counseling for women with gynecological cancer: an integrated psychological and clinical perspective. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41(2), 86-92, <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1648424>
- Lee, J. T., Kuo, H. Y., Huang, K. G., Lin, J. R., Chen, M. L. (2020). Diversity of sexual activity and correlates among women with gynecological cancer. *Gynecologic Oncology*, 159(2), 503-508, <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2020.08.005>
- Manguem Kanga, A., Dumas, A., Joly, F., Billa, O., Simon, J., Poillot, M. L., ... Dabakuyo-Yonli, T. S. (2019). Long-Term Gynecological Cancer Survivors in Côte d'Or: Health-Related Quality of Life and Living Conditions. *The Oncologist*, 24(7), e490-e500, <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2018-0347>
- 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., Kim, Y. H., Kook, H. J. (2019). Effect of a web-based sexual health enhancement program for women with gynecologic cancer and their husbands. *International Journal of Sexual Health*, 31(1), 50-59, <https://doi.org/10.1080/19317611.2019.1565792>
- 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.
- Oskay, Ü. Y., Beji, N. K., Bal, M. D., Yılmaz, S. D. (2011). Evaluation of sexual function in patients with gynecologic cancer and evidence-based nursing interventions. *Sexuality and Disability*, 29(1), 33-41, <https://doi.org/10.1007/s11195-010-9188-y>
- Ratner, E. S., Foran, K. A., Schwartz, P. E., Minkin, M. J. (2010). Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas*, 66(1), 23-26, <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.01.015>
- Reese, J. B., Bober, S. L., Daly, M. B. (2017). Talking about women's sexual health after cancer: Why is it so hard to move the needle?. *Cancer*, 123(24), 4757-4763, <https://doi.org/10.1002/cncr.31084>
- Serçekuş, P., Türkcü, S. G. (2015). Jinekolojik kanserli hastalarda cinsellik. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(1), 36-38.
- Shirali, E., Yarandi, F., Ghaemi, M., Montazeri, A. (2020). Quality of life in patients with gynecological cancers: a web-based study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 21(7), 1969, <https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.7.1969>
- Taylor, B, Davis S. (2006). Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard*, 21(11), 35-40, , <https://doi.org/10.7748/ns.21.11.35.s52>
- Temizkan, E., Daşkan, Z.(2021). Kadın cinsel sağlığının PLISSIT modeli ile değerlendirilmesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 7(2), 135-148.
- Teo, I., Cheung, Y. B., Lim, T. Y. K., Namuduri, R. P., Long, V., Tewani, K. (2018). The relationship between

- symptom prevalence, body image, and quality of life in Asian gynecologic cancer patients. *Psycho-oncology*, 27(1), 69-74, <https://doi.org/10.1002/pon.4457>
- Tuğut, N., Gölbaşı, Z. (2013). Cinselliğinin Değerlendirilmesinde Plissit Modeli'nin Kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(4), 524-534.
- Tuncer, M., Oskay, Ü. Y. (2022). Sexual counseling with the PLISSIT model: a systematic review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 48(3), 309-318, <https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1998270>
- Türkiye Kanser İstatistikleri (2018). Sağlık Bakanlığı, Erişim Tarihi:23.07.2023, https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/depo/birimler/kan-serdb/istatistik/Kanser_Rapor_2018.pdf
- Turns, D. (2001). Psychosocial issues: pelvic exenterative surgery. *Journal of Surgical Oncology*, 76(3), 224-236, <https://doi.org/10.1002/jso.1036>
- 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, <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.06.939>
- Uslu, E., İnfal, S., Ulusoy, M. N. (2016). Cinsel sorunların çözümünde PLISSIT modelinin etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1), 52-63, <https://doi.org/10.18863/pgy.51356>
- World Health Organization (WHO). World Cancer Report 2020. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>, Erişim Tarihi: 06.07.2022