



ISSN: 2458-7621

# KADIN SAğLIğI HEMŞİRELIğI DERGİSİ KASHED

JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING  
JOWHEN

YIL (YEAR): 10

CİLT (VOLUME): 10

SAYI (NUMBER) 1

MART (MARCH) 2024

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

*KADIN SAğLIğI HEMŞİRELIğI DERNEğİ YAYIN ORGANI*

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

**CİLT/VOLUME:10**

**SAYI/NUMBER:1**

**MART/MARCH 2024**

**KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERNEĞİ**  
**(KASHED) YAYIN ORGANI**

**Sahibi/Owner**

Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği Adına  
Nevin HOTUN ŞAHİN

**Editör/Editor**

Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

**Yardımcı Editör/Associate Editor**

Dr. Öğretim Üyesi Zübeyde EKŞİ 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)

**Prof. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ**

İstanbul Gedik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi ÖZLEM ALTUNTAŞ**

İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

**Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU**

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

**Dr. Öğr. Üyesi Mukaddes MİRAL**

İstanbul Kültür Üniversitesi

**Msc Burcu DİŞLİ**

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

**DİL EDİTÖRÜ**

**Prof. Dr. İlkay GÜNGÖR SATILMIŞ**

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<br>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. Ümrhan 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. Füsün 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:** kasheddergisi@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](http://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. Olgularında, 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 geçememekte ve hakem değerlendirme formu ve yorumları, dergi yönetim sistemi aracılığıyla yazar(lar)a iletilmektedir. Bu süreçte, değerlendirme formları ve tam metinler üzerindeki hakem yorumları editör aracılığıyla yazar(lar)a geri gönderilmektedir. Bu bağlamda KASHED için değerlendirme yapan hakemlerin aşağıdaki etik ilkelere uygun davranması beklenmektedir.

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

### **İntihal Politikası**

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

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

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

Dosya yükleme sürecinde yazarlar uygun bir intihal programı (iThenticate, Turnitin) kullanarak elde ettikleri benzerlik raporunu sunmalıdırlar. Türkiye'de tüm üniversiteler bir intihal programına abonedir, lütfen üniversite kütüphanenizden yardım alınız. Yurtdışından ve üniversite dışından başvurularında 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.

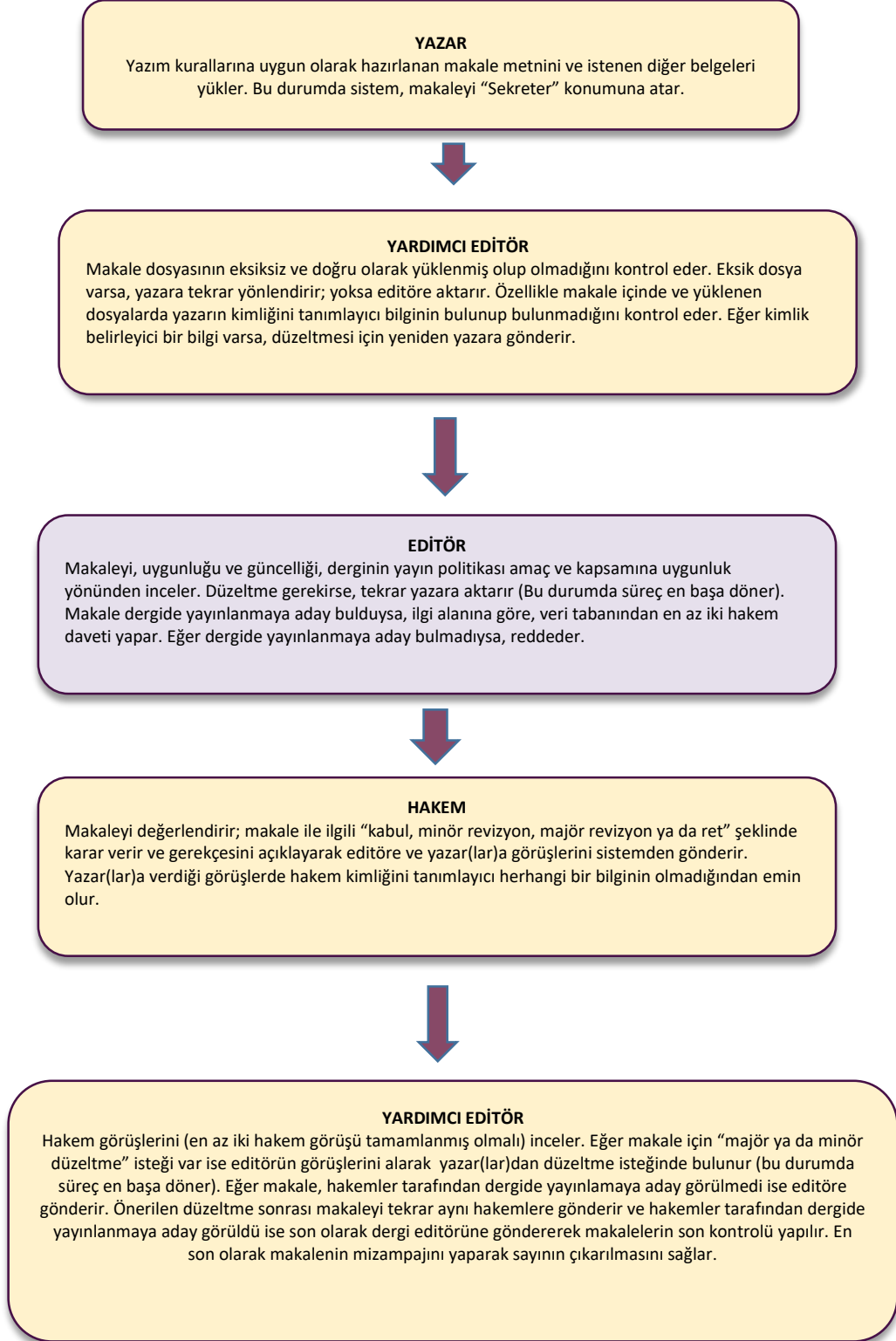
**EDİTORYAL POLİTİKALAR VE HAKEM SÜRECİ**

**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**



**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.   |         |                       |
| <b>Kapak Sayfası</b>  |         |                       |
| 1-Makalenin türü belirtildi.  |         |                       |
| 2-Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı yazıldı.  |         |                       |
| 3-Sırasına göre yazarların adı soyadı, unvanları ve bağlı oldukları kurumlar (üniversite ve fakülte bilgisinden sonra şehir ve ülke bilgisi de yer almalıdır), adresleri ve e-posta adresleri belirtildi.               |         |                       |
| 4-Sorumlu yazarın ayrıca e-posta adresi, açık yazışma adresi, iş telefonu, cep telefonu, faks numarası yazıldı.   |         |                       |
| 5-Çalışmanın başka yerde yayınlanmamış olduğu, bildiri olarak sunulmuş ise bilgisi verildi. (Tez ise 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.   |         |                       |
| <b>Makale Ana Dosyası</b>   |         |                       |
| 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.   |         |                       |
| <b>Ekler</b>  |         |                       |
| 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 dergide ki sisteme pdf dosya olarak yüklemelidirler. Yayım Kurulu geri çekme isteğini inceleyerek 15 gün içerisinde yazar(lar)a cevap verir. Yayım kurulu tarafından geri çekme isteği onaylanmadıkça yazar(lar) telif haklarını başvuru aşamasında KASHED'e devredilmiş çalışmalarını başka bir dergiye değerlendirme için gönderemezler.

**Editörler**

KASHED 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.

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

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

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

### **Şekillerin Dipnotları**

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

### **Ölçüm Birimleri**

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

### **Kısaltmalar ve Semboller**

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

### **Teşekkür/Acknowledgement**

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

# KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ(KASHED)

## JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING (JOWHEN)

### 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. Kaynakların yazımına yeni sayfadan sayfadan başlamalıdır. Kaynaklar bölümünde yer alan tüm kaynaklar, metinde belirtilmelidir. Kaynakların doğruluğundan yazar(lar) sorumludur. Tüm kaynaklar metinde belirtilmelidir. Kaynak yazımı ile ilgili detaylı açıklama derginin web sayfasında bulunmaktadır.

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

CİLT/VOLUME:10

SAYI/NUMBER:1

MART/MARCH

**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 Politicies         | VI-XXIV     |
| İçindekiler/Content                              | XXI         |
| Editörden/ From the Editor                       | XXII        |

Sayfa /Page

**Araştırma Makale /Research Article**

|  |      |
|--|------|
| <b>COVID-19 Pandemi Döneminde Gebelerin Sürece Yönelik Bilgi Düzeylerinin ve Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi</b><br><i>Determining the Knowledge Levels and Educational Needs of Pregnants Regarding the Covid-19 Pandemic</i><br>Yeliz DOĞAN MERİH, Pınar KUMRU , Betül Zehra YILDIRAN | 1-11 |
|--|------|

**Olgu Sunumu /Case Report**

|  |       |
|--|-------|
| <b>Histerektomi Olan Hastanın Konfor Kuramına Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu</b><br><i>Nursing Care of a Patient With Hysterectomy According to Comfort Theory: A Case Report</i><br>Leman KOCADEMİR & Hilmiye AKSU   | 12-19 |
| <b>Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Beslenememe Tanısıyla Yatan Bebekte Emzirme Destek Sisteminin Kullanımı: Olgu Sunumu</b><br><i>Use of a Breastfeeding Support System in a Newborn with Feeding Difficulties Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit: A Case Report</i><br>Kübra DEMİR& Özlem CAN GÜRKAN | 20-26 |

**Derleme Makale/Review**

|  |       |
|--|-------|
| <b>Jinekolojik Onkoloji Cerrahisinde ERAS Protokolü Doğrultusunda Hemşirelik Yaklaşımları</b><br><i>Nursing Approches in Gynecologic Oncology Surgery in line with ERAS Protocol</i><br>Minel AKTEN, Yıldı Arzu ABA                | 27-42 |
| <b>Deprem ve Kadın Üreme Sağlığı</b><br><i>Earthquake and Women's Reproductive Health</i><br>Eda YAKIT AK, Ergül ASLAN   | 43-51 |
| <b>Koku Terapisi: Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozukluklarını Hedefleyen Aromaterapinin İncelenmesi</b><br><i>Scent Therapy: A Review of Aromatherapy Targeting Sexuality and Sexual Dysfunctions</i><br>Yılmaz GÜNEŞ & Sevgül DÖNMEZ | 52-60 |

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

CİLT/VOLUME:10

SAYI/NUMBER:1

MART/MARCH 2024

**EDİTÖRDEN/FROM THE EDITOR**

Değerli Meslektaşlarımız ve Okuyucularımız,

Memnuniyetle duyurmak isteriz ki **Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (KASHED)**'de yayımlanan 2023 yılı makalelerinin veri tabanına aktarılması işlemi tamamlanmış ve dergi **Türkiye Atıf Dizini'ne kayıtlı dergiler arasına alınmıştır**. Araştırmacıların dizine aktarılan makalelerin tam metinlerine, dizin üzerinden erişimleri mümkün olabilmektedir.

Onuncu cildimizin birinci sayısında kadın sağlığı alandaki birikimlerimize yenilikler katan bir araştırma makalesi, iki olgu sunumu ve üç derleme yazı ile karşınızdayız.

“COVID-19 Pandemi Döneminde Gebelerin Sürece Yönelik Bilgi Düzeylerinin ve Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi” başlıklı çalışmada perinatoloji alanında çalışan hemşire ve ebelerin günlük bakım rutinlerine katmaları gereken yeni bilgiler ve öneriler sunulmaktadır. Bakıma kuram temelinde sürmenin iyi bir örneğini sunan “Histerektomi Olan Hastanın Konfor Kuramına Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu” ve bakım desteğinin etkinliğini ortaya koyan “Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Beslenememe Tanısıyla Yatan Bebeğe Emzirme Destek Sisteminin Kullanımı: Olgu Sunumu” klinik alanda hizmet sunan meslektaşlarımız için ufuk açıcı çalışmalardır.

Ülkemizin depresyon gerçeğine ve en fazla etkilenen kadın sağlığı alanındaki güncel bilgileri okuyacağınız “Depresyon ve Kadın Üreme Sağlığı” başlıklı derleme, özellikle jinekolojik onkoloji alanındaki cerrahi bakımın standartlarının tartışıldığı “Jinekolojik Onkoloji Cerrahisinde ERAS Protokolü Doğrultusunda Hemşirelik Yaklaşımları” başlıklı derleme ve güncelliği giderek artan aromaterapini özel bir kullanım alanına dikkat çeken “Koku Terapisi: Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozukluklarını Hedefleyen Aromaterapinin İncelenmesi” başlıklı derleme klinik alanda önemli katkı sağlayacaktır.

Gelecek sayılarımızda araştırma makalelerimizin kantite ve kalitesini artırmak önemli hedeflerdir. Bu konuda gerek hakem olarak gerek yayınlarınızla uluslararası indekslere aday olma yolculuğumuza katkılarınızı bekliyoruz.

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

Saygılarımızla.

KASHED Editörü  
Prof.Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN



Araştırma Makalesi/Research Article

## COVID-19 Pandemi Döneminde Gebelerin Sürece Yönelik Bilgi Düzeylerinin ve Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi

Yeliz DOĞAN MERİH<sup>1</sup>, Pınar KUMRU<sup>2</sup>, Betül Zehra YILDIRAN<sup>3</sup>

*Determining the Knowledge Levels and Educational Needs of Pregnants Regarding the Covid-19 Pandemic*

### ÖZ

**Amaç:** Çalışma, COVID-19 pandemisi sırasında gebelerin bilgi düzeylerini ve eğitim ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

**Yöntem:** Kesitsel nitelikte olan çalışmanın evrenini, İstanbul ili Anadolu yakasında bulunan Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinin gebe izlem polikliniğine Nisan - Temmuz 2020 tarihleri arasında başvuran gebeler oluşturmuştur. Örnekleme alınma kriterlerine uyan, çalışmaya katılmaya gönüllü 447 gebe çalışmaya dâhil edilmiştir. Veriler, katılımcıların demografik, bireysel, obstetrik özellikleri, COVID 19 sürecine yönelik görüşlerinin yer aldığı 30 soruluk Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; Ki-kare, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis ve Independent Sample t testi kullanılmıştır. Sonuçlar  $p<0,05$  anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.

**Bulgular:** Kadınların yaş ortalamasının  $29,4\pm 5,8$  olduğu,  $6,4\pm 5,4$  yıllık evli olduğu, çoğunluğunun (%54,8) lise ve üzeri eğitim aldığı tespit edilmiştir. Kadınların gravida ortalamasının  $2,39\pm 1,40$  ve gebelik haftası ortalamasının  $23,67\pm 9,18$  olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların COVID-19 enfeksiyon kontrol önlemleri konusunda genelde (%75,8) bilgi sahibi oldukları, yüksek oranlarda (%94,6) korunma önlemlerini uyguladıkları saptanmıştır.

Gebelerin COVID-19 pandemi döneminde ihtiyaç duydukları bilgi ve destek konuları arasında; en fazla gebelik süreci ve takipleri (%91,7), enfeksiyon koruyucu ekipmanların doğru kullanılması (%89,7), enfeksiyonlar ve enfeksiyon kontrol önlemleri (% 87,9) yer almıştır. COVID 19 pandemi dönemi bilgi düzeyi puanları ile bazı değişkenler karşılaştırıldığında, öğrenim durumunun ve gebelik döneminde eğitim alınanın etkili olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

**Sonuç:** Çalışmamız sonucunda, pandemi döneminde gebelerin yaşadığı değişimlerden dolayı bilgi ihtiyacının arttığı belirlenmiştir. Bu nedenle değişim süreçlerinde gebelerin eğitim ihtiyaçları, iyi değerlendirilmeli, eğitimlerle ve bütüncül yaklaşımlarla gebelere destek olunmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Bilgi düzeyi, Covid-19, eğitim, gebelik, pandemi

### ABSTRACT

**Aim:** The study was carried out to determine the knowledge level and training needs of pregnant women during the COVID-19 pandemic.

**Method:** The population of the cross-sectional study consisted of pregnant women who applied to the pregnant follow-up outpatient clinic of the Gynecology and Paediatrics Training and Research Hospital on the Anatolian side of Istanbul between April and July 2020. A total of 447 pregnant women who met the inclusion criteria and volunteered to participate in the study were included in the study. The data was collected with the Pregnant Introductory Information Form consisting of 30 questions, which included participants' demographic, individual, obstetric characteristics and their opinions on the COVID 19 process. Chi-square, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis and Independent Sample t test were used to evaluate the data. The results were interpreted at  $p<0.05$  significance level.

**Findings:** It was found that the mean age of the women was  $29.4\pm 5.8$  years, they had been married for  $6.4\pm 5.4$  years, and the majority (54.8%) had high school education or higher. The mean gravida of the women was  $2.39\pm 1.40$  and the mean gestational week was  $23.67\pm 9.18$ . It was found that the participants were generally (75.8%) knowledgeable about COVID-19 infection control measures, they applied prevention measures at high rates (94.6%).

Among the information and support topics that pregnant women needed during the COVID-19 pandemic period; pregnancy process and follow-up (91.7%), correct use of infection protective equipment (89.7%), infections and infection control measures (87.9%) were the most common. When the knowledge level scores of the COVID 19 pandemic period were compared with some variables, it was determined that education level and receiving education during pregnancy were effective and the difference between them was statistically significant ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** As a result of our study, it was determined that the need for information increased due to the changes experienced by pregnant women during the pandemic period. For this reason, the educational needs of pregnant women should be well evaluated, and pregnant women should be supported with trainings and holistic approaches.

**Key words:** Covid-19, education, knowledge level, pandemic, pregnancy

<sup>1</sup>**Corresponding author:** Doç. Dr. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, İstanbul. e-mail: yelizmrh@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6112-0642>

<sup>2</sup>Prof. Dr. SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları EAH, İstanbul e-mail: pkumru@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-8905-1909

<sup>3</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, İstanbul e-mail: betul21zehr@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-6112-0642

**Geliş tarihi:** 14.11.2023 **Kabul Tarihi:** 12.03.2024 **Online Yayın Tarihi:** 30.11.2024

**Atıf/Citation:** Doğan Merih Y, Kumru P, Yıldırım BZ. (2024). COVID-19 Pandemi döneminde gebelerin sürece yönelik bilgi düzeylerinin ve eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 10 (1),1-11.

Bu çalışma 1. Uluslararası Hemşirelik Çalışmaları Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.



**EXTENDED ABSTRACT**

**Objective:** Pregnancy and birth are important events in women's lives. Especially during this period, psychological fluctuations may occur in women due to hormonal changes. The COVID-19 pandemic is a serious external stimulus that not only causes life-threatening situations, but also causes various psychological problems for pregnant women or worsens their condition. Pregnant women are considered a vulnerable group due to their impaired immunological functions, altered physiology, and susceptibility to infections.

The COVID-19 pandemic has caused major changes all over the world. During the pandemic process, the health of pregnant women, who are among the risk groups, has become even more important and has greatly affected women. During the COVID-19 pandemic, nurses who provide professional healthcare services, especially in the field of women's health, have great responsibilities. Nurses and other healthcare professionals must be familiar with current information and policies regarding emergency planning and infection prevention and control.

Health professionals providing prenatal services should first allow women to express their feelings about current pregnancy, birth and motherhood. Pregnant women who express fear, stress, anxiety or who are evaluated for distress and diagnosed with psychological distress should be helped to cope with these problems with appropriate approaches.

There are a limited number of studies evaluating the knowledge levels and educational needs of pregnant women in relation to COVID-19 in the world and in our country. The study was carried out to determine the knowledge level and training needs of pregnant women during the COVID-19 pandemic.

**Method:** The population of the cross-sectional study consisted of pregnant women who applied to the pregnant follow-up outpatient clinic of the Gynecology and Paediatrics Training and Research Hospital on the Anatolian side of Istanbul between April and July 2020. A total of 447 pregnant women who met the inclusion criteria and volunteered to participate in the study were included in the study. The data were collected with a questionnaire form including sociodemographic, obstetric characteristics of the participants, information about the COVID-19 process and training needs. Chi-square, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis and Independent Sample t test were used to evaluate the data. The results were interpreted at  $p < 0.05$  significance level.

**Findings:** It was found that the mean age of the women was  $29.4 \pm 5.8$  years, they had been married for  $6.4 \pm 5.4$  years, and the majority (54.8%) had high school education or higher. The mean gravida of the women was  $2.39 \pm 1.40$  and the mean gestational week was  $23.67 \pm 9.18$ . It was found that most of the participants (80.1%) became pregnant voluntarily.

It was determined that 72% of the participants stated that they had sufficient knowledge about pregnancy, birth and puerperium, only 33.6% received care training, and the majority (82.1%) attended antenatal follow-ups regularly during the pandemic period.

It was found that the participants were generally (75.8%) knowledgeable about COVID-19 infection control measures, they applied prevention measures at high rates (94.6%), they had difficulty in applying social distancing and isolation rules in home conditions (72.3%), and their knowledge about disinfection processes at home was low (43%).

Among the information and support topics that pregnant women needed during the COVID-19 pandemic period; pregnancy process and follow-up (91.7%), correct use of infection protective equipment (89.7%), infections and infection control measures (87.9%) were the most common. It was found that educational status and receiving postnatal care education during pregnancy were effective and the difference between them was statistically significant ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** As a result of our study; It has been determined that the changes experienced during pregnancy and during the pandemic increase the information need of pregnant women. For this reason, the educational needs of pregnant women should be well evaluated, and pregnant women should be supported with trainings and holistic approaches.

**GİRİŞ**

Dünya Sağlık Örgütü, klinik seyri açısından ciddi morbidite ve mortaliteye yol açan COVID-19'u 11 Mart 2020'de pandemi olarak ilan etmiştir (WHO, 2020). COVID-19'un epidemiyolojisini, klinik özelliklerini, önlenmesini ve tedavi sürecini etkin yönetebilmek için çok sayıda araştırma yapılmıştır. Dünyanın dört bir yanından ortaya çıkan kanıtlara göre, mevcut COVID-19 pandemisinin öngörülemezliği nedeniyle, gebe kadınlar orta ile yüksek düzeyde prenatal distres yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Lebel ve diğerleri, 2020; Saccone ve diğerleri, 2020; Tanton, 2020; Wu ve diğerleri, 2020).

COVID-19 pozitif gebe kadınları değerlendiren Breslin ve arkadaşlarının küçük bir gebe kohortunda yaptığı çalışmada; gebelerin %32,6'sının asemptomatik olduğu ve semptomatik COVID-19'lu gebelerin ise % 86'sının hafif hastalık, %9,3'ünün şiddetli hastalık ve %4,7'sinin kritik hastalık sergilediği bildirilmiştir. Bu oranlar gebe olmayan COVID 19 enfekte erişkinlerle benzerdir (Breslin ve diğerleri, 2020). Ayrıca her türlü enfeksiyon sürecindeki gibi COVID-19 pandemisinde de gebelerin ruh sağlıklarının olumsuz yönde etkilendiği birçok çalışma ile bilimsel olarak ortaya çıkarılmış olup bu araştırma sonuçlarına göre; COVID-19 pandemisinin gebelerin endişelerini, stres ve depresyon düzeyini yükselttiği belirlenmiştir (Sadıç ve diğerleri, 2023). Bunun yanında gebelikte yoğun bir biçimde yaşanan stresin; bulantı-kusmada artma, preeklampsi, erken doğum eylemi, düşük doğum ağırlıklı bebek gibi anne ve bebek açısından farklı olumsuz etkileri olduğu da bildirilmiştir (Qiao ve diğerleri, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), gebeliğin kadınlarda COVID-19 için daha yüksek risk olduğunu doğrulamıştır. Bu sebeple gebeler COVID-19 enfeksiyonu bakımından yüksek riskli gruplar arasında yer almakta ve enfeksiyondan korunmaları son derece önem arz etmektedir (Gragano ve diğerleri, 2021; Chen ve diğerleri, 2020). Gebelerin COVID-19 enfeksiyonundan korunmalarındaki ana kural izolasyon ve hijyen kurallarına dikkat etmeleridir. Bu noktada gebelerin hem gebelik süreçleri hem de COVID-19 enfeksiyonu hakkında bilgi düzeylerinin güncel ve doğru olması oldukça önemlidir (Poon ve diğerleri, 2020).

Pandemi döneminde yapılan çalışmalara bakıldığında, gebeler doğuma hazırlıksız hissetmeyle ilişkili stres yaşadıklarını, perinatal COVID-19 enfeksiyonu kapma korkusu duyduklarını, okulların kapalı olması, diğer çocukların evde 24 saat bulunması, onlara bakmaya ayrılan ek süre, fiziksel/açık hava aktivitelerinin olmaması, doğum öncesi ve doğum sonrası bakımla ilgili beklentilerinin azaldığını ve doğumla ilgili olarak aşırı endişe yaşadıklarını belirtmişlerdir (Ashraf ve diğerleri, 2020; Brooks ve diğerleri, 2020; Corbett ve diğerleri, 2020; Preis ve diğerleri, 2020).

Salgının öngörülemez psikolojik yansımaları, bulaşmayı önlemeye yönelik önerilerin sonuçları ve yaratabilecekleri psikolojik etkiler, gebe kadınların COVID-19 salgınının herhangi bir etkisine karşı savunmasız olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle pandemi döneminde gebelerin ruh sağlığına yönelik mevcut belirtilerin değerlendirilip ele alınması, sürece yönelik bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve ihtiyaçlar doğrultusunda etkin

edilmesini sağlamak için eğitimlerin yapılması anne ve yenidoğan sağlığının korunmasında öncelikli adımlar arasındadır. Ayrıca gebelerde doğum öncesi sorunların teşhisi ve önlenmesi için risk faktörlerinin belirlenmesi anne-bebek sağlığı, gebelik ve doğum sonrası dönem açısından da son derece önemlidir (Sadıç ve diğerleri, 2023; Doğan Merih ve diğerleri, 2023; Kaya Şenol ve Uçar, 2022).

Tüm gereksinimler dikkate alınarak gerçekleştirilen çalışmada, COVID-19 pandemisi sırasında gebelerin, sürece yönelik bilgi düzeylerini ve eğitim ihtiyaçlarını belirlemek amaçlanmıştır.

#### **Araştırma Soruları**

1. Gebelerin COVID-19 pandemisine yönelik bilgileri ne düzeydedir?
2. Gebelerin COVID-19 pandemisine yönelik bilgi ihtiyaçları nelerdir?
3. Gebelerin COVID-19 pandemisine yönelik bilgi düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### **Araştırmanın Türü**

Bu araştırma kesitsel tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

### **Evren ve Örneklem**

Çalışma İstanbul Anadolu yakasında bulunan, yüksek gebe popülasyona sahip ve pandemi sürecinde hizmet sürecine aktif devam eden bir kadın doğum hastanesinde Nisan-Temmuz 2020 tarihleri arasında yapılmıştır.

Örneklem büyüklüğü ise OpenEpi (Versiyon 3) programı ile yapılan analize göre hesaplanmıştır. Hastaneye 1 ay içerisinde ilk kez başvuran gebe sayısını (500 gebe) temsil edecek düzeyde %5 alfa hata ve %99,99 güç ile 377 örneklem yeterli bulunmuştur. Çalışmanın evrenini, hastanenin gebe izlem polikliniğine başvuran gebeler oluşturmuş, örneklemi ise gebe izlem polikliniklerine ayaktan bakım ve tedavi almak için başvuran, 19-45 yaş arası, okuma yazma bilen, iletişim sorunu olmayan, araştırmanın önemi ve amacı açıklandıktan sonra anketi doldurmayı kabul eden gebeler oluşmuştur. Çalışmanın kapsamını desteklemek ve formlardaki veri kaybı göz alınarak 447 gebe çalışmaya dahil edilmiştir.

### **Veri toplama araçları**

Veriler araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan, katılımcıların demografik, bireysel, obstetrik özellikleri, COVID 19 sürecine yönelik görüşlerinin yer aldığı 30 soruluk Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu ile toplanmıştır. Katılımcıların

COVID 19 sürecine yönelik bilgi düzeyini ölçmek için 3'lü likert şeklinde oluşturulmuş, 10 soruya ait puanlar baz alınmıştır. Veri formu, çalışma öncesinde ön değerlendirme için 10 gebeye uygulanmış, soruların anlaşılabilirliği ve formun kullanılabilirliği test edildikten sonra çalışma sürecinde kullanılmıştır. Veriler gebe izlem polikliniklerinde belirlenen bir odada, araştırmacılar tarafından gebeler ile yüzyüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Anket süreci ort. 10- 15 dk. sürmüştür.

### Verilerin analizi

İstatistiksel Analizler SPSS 17.0 (The Statistical Package for the Social Sciences, SPSS Inc., version 17; Chicago, IL, USA) yazılımı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama  $\pm$  standart sapma ve oran değerleri olarak verildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov) incelendi. Niceliksel verilerde normal dağılım gösteren parametrelerin ikili gruplar olarak karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, üçlü grupların karşılaştırılmasında ANOVA testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin ikili gruplar arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney-U testi ve üçlü grupların karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi veya test koşulları sağlanamadığı durumlarda Fisher's Exact Ki-Kare testi kullanıldı. Sonuçlar p değerinin 0.05'in altında olduğunda anlamlı olduğu şeklinde değerlendirildi.

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı kurumdan kurum izni alınmış ve çalışma ilgili hastanenin (Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu) Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır (24.06.2020 tarih 126 nolu karar). Katılımcılara araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilip yazılı onam alınmıştır.

### BULGULAR

Tablo 1'de araştırmaya katılan gebelerin bazı sosyo-demografik ve sağlık özellikleri incelendiğinde; kadınların yaş ortalamasının 29,4 $\pm$ 5,8 (min:19, max:44) olduğu, 6,4 $\pm$ 5,4 (min:1, max:30) yıllık evli olduğu, çoğunluğunun (%54,8) lise ve üzeri eğitim aldığı tespit edilmiştir. Kadınların, %84,1'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, çoğunluğunun pandemi de çalışmadığı (%78,1) ve gelirlerinin giderlerine denk (%53,2) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların % 81,4'ünün bir sosyal güvenceye sahip olduğu, %22,6'sının kronik bir hastalığının

olduğu, %39,6'sının ruhsal durumunu çok iyi olarak tanımladığı belirlenmiştir (Tablo 1). Çalışmaya katılan kadınların eşlerinin yaş ortalaması 34,3 $\pm$ 6,6 (min:19, max:48) olduğu, eşlerin büyük bir kısmının (%84,1) sekiz yıl üzerinde eğitim düzeyine sahip oldukları ve %94,6'sının pandemi de çalıştığı saptanmıştır.

**Tablo 1. Katılımcıların Demografik ve Sağlık Öykülerine Göre Dağılımları**

| Yaş (yıl) mean $\pm$ sd                              |            | 29,4 $\pm$ 5,8 | 29 (19-44) |
|--|------------|----------------|------------|
| Evlilik Süresi (yıl) mean $\pm$ sd                   |            | 6,4 $\pm$ 5,4  | 5 (1-30)   |
| Gebelerin Bireysel ve Sağlık Özellikleri             |            | n              | %          |
| Öğrenim durumu                                       | İlkokul    | 94             | 21,0       |
|  | Ortaokul   | 108            | 24,2       |
|  | Lise       | 125            | 28,0       |
|  | Üniversite | 120            | 26,8       |
| Pandemide çalışma durumu                             | Örgün      | 17             | 17,3       |
|  | Esnek      | 34             | 34,7       |
|  | Evden      | 40             | 40,8       |
|  | Diğer      | 7              | 7,1        |
|  | Çalışmıyor | 349            | 78,1       |
| Sosyal güvencesi                                     | Var        | 364            | 81,4       |
|  | Yok        | 83             | 18,6       |
| Gelir düzeyi   | Düşük      | 188            | 42,1       |
|  | Orta       | 238            | 53,2       |
|  | Yüksek     | 21             | 4,7        |
| Aile tipi  | Çekirdek   | 376            | 84,1       |
|  | Geniş      | 71             | 15,9       |
| Kronik hastalık mevcudiyeti                          | Var        | 101            | 22,6       |
|  | Hayır      | 346            | 77,4       |
| Gebelerin kendi ruhsal durumlarını değerlendirmeleri | Çok iyi    | 177            | 39,6       |
|  | İyi        | 113            | 25,3       |
|  | Orta       | 92             | 20,6       |
|  | Kötü       | 50             | 11,2       |
|  | Çok Kötü   | 15             | 3,4        |
| Toplam   |            | 447            | 100,0      |

Araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerine Tablo 2'de yer verilmiştir. Kadınların gravida ortalamasının 2,39 $\pm$ 1,40 (min:1, max:9) olduğu, gebelik haftası ortalamasının 23,67 $\pm$ 9,18 (min:26, max:39) olduğu, çocuklarının yaş ortalamasının 5,94 $\pm$ 3,92 (min:1, max:28) olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların çoğunun (%80,1) isteyerek gebe kaldığı, %59,7'sinin multipar olduğu, %57,2'sinin daha önceki doğumunu sezaryen olarak yaptığı, %34'ünün mevcut gebeliğinde risk olduğu ve çok az bir kısmının (%5,4) sigara kullandığı saptanmıştır. Katılımcıların %72'sinin gebelik, doğum, lohusalık

ve pandemi süreci hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade ettiği, sadece %33,6'sının doğum sonrası bakım eğitimi aldığı, eğitim alınan yer olarak genelde arkadaş ve aile ortamını tercih ettikleri

(%43,8), pandemi döneminde büyük çoğunluğunun (%82,1) antenatal takiplere düzenli gittiği belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları**

| Gravida mean±sd  |                         | 2,39±1,40  | 2 (1-9)      |
|--|-------------------------|------------|--------------|
| Mevcut Gebelik Haftası mean±sd                           |                         | 23,67±9,18 | 29 (26-39)   |
| Çocuk Yaşı mean±sd                                       |                         | 5,94±3,92  | 5 (1-28)     |
| Gebelik Özellikleri                                      |                         | n          | %            |
| Gebeliği isteme durumu                                   | Evet                    | 358        | 80,1         |
|  | Hayır                   | 89         | 19,9         |
| Gebelik trimesteri                                       | 1. trimester            | 145        | 32,4         |
|  | 2. trimester            | 146        | 32,7         |
|  | 3. trimester            | 156        | 34,9         |
| Parite   | Nullipar                | 180        | 40,3         |
|  | Multipar                | 267        | 59,7         |
| Önceki doğum şekli (n:269)                               | Vajinal Doğum           | 115        | 42,8         |
|  | Sezaryen                | 154        | 57,2         |
| Mevcut gebelikte risk                                    | Var                     | 152        | 34,0         |
|  | Yok                     | 295        | 66,0         |
| Gebe sigara içme durumu                                  | Evet                    | 24         | 5,4          |
|  | Hayır                   | 387        | 86,6         |
|  | Gebelikte Bıraktı       | 36         | 8,1          |
| Gebelik, doğum, lohusalık ve pandemi süreci bilgi durumu | Yeterli                 | 322        | 72,0         |
|  | Yeterli Değil           | 125        | 28,0         |
| Gebelik döneminde eğitim alma                            | Aldı                    | 150        | 33,6         |
|  | Almadı                  | 297        | 66,4         |
| Bilgi alınan yer (n:276)                                 | Medya                   | 50         | 18,1         |
|  | Çevre (aile ve arkadaş) | 121        | 43,8         |
|  | Sağlık Çalışanları      | 69         | 25,0         |
|  | Kitap                   | 36         | 13,1         |
| Düzenli Antenatal Takip                                  | Var                     | 367        | 82,1         |
|  | Yok                     | 80         | 17,9         |
| <b>Toplam</b>  |                         | <b>447</b> | <b>100,0</b> |

Tablo 3'de katılımcıların COVID-19 enfeksiyon kontrol önlemleri ile ilgili görüşlerine yer verilmiştir. Katılımcıların COVID-19 enfeksiyon kontrol önlemleri konusunda genelde (%75,8) bilgi sahibi oldukları, yüksek oranlarda (%94,6) korunma önlemlerini uyguladıkları, ev koşullarında sosyal mesafe ve izolasyon kurallarını uygulamakta (%72,3) zorlandıkları, evde ki dezenfeksiyon süreçleri hakkında bilgilerinin düşük düzeyde (%43) olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların COVID-19 pandemi döneminde ihtiyaç duydukları eğitim konularının dağılımına Tablo 4'de yer verilmiştir. Gebelerin en fazla gebelik süreci ve takipleri (%91,7), enfeksiyon koruyucu

ekipmanların doğru kullanılması (%89,7), enfeksiyonlar ve enfeksiyon kontrol önlemlerine (%87,9) ait bilgileri almak istedikleri saptanmıştır.

Tablo 5'de katılımcıların COVID 19 pandemi dönemi bilgi düzeyi puanları ile bazı değişkenler karşılaştırılmıştır. Bilgi düzeyi puanları ile değişkenler arasında yapılan karşılaştırmada öğrenim durumunun ve gebelik döneminde eğitim alınan etkili olduğu ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Üniversite mezunu olanların ve gebelik döneminde eğitim alanların eğitim puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir.





**Tablo 3. Katılımcıların COVID-19 Enfeksiyon Kontrol Önlemleri ile İlgili Görüşleri (n:447)**

| Görüşler  | Evet |      | Kararsızım |      | Hayır |      |
|---|------|------|------------|------|-------|------|
|   | n    | %    | n          | %    | n     | %    |
| Covid-19 bakteriyel bir enfeksiyon mudur?   | 330  | 73,8 | 78         | 17,4 | 39    | 8,7  |
| Covid-19 enfeksiyonu bulaş riski önlenbilir mi?   | 312  | 69,8 | 112        | 25,1 | 23    | 5,1  |
| Covid-19 enfeksiyonundan korunmak için el hijyeni önemli midir?   | 435  | 97,3 | 11         | 2,5  | 1     | 0,2  |
| Covid-19 enfeksiyonundan korunmak için el antiseptiği kullanılmalı mıdır?                                     | 384  | 85,9 | 55         | 12,3 | 8     | 1,8  |
| Covid-19 enfeksiyonundan korunmak için maske takılmalı mıdır?   | 437  | 97,8 | 8          | 1,8  | 2     | 0,4  |
| Covid-19 enfeksiyonundan korunmak için ev izolasyonunun önemli olduğunu düşünüyor musunuz?                    | 417  | 93,3 | 21         | 4,7  | 9     | 2,0  |
| Covid-19 enfeksiyonundan korunmak için 2 metrelik sosyal mesafe yeterli midir?                                | 343  | 76,7 | 88         | 19,7 | 16    | 3,6  |
| Gebelik sürecinizde Covid-19 enfeksiyonundan korunmak için önlemleri uyguluyor musunuz?                       | 423  | 94,6 | 20         | 4,5  | 4     | 0,9  |
| Covid-19 enfeksiyonundan korunmak için önlemler konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz? | 339  | 75,8 | 82         | 18,3 | 26    | 5,8  |
| Ev koşullarında sosyal mesafe ve izolasyon kurallarını uygulayabiliyor musunuz?                               | 323  | 72,3 | 65         | 14,5 | 59    | 13,2 |
| Evde rutin enfeksiyon kontrolüne yönelik çamaşır suyu çözeltilisi ile temizlik yeterli midir?                 | 192  | 43,0 | 180        | 40,3 | 75    | 16,8 |

**Tablo 4. Katılımcıların COVID 19 Pandemi Döneminde İhtiyaç Duydukları Eğitim Konularının Dağılımı (n:447)**

| Eğitim İhtiyaçları                                  | Gerekli |      | Kararsızım |      | Gereksiz |      |
|---|---------|------|------------|------|----------|------|
|   | n       | %    | n          | %    | n        | %    |
| Enfeksiyonlar ve enfeksiyon kontrol önlemleri       | 393     | 87,9 | 29         | 6,5  | 25       | 5,6  |
| Enfeksiyon koruyucu ekipmanların doğru kullanılması | 401     | 89,7 | 21         | 4,7  | 25       | 5,6  |
| Beslenme ve genel sağlık bilgisi                    | 390     | 87,2 | 29         | 6,5  | 28       | 6,3  |
| Gebelik süreci ve takipleri                         | 410     | 91,7 | 18         | 4,0  | 19       | 4,3  |
| Gebelik dönemi tarama testleri                      | 368     | 82,3 | 54         | 12,1 | 25       | 5,6  |
| Fiziksel aktivite ve egzersizler                    | 348     | 77,9 | 63         | 14,1 | 36       | 8,1  |
| Duygusal baş etme yöntemleri                        | 348     | 77,9 | 68         | 15,2 | 31       | 6,9  |
| Annelik rolü ve aile iletişim süreci                | 335     | 74,9 | 60         | 13,4 | 52       | 11,6 |
| Emzirme ve beslenme                                 | 358     | 80,1 | 43         | 9,6  | 46       | 10,3 |
| Temizlik & Sanitasyon                               | 346     | 77,4 | 46         | 10,3 | 55       | 12,3 |
| Bebek bakımı  | 369     | 82,6 | 34         | 7,6  | 44       | 9,8  |
| Koruyucu ekipmanlar                                 | 343     | 76,7 | 53         | 11,9 | 51       | 11,4 |
| Bebekte Uyku  | 348     | 77,9 | 41         | 9,2  | 58       | 13,0 |
| Bebekte gaz çıkarma                                 | 333     | 74,5 | 45         | 10,1 | 69       | 15,4 |
| Bebekte aşılama                                     | 352     | 78,7 | 51         | 11,4 | 44       | 9,8  |
| Bebekte rutin kontroller                            | 374     | 83,7 | 40         | 8,9  | 33       | 7,4  |
| Bebekte boşaltım sorunları                          | 298     | 66,7 | 77         | 17,2 | 72       | 16,1 |

**Tablo 5. Katılımcıların COVID 19 Pandemi Dönemi Bilgi Düzeyi Puanları ile Bazı Değişkenlerin Karşılaştırılması (n:447)**

| Bireysel ve Obstetrik Özellikler |              | Bilgi Düzeyi |      |        | p             |
|----------------------------------|--------------|--------------|------|--------|---------------|
|                                  |              | Mean         | ±sd  | Median |               |
| Öğrenim Durumu                   | İlkokul      | 5,17         | 1,11 | 5,00   | <b>0,002*</b> |
|                                  | Ortaokul     | 5,11         | 0,98 | 5,00   |               |
|                                  | Lise         | 5,31         | 0,76 | 6,00   |               |
|                                  | Üniversite   | 5,49         | 0,93 | 6,00   |               |
| Çalışma Durumu                   | Çalışmıyor   | 5,31         | 0,96 | 6,00   | 0,206         |
|                                  | Çalışıyor    | 5,45         | 0,94 | 6,00   |               |
| Pandemi de Çalışma Durumu        | Örgün        | 5,24         | 1,15 | 5,00   | 0,591         |
|                                  | Esnek        | 5,38         | 0,85 | 6,00   |               |
|                                  | Evden        | 5,57         | 0,90 | 6,00   |               |
|                                  | Diğer        | 5,57         | 1,13 | 6,00   |               |
| Eş Öğrenim Durumu                | İlkokul      | 5,25         | 0,82 | 5,00   | 0,082         |
|                                  | Ortaokul     | 5,20         | 1,06 | 5,00   |               |
|                                  | Lise         | 5,37         | 0,95 | 6,00   |               |
|                                  | Üniversite   | 5,49         | 0,91 | 6,00   |               |
| Gelir Düzeyi                     | Kötü         | 5,30         | 0,95 | 6,00   | 0,815         |
|                                  | Orta         | 5,36         | 0,97 | 6,00   |               |
|                                  | İyi          | 5,38         | 0,92 | 6,00   |               |
| Kronik Hastalık                  | Var          | 5,30         | 0,92 | 6,00   | 0,541         |
|                                  | Yok          | 5,35         | 0,97 | 6,00   |               |
| Gebelik Trimesteri               | 1. Trimester | 5,38         | 0,93 | 6,00   | 0,818         |
|                                  | 2. Trimester | 5,32         | 0,98 | 6,00   |               |
|                                  | 3. Trimester | 5,31         | 0,96 | 6,00   |               |
| Parite                           | Nullipar     | 5,34         | 1,01 | 6,00   | 0,923         |
|                                  | Multipar     | 5,34         | 0,92 | 6,00   |               |
| Önceki Gebeliklerde Sorun        | Var          | 5,47         | 0,93 | 6,00   | 0,072         |
|                                  | Yok          | 5,25         | 0,97 | 5,00   |               |
| Son Gebelikte Sorun              | Var          | 5,34         | 0,90 | 6,00   | 0,660         |
|                                  | Yok          | 5,35         | 0,97 | 6,00   |               |
| Mevcut Gebelikte Risk            | Var          | 5,36         | 0,94 | 6,00   | 0,848         |
|                                  | Yok          | 5,33         | 0,96 | 6,00   |               |
| İstemli Gebelik                  | Evet         | 5,33         | 0,98 | 6,00   | 0,976         |
|                                  | Hayır        | 5,36         | 0,88 | 6,00   |               |
| Gebelik Döneminde Eğitim Alma    | Evet         | 5,47         | 0,89 | 6,00   | <b>0,049</b>  |
|                                  | Hayır        | 5,27         | 0,98 | 6,00   |               |

## TARTIŞMA

COVID-19 ile ilgili eğitim stratejileri, bakım ve tedavi sürecindeki müdahaleleri geliştirmede ve uygulamada önemli bir araçtır. O nedenle özellikle tüm toplumun sağlığını etkileyen pandemi döneminde annelere verilen gebelik bakım ve eğitim hizmeti oldukça önemlidir. COVID-19 pandemisi sürecinde gebelerin, sürece yönelik bilgi düzeylerini ve eğitim ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışma bulguları literatür doğrultusunda aşağıda tartışılmıştır.

Çalışmada gebelerin yaş ortalamasının  $29,4 \pm 5,8$  olduğu,  $6,4 \pm 5,4$  yıllık evli olduğu, çoğunluğunun lise ve üzeri eğitim aldığı, %84,1'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Kadınların gravida ortalamasının  $2,39 \pm 1,40$  olduğu, çoğunun (%80,1) a maske kullanımı olup, sık el yıkayanların oranı %87,5, evden çıkmayanların oranı %22,5, eve misafir kabul etmeyenlerin oranı %66,3 olarak belirlenmiştir (Kaya Şenol ve Uçar, 2022). Çalışma sonuçlarımızın literatür bilgilerini desteklediği ve genel olarak gebelerin koruma kurallarına önem verdiği saptanmıştır.

Gebeler ciddi viral enfeksiyonlara karşı savunmasızdır ve bu ilişki COVID-19 pandemisi sırasında güçlü bir şekilde gösterilmiştir. Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) ve diğer güvenilir sağlık otoriteleri tarafından, gebelik bakım süreçlerinin kesintisiz yürütülmesi, korunma önlemlerine dikkat edilmesi, bağışıklamanın yapılması ve etkin bilgilendirme süreçlerinin sürdürülmesinin önemi vurgulanmaktadır (Sadıç ve diğerleri, 2023; Doğan Merih ve diğerleri, 2020).

Çalışmada gebelerin COVID-19 ve korunma sürecine yönelik bilgilerinin yüksek olduğu, yapılacak eğitimlerde gebelik süreci ve takipleri (%91,7), enfeksiyon koruyucu ekipmanların doğru kullanılması (%89,7), enfeksiyonlar ve enfeksiyon kontrol önlemlerine (%87,9) ait bilgileri almak istedikleri saptanmıştır. Aniwke ve ark. tarafından yapılan çalışmada %66–82'sinde kontrol önlemlerine yönelik pozitif tutum tespit edilmiştir (Aniwke ve diğerleri, 2020). Turan'ın çalışması ile Nijerya, Çin, ABD ve Bangladeş gibi farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda gebelerin COVID-19'a yönelik genel bilgi ve farkındalık seviyeleri iyi oranda bulunmuştur (Turan, 2021; Nwafor ve diğerleri, 2020; Mannan ve Farhana, 2020; Clements, 2020). Nwafor ve ark., COVID-19 ile ilgili önleyici tedbirler hakkında gebelerin %60,9'unun bilgi sahibi olduğunu bulmuşlardır (Nwafor ve diğerleri, 2020). Doğan ve ark. çalışmasında da toplumun salgın hakkındaki bilgi düzeyinin yüksek oranda doğru olduğu, salgında uyulması gereken kuralların büyük çoğunluğunun bilindiği saptanmıştır (Doğan ve diğerleri, 2021). Tayland'da yapılan çalışmada kadınlarda COVID-

19'un bulaş yoluna, klinik bulgularına ve kötü gebelik sonuçlarına dair bilgi seviyesinin düşük olduğu bulunmuştur (Srichan ve diğerleri, 2020).

Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde, bilgi düzeyleri açısından farklı sonuçlar dikkati çekmiştir. Bu farklılıkta ülkelerin hizmet süreçlerinin, pandemi kontrol yaklaşımlarının, bilgilendirme programlarının çeşitliliğinin etkisi olabilir. Bu çalışmada gebelerin bilgi düzeyinin yüksek olmasında ülkemizdeki pandemi konusunda yürütülen programın etkinliğinin, kurumlar arası işbirliğinin, sağlık hizmetlerinde kesintisiz hizmet sunumlarının ve sosyal medya araçları etkili bilgilendirmelerin etkisi düşünülebilir.

Gebelikte oluşabilecek risk faktörlerini saptayan, annede bilgi ve deneyimiyle özgüven oluşturan, maternal-fetal etkileşimde farkındalık sağlayan, gebenin anneliğe hazırlanmasına destek veren, aile içi ilişkilerin düzenlenmesine yardım eden, kadına danışmanlık veren en yakın sağlık personeli ebe ve hemşirelerdir (Fullerton ve diğerleri, 2010; Teeffelen ve diğerleri, 2011). Literatürde antenatal eğitim alan gebelerin doğumlarında daha az ilaç kullanıldığı, anksiyetelerinin daha az olduğu ve doğum sonu dönemde daha az depresyona girdiği belirtilmektedir (Doğan Merih ve diğerleri, 2020; Mendilcioğlu, 2020).

Gebelerin, bilgilendirilmesi, farkındalıklarının artırılması ve COVID-19 ile ilgili mücadelenin bilincinde olmaları gerekmektedir. Bu noktada, kilit role sahip sağlık profesyonellerinin gebelere COVID-19'dan korunmaya yönelik mevcut ve doğru bilgileri aktarmalarının son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada pandemi sürecine yönelik bilgi düzeyi puanları ile değişkenler arasında yapılan karşılaştırmada öğrenim durumunun ve gebelik döneminde eğitim almanın etkili olduğu ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Sonuçlar değerlendirildiğinde eğitimin önemi bir kez daha vurgulanmıştır.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun 2014'de yayınladığı genelgeye göre, anne adayının gebelik döneminde bilgilendirmesinin bir annelik hakkı olduğu ifade edilmiştir. Bu kapsamda; halk sağlığına ve kamu hastaneler birliğine bağlı kurumlarda en kısa sürede gebe bilgilendirme sınıfı programının başlatılması gerektiği vurgulanmıştır. Bu genelge ile ülkemizde gebe bilgilendirme sınıfları yaygınlaştırılmıştır (Gönenç ve Çakırer Çalbayram, 2017). Çalışmamızda COVID-19 pandemi sürecine yönelik gebelik döneminde eğitim alanların puanlarının yüksek olması bilgilendirme sınıflarının gerekliliğini göstermiştir.

Literatürde kadınların gebe okulunda aldıkları eğitimin hem gebelik döneminde hem de doğum sürecinde (doğum ağrısı ile baş etme, doğum korkularının



azalması) fayda sağladığı (Yüksel ve diğerleri, 2015; Fabian ve diğerleri, 2005), gebeliğe ve anneliğe uyumu kolaylaştırdığı, motivasyon yönünden pozitif etkilediği (Oh ve diğerleri, 2002), bu eğitimlerden büyük oranda memnun kaldıkları ve bilgi düzeylerinin anlamlı olarak yükseldiği görülmektedir (Gagnon ve Sandall, 2007). Pandemi döneminde online gebe okulu eğitimlerinin etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada, verilen online gebe okulu eğitimlerinin katılımcıları memnun ettiği, farkındalıklarını arttırdığı ve stres oranlarını azalttığı belirlenmiştir (Doğan Merih ve diğerleri, 2020). Literatür bilgileri doğrultusunda gebe okulu programının; gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme önemli katkıları olduğu, kadınların gebeliğe adaptasyonunu arttırdığı söylenebilir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelerin, pandemi sürecine yönelik bilgi düzeyleri ve eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmamız sonucunda; gebelerin çoğunluğunun pandemi dönemine yönelik farkındalıklarının olduğu, koruma önlemlerini uyguladığı, hastanede çapraz enfeksiyon riskinden endişelenmelerine rağmen gebelik takiplerine düzenli gittiği, kendilerine yapılacak eğitimlerde en fazla gebelik süreci ve takipleri, enfeksiyon koruyucu ekipmanların doğru kullanılması konularına ait bilgi ihtiyaçlarının bulunduğu, pandemi sürecine yönelik farkındalık puanlarının eğitilmiş grupta yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Çalışmamız sonucunda gebelikte ve pandemi döneminde yaşanan değişimlerin, gebelerin destek ve eğitim ihtiyaçlarını artırdığı saptanmıştır. Gebelerin rutin süreçlerin yanında eğitim ihtiyaçları belirlenerek bilgilendirilmeleri ve desteklenmeleri önemlidir. Gebe ile birlikte gebenin ailesine ve özellikle eşine gebeliğin fizyolojik, psikolojik yönü ile ilgili eğitim verilmeli ve aile bütüncül bakım yaklaşımı ile desteklenmelidir.

## Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma tek merkezde, yalnızca ilgili hastaneye gelen ve çalışmaya katılmaya kabul eden gebelerle gerçekleştirilmiştir.

## Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee Approval: Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni alınmış ve çalışma ilgili hastanenin Etik Kurulu'ndan (Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu) 24.06.2020 tarih 126 nolu karar ile etik kurul izni alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilip yazılı onam alınmıştır.

**Hakem/Peer-review:** Dış hakem değerlendirmesi.

## YazarKatkısı/AuthorContributions:

Fikir/kavram: YDM,PK, Tasarım: YDM,PK; Danışmanlık: YDM,PK; Veri toplama: YDM,PK, BZY; Veri İşlem YDM,PK, BZY; Analiz ve/veya Yorum: YDM,PK; Kanak tarama: YDM,PK; Makalenin Yazımı: YDM,PK; Eleştirel inceleme: YDM,PK; Kaynaklar ve fon sağlama: YDM,PK, BZY

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

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

## Kaynaklar

- Anikwe CC, Ogah CO, Anikwe IH, Okorochukwu BC, Ikeoha CC. (2020). Coronavirus disease 2019: Knowledge, attitude, and practice of pregnant women in a tertiary hospital in Abakaliki, southeast Nigeria. *Int J Gynecol Obstet*, 24;151(2):197–202. doi.org/10.1002/ijgo.13293
- Ashraf MA, Keshavarz, P, Hosseinpour P, Erfani, A, Roshanshad A, Pourdast A, Poordast T. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A systematic review on the probability of pregnancy and vertical transmission. *Journal of Reproduction & Infertility*, 21(3), 157-16
- Breslin N, Baptiste, ., Gyamfi-Bannerman ., Miller R, Martinez R, Bernstein K, Sheen JJ. (2020). COVID-19 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: Two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. *Am J Obstet Gynecol MFM*, 2(2):1-7. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100118.
- Brooks SK, Weston D, Greenberg N. (2020). Psychological impact of infectious disease outbreaks on pregnant women: Rapid evidence review. *Public Health*, 189, 26–36. doi: 10.1016/j.puhe.2020.09.006
- Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet*, 395(10226):809–15.
- Clements JM. (2020). Knowledge and behaviors toward COVID-19 among us residents during the early days of the pandemic: cross-sectional online questionnaire. *JMIR Public Heal Surveill*, 8;6(2):e19161. doi: 10.2196/19161.
- Corbett, GA, Milne SJ, Hehir MP, Lindow SW, O'connell MP. (2020). Health anxiety and behavioural changes of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *European Journal Obstetrics Gynecology Reproductive Biology*, 249, 96–97. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.04.022
- Demirel Bozkurt Ö, Taner A, Doğan S. (2022). Gebelerin COVID-19 Pandemi Sürecinde Anksiyete Düzeyleri, Baş Etme Durumları ve Etkileyen Faktörler. *Journal of Nursology*, 25(2): 69-76. doi: 10.5152/JANHS.2022.955740
- Doğan Merih Y, Karabulut, Ö, Sezer A. (2021). Is Online Pregnant School Training Effective in Reducing the Anxiety of Pregnant Women and Their Partners During the COVID-19 Pandemic?. *Bezmialem Science*, 9:13-24.
- Doğan A, Çerik HÖ, Gürgen A, Özturan A. (2021). Toplumun sosyodemografik yapısının covid 19 pandemisi hakkında bilgi düzeyi, kaygı ve beklentilere etkisi. *J Immunol Clin Microbiol*, 6(3):139–47.
- Fabian HM, Radestad IJ, Waldenström U. (2005). Child birth and parenthood education classes in Sweden: Women's Opinion and Possible Outcomes. *Act a Obstet Gynecol Scand*, 84(5):436-43. doi: 10.1111/j.0001-6349.2005.00732.x
- Fullerton JT, Thompson JB, Severino R. (2010). The international confederation of midwives essential competencies for basic midwifery practice. An up date study.
- Gagnon, AJ, Sandall J. (2007). Individual or groupantenatal education for childbirth or parenthoodorboth. *Cochrane Database Syst*, 3:CD002869. doi: 10.1002/14651858.CD002869.pub2
- Gönenç İM, Çakırer Çalbayram N. (2017).Gebelerin, gebe okulu programı hakkındaki görüşleri ve eğitim sonrası deneyimleri. *Journal of Human Sciences*, 14(2):1609-20.
- Gragnano E, Esposit G, Iardi B, Turco, M, Verrazzo P, Saccone G. (2021). Letter to the Editor: COVID-19 vaccine during pregnancy: it is time to have a fair inclusion of pregnant women in clinical trials. *Perinat J*, 3;29(3):274–5. doi: 10.2399/prn.21.0293001.
- Kanığ M, Eroğlu K. (2019). Perceived level of social support among pregnant women and affecting factors. *J Educ Res Nurs*, doi: http://dx.doi.org/10.5222/HEAD.2019.125.
- Kaplan Ö, Kaplan, A, Çağlı F. ve Çetin Ş. (2022). Gebelerin covid-19 korku düzeyleri ile kullandıkları koruyucu, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 590-602. doi: 10.33715/inonusaglik.1011876
- Kaya Şenol D, Uçar Z. (2022). COVID-19'un gebelik, doğum öncesi bakım ve doğum üzerindeki etkileri. *Turkish J Fam Med Prim Care*, 16(1): 57-65. doi.org/10.21763/tjfmprc.992209.
- Kingsley J, Vijay PK, Kumaresan J, Sathiakumar N. (2021). The Changing Aspects of Motherhood in Face of the COVID-19 Pandemic in Low-and Middle-Income Countries. *Maternal and Child Health Journal*, 25(1), 15-21. doi: 10.1007/s10995-020-03044-9
- Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 277, 5–13. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126
- Mannan K, Farhana K. (2020). Knowledge and perception towards Novel Coronavirus (COVID-19) in Bangladesh. *Int Res J Bus*

- Soc Sci, 6(2):76–87.  
doi.org/10.2139/ssrn.3578477.
- Mendilcioğlu İ. (2020). Gebelikte koronavirüs enfeksiyonu (COVID-19) hakkında görüş, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Yayını.
- Nwafor JI, Anukwu JK., Anozie BO, Ikeotuonye AC, Okedo-Alex IN. (2020). Pregnant women's knowledge and practice of preventive measures against COVID-19 in a low-resource African setting. *Int J Gynecol Obstet*, 19;150(1):121–3. doi.org/10.1002/ijgo.13186
- Oh HE, Sim GS, Kim JS. (2002). The effects of prenatal education on primiparas perception of delivery experience, self-confidence and satisfaction in maternal role performance. *Korean J Women Health Nurs.*, 8(2):268-77.
- Poon LC, Yang H, Lee JCS, Copel JA, Leung, TY, Zhang Y. (2020). ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 20;55(5):700–8.
- Preis H, Mahaffey B, Lobel M. (2020). Psychometric properties of the pandemic-related pregnancy stress scale (PREPS). *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41(3), 191-197. doi: 10.1080/0167482X.2020.1801625
- Qiao, Y, Wang J, Li J, Wang J. (2012). Effects of depressive and anxiety symptoms during pregnancy on pregnant, obstetric and neonatal outcomes: A follow-up study. *J Obstet Gynaecol*. 28;32(3):237–40.
- Turan G. (2021). Knowledge, attitude, and behaviors of pregnant women about COVID-19: a single-center cross-sectional study. *Perinat J*. 3;29(3):186–93. doi: 10.2399/prn.21.0293003.
- WHO. (2020). WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid19/news/news/2020/3/who-announcescovid-19-outbreak-a-pandemic> (Erişim: 03.10.2023)
- Wu T, Jia X, Shi H, Niu J, Yin X, Xie J, Wang X. (2021). Anxiety disorders in pregnant women during COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 2021;281:91–98.
- Yüksel B, Seven, A, Yıldız Y, Gözükara, İ, Kucur SK, Polat M. (2015). Vajinal doğum ve sezeryan öncesi ve sonrasında hastaların ağrı algılarına etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 6(4):116-20
- Saccone G, Florio A, Aiello F, Venturella R, De Angeli, MC, Locci M, Di Spiezio Sardo, A. (2020). The psychological impact of coronavirus disease 2019 in pregnant women. *American Journal and Obstetrics Gynecology*, 223(2), 293- 295. doi: 10.1016/j.ajog.2020.05.003
- Sadıç, E., Yılar-Erkek, Z., Şen-Uzeli, Ü. (2023). Pandemi Sürecinde Gebelerin, Covid-19 Bilgi Düzeyleri ile Koronavirüs Anksiyetesi Arasındaki İlişki. *J TOGU Heal Sci*. 3(2): 156-172.
- Srichan P, Apidechkul T, Tamornpark R, Yeemard F, Khunthason S, Kitchanapaiboon S. (2020). Knowledge, attitudes and preparedness to respond to COVID-19 among the border population of northern Thailand in the early period of the pandemic: a cross-sectional study. *WHO South-East Asia J Public Heal*, 9(2):118. doi: 10.4103/2224-3151.294305
- Tantona MD. (2020). Anxiety disorders in pregnant women during COVID-19 pandemic. *Journal Penelitian Perawat Profesional*, 2(4), 381-392.
- Teeffelen AS, Nieuwenhurze M, Korstjens Ğ. (2011). Women want proactive psychosocial support from midwives during transition to motherhood: a qualitative study. *Midwifery*, 27;:122-127. doi: 10.1016/j.midw.2009.09.006
- TNSA. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2018). p. 75–7. Available from: [http://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Arastirmalar-raporlar/2018\\_TNSA/TNSA2018](http://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Arastirmalar-raporlar/2018_TNSA/TNSA2018)

**Olgu Sunumu/Case Report**

**Histerektomi Olan Hastanın Konfor Kuramına Göre  
Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu**

**Leman KOCADEMİR<sup>1</sup> & Hilmiye AKSU<sup>2</sup>**

*Nursing Care of a Patient With Hysterectomy According to Comfort Theory: A Case Report*

**ÖZ**

Hemşireliğin gelişmesiyle, hemşirelik kuramlarının klinik uygulamalara yansımaları, hemşirelik bilimine ve yapılan çalışmalara olumlu etkisi oldukça fazladır. Bu kuramlardan biri olan konfor kuramı; hasta birey, aile ya da çevrenin konfor gereksinimlerinin belirlenmesi, gereksinimlerine yönelik önlemlerin alınması, gereksinimlerine yönelik önlemlerin alınması, temel konfor düzeyi ile uygulama sonrası konfor düzeyinin değerlendirilmesi sürecinden oluşmaktadır. Histerektomi ameliyatı olmak ve kanser tanısı almak kadın yaşamında stresli bir süreçtir. Bu çalışmada, histerektomi olan kadının Kolcaba'nın konfor kuramına göre hemşirelik bakım ve süreci ele alınmaktadır. Çalışmada verilerin toplanmasında konfor kuramının düzey ve boyutları dikkate alınmıştır ve hemşirelik girişimleri planlanmıştır. Model yoluyla uygulanan girişimler ile kadının fiziksel, psikospirüel, çevresel ve psikososyal düzeyde, ferahlama, rahatlama ve üstünlük bileşenleri ile bütünlüğü sağlanmaya çalışılmıştır. Kuram ile histerektomi uygulanmış kadına sistematik olarak hemşirelik bakımının uygulanabileceği ve konforun sağlandığı görülmüştür. Kadının bakım alırken konforunun en üst düzeyde olması için Kolcaba'nın konfor modeli güçlü destek sağlamış ve klinik hemşirelik uygulamaları için rehber olmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Hemşirelik, histerektomi, konfor, kuram, teori

**ABSTRACT**

With the development of nursing, the reflection of nursing theories on clinical practices and their positive effects on nursing science and studies are quite high. Comfort theory, which is one of these theories, consists of the process of determining the comfort needs of the patient individual, family or environment, taking measures for their needs, taking measures for their needs, evaluating the basic comfort level and the comfort level after the application. 1 Having hysterectomy surgery and being diagnosed with cancer is a stressful process in women's lives. In this study, the nursing care and process of the hysterectomized woman according to Kolcaba's comfort theory is discussed. In the study, the levels and dimensions of the comfort theory were taken into consideration in data collection and nursing interventions were planned. With the interventions applied through the model, it was tried to ensure the integrity of the woman at physical, psychospiritual, environmental and psychosocial levels with the components of refreshment, relaxation and superiority. With the theory, it was seen that nursing care could be systematically applied to the woman who underwent hysterectomy and comfort was provided. Kolcaba's comfort model provided strong support for the woman to have the highest level of comfort while receiving care and became a guide for clinical nursing practices.

**Keywords:** Comfort, hysterectomy, nursing, theory, theory

**<sup>1</sup>Corresponding author:** Uzman hemşire, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Türkiye.. **e-mail:** leman19966@gmail.com **ORCID ID:** 0000-0002-3440-1756

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

**Geliş tarihi:** 16.06.2023 **Kabul Tarihi:** 18.03.2024 **Online Yayın Tarihi:**31.03.2024

**Atf/Citation:** Kocademir L, Aksu H.. (2024). Histerektomi olan hastanın konfor kuramına göre hemşirelik bakımı: olgu sunumu. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 10 (1),12-19.

## EXTENDED ABSTRACT

Theory is a set of concepts that enable the establishment of the relationship between concepts based on more than one hypothesis, generalization and law. Comfort theory, consists of the process of determining the comfort needs of the patient individual, family or environment, taking measures for their needs, taking measures for their needs, evaluating the basic comfort level and the comfort level after the application. The concept of comfort has been used since the beginning of modern nursing, and it has been stated that one of the responsibilities of nurses is to ensure and increase the comfort of the patient.

Having hysterectomy surgery and being diagnosed with cancer is a stressful process in women's lives. In this study, the nursing care and process of the hysterectomized patient according to Kolcaba's comfort theory is discussed. In the study, the levels and dimensions of the comfort theory were taken into consideration in data collection and nursing interventions were planned. In the study, the personal information of the subject was discussed in detail and the level and dimensions of the comfort theory were taken into account in collecting the data. Accordingly, nursing diagnoses such as acute pain, postoperative bleeding risk, fluid volume deficiency risk, anxiety, ineffective sexual pattern, infection risk, sleep pattern disorder, and overweight were made. Nursing interventions for these diagnoses were planned, implemented and evaluated.

With the interventions applied through the model, it was tried to ensure the integrity of the woman at physical, psychospiritual, environmental and psychosocial levels with the components of refreshment, relaxation and superiority. With the theory, it was seen that nursing care could be systematically applied to the patient who underwent hysterectomy and comfort was provided. Kolcaba's comfort model provided strong support for the woman to have the highest level of comfort while receiving care and became a guide for clinical nursing practices. As a result, Kolcaba Comfort Theory has provided great convenience in the nursing care process and has been effective in increasing the comfort of the patient.

### Giriş

### Giriş

Kuram, birden fazla denence, genelleme ve kanuna dayanan kavramlar arasındaki ilişkinin kurulmasını sağlayan kavramlar kümesidir. Hemşirelikte kuramların uygulamaya aktarılmasındaki amaç klinikte bireylerin sağlığını yükseltmek için kullanılan hemşirelik uygulamalarını daha üst düzeye

çıkarmaktır (McEwen ve Wills, 2014; Karadağ ve ark., 2017).

Hemşire, bakımın kalitesini arttırmak için karar verme ve problem çözme sürecinde kuramsal teorileri rehber olarak kullanmalıdır (Mckenna, Pajkihar ve Murphy, 2019). Hemşirelikte, uzun süredir devam eden kuramsal çalışmalara rağmen kuram ve uygulama arasında önemli bir boşluk bulunmaktadır. Hemşirelikte kuram kullanımı, uygulamadaki sorunların araştırılmasına yönlendirerek hemşirelere doğru ve iyi olanı uygulamak konusunda yol gösterir ve hemşirelik uygulamalarıyla çözüm önerileri geliştirilmesini sağlar (Yücel, 2011; Kacaroglu Vicdan ve Gülseven Karabacak, 2014). Hemşirelik uygulamalarında kuramların kullanılmaması, hemşirelik bakımında geleneksel uygulamaların rutin şekilde devam etmesine sebep olur. Bu çalışmanın amacı, histerektomi ameliyatı olan hastanın Kolcaba'nın Konfor Kuramı'na göre hemşirelik bakımını ve süreci değerlendirmektir.

### Kolcaba ve Konfor Kuramı

Konfor Kuramı, Kolcaba tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Fransızca kökenli ve sözlük anlamı hayatı kolaylaştıran rahatlık olarak tanımlanan konfor hemşirelikte; hasta birey, aile ya da çevrenin konfor ihtiyaçlarının belirlenmesi, ihtiyaçlarına yönelik uygulamaların yapılması sürecinden oluşmaktadır. Kolcaba, konforu holistik yaklaşımla "bireyin yardım, huzur sağlama ve problemlerin çözülmesine ilişkin gereksinimlerinin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel boyutlar bağlamında karşılanması olarak tanımlamıştır (Velioglu, 2012; Karadağ ve ark., 2017).

Konfor kavramı modern hemşireliğin başlangıcından beri kullanılmaya başlanmış, hemşirelerin sorumluluklarından birinin hastanın konforunu sağlamak ve yükseltmek olduğu ifade edilmiştir (Tutton ve Kate, 2003). Konfor, hastanın temel bir insan gereksinimi olup, hemşirelik bakımının hedeflerinden biridir. Birey konfor gereksinimini karşılayamayacak durumdaysa bu gereksinimler başkası tarafından karşılanmalıdır. Bireyin konfor düzeyinin yükselmesi, sağlığı geliştirici davranışlarının uygulama sıklığını da güçlendirir (Kolcaba, 2003; Karadağ ve ark., 2017).

Kolcaba, konfor kavramının üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapısını 1988 yılında oluşturmuştur. Konfor düzeyleri ferahlama, rahatlama ve üstünlük olmak üzere sınıflandırılırken, konfor boyutlarını fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel konfor olmak üzere dört grupta



incelenmektedir (Yücel, 2011; Ocağcı ve Akpar, 2013).

### **Konfor Boyutları:**

*Fiziksel konfor:* Bireyin fiziksel ihtiyaçlarının karşılanmasıyla ilgilidir. Beslenme, boşaltım, sıvı-elektrolit dengesi, hastalığa karşı tepkisi, uyku, dinlenme ve gevşeme gibi fiziksel faktörleri içermektedir. Fiziksel konforun bozulmasındaki en temel etkenlerden biri ağrıdır (Karadağ ve ark., 2017).

*Psikospritiüel konfor:* Bireye ait mental, emosyonel ve manevi bileşenlerden oluşan öz saygı, benlik kavramı gibi bireyin yaşamına anlam katan duygulardır. Hastalar için maddi sıkıntılar, sosyal ilişkilerin bozulması, aile içindeki rolünün değişmesi, çevreye bağımlı olması, beden imgesinde değişiklik ve ölüm korkusu gibi durumlar anksiyete ve depresyon riskini arttırmaktadır. Hasta ziyaretlerine fırsat vermek, hastaya değerli olduğunu hissettirmek ve dini inançlarına saygı göstermek gibi uygulamalar arasında sayılabilir (Kolcaba, 2003; Velioğlu, 2012).

*Çevresel konfor:* Dışsal faktörler ve bunların insanın üzerindeki etkilerini kapsar. Çevresel konfor, aydınlık, ses, koku, ısı, renk, bireyin gördüğü manzara, çevredeki insanlar ve ortamdaki eşyalar gibi bireyin dış ortamı ile ilgili kavramları kapsar (Ocağcı ve Alpar, 2013).

*Sosyokültürel konfor:* Ailenin örf, gelenek, görenek ve dinsel inançlarına göre bakım verme gibi kavramları kapsar (Demirbağ, 2021).

### **Konfor Düzeyleri:**

*Ferahlama;* Bireyin gereksinimlerinin karşılanmaya başlanmasıyla hissettiği durumdur. Birey için problem olan bir gereksinimin karşılanmasıyla ferahlama yaşanmaktadır.

*Rahatlama;* Sakin, rahat ve huzurlu olma durumudur. Hastanın kendini rahat hissetmesi, memnun olduğunu belirtmesi durumudur.

*Üstünlük;* Bireyin sorunlarıyla baş edebilmesi, güçlerin artırılması durumudur. Konfor gereksinimlerinin karşılanmasıyla birey, sorunlarla baş edebilme düzeyine gelebilmektedir (Kolcaba, 2003; Karadağ ve ark., 2017).

### **Araştırmanın Etik Yönü:**

Olguya ilişkin veriler toplanmadan önce hastaya araştırma hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı onam alınmıştır (09/10.05.2023). Araştırma ve yayım etiği ilkelerine uyulmuştur.

### **Olgu Sunumu**

Bu olgu sunumunda bahsi geçen hastadan 9-10 Mayıs 2023 tarihlerinde veri toplanmış ve hastadan sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Çalışma olgu sunumu türünde olduğu için etik kurul onayı alınmamıştır. Hasta T.K., 58 yaşında 97 kg, 161 cm boyundadır. Hasta endometriyum kanseri tanısı almış ve 2 hafta süren lekelenme tarzında kanama şikayeti nedeniyle pap-smear testi yapılmıştır. Pap smear testinde anormal bulgu saptanmayan hastanın şikayetlerinin devam etmesi üzerine tekrar hastaneye başvurduğunda küretaj biyopsi (Probe/Curettage) işlemi yapılmıştır. Küretaj biyopsi sonucu endometriyum tip adenokarsinom FIGO GRADE 1 çıkmış ve cerrahi tedavi (TAH+BSO) planlanmıştır. Bayan T.K. ameliyattan korktuğu ve yakın çevresinden duyduğu olumsuz söylentilerden dolayı ameliyat olmayı ertelemiştir. Bu süreçte hastalığını ve ameliyatı araştırın T.K. ameliyat olmaya karar vermiş ve olmuştur. Hasta ile postoperatif 1'nci ve 2'nci günlerde görüşülmüştür. Hastaya hemşirelik bakımı "Kolcaba Konfor Kuramı"na uyarlanmış şekilde verilmiştir. Bayan T.K.'nın kişisel bilgileri, hemşirelik tanıları ve olguya göre hemşirelik girişimleri Tablo 1 ve Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 1. Olgunun Kişisel Bilgileri**

| <b>Kişisel özellikler</b>   | <b>Özgeçmiş</b>   | <b>Obstetrik ve jinekolojik özellikler</b>   | <b>Alışkanlıklar</b>   |
|---|---|--|--|
| Bayan<br>T.K.<br>Yaş: 58,<br>Lise mezunu,<br>Muhasebeci,<br>Evli,<br>Eşinin yaşı: 65,<br>Kan grubu: B Rh<br>(+) | 2019 yılında safra kesesi ameliyatı geçirmiş.<br>2023 yılında Pap-smear testi ve endometriyum biyopsi/küretaj işlemi yapılmış.<br><b>Soygeçmiş</b><br><br>Annede:<br>Endometriyum kanseri ve hipertansiyon<br>Babada:<br>Diyabet ve hipertansiyon   | Gravida: 2<br>Parite: 2 (Vajinal doğum)<br>Abortus ve küretaj: Yok<br>Yaşayan çocuk: 2<br>Menarş: 12 yaş<br>Menstruel siklus: 28 günde bir, beş gün sürmekte.<br>Pap-smear: Negatif. | Sigara ve alkol: Kullanmıyor.<br>Sürekli kullandığı ilaç: Yok.<br>Banyo: Haftada 3-4 kez<br>Beslenme: Karbonhidrat ağırlıklı 2 ana öğün. Ara öğün yok.<br>Uyku: Günde 8 saat uyku.<br>Gece uyumakta zorlanıyor.<br>Egzersiz: Yapmıyor.<br>Sıvı alımı: Günde 1 litre<br>Defekasyon: İki günde bir,<br>Cinsel aktivite:<br>Disparoni mevcut, cinsel birlikteliğin azaldığını ilettili. |
| <b>Şikayetleri</b>  | <b>Sistemsel bulgular</b>   | <b>Laboratuvar ve vital bulguları</b>  |  |
| Lekelenme tarzında ara kanama   | Solunum: 18/dk.<br>Dolaşım: Ekstremitelerin ısı ve rengi eşit.<br>Sindirim: Normal. Rejim 2 (yumuşak diyet) alıyor.<br>Nöroloji: Normal<br>Kas iskelet sistemi: Normal<br>Cilt bütün, rengi ve turgoru normal.<br>Endokrin sistem: Normal<br>Psikoloji: Hastalığın prognozu nedeniyle korku ve stres mevcut | Ateş: 36.5°C<br>Nabız: 75/dk<br>TA: 120/70 mmHg<br>Ödem: Yok<br>Boy: 161 cm<br>Kilo: 97 kg<br>BKİ: 37,42 (Şişman)  | Eritrosit: 4,20<br>Lökosit: 9,20<br>Hb:14,2<br>Htc:44,6  |

**Hastanın ilaç tedavisi**

İlaç tedavisi: Petisel 3×1, Anti-nause 1×1, Oksapar, 1×1, Rodinac 3×1, Klindaver 2×2, Tansifa, 1×1 alıyor.

**Tablo 2. Kurama Özgü Hemşirelik Tanıları**

| <b>Konfor kuramı düzeyleri /boyutları</b> | <b>Hemşirelik tanısı</b>   | <b>Ferahlama</b>  | <b>Huzur/Rahatlama</b>   | <b>Anlam bulma/Üstünlük</b>   |
|---|----------------------------|---|--|---|
| <b>Fiziksel Konfor</b>                    | Akut Ağrı                  | Ağrıyı azaltmak için farmakolojik ve nonfarmakolojik girişimlerin uygulanması | Hastanın ağrısının giderilmesi   | Ağrıyla baş edebilmesi  |
|   | Postoperatif Kanama Riski  | Kanamamanın takip edilmesi  | Kanamamanın azaltılması  | Kanamamanın önlenmesi   |
|   | Sıvı Volüm Eksikliği Riski | Hastanın sıvı ihtiyacının giderilmesi   | Hastanın sıvı alımına engel olan durumların saptanması ve sorunların giderilmesi         | Hastanın sıvı alımının önemini anlaması ve sıvı alımını arttırması          |
| <b>Psikospiritüel Konfor</b>              | Anksiyete                  | Hastanın stres ve korkularını belirtmesi                                      | Strese ve korkuya sebep olan durumların konuşulması                                      | Hastanın stres ve korkularıyla baş edebilmesi                               |
|   | Etkisiz Cinsellik Örüntüsü | Cinsel disfonksiyona sebep olan durumların ifade edilmesi                     | Disparoniye bağlı sorunları önlemek için cinsel davranışa ilişkin önerilerin açıklanması | Cinsel memnuniyetin arttırılması  |
| <b>Çevresel Konfor</b>                    | Enfeksiyon Riski           | Enfeksiyon belirti ve bulgularının takip edilmesi                             | Enfeksiyon belirti ve bulgularının gözlenmemesi  | Enfeksiyonun engellenmesi ve hastanın enfeksiyon hakkında bilgilendirilmesi |
|   | Uyku Örüntüsünde Bozukluk  | Uyumayı zorlaştıran faktörlerin ifade edilmesi                                | Konforlu uyumasını sağlayan faktörlerin belirlenmesi                                     | Hastanın uyumadan önceki yanlış olan davranışlarını düzeltilmesi            |
| <b>Sosyokültürel Konfor</b>               | Fazla Kilo                 | Hastanın beslenme alışkanlıklarını düzenlemek                                 | Hastaya uygun diyet planının oluşturulması   | Hastanın BKİ'nin normal aralığa düşmesi                                     |



**Tablo 3.** Kurama özgü hemşirelik girişimleri

| Kurama özgü alan             | Hemşirelik tanısı  | Amaç   | Girişim  | Değerlendirme  |
|------------------------------|--|--|--|--|
| <b>Fiziksel Konfor</b>       | Akut Ağrı  | Ağrının giderilmesi  | Hastanın VAS (Vizüel ağrı skalası) ile "6" olarak değerlendirildi. Order edilen analjezikler uygulandı. Hastanın dikkatini başka yöne çekmek için sohbet edildi, nefes egzersizleri öğretildi, televizyon izlemesi, müzik dinlemesi gibi önerilerde bulunuldu.   | Hasta, ağrı şiddetinin azaldığını ilettili. VAS'a göre ağrı şiddeti "1-2" olarak değerlendirildi.  |
|                              | Kanama Riski   | Kanamamanın azaltılması önlenmesi  | İnsizyon hattında ve vajinal bölgede kanama takibi yapıldı. Vital bulgular takip edildi. Hasta ameliyat sonrasında anormal kanama ile ilgili bilgilendirildi.  | Operasyon sonrası vajinal bölgeden günde toplam 1 ped kanama oldu. Post-op 2.gün leke tarzı kanaması oldu. İnsizyon hattı temiz ve kuruydu. Vital bulgular normaldi. |
|                              |  | Hastanın sıvı elektrolit dengesini sağlamak  | Hastanın diyeti açken order edilen intravenöz mayiler takıldı. Hastanın ameliyat sonrasında diyeti açıldığında sevdiği içecekleri içmesi söylendi. Günlük sıvı alımının önemi anlatıldı. Aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapıldı. Laboratuvar tetkikleri için örnekler alındı. Vital bulguları takip edildi | Hastanın sık sık su içtiği gözlemlendi. Hastanın aldığı sıvıların kaydettiği gözlemlendi. Hastanın post-op sıvı dengesi -1500 den +200'e yükseldi.                   |
|                              | Sıvı Volüm Eksikliği Riski   |  |  |  |
| <b>Psiko-spiritüelkonfor</b> | Anksiyete  | Anksiyeteyi azaltmak   | Sakin ve sessiz ortam sağlandı. Hastanın korkularını ifade etmesine fırsat verildi. Rahatlama ve gevşeme için fiziksel egzersiz, müzik dinleme gibi uygulamalar önerildi. Hastalığının seyri hakkında bilgilendirildi.   | Hastanın anksiyetesinin azaldığı gözlemlendi. Hastayla sohbet bitiminde yüzü gülümsemeli ve sakindi.   |
| Etkisiz Cinsellik Örüntüsü   | Hastanın cinsel sorunlarının azaltılması ve memnuniyetin artırılması | Hastayla konuşulanların gizliliği hakkında güvenli ilişki kuruldu. Hastanın cinsellikle ilgili problemlerini ifade etmesine fırsat verildi. Operasyon sonrası cinsel birlikteliğe bir süre ara verilmesi söylendi. Cinselliğe tekrar başladığında, ön sevişmenin uzun tutulması ve cinsel disparoniyi azaltacak kayganlaştırıcılar kullanımı önerildi. | Ameliyat sonrası hastanın 4 hafta cinsel kısıtlaması mevcut. Cinsellikle ilgili verilen tavsiyelere dikkat edeceğini ilettili.   |  |

## Histerektomi Olan Hastanın Konfor Kuramına Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

|                              |                          |   |   |   |
|------------------------------|--------------------------|---|---|---|
| <b>Çevresel Konfor</b>       | Enfeksiyon Riski         | Enfeksiyon riskini azaltmak                               | Kişisel hijyen bakımı için bilgi verildi.<br>Odanın belli aralıklarla havalandırılması sağlandı.<br>Ziyaretçi kısıtlaması yapıldı.<br>Hasta ve yakını enfeksiyon belirti ve bulgular konusunda bilgilendirildi.<br>Vital bulgular takip edildi.<br>Damar yolu; kızarıklık, akıntı şişlik yönünden kontrol edildi,<br>Günlük oda temizliği ve çarşaf değişimi personel tarafından yapıldı. | Hastada enfeksiyon bulgusu gözlenmedi.<br>Hasta enfeksiyondan korunmak için kişisel hijyenine önem gösteriyordu.                    |
|                              | Uyku örüntüsünde bozulma | Hastanın uyku gereksinimini karşılayabilmesi              | Gürültüyü azaltmaya yönelik odadaki diğer hasta ile görüşüldü.<br>Odaya giriş çıkış işlemlerinin gerekli olduğu durumlarda ve planlı şekilde yapılması sağlandı.<br>Uyuyacağı saatlerde ışığı kapatabileceği ya da göz bandı kullanabileceği söylendi.<br>Uyumadan önce süt veya sakinleştirici özelliği olan içecekler içebileceği söylendi.   | Hasta önerileri dikkatle dinledi.<br>Göz bandıyla uyuduğu gözlemlendi.<br>Önceki güne göre daha iyi uyduğunu ilettili.              |
| <b>Sosyokül türel Konfor</b> | Fazla Kilo               | Hastanın beslenme düzenini değerlendirmek ve iyileştirmek | Sağlıklı beslenmenin önemi ve fazla kilonun zararları anlatıldı.<br>Beslenme düzeni için diyetisyen desteği önerildi.<br>Günlük düzenli yürüyüş yapması ve fiziksel egzersiz önerildi.<br>Sıvı alımının önemi anlatıldı.  | Diyetisyene gideceğini ifade etti.<br>Karbonhidrat ağırlıklı beslenmeden uzak duracağını ve sıvı alımına dikkat edeceğini belirtti. |

## TARTIŞMA

Hastanın konforunun sağlanması hemşirelik bakımının kalitesinin önemli göstergelerindedir (Karadağ ve ark., 2017). Olgumuzda histerektomi olmuş hastanın bakım sürecini Konfor kuramı temel alınarak bakım verilmiştir. Konfor kuramı yoluyla yapılan uygulamalar ile kadının fiziksel, psikospirüüel, çevresel ve psikososyol boyutta, ferahlama, rahatlama ve üstünlük bileşenleri ile bütüncül bir bakım vermeye çalışılmıştır. Kuram ile histerektomi olmuş kadına sistematik olarak hemşirelik bakımının uygulanabileceği ve konforun sağlandığı görülmüştür. Kadının konforunun en üst düzeyde olması için konfor kuramı olumlu etki sağlamış ve klinik hemşirelik uygulamaları için rehber olmuştur. Sonuç olarak Kolcaba Konfor Kuramı hemşirelik bakım sürecinde büyük kolaylık sağlamış ve hastanın konforunun artmasında etkili olmuştur.

### **Araştırmanın Etik Yönü:**

Olguya ilişkin veriler toplanmadan önce hastaya araştırma hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamı alınmıştır (09/10.05.2023). Araştırma ve yayın etiği ilkelerine uyulmuştur.

### **Hakem:**

Dış hakem değerlendirmesi.

### **Yazar Katkısı:**

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

### **Çıkar çatışması:**

Araştırmacılar herhangi bir çıkar çatışması belirtmemişlerdir.

### **Finansal Destek:**

Bu araştırma için finansal destek alınmamıştır.

### **Teşekkür**

Çalışmamızda emeği geçen Bayan T.K.'ya teşekkür ederiz.

## KAYNAKÇA

- Demirbağ CB. (2021). Hemşirelik Kuramları Kavram Haritalarıyla, Ankara; Akademisyen Kitabevi
- Kacaroglu Vicdan A, Gülseven Karabacak B. (2014). Hemşirelik modellerinden: Roy adaptasyon modeli. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 5:255-259. <http://journal.acibadem.edu.tr/tr/download/article-file/1701417>
- Karadağ A, Çalışkan N, Göçmen Baykara Z. (2017). Hemşirelik Teorileri ve Modelleri. (pp: 653-670). İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık (1.baskı).
- Kolcaba K. (2003). Comfort Theory and Practice: A vision for holistic health care and research. (pp: 19-37). New York, Springer Publishing Company.
- McEwen M, Wills EM. (2014). Theoretical basis for nursing, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Wolters Kluwer. (pp: 412-29).
- Mckenna H P, Pajkihar M, Murphy FA. (2019). Hemşirelik kuramları modelleri ve uygulama esasları içinde Ş. Ecevit Alpar ve AN. Bahçecik (Ed). 2. Basım, Ankara, Akademisyen Kitabevi.
- Ocakçı F A, Alpar ŞE. (2013). Hemşirelikte Kavram Kuram ve Model Örnekleri, 1.Baskı. İstanbul, Medikal Yayıncılık, 201-211
- Tutton E, Seers K. (2004). Comfort on a ward for older people. Journal of Advanced Nursing. 46:4, 380-389. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03005.x>
- Velioğlu P. (2012). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. (pp: 221-245). İkinci Baskı, İstanbul, Basım Akademi Basın Yayıncılık.
- Yücel ÇŞ. (2011). Kolcaba'nın konfor kuramı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 27(2):79-88. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/825497>

## Olgu Sunumu/Case Report

# Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Beslenememe Tanısıyla Yatan Bebekte Emzirme Destek Sisteminin Kullanımı: Olgu Sunumu

Kübra DEMİR<sup>1</sup> & Özlem CAN GÜRKAN<sup>2</sup>

## *Use of a Breastfeeding Support System in a Newborn with Feeding Difficulties Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit: A Case Report*

### ÖZ

Bebekler için en uygun beslenme şekli ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmek, en az iki yaşına kadar anne sütü ve tamamlayıcı besinlerle emzirmeye devam etmektir. Hem anneye hem de bebeğe sayısız faydası olan emzirme, meme ucunda ağrı, çatlak, bebeğin memeyi reddetmesi, anne sütü yetersizliği gibi nedenlerden olumsuz etkilenebilmekte, uygun destek ve danışmanlık sağlanmadığı takdirde erken sonlanabilmektedir. Anne sütü yetersizliği deneyimli bir yenidoğan yoğun bakım hemşiresi veya emzirme danışmanı tarafından kolaylıkla tespit edilebilir ve uygun müdahalelerle anne sütü miktarı artırılabilir. Anne sütünün yetersiz olması durumunda bebeğin beslenme ihtiyacını karşılamak için bebeğe farklı yöntemlerle takviye formül mama verilebilir. Emzirme Destek Sistemi (EDS), emzirme sürecini olumsuz etkilemeyen bir destekleyici besleme yöntemidir. EDS, bir enjektör/kap ve bir orogastrik sondadan oluşmaktadır. Bir ucu enjektör/kapta olan orogastrik sondanın diğer ucu annenin meme ucuna bir flaster ile sabitlenir. Bu sistem aracılığıyla bebek anne memesini emerken aynı anda besin ihtiyacı karşılanmış olur.

Bu olgu çalışmasında antenatal takipli anneden, miadında doğan sağlıklı, erkek bebek postnatal üçüncü gününde ciltte sararma, uyuklama, emmede ve idrarda azalma şikayetleriyle acil servise başvurmuştur. Bebeğin %12 tartı kaybı olduğu tespit edilmiştir. Yapılan tetkikler sonucunda İndirekt Hiperbilirubinemi, ABO Uyuşmazlığı, Direkt Coombs (++) ve beslenme sorunu tanılarıyla yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılan bebeğin annesine emzirme danışmanlığı uygulaması yapılırken, tamamlayıcı beslenmede EDS kullanımının etkisi tartışılmıştır.

Çalışmanın sonucunda, uygulama öncesi ve uygulama sonrası değerlendirmeye ilişkin bulgularımızda, annenin EDS kullanımı sonrası değerlendirme araçlarından aldığı puanların/değerlerinin uygulama öncesine göre artış gösterdiği tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Emzirme, Yetersiz Anne Sütü, Emzirme Destek Sistemi, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

### ABSTRACT

The most appropriate feeding method for babies is to exclusively breastfeed for the first six months and continue breastfeeding with complementary foods until at least two years of age. Breastfeeding, which has numerous benefits for both the mother and the baby, can be adversely affected by issues such as nipple pain, cracking, baby's rejection of the breast, and insufficient breast milk supply, and it may end prematurely if appropriate support and counseling are not provided. Insufficiency of breast milk can be easily detected by an experienced neonatal intensive care nurse or lactation consultant, and appropriate interventions can be implemented to increase the amount of breast milk. In cases where breast milk is insufficient, supplementary formula feeding can be provided to meet the baby's nutritional needs through various methods. The Breastfeeding Support System (BSS) is a supportive feeding method that does not negatively affect the breastfeeding process. The BSS consists of a syringe/cup and an orogastric tube. One end of the orogastric tube, which is attached to the syringe/cup, is fixed to the mother's nipple with a plaster. Through this system, the baby can suckle at the mother's breast while simultaneously having its nutritional needs met.

In this case study, a healthy male baby born at term from an antenatal follow-up mother presented to the emergency department on the third postnatal day with jaundice, lethargy, decreased feeding, and decreased urine output. The baby was found to have a 12% weight loss. Following investigations, the baby was admitted to the neonatal intensive care unit with a diagnosis of Indirect Hyperbilirubinemia, ABO Incompatibility, Direct Coombs (++) and feeding problems. While providing breastfeeding counseling to the mother, the effect of using BSS in complementary feeding was assessed.

The results of the study showed that there was an increase in the scores/values of the assessment tools obtained by the mother after using BSS compared to before its implementation.

**Keywords:** Breastfeeding, Insufficient Breast Milk, Breastfeeding Support System, Neonatal Intensive Care Unit

<sup>1</sup>**Corresponding author:** Marmara Üniversitesi, Yüksek Lisans Öğrencisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul. **e-mail:** demirkuabra11@gmail.com **ORCID ID:**0000-0002-2578-3924

<sup>2</sup> Doçent Doktor Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. **e-mail:** ozlemcangurkan@gmail.com **ORCID ID:**0000-0002-5608-6208

**Geliş tarihi:** 27. 01. 2024 **Kabul Tarihi:** 12.03.2024 **Online Yayın Tarihi:**31.03.2024

**Atıf/Citation:** Demir K, Can Gürkan Ö. (2024). COVID-19 Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde beslenememe tanısıyla yatan bebekte emzirme destek sisteminin kullanımı: olgu sunumu. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 10 (1),20-26.

3-5 Kasım 2023 Hilton Maslak İstanbul'da düzenlenen Yenidoğan Hemşireliği Günleri'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

## GİRİŞ

Anne sütü doğumdan sonra ilk altı ay boyunca bebeğin tüm besin gereksinimlerini karşılayabilmektedir (Bhandari vd. 2008). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) yenidoğanlar için anne sütüyle beslenmeyi altın standart olarak kabul etmektedir ve ilk altı ay sadece anne sütüyle beslenme sonrasında en az iki yaşa kadar ek besinlerle birlikte emzirmeyi önermektedir (DSÖ, 2005; UNICEF, 2018). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) raporuna göre, yenidoğanın ilk bir saat içerisinde emzirilme oranı %71 olup, ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenme oranı %41'dir (TNSA, 2019). Emziren kadınların emzirmeyi bırakma nedenleri arasında süt miktarının yetersizliği, çökük meme ucu, mastit, bilgi yetersizliği gibi sorunlar vardır. Anne sütünün yetersiz olması durumunda bebeğin beslenme ihtiyacını karşılamak için bebeğe farklı yöntemlerle takviye formül mama verilebilir. Dünyada sık kullanılan besleme yöntemlerinden birisi biberonla beslemedir ancak bebekte meme başı şaşkınlığına sebep olabilir, zamanla meme reddi gelişebilir (Sultana, 2013). Anne sütü yetersizliği, biberon kullanımı ve meme reddi böylece bir kısır döngüye dönüşebilir. Emzirme Destek Sistemi (EDS), emzirme sürecini olumsuz etkilemeyen bir destekleyici besleme yöntemidir (Penny vd. 2018). EDS, bir enjektör/kap ve bir orogastrik sondadan (OGS) oluşmaktadır. Bir ucu enjektör/kapta olan OGS'nin diğer ucu annenin meme ucuna flasterle sabitlenir. Bu sistem aracılığıyla bebek memeyi emerken besin ihtiyacını karşılar (Borucki

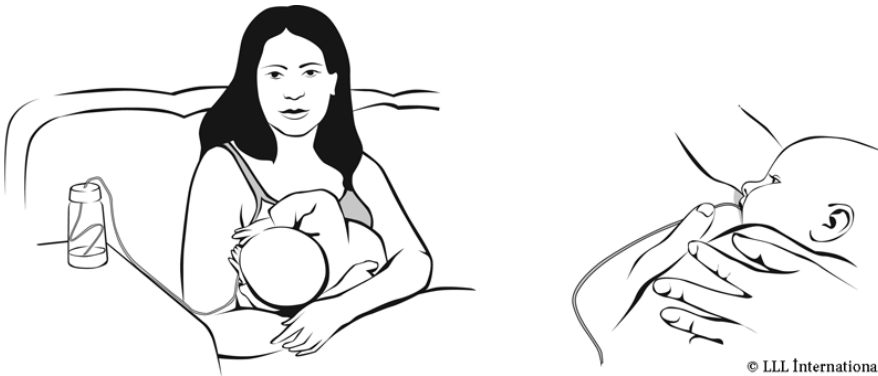
2005, Lynne 2005). Bu olgu sunumunda İndirekt Hiperbilirubinemi (İHB) ve Beslenme Sorunu tanısıyla yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılan bebeğin annesine emzirme danışmanlığı verilirken, EDS kullanılmıştır.

## Araştırmanın Etik Yönü

Olguya ilişkin veriler toplanmadan önce hastaya araştırma hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamı alınmıştır. Araştırma ve yayın etiği ilkelerine uyulmuştur.

## OLGU

Bilinen hastalık öyküsü olmayan 29 yaş, antenatal takipli olan G1P1 anneden, elektif sezaryen ile 40+2 gestasyon haftasında 3650 gram doğan sağlıklı, erkek bebek postnatal üçüncü gününde ciltte sararma, uyuklama, emmede ve idrarda azalma şikayetleriyle acil servisimize başvurmuştur. 3210 gram tartılarak %12 tartı kaybı olduğu tespit edilmiştir. Yapılan tetkikler sonucunda İHB, ABO Uyuşmazlığı, Direkt Coombs (++) ve beslenememe tanılarıyla ünitemize yatırılı yapılmıştır. Anne stres belirtileri gösteriyor, bebeğine iyi bakmadığı ve emziremediği için hastaneye yattığını düşünüyordu. Olgu danışmanlık öncesi ve sonrası emzirme danışmanlığı ile Emzirme Destek Sistemi'nin bebek beslenmesindeki etkisi, Anne Sütü ve Emzirme Bilgi Değerlendirme Formu (ASEBDF), Emzirme Sorunları Değerlendirme Ölçeği (ESDÖ), Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı (LATCH) ve Bebeğin Aldığı Anne Sütünü Puanlama Sistemi (İMDAT) kullanılarak değerlendirilmiştir.



Resim 1: Emzirme Destek Sistemi

Kaynak: <http://www.lllturkiye.org/2015/09/emzirme-destekleyici-sistem.html>

### **Anne Sütü ve Emzirme Bilgi Değerlendirme Formu (ASEBDF)**

Araştırmacı tarafından hazırlanan form, annelerin anne sütü ve emzirme hakkındaki bilgilerini değerlendiren 20 ifadeden oluşmaktadır. Bu form katılımcının doğru cevapladığı her ifade için katılımcıya 5 puan verilir ve form toplamda 100 puan üzerinden değerlendirilmektedir.

### **Emzirme Sorunları Değerlendirme Ölçeği (ESDÖ)**

Karen Wambach tarafından 1990 yılında geliştirilen form annenin emzirme deneyiminin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Erken emzirme olayları, besleme pratikleri/paternleri ve emzirme süresi açısından emzirme sonuçlarını ölçen 30 maddelik ölçektir. Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik çalışması 2019 yılında Çeber Turfan ve Uyanık tarafından yapılmıştır.

### **LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı**

1986 yılında APGAR skor sistemine benzetilerek geliştirilen aracın Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik çalışması 2003 yılında Okumuş ve Yenal tarafından yapılmıştır.

Beş değerlendirme kriterinden oluşmaktadır.

-L: Memeyi tutma (Latch on breast)

-A: Bebeğin yutma refleksinin görülmesi (Audible swallowing)

-T: Meme ucunun tipi (Type of nipple)

-C: Annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı (Comfort breast/nipple)

-H: Bebeği tutuş pozisyonu (Hold)

Her madde 0-2 puan arasında değerlendirilir. Toplam 10 puandır.

### **Bebeğin Aldığı Anne Sütü Miktarını Puanlama Sistemi (İMDAT)**

Yiğit ve Arslan tarafından 2008 yılında geliştirilen ölçek bebeğin ağırlığı, tatmin olma durumu, idrar ve dışkı yapma sıklığı ve özellikleriyle annenin memeleriyle ilgili 5 bölümden oluşmaktadır. Formla her durumun özellikleri 0,1,2 puan şeklinde değerlendirilmektedir. Alınan puanların 8-10 olması durumunda anne sütünün en iyi alındığı, 0-7 olması ise yetersiz alındığı kabul edilmektedir.

### **Uygulama Basamakları**

Değerlendirmeler sonrasında etkin emzirmenin sağlanması için uygulanan girişimler aşağıdaki gibidir:

1. Meme uçlarının içe çökük ve orta şiddette tahriş olduğu izlendi. Mevcut durumun emzirmeye engel olmadığı söylenerek meme bakımı anlatıldı, gümüş meme kalkanı önerildi.
2. ASEBDF, ESDÖ, İMDAT ön testleri dolduruldu.
3. Emzirme başlatıldı. Bebek areolayı ağzına almıyordu, memeyi doğru kavraması sağlanarak anneye uygulama hataları anlatıldı.
4. Bebek sağ memeyi 12-13 dk emdikten sonra ağlamaya başladı, meme boşalmıştı.
5. Sol memeye geçildi, daha az süt geliyordu. Aynı teknikle emzirme başlatılmaya çalışıldı fakat başarılı olunamadı.
6. Sağlanmış anne sütü enjektörle memeye damlatılarak bebek memeye doğru şekilde konumlandırıldı. 7-8 dk sonra memenin boşaldığı görüldü. Bebeğin uyanık olduğu, meme aradığı görüldü. Anneye süt artırıcı önerilerde bulunuldu.
7. LATCH ile ilk emzirme değerlendirildi.
8. Bebeğin alması gereken besin miktarını tamamlamak için 30 ml mama hazırlandı. EDS anneye anlatıldı.
9. Altı numaralı OGS'nin kapaklı ucu mama kabının içine, delikli ucu meme ucuna yerleştirilerek flasterle memeye sabitlendi.
10. Emzirme başlatıldı. OGS'den mama geldikçe bebeğin sakinleştiği, bittiğinde uyuduğu görüldü. Bebeğin gazı çıkarıldı, kuvöze sağ lateral pozisyonda yatırılarak monitörize edildi.
11. Bebeğin derin uykuya geçtiği, yaşam bulgularının normal aralıkta ve stabil seyrettiği, annenin stres belirtilerinin azaldığı görüldü. *"İlk defa emzirme sonrası bebeğimin uyuması için bir şey yapmama gerek kalmadı, çok ağlıyordu sallayarak uyutmaya çalışıyordum, kendimi daha iyi hissediyorum"* ifadelerini kullandı.
12. Anne cesaretlendirilerek bir sonraki emzirmeye davet edildi. Uygulama basamakları tekrarlandı.
13. Uygulama basamakları üç gün boyunca günde üç defa uygulandı. Anne gün içinde iki saat aralıklarla memelerini sağmaya devam etti.
14. Üçüncü günün sonunda memelerden toplam 30 ml süt geliyordu. Meme ucu tahrişlerinin önceye göre iyileştiği görüldü.
15. Yatışının dördüncü gününde bebeğin taburculuğu planladı, 3350 gram olarak tartıldı. Anneye piyasada bulunan



EDS'lerinden herhangi birini temin etmesi önerildi.

16. Anneye bebeğini her istediğinde, en geç iki saatte bir emzirmesi, günde dört defa 45 ml mamayı EDS ile vermesi önerildi. Üç gün sonra poliklinik kontrolüne çağırıldı.
17. Poliklinikte ölçeklerin son testi uygulandı. Bebek 3420 gram tartıldı. Süt miktarının 60-70 ml olduğu, meme uçlarının iyileştiği görüldü.
18. Doktor istemiyle mama takviyesi kesilerek anne sütlerinden EDS ile günde dört defa 30 ml vermesi önerildi.
19. Üçüncü günün sonunda bebeğin doğum ağırlığını yakalaması öngörülerek EDS kullanımını bırakması söylendi, tam emzirmeye geçildi.

## BULGULAR

Emzirme Destek Sisteminin etkisinin değerlendirildiği olgu sunumunda uygulama öncesi ve uygulama sonrası değerlendirmeye ilişkin bulgularımız Tablo 1 de sunulmuştur.

Olgumuzun EDS kullanımı sonrası değerlendirme araçlarından aldığı puanların/değerlerin öncesine göre artış gösterdiği tespit edilmiştir.

## TARTIŞMA

Olgu çalışmamızda, emzirme danışmanlığı sırasında verilen EDS uygulamasının annelerin emzirme sıklığını ve anne sütü hakkındaki bilgilerini artırdığı, emzirme sorunlarını azalttığı, bebeğin aldığı anne sütü miktarını artırdığı, bebeğin kilo alımını ve tam emzirmeye geçişi destekliği tespit edilmiştir.

Olgumuza benzer şekilde; Penny ve ark. (2023) doğumdan sonraki ilk 4 haftalık sürede EDS kullanımıyla, devam eden emzirme arasındaki ilişkileri araştırmak amacıyla yaptıkları

çalışmalarında; EDS kullanan annelerin biberon kullananlara göre tam emzirmeye geçme oranlarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. (Penny vd. 2023).

Çelik ve ark. (2022) prematürelde oral stimülasyon (OMS) ve EDS'nin tam anne sütüne geçiş süresi ve emme başarısı üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmalarında olgumuza benzer şekilde EDS ve OMS grubundaki bebeklerin LATCH skorlarının, bebeklerin kilo alımlarının kontrol grubundakilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir. (Çelik vd. 2022).

Seema ve ark. (1997) çeşitli emzirme tekniklerinin relaksasyon üzerindeki etkilerini memeyi reddeden bebeklerle çalışarak inceledikleri çalışmalarında, relaksasyonun başarısında annenin yaşı, beslenme durumu, daha önceki bebeklerdeki emzirme deneyimi gibi faktörlerin önemli olmadığı, doğru teknikler ve profesyonel sağlık desteğinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. EDS'nin meme uyarımını artırması nedeniyle relaksasyonda etkili bir yöntem olabileceği bildirilmektedir (Seema 1997). Penny ve ark. (2018) emzirme danışmanlarının emzirme destekleyici yöntemlerle ilgili uygulamalarını inceledikleri çalışmalarında; EDS'nin emzirmeyi sürdürmek için en iyi yöntem olduğuna inanıldığı ancak, hala en sık kullanılan yöntemin biberon olduğu, alternatif besleme yöntemlerinin anneler için zorlayıcı olabileceğini ifade ettikleri belirlenmiştir. Alternatif besleme yöntemlerinin emzirmede yardımcı olabileceği, DSÖ'nün emzirme oranlarını artırma hedefine ulaşmada bu yöntemleri kullanmanın etkili olabileceği belirtilmiştir (Penny vd. 2018).

**Tablo 1. Olgunun EDS Uygulama Öncesi Ve Sonrası Değerlendirme Araçlarından Aldığı Skorlar**

| <b>Tablo 1. Olgunun EDS uygulama öncesi ve sonrası değerlendirme araçlarından aldığı skorlar</b> |                        |                         |
|--|------------------------|-------------------------|
|  | <b>Uygulama Öncesi</b> | <b>Uygulama Sonrası</b> |
| <b>Anne Sütü ve Emzirme Bilgi Puanı</b>  | <b>75 p</b>            | <b>100 p</b>            |
| <b>ESDÖ maddelerine verilen cevaplar</b>   |                        |                         |
| Meme ucunuzda ağrı   | Şiddetli               | Hiç olmadı              |
| Meme ucunuzda çatlak   | Şiddetli               | Hiç olmadı              |
| Bebeğin emerken uyuklaması   | Şiddetli               | Hafif                   |
| Bebeğin emerken huysuzlanması  | Şiddetli               | Hiç olmadı              |
| Yetersiz süt nedeniyle endişe duyma  | Dayanılmaz             | Hafif                   |
| Bebeğin yeterli süt alamadığı endişesi duyma   | Dayanılmaz             | Hafif                   |
| <b>LATCH puanı</b>   | <b>3 p</b>             | <b>9 p</b>              |
| <b>İMDAT Puanı</b>   | <b>3 p</b>             | <b>9 p</b>              |
| <b>Anne Sütü Miktarı</b>   | <b>5-10 ml</b>         | <b>60-70 ml</b>         |
| <b>Bebeğin Kilosu</b>  | <b>3210 gr</b>         | <b>3420 gr</b>          |

### Sonuç ve Öneriler

Olgu çalışmamız sonucunda; EDS'nin bebeğin kilo alımını artırabileceği, tam emzirmeye katkı sağlayabileceği, anne sütü miktarını artırabileceği görülmüştür. EDS yenidoğan yoğun bakım hemşireleri tarafından, annelere anne sütü artırma ve tam emzirmeye geçiş için bir seçenek olarak sunulabilir. Ayrıca EDS kullanımının etkilerinin araştırıldığı randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee Approval:** Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee Approval: Olguya ilişkin veriler toplanmadan önce hastaya araştırma hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamı alınmıştır. Araştırma ve yayın etiği ilkelerine uyulmuştur.

**Hakem/Peer-review:** Dış hakem değerlendirmesi.

**YazarKatkısı/AuthorContributions:** Fikir/kavram: KD, ÖCG; Tasarım: KD, ÖCG; Danışmanlık: KD, ÖCG; Veri toplama ve/veya Veri İşlem: KD, ÖCG; Analiz ve/veya Yorum: KD, ÖCG; Kaynak tarama; KD, ÖCG; Makalenin Yazımı: KD, ÖCG; Eleştirel inceleme: KD, ÖCG

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

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

**Teşekkür:** Olgu çalışmamıza katılarak katkıda bulunan anne B.A. ve bebeğine sonsuz teşekkürler.



## KAYNAKLAR

- Bhandari N, Kabir AKMI., & Salam MA. (2008). Mainstreaming nutrition into maternal and child health programmes: scaling up of exclusive breastfeeding. *Maternal & Child Nutrition*, 4(s1), 5–23. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2007.00126.x>
- Borucki LC. (2005). Breastfeeding mother's experiences using a supplemental feeding tube device: Finding an alternative. *Journal of Human Lactation*, 21(4), 429–438. <https://doi.org/10.1177/0890334405277822>
- Chaturvedi P. (1994). Relactation. *Indian Pediatrics*, 31(7), 858–860.
- Çelik F, Sen ., & Karayagiz Muslu G. (2022). Effects of Oral Stimulation and Supplemental Nursing System on the Transition Time to Full Breast of Mother and Sucking Success in Preterm Infants: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Nursing Research*, 31(5), 891–900. <https://doi.org/10.1177/10547738211058312>
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, Türkiye: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK. [https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Arastirmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/TNSA2018\\_ana\\_Rapor\\_compressed.pdf](https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Arastirmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/TNSA2018_ana_Rapor_compressed.pdf)
- Jensen D, Wallace S, & Kelsay P. (1994). LATCH: Breastfeeding Charting System and Documentation Tool. *JOGNN*, 23(1), 27–32.
- La Leche League Türkiye. (2015). Emzirme Destekleyici Sistem. <http://www.llturkiye.org/2015/09/emzirme-destekleyici-sistem.html>
- Lawal AM, & Idemudia ES. (2017). Examining maternal age, breastfeeding self-efficacy and health locus of control in psychological wellbeing of mothers. *Psychology, Health & Medicine*, 22(10), 1230–1238. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1317824>
- Penny F, Brownell EA, Judge M, Marshall-Crim M, Cartagena D, & McGrath JM. (2023). Use of a supplemental feeding tube device and breastfeeding at 4 weeks. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 48(6), 334–340. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000962>
- Penny F, Judge M, Brownell E A, & McGrath J M. (2019). International Board Certified Lactation Consultants' Practices Regarding Supplemental Feeding Methods for Breastfed Infants. *Journal of Human Lactation*, 35(4), 683–694. <https://doi.org/10.1177/0890334419835744>
- Penny F, Judge M, Brownell E, & McGrath JM. (2018). What is the evidence for use of a supplemental feeding tube device as an alternative supplemental feeding method for breastfed infants? *Advances in Neonatal Care*, 18(1), 31–37. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000446>
- Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: Breastfeeding Charting System and Documentation Tool. *JOGNN*. 1994;23(1):27–32.
- Salih M. (2018). Relactation in lactation failure and low milk supply. *Sudanese Journal of Paediatrics*, 39–47. <https://doi.org/10.24911/SJP.2018.1.6>
- Seema (1997). Relactation: an effective intervention to promote exclusive breastfeeding. *Journal of Tropical Pediatrics*, 43(4), 213–216. <https://doi.org/10.1093/tropej/43.4.213>
- Sultana A, Rahman, U. K., & Ms, S. M. (2013.). Clinical Update And Treatment Of Lactation Insufficiency. *Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences*, 21:1, 19-28.
- Uyanık G. (2019). Emzirme sorunları değerlendirme ölçeğinin (ESDÖ) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yüksek lisans tezi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yenal K, & Okumuş H. (2003). Latch Emzirme Tanılama Aracının Güvenirliğini İnceleyen Bir Çalışma. *HEMAR-G*, 1, 38–44.
- Yiğit F, & Aslan H. (2008). Bebeğin Aldığı Süt Miktarının Değerlendirilmesi İçin Bir Araç: İmdat. *ZKTB*, 39(2), 77–84.
- World Health Organization. (2023). Infant and young child feeding. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- World Health Organization. (2005). The World Health report 2005: Make Every Mother and Child Count. Geneva: WHO, pp. 61–62.
- World Health Organization. Infant and young child feeding., 2023. Fact sheet

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

Derleme Makalesi/Review Article

## Jinekolojik Onkoloji Cerrahisinde ERAS Protokolü Doğrultusunda Hemşirelik Yaklaşımları

Minel AKTEN<sup>1</sup>, Yıldı Arzu ABA<sup>2</sup>

*Nursing Approaches in Gynecologic Oncology Surgery in line with ERAS Protocol*

### ÖZ

Teknolojinin gün geçtikçe ilerlemesi ile yaşanan gelişmeler sağlık hizmetlerini de etkileyen sonuçları ortaya koymaktadır. Bilimsel araştırmalar ile elde edilen bilgilerin klinik uygulamalara aktarılması ile cerrahi alanda kanıta dayalı yaklaşımların önemini artırmıştır. ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) bu yaklaşımlar arasında yer alan cerrahi tedavi alan bireylerin yaşam kalitelerini etkileyen önemli bir protokoldür. Primer hedefi hastalar üzerinde erken iyileşmeyi sağlayarak taburculuk süresini kısaltmak ve oluşabilecek komplikasyonları önlemektir. Kısaca ERAS protokolleri klinik sonuçları ve cerrahi sonrasında uygulanan bakımın kalitesini iyileştirmeyi hedefleyen yenilikçi uygulamalardır. ERAS protokolü günümüzde anestezi-analjezi, cerrahi yanıtın azaltılması, hidrasyonun sağlanması minimum düzeyde invaziv cerrahi, erken süreçte oral beslenme ve mobilizasyon alanlarında en kısa sürede iyileşmeyi ve hastalanma oranlarını en aza indirmeyi hedeflemektedir. ERAS protokolü, ilk olarak Danimarka'da abdominal kolorektal cerrahi uygulamalarında başarıyla kullanılmış ve bu başarı, diğer cerrahi alanlarda da uygulanma gerekliliğini doğurmuştur. ERAS Jinekolojik/Onkolojik cerrahi protokolü ilk kez Şubat 2016'da yayınlanmış ve bu protokol 2019 yılında en güncel kanıtlara dayalı perioperatif bakım protokolü olarak ilk güncellemesini almıştır. Son güncellemesi ise 2023 yılında yapılmıştır. Bu derlemede ERAS Derneği (Enhanced Recovery After Surgery Society for Perioperative Care) tarafından hazırlanan ve 2023 yılında revize edilen ERAS protokolü doğrultusunda cerrahi öncesi, sırası ve sonrasında yapılması gereken yaklaşımlar ele alınmıştır. Bu doğrultuda, hemşirelerin jinekolojik onkoloji cerrahisi alanında bakım verirken ERAS protokollerinden yararlanması ve hemşirelik literatürüne yeni bir bakış açısı kazandırılması amaçlanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** ERAS protokolleri; hemşirelik; jinekolojik onkolojik cerrahi

### ABSTRACT

The developments that occur with the advancement of technology day by day reveal results that also affect healthcare services. The importance of evidence-based approaches in the surgical field has increased with the transfer of information obtained through scientific research to clinical practice. ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) is an important protocol that affects the quality of life of individuals receiving surgical treatment, which is among these approaches. Its primary goal is to shorten the discharge period by ensuring early recovery on patients and to prevent complications that may occur. In short, ERAS protocols are innovative practices that aim to improve clinical outcomes and the quality of post-surgical care. Today, the ERAS protocol aims to recover as quickly as possible and minimize disease rates in the areas of anesthesia-analgesia, reducing surgical response, ensuring hydration, minimally invasive surgery, early oral nutrition and mobilization. The ERAS protocol was first used successfully in abdominal colorectal surgery in Denmark, and this success has led to the necessity of its application in other surgical fields. The ERAS Gynecological/Oncological surgery protocol was first

published in February 2016, and this protocol received its first update in 2019 as the perioperative care protocol based on the most current evidence. Its last update was made in 2023. In this compilation, Prepared by the ERAS Association (Enhanced Recovery After Surgery Society for Perioperative Care) and the approaches to be taken before, during and after surgery in accordance with the ERAS protocol revised in 2023 are discussed. In this regard, it is aimed for nurses to benefit from ERAS protocols while providing care in the field of gynecological oncology surgery and to gain a new perspective in the nursing literature.

**Keywords:** ERAS protocols; nursing; gynecological oncological surgery

<sup>1</sup> Sorumlu Yazar; <sup>1</sup> Hemşire, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 10100, Balıkesir, Türkiye. e-mail: mineelakten@gmail.com ORCID ID: 0000-0003-4857-4858

<sup>2</sup> Doç. Dr. Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Balıkesir. e-mail: yaba@bandirma.edu.tr ORCID ID: 0000-0001-6660-4964

Geliş Tarihi: 15.12.2023, Kabul Tarihi: 05.03.2024 Online Yayın Tarihi: 30.03.2024

**Atf/Citation:** Akten M ve Aba YA. (2024). Jinekolojik onkoloji cerrahisinde eras protokolü doğrultusunda hemşirelik yaklaşımları. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 10 (1), 27-42.

Bu çalışma II. Uluslararası III. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

## EXTENDED SUMMARY

The developments experienced with the advancement of technology day by day reveal the results affecting health services. The importance of evidence-based approaches in the surgical field has increased with the transfer of information obtained through scientific research to clinical practice. ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) is an important protocol that affects the quality of life of individuals receiving surgical treatment among these approaches. Accelerated recovery protocols after surgery, or in other words, accelerated surgery protocols, are perioperative practices based on scientific evidence that aim to maintain normal physiological processes after surgery.

The aim of the ERAS protocol is to promote early recovery in patients by reducing postoperative complications. The ERAS protocol represents an approach that has been reported to be beneficial for both the patient and health care outcomes. This protocol aims to optimize the patient both physically and psychologically. According to the recent data, ERAS resulted in a 1.6-day reduction in hospital stay, a 32% reduction in complications, and a 20% reduction in readmission. However, it was concluded that there was no change in the postoperative 30-day mortality rate. The primary goal is to shorten the discharge time and prevent complications that may occur by providing early recovery on patients. In short, ERAS protocols are innovative applications aiming to improve clinical outcomes and the quality of postoperative care. Today, the ERAS protocol aims to minimize recovery and morbidity rates in the shortest time in the areas of anesthesia-analgesia, reduction of surgical response, minimally invasive surgery, early oral nutrition and mobilization.

The ERAS protocol was first used successfully in abdominal colorectal surgery in Denmark and this success has led to the necessity of its application in other surgical fields. The ERAS Gynecological/Oncological surgery protocol was first published in February 2016 and this protocol received its first update in 2019 as the most up-to-date evidence-based perioperative care protocol. The last update was made in 2023. In this review, the approaches to be taken before, during and after surgery in accordance with the ERAS protocol prepared by the ERAS Society (Enhanced Recovery After Surgery Society for Perioperative Care) and revised in 2023 are discussed. In this direction, it is aimed that nurses benefit from ERAS protocols while providing care in the field of gynecological oncology surgery and to provide a new perspective to the nursing literature.

ERAS program can be successfully implemented with the participation of a multidisciplinary team. The involvement of the patient in every stage of this process is the main point of a successful ERAS program. The ERAS protocol consists of four stages: prehabilitation, preoperative period, intraoperative period and postoperative period. Pre-rehabilitation is an approach that is usually applied at the beginning of the rehabilitation process and aims to prepare for upcoming stressful events (e.g. surgical interventions). It is a process aimed at improving the patient's ability to cope with certain stress factors. Preoperative psychological counselling is an important process to set expectations for surgical and anesthetic procedures and to provide information about the postoperative care plan. Furthermore, preoperative education and psychological preparation have the potential to reduce anxiety and stress, increase patient satisfaction, improve fatigue and facilitate early discharge. Preoperative education added to the ERAS protocol has been shown to be effective in reducing pain and nausea and improving well-being. Patients treated with the ERAS protocol are discharged from the hospital in the middle stage of the recovery process. Discharge from hospital represents an important transition phase for both patients and their caregivers.

Assessing patients' readiness for discharge is an important part of discharge planning. Therefore, it is important to provide detailed education to patients and caregivers. The main components of discharge education include factors such as educational content, frequency, timing and delivery methods. Unlike traditional approaches, the ERAS program refers to a multimodal approach in which not only surgeons but also health professionals such as anesthetists, nurses and physiotherapists should be actively involved in the care and even patients should be included in this process. In particular, nurses, who assume an important role in the multidisciplinary team, apply personalized nursing processes at every stage of surgical intervention and fulfil special care practices that meet the special needs of patients. With the advancement of surgical approaches, the consideration of the ERAS protocol has led to changes in the roles of nurses. With the introduction of the ERAS protocol, which aims for optimal recovery and early discharge from hospital, in gynecological surgery, the need for evidence-based guidelines similar to the ERAS protocol guidelines has increased.

Thanks to these evidence-based guidelines, nurses will provide high-level care to patients with information reflected in the clinical field. Especially nurses will actively participate in practices. Nurses will consider the patient as a whole in biological and psychological

terms and carefully evaluate every aspect of the patient while providing care after gynecological surgery. In surgical procedures, it can be seen that patients' anxiety levels increase and their willingness to ask questions decreases.

Therefore, communication and education roles of nurses become more important. In this case, nurses will approach patients and their relatives sympathetically by using their empathy skills, make appropriate explanations and give answers to the questions asked. However, when the researches are examined, it is observed that there are not enough studies showing that nurses apply the ERAS protocol in gynecological surgery.

## 1. GİRİŞ

Kanser, son yıllarda Türkiye dahil dünya genelinde en önemli sağlık sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir. Dünya çapında ölüm nedenleri sıralamasında ikinci sırada yer almakta olup, tahminlere göre 2030 yılında ilk sıraya yükselmesi beklenmektedir (Bekmezci ve Meram 2022).

Jinekolojik kanserler, kadın genital organlarının malign hastalığıdır. Jinekolojik kanserler arasında serviks, endometrium, over, vulva ve vajina kanseri bulunmaktadır (Buckley, Robertson, Wilson, Sharpless, Bolton, 2018). Dünya Kanser Raporu (World Cancer Report) 2020 verilerinde yer alan bilgilere göre, dünyada kadınlarda en yaygın görülen jinekolojik kanser serviks kanseri olarak belirlenmiştir. İkinci sırada uterus kanseri, üçüncü sırada ise over kanseri bulunmaktadır (World Cancer Report (WHO), 2020). Türkiye'de görülen kanserler arasında ise en yaygın görülen kanser türü uterus kanseri, ölüm hızı en yüksek olan kanser türünün ise over kanseri olduğu bilinmektedir (Özen Çınar, 2022). Jinekolojik kanserlerin risk faktörleri genellikle kanser türüne ve kişiden kişiye değişmekle birlikte, sıklıkla tütün kullanımı, alkol tüketimi, sağlıklı beslenme alışkanlıkları, düşük sosyoekonomik düzey, fiziksel aktivite eksikliği, bağışıklık sistemi zayıflığı, Human Papilloma Virüsü (HPV) enfeksiyonu, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, çok eşlilik, cinsel ilişki yaşının erken başlaması, hormonal faktörler, obezite ve genetik faktörler gibi risk faktörlerini içermektedir (Dal ve Ertem, 2017; WHO, 2020). Jinekolojik kanserlerin tedavileri sonucunda yapılan cerrahi müdahaleler bireylerin hayatını etkilemektedir. Bu süreçte iyileşmenin hızlandırılmasına yardımcı olan protokoller ise bireyin hem psikolojik hem de fizyolojik açıdan daha kolay şekilde eski sağlığına kavuşmasını kolaylaştıracaktır.

Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolleri [Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)] ya da diğer bir deyişle hızlandırılmış cerrahi protokolleri, cerrahi sonrası normal fizyolojik süreçleri sürdürmeyi hedefleyen, bilimsel kanıtlara dayalı perioperatif uygulamalardır (Nelson ve ark., 2016). ERAS protokolünün ortaya çıkma amacı, cerrahi sonrası komplikasyonları azaltarak hastalarda erken iyileşmeyi desteklemektir. ERAS protokolü, hem hasta hem de sağlık bakım sonuçları açısından faydalı olduğu rapor edilen bir yaklaşımı temsil eder. Bu protokol, hastayı hem fiziksel hem de psikolojik olarak en iyi duruma getirme amacını taşır (Nelson ve ark., 2019). Son verilere göre, ERAS'ın hastanede kalış süresinde 1,6 günlük bir azalma, komplikasyonlarda %32 azalma, tekrar kabulde %20 azalma sağladığı tespit edilmiştir. Ancak postoperatif 30 günlük mortalite oranında değişiklik olmadığı sonucuna varılmıştır. Hasta başına ortalama 2.129 dolar tutarında maliyet tasarrufu sağladığı belirlenmiştir (Nelson ve ark., 2023).

ERAS protokolü, ilk olarak Danimarka'da abdominal kolorektal cerrahi uygulamalarında başarıyla kullanılmış ve bu başarı, diğer cerrahi alanlarda da uygulanma gerekliliğini doğurmuştur (Ljungqvist, 2011). Bu nedenle, bu yeni yaklaşımın jinekoloji alanında kullanılmasının gerekli olduğu, Nisan 2012'de düzenlenen "Ulusal Hızlandırılmış İyileştirme Zirvesi" sırasında, Royal Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği ile İngiliz Jinekolojik Kanser Derneği temsilcileri tarafından imzalanan Multidisipliner Konsensus Bildirisi ile kabul edilmiş, ve 2016 yılında anestezi ve majör jinekoloji kılavuzu olarak yayımlanmıştır (Torbe, Crafword, Nordin, Acheson, 2013). ERAS Jinekolojik/Onkolojik cerrahi protokolü 2019 yılında en güncel kanıtlara dayalı perioperatif bakım protokolü olarak ilk güncellemesini almıştır. Bu derlemede 2023 yılında revize edilen ERAS protokolü doğrultusunda cerrahi öncesi, sırası ve sonrasında yapılması gereken yaklaşımlar ele alınmıştır (Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Derneği). Bu doğrultuda, hemşirelerin jinekolojik onkoloji cerrahisi alanında bakım verirken ERAS protokollerinden yararlanması ve hemşirelik literatürüne yeni bir bakış açısı kazandırılması amaçlanmaktadır.

## JİNEKOLOJİK CERRAHİDE ERAS PROTOKOLÜ UYGULAMA KILAVUZU

Cerrahi Sonrası İyileşmesinin Hızlandırılması (Enhanced Recovery After Surgery-ERAS), majör cerrahi geçiren hastalarda erken sürede iyileşmeye teşvik etmek için hazırlanmış, sağlık sistemine hem hastane sürecinde iyileşmeyi hem de maliyet açısından katkı sağlayan bir cerrahi iyileştirme girişimidir (Işık



ve Ünsal Atan 2021). ERAS protokolü anestezi-analjezi, cerrahi yanıtın azaltılması, hidrasyonun sağlanması, minimum düzeyde invaziv cerrahi, erken süreçte oral beslenme ve mobilizasyon alanlarında en kısa sürede iyileşmeyi ve morbidite oranlarını en aza indirmeyi hedeflemektedir (Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz 2018).

Multidisipliner bir ekibin katılımı ile ERAS programı başarılı bir şekilde uygulanabilir. Bu sürecin her aşamasına hastanın dahil olması başarılı bir ERAS programının temel noktasıdır (Bekmezci ve Meram 2022). ERAS protokolü dört aşamadan oluşmaktadır: prehabilitasyon, cerrahi öncesi dönem, cerrahi girişim sırası dönem ve cerrahi sonrası dönemdir (Bogani ve ark., 2021).

### **CERRAHİ TEDAVİ ÖNCESİ HASTALARIN HAZIRLIĞI: PREHABİLİTASYON**

Ön-rehabilitasyon (Prehabilitasyon), genellikle rehabilitasyon sürecinin başlangıcında uygulanan bir yaklaşımdır ve yaklaşan stresli etkenlere (cerrahi girişimler vb.) hazırlık yapmayı amaçlamaktadır. Hastanın belirli stres faktörleriyle başa çıkma becerisini geliştirmeyi hedefleyen bir süreçtir (Britton-Jones, 2017).

Ön-rehabilitasyon, aerobik ve direnç egzersizlerini kullanarak fiziksel fonksiyonu geliştirmeyi, hastalığa bağlı bozuklukları önlemek veya azaltmak için fonksiyonel egzersizleri, beslenmeye yönelik diyet müdahalelerini ve genel iyilik halini teşvik etmek için psikolojik girişimleri içeren multimodal bir yaklaşımı benimser. Hedefe yönelik müdahaleler, cerrahi komplikasyonların azalmasına, hastanede kalış sürelerinin kısalmasına, hastaneye tekrar yatışların ve genel sağlık bakım maliyetlerinin azalmasına ve gelecekteki morbidite insidansının veya şiddetinin azalmasına olanak sağlar (Silver, 2015).

### **CERRAHİ ÖNCESİ DÖNEM YAKLAŞIMLARI**

#### **Hastaneye Kabul Öncesi Bilgi, Eğitim ve Danışmanlık**

Ameliyat öncesi psikolojik danışmanlık cerrahi ve anestezi prosedürlerine yönelik beklentileri belirlemek ve ameliyat sonrası bakım planıyla ilgili bilgi sağlamak amacıyla önemli bir süreçtir. Ayrıca, ameliyat öncesi eğitim ve psikolojik hazırlık, anksiyete ve stresi azaltma, hasta memnuniyetini artırma, yorgunluğu iyileştirme ve erken taburcu olmayı kolaylaştırma potansiyeline sahiptir. ERAS protokolüne eklenen preoperatif eğitimin, ağrı ve bulantıyı azaltmada ve iyilik halini arttırmada etkili olduğu gösterilmiştir (Işık ve Ünsal Atan 2021).

Jinekolojik kanser hastalarının bilgi sahibi olmayı tercih ettikleri ve hemşirenin destekleyici rolünün 6 aya kadar stres seviyelerini azaltabileceği belirtilmiştir. Bu nedenle, olumlu bir cerrahi deneyim ve sonuçlar için hasta danışmanlığı ve hasta eğitimi sürecinde hastaların multidisipliner bir ekip tarafından bilgilendirilmesi ve desteklenmesi önemlidir. Randomize kontrollü bir çalışmada, jinekolojik-onkolojik cerrahi ile ilgili olarak yazılı onamın sözlü onama göre daha etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Nelson ve ark., 2019). Stawert ve Ark.'nın jinekolojik kanser hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların detaylı olarak bilgi sahibi olmak istedikleri ve hemşirelerden aldıkları destek sayesinde stres düzeylerinin en aza indirildiği belirtilmektedir (Stewart ve ark., 2000).

### **Optimizasyon**

Cerrahi öncesi dönemde, sigara, alkol kullanımı ve aneminin varlığı rutin olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca, tanısı konulmamış diyabet gibi hastalıkların gün geçtikçe arttığı göz önünde bulundurularak bu gibi kronik hastalıklar da sorgulanmalıdır. Jinekolojik kanser hastalarında, cerrahi öncesi optimizasyonu tamamlamak için elektif cerrahi risklerinin dikkatli bir şekilde tanımlanmasının son derece önemli olduğu vurgulanmaktadır.

Cerrahi öncesi ve sonrası dönemde sigara kullanımının riskli durumlara yol açabileceği öngörülmektedir. Bu nedenle cerrahi öncesi sigara bırakılmalıdır. Sigarayı bırakan hastalarda bırakıldıktan sonraki dört hafta içerisinde bile pulmoner fonksiyonda artış görülmektedir. Sigara kullanan bireylerin cerrahi operasyonlardan sekiz hafta önce sigara kullanımına son vermeleri gerektiği vurgulanmıştır (Gustafsson ve ark., 2018; Nelson ve ark., 2019).

Alkol kullanımının vücutta birçok sistem üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir. Alkol kullanan bireyler kardiyovasküler, nörolojik, gastrointestinal ve hemotolojik sistemlerde ciddi sorunlar ile karşılaşabilirler. Bu nedenle preoperatif dönemde alkol kullanımının sorgulanması oldukça önemlidir. Alkol kullanan bireylerin yapılacak cerrahi operasyonlardan sekiz hafta önce alkol kullanımına son vermeleri gerekmektedir (Gustafsson ve ark., 2018). Alkol kullanımında postoperatif dönemde ortaya çıkan komplikasyonlar karşısında hastanede kalış süresi uzamakta ve yoğun bakımlarda yatış oranı artmaktadır. Alkol kullanımı vücuttaki pıhtılaşma faktörlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle trombositopeniye bağlı kanama riskini artırır. Deliryum ve tremens üzerinde de olumsuz etkileri vardır (Chapman ve Plaat 2009). Oppedal ve Ark.'nın çalışmasında preoperatif dönemde alkol kullanımına

son verilmesinin postoperatif dönem komplikasyonlarını azalttığı tespit edilmiştir (Oppedal, Moller, Pederson, Tonnesen, 2012).

Hiperglisemi, morbidite ve mortalite oranlarının artmasına neden olan önemli faktörlerden biridir (Duncan, 2012). Hemogloblin A1c (HbA1c) oranını yüksekliği kolorektal cerrahi yapılmış hastalarda karşımıza çıkmaktadır ve bu durum postoperatif dönemde karşılaşılabilecek komplikasyonlara zemin hazırlar. ERAS protokolü, ciddi hiperglisemi hastalarında hipoglisemiyi önlemek için kan glikoz seviyesinin düzenli izlemi ile kontrollü insülin tedavisini önermektedir (Ljungqvist, 2014; Nelson ve ark., 2019).

Anemi, postoperatif dönemde morbidite ve mortalite oranlarında artışa sebep olmaktadır. Buna karşın aneminin erken süreçte fark edilmesi kan transfüzyonu sırasında karşılaşılabilecek yan etkileri önlemeye fayda sağlamaktadır (Nelson ve ark., 2016). Amato ve Ark.'nın yapmış olduğu bir sistematik derlemede, cerrahi öncesi, sırası ve sonrasında yapılan kan transfüzyonunu takiben jinekolojik kanserler dahil olmak üzere diğer kanser türlerinin rekürrensinde de artış olduğu belirtilmiştir (Amato ve Pescatori 2006). İngiliz Hematoloji Derneği tarafından yayımlanan son rehberde cerrahi sonuçlarını daha iyi hale getirmek için preoperatif dönem transfüzyonunun yararlarına dair bir kanıt bulunmamaktadır. Bu nedenle, sağlık profesyonelleri tarafından dikkat edilen noktanın cerrahi sırasında kan kaybını önlemeye yönelik olması gerekmektedir (Kotze ve rk., 2015).

### **Cerrahi Öncesi Bağırsak Hazırlığı**

Bağırsak temizliğinin ilk uygulaması 1887 yılında başlamıştır. Cerrahi öncesi dönemde yapılan bağırsak hazırlığı boşaltım sistemini yavaşlatır ve dışkı yükünde azalma ortaya çıkarır, bu durum ameliyatlardan sonra anastomoz sızıntısını ve bu sızıntıya bağlı sepsisin şiddetini azalttığı düşünülmektedir (Demirhan ve Pınar, 2014). Ameliyat sonrası dönemde ise enfeksiyona bağlı morbiditeyi azaltabileceği varsayılır (Nelson ve ark., 2019). Son yıllarda yapılan çalışmalarda ise bağırsak temizliğinin bireylerde strese yol açtığı ve bu durumun bağırsakların normale dönüş sürecini geciktirdiğini ortaya koymuştur (Kalogera ve Dowdy, 2016). Ameliyat öncesi bağırsak hazırlığının minimal invaziv jinekolojik cerrahi öncesinde rutin olarak kullanılması önerilmemektedir. Kanıt düzeyi yüksek çalışmalar, mekanik bağırsak hazırlığının tek başına postoperatif morbiditeyi azaltmadığını bu nedenle terk edilmesi gerektiğini vurgulamıştır (Işık ve Ünsal Atan, 2021). Buna rağmen jinekolojik cerrahide uygulanmış bağırsak temizliğinin oluşabilecek enfeksiyonları

engellemede faydalı bir uygulama olduğu ifade edilmiştir (Kalogera ve Dowdy, 2016).

### **Cerrahi Öncesi Açlık ve Karbonhidrat Tedavisi**

1990'lı yıllarda mide içeriğinin pulmoner aspirasyona sebep olarak mortaliteye sebep olmasının ardından cerrahi öncesi 12 saatlik süreçte açlık protokolü uygulanmaya başlanmıştır. Son yıllarda yapılan araştırmalar hastada insülin direncini geliştirerek iyileşme hızını azalttığı ve bazı metabolik problemlere sebep olduğunu göstermektedir. Kuzey Avrupa ülkeleri ve Amerika bu yöntemi kullanmaya son vermiştir (Ersoy ve Gündoğdu, 2007). ERAS Derneği çalışma ekibinin 2023 yılında yapmış oldukları çalışmada kullanılan açlık protokolü ise cerrahi operasyonlardan 8 saat öncesi katı alımını, 2 saat öncesi ise berrak sıvı yiyeceklerin alınmasını önermektedir (Nelson ve ark., 2023). Preoperatif dönemde oral karbonhidratların tüketimi ve operasyon öncesi aç kalmamak postoperatif dönemde karşılaşılabilecek komplikasyonları azaltmaktadır (Nelson ve ark., 2019). Yuill ve Ark.'nın yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada preoperatif dönemde karbonhidratlı sıvı gıda alımının kas kütlesi kaybı ve ortalama hastanede kalış süresi olumlu yönde etkilediğini belirtmişlerdir (Akın, 2012).

### **Premedikasyon**

Yapılan araştırmalarda 70 yaşın altındaki hastalara premedikasyon yapılması gerektiği vurgulanmaktadır. Araştırmalar cerrahiye yanıt olarak ortaya çıkan nöroendokrin ve inflamatuvar stresin birçok organda yük oluşturduğunu ve bu yükün cerrahi sonrası komplikasyonları artırdığını göstermektedir. Bu nedenle, glukokortikoid ilaçların inflamatuvar yanıtları azalttığı, bulantı, kusma ve ağrı üzerinde de anlamlı ölçüde etki bırakarak bulguları hafiflettiği kanıtlanmıştır (Akın, 2012). Ayrıca, antiemetik tedavilerle özofagus alt uç sfinkter basıncının artması sağlanarak regürjitasyon ve aspirasyon pnömonisi riski azaltılmaktadır. Premedikasyon için endikasyon varsa, antiaritmiklerin, beta-blokerlerin ve statinlerin kullanılması da uygun olabilir (Baytaş ve ark., 2011). Nelson ve Ark.'nın oluşturdukları kılavuzda preoperatif dönemde rutin olarak uygulanan sedatiflerin postoperatif dönemde iyileşmeyi olumsuz etkilemesinden dolayı sedatiflerin kullanımından kaçınılması gerektiğini belirtmişlerdir (Nelson ve ark., 2016).

### **Venöz Tromboembolizm Profilaksisi**

Jinekolojik malignitelerde venöz tromboembolizm (VTE), bilinen bir komplikasyon olup bu hastalarda önde gelen bir morbidite ve mortalite nedenidir. Jinekolojik maligniteye sahip hastalarda VTE



insidansı %3-25 arasında değişmektedir (Cohen, Lim, Davies, 2017). VTE, servikal kanserde %3-4, endometrial kanserde %4-9 ve over kanserinde %17-38 oranlarında ortaya çıktığı belirlenmiştir (Nelson ve ark., 2019). Matsuo ve Ark. tarafından yapılan bir çalışmada, servikal kanserde bir, iki ve beş yıllık kümülatif VTE insidansları sırasıyla %8.4, %11.3 ve %18.7 olarak bildirilmiştir (Matsuo ve ark., 2016). Over kanseri tanısı alan vakalarda yapılan bir çalışmada, tanı anında VTE oranının %4.8 olduğu ve VTE'nin 28 ve 45 aylık yaşam şansını anlamlı şekilde azalttığı bulunmuştur (Heath ve ark., 2016).

Jinekolojik onkoloji hastalarında, cerrahi operasyondan en 24 saat önce profilaksiye başlanması önerilmekte ve bu süreç hastaneye yatış süresince devam edilmesi önerilmektedir. VTE'yi önlemek amacıyla hastalar varis çorapları kullanımına teşvik edilmelidir (Nelson ve ark., 2016). Yoo ve Ark.'nın çalışmasında, cerrahi öncesi antikoagülan tedavinin derin ven trombozu (DVT) ve DVT ile ilişkili ölümleri azalttığı belirtilmiştir (Yoo ve Oh 2015). Rahn ve Ark.'nın oluşturduğu bir sistematik derlemede ise varis çorapları ve düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) kullanımının, benign cerrahi yapılan jinekolojik hastalarının çoğunda yeterli profilaksi sağladığı vurgulanmıştır (Rahn ve ark., 2011). Hormon replasman tedavisi ve kombine oral kontraseptif kullanan hastalar, ilaçlarını bırakmaları veya cerrahi öncesinde alternatif yöntemler kullanmaları gerektiği konusunda uyarılmalıdır (Aksoy ve Vefikuluçay 2018).

### **Cerrahi Bölge Enfeksiyonu Azaltma**

Cerrahi Alan Enfeksiyonları (CAE) cerrahi bir girişimi takip eden ya da cerrahi girişime bağlı gelişen ve operasyonu takiben 30 veya 90 gün içinde meydana gelen enfeksiyondur. Günümüzde enfeksiyon kontrolünde, cerrahi odadaki havalandırma sistemlerinde, sterilizasyon yöntemlerinde, cerrahi tekniklerde ve antimikrobiyal profilaksi uygulamalarında elde edilen ilerlemelere rağmen, CAE önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olarak kabul edilmektedir. CAE, ameliyat sonrası hastaların daha fazla antibiyotik kullanmasına, tedavi maliyetinin ve hastanede kalış süresinin artmasına yol açmaktadır (Kalkan ve Karadağ 2019). Antimikrobiyal profilaksi ve cilt hazırlığı cerrahi bölge enfeksiyonlarına karşı koruyucu önlemler arasında yer almaktadır (Nelson ve ark., 2019).

#### *Antimikrobiyal Profilaksi ve Cilt Hazırlığı*

Antimikrobiyal profilaksinin amacı cerrahi kesi anında doku ve serumda yeterli bölge temizliğinin elde edilmesidir. Enterik bakteriler özellikle jinekolojik cerrahide girişim anında yoğun enfeksiyonlara yol

açar (Nelson ve ark., 2016). Tanos ve Ark.'nın yaptığı bir araştırma sonucunda, antimikrobiyal profilaksinin vajinal ya da abdominal histerektomi sonrasında cerrahi alanda oluşabilecek enfeksiyonların etkisini ortadan kaldırdığı ortaya konmuştur (Tanos ve Rojansky 1994). Amerika Enfeksiyon Hastalıkları Derneği (Infectious Diseases Society of America) tarafından yayınlanan rehberde antimikrobiyal profilaksinin cerrahi operasyonlardan bir saat önce uygulanması gerektiği açıklanmıştır (Soyer, 2014). Hastalar operasyondan önce klorheksidin içeren bir antimikrobiyal sabunla duş almalı ve preoperatif dönemde cerrahi alana klorheksidin-alkol ile cilt hazırlığı yapılmalıdır (Işık ve Ünsal Atan 2021).

### **CERRAHİ GİRİŞİM SÜRECİ YAKLAŞIMLARI**

#### **Standart Anestezi Protokolü**

Cerrahi operasyonlar öncesi hastaya yaşadığı durumu hissetmemesi ve uygun cerrahi koşullarını sağlamak amacıyla anestezi uygulanır. Uzmanların amacı dolaşım, ortalama arter basıncı ve oksijen satürasyon düzeyini optimize etmektir. Uzmanlar tarafından minimum anestezi ile hızlı nörobilişsel iyileşme ve minimum bulantı-kusma amaçlanmaktadır (Nelson ve ark., 2019).

#### **Cerrahi Girişim Sürecinde Hipotermiğin Önlenmesi**

Cerrahi işlem sırasında vücut sıcaklığının düşmesi, sempatik sinir sisteminin harekete geçmesine ve metabolik endokrin yanıtın uyarılmasına sebep olur. Bu durum, kanın pıhtılaşma dengesini etkileyerek kanamayı artırabilir ve cerrahi sonrasında titreme hissinin ortaya çıkmasına yol açabilir. Ayrıca, hipotermi oksijen tüketimini artırarak, insizyon bölgesindeki ağrıyı da artırabilir. Günümüzde, normotermiyi sağlamak için hastaların cerrahi öncesi süreçte ısıtılmaya başlanması önerilir. Bu uygulamanın hastalar üzerindeki huzursuzluğu azalttığı, oluşabilecek yara enfeksiyonlarını ve kardiyak durumları en aza indirdiği belirtilmiştir (Ersoy ve Gündoğdu 2007).

İşlem sırasında genel anestezi uygulanacak hastalar, işlemten en az 10 dakika önce ısıtılmalıdır. Cerrahi sırasında gövde altından ısıtılmalı battaniyelerin ve sıcak hava üfleyen cihazların kullanılması önerilir. Battaniye kullanımı işlem kısıtına yol açtığı için robotik cerrahide kullanımından kaçınılır ve intravenöz (IV) sıvılar vücut sıcaklığını dengede tutacak ısıya getirilerek hastaya uygulanır. Hastada hipotermi oluşmaması için hasta monitörizasyonu sağlanmalı ve vital bulgular takip edilmelidir. Nazofarenksin içinin jinekolojik cerrahide iç

sıcaklığın ölçümü için en uygun yer olduğu kabul edilmiştir (Horn ve ark., 2012).

### **Dren/Tüp Uygulamasından Kaçınma (Nazogastrik Entübasyon)**

ERAS protokolü; tüp, dren ve kataterlerin az ve sınırlı sayıda kullanılmasını, kullanımı zorunlu olanların ise minimum sürede kalması gerektiğini savunmaktadır.<sup>28</sup> Literatürde, nazogastrik entübasyon uygulanan hastalarda pulmoner komplikasyonların ve hastanede yatış süresini kısaltmadığı, bağırsakların normale dönüş süresini değiştirmedeği belirtilmiş buna ek olarak ise hastalarda ateletazi, pnömoni ve ateş görülme oranlarını da arttırdığı bildirilmiştir (Nelson, Edwards, Tse, 2007).

### **Cerrahi Girişim Sürecinde Hiperglisemiden Kaçınma**

Perioperatif glikoz düzeyleri, diyabet hastalarında ve diyabetik olmayan hastalarda 200 mg/dL'nin altında tutulmalıdır. Bütün cerrahi hastalarına diyabet için tarama yapılması önerilmektedir. Oral karbonhidrat yüklemesi, erken beslenme, torasik epidural analjezi ve minimal invaziv cerrahi gibi önlemler, cerrahi alan enfeksiyonlarını azaltma paketlerine dahil edilmelidir (Işık ve Ünsal Atan 2021).

### **Cerrahi Girişim Sürecinde Sıvı Yönetimi**

Cerrahi girişim sürecinde uygulanan sıvı dengesi, anestezi alan hastalarda oluşabilecek sıvı dengesizliklerini engellemektedir. Genel ve bölgesel anestezi, damarlarda oluşacak dilatasyon sonucu periferik göllenmeye sebebiyet verir ve miyokardiyal depresyona yol açabilir (Doğan Erol, 2007). IV sıvı tedavisi ise böyle durumlarda normovolemiyi sağlar (Nelson ve ark., 2016). Hastalara cerrahi sırasında kardiyak sistemleri optimal düzeylerde olacak şekilde sıvılar verilmelidir. Kısıtlayıcı sıvılardan kaçınılması gerekir (Solak ve Özbayır 2016). Fazla sıvı alımı, gecikmiş bağırsak fonksiyonunun geri dönüşü, ameliyat sonrası oluşabilecek ileus, bulantı ve kusma, hastanede yatış süresinde artış ile ilişkilidir. Sıvı alımının az olmasında ise akut böbrek hasarı, cerrahi bölgede oluşabilecek enfeksiyonlar, hastanede uzun süre yatış gibi komplikasyonlara sebep olabilir (Nelson ve ark., 2019).

## **CERRAHİ SONRASI DÖNEM YAKLAŞIMLARI**

### **Cerrahi Sonrası Tromboembolizm Profilaksisi**

Önemli bir mortalite nedeni olan VTE, uzun yıllardan beri bilinen önlenebilir bir durumdur. Cerrahi işlem, vücutta fibrinolitik dengeyi koagülasyon lehine değiştirerek DVT ve pulmoner tromboembolizm (PTE) riskini artırır. İlgili çalışmalarda, genel cerrahi hastalarının %62-65'inde VTE riskinin yüksek olduğu

belirtirse de, hastaların sadece %39-66'sına optimal tromboembolizm profilaksisi uygulandığı görülmektedir (Değer ve ark., 2013).

Jinekolojik cerrahi hastalarına, bedenlerine uygun olan basınçlı çorap kullanımı önerilmektedir (Nelson ve ark., 2016). Hastalar taburcu olurken hemşirelere düşen görev ise hastalara varis çoraplarının kullanım şekli ve süresi ile ilgili bilgi vermektir (Bilgiç, Yağcan, Güler, Aypar, 2019).

#### *Erken cerrahi sonrası profilaksisi*

Pnömotik kompresyon çorapları ve DMAH kullanımı DVT riskini benzer düzeyde azaltır. Ancak, jinekolojik onkoloji hastalarında bu iki yöntemin kombinasyonu kullanılması, etkinliğini daha da artırmaktadır (Nelson ve ark., 2016).

#### *Uzayan cerrahi sonrası profilaksisi*

Onkoloji hastalarında cerrahi sonrası ilk 30 gün içerisinde VTE insidansında artış olduğu bilinmektedir. Günümüzde açık jinekolojik onkoloji cerrahisi uygulanan hastalarda, uzamış profilaksi (28 gün) yaygın olarak tercih edilmeye başlanmış ve yapılan çalışmalarda uzamış profilaksi kullanımının VTE riskini azalttığı gözlemlenmiştir (Nelson ve ark., 2023).

### **Cerrahi Sonrası Bulantı ve Kusmanın Giderilmesi**

Cerrahi alanlarda yapılan teknik gelişmelere ve ileri teknolojiye rağmen cerrahi hastaların üçte birinde bulantı ve kusma şikâyetleri yaygın olarak görülmektedir. Bu sebeple hastalarda stres yaraları, sıvı elektrolit dengesizlikleri ve kanama bulgularına rastlanmaktadır. Bu durum da hastaların hastanede yatış sürelerini uzatmaktadır. Cerrahi sonrası bulantı kusma açısından risk oluşturan gruplar; jinekolojik cerrahi yapılan, sigara kullanmayan, geçmiş cerrahi öyküsünde bulantı kusma yaşayan hastalar, obez hastalar, cerrahi sonrası opioid kullanan hastalar, duyu durum bozukluğu yaşayan hastalar, 50 yaş altı hastalardır. Cerrahi sonrası antiemetik profilaksisi bulantı/kusmayı azaltan ilk stratejidir. İkinci strateji ise genel anestezi, nitrik oksit ve propofol kullanımından kaçınmaktır (Carter, 2012; Roberts, Bezinover, Janicki, 2012).

### **Cerrahi Sonrası Sıvı Alımı**

Cerrahi sonrası, hastaların oral sıvı alımına en kısa sürede başlaması gerekmektedir. Ameliyattan 2 saat sonra oral sıvı verilmeye başlanması önerilmektedir (American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2007). Hastalar sıvı tüketimi konusunda teşvik edilmelidir. İçerisinde protein/karbonhidrat bulunan yüksek enerjili sıvılar iyileşme sürecine katkı sağlamaktadır. Hiperkloremik asidozu önlemek için

dengeli kristaloid solüsyonlar kullanılmalıdır. Nişasta solüsyonları renal disfonksiyon ve kanama gibi yan etkiler oluşturabilir. Bu sebeple dozu ve süresi kısıtlandırılmalıdır (Nelson ve ark., 2016). Cerrahi sonrası hemorajinin ilk belirtisi oligüridir. Bu nedenle üriner giriş-çıkış değerlendirilmelidir. Hastaların aldığı çıkardığı sıvı takibi önem taşır (Taşkın, 2016).

### Cerrahi Sonrası Beslenme

Jinekolojik onkoloji alanında, cerrahi sonrası 24 saat içerisinde sıvı ya da katı besin alımının bağırsak hareketlerinde erken dönemde harekete neden olduğu ve hastanede yatış süresini azalttığı belirlenmiştir (Nelson ve ark., 2016). Ameliyat sonrası hastaların 4 saat içerisinde katı gıda alımına geçmesi ve beslenme sırasında sandalyede oturur pozisyonda olmaları önerilmektedir (ERAS Derneği; Johnson, Razo, Smith, Cain, Soper, 2019). Minig ve Ark.'nın over kanserli hastalar üzerinde yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, erken dönemde uygulanan oral beslenmenin oluşabilecek komplikasyonları önemli düzeyde azalttığını ifade etmektedir (Biffi ve ark., 2009). Yapılan çalışmalarda jinekolojik onkoloji hastaları üzerinde ERAS protokolünü uygulamışlardır. Çalışmaların sonucuna göre erken beslenmenin hastanede kalış süresini azalttığı ve ek olarak perioperatif komplikasyon ile hastaneye yeniden yatış oranlarının azaldığını vurgulamışlardır (Carter ve Philip 2011; Terzioğlu ve ark., 2013).

### Cerrahi Sonrası İleusün Önlenmesi

Jinekolojik onkoloji cerrahisinde bağırsak hareketlerinin daha hızlı normale dönebilmesi çok önemlidir. Bu sebeple laksatif kullanımı ve sakız çiğneme uygulaması önerilmektedir (Nelson ve ark., 2016). Cerrahi sonrası sakız çiğnemenin bağırsak seslerinin dönüş hızını arttırdığı ve gaz çıkarma süresini kısalttığı belirtilmektedir (Chuamor ve Thongdonjuy 2014). Önerilere göre hasta tam uyandıktan sonra bulantı ve kusmasının olmadığı tespit edilir. Tespit sonrasında hastanın sakız çiğnemeye başlatılması gerekmektedir. Her çiğneme 30 dakika kadar sürmelidir ve hastaların başı 30° elevasyonda kalmalıdır (Park ve Choi 2018). Bu konu hakkında benzer çalışmalar yapılmış ve aynı sonuca varılmıştır. Cerrahi sonrası komplikasyonları azaltmak ve tekrar hastane yatışını önlemek için hemşireler hastaları sakız çiğneme konusunda bilgilendirmeli ve bağırsak aktivitelerini takip etmelidir (Bilgiç ve ark., 2019).

### Cerrahi Sonrası Glukoz Kontrolü

Hiperglisemi, kan glukoz düzeyinin 180 mg/dL fazla olması olarak tanımlanır. Cerrahi sonrası gelişen insülin direncinin en önemli faktörü cerrahi öncesi

açlık ve mekanik bağırsak temizliğidir (Ersoy ve Gündoğdu 2005). Bu uygulama sonucunda hastanede yatış süresi uzamakta perioperatif morbidite ve cerrahi sonrası enfeksiyonların artması gibi komplikasyonlar oluşmaktadır. Ciddi hiperglisemi hastalarında hipoglisemi gelişimini önlemek için düzenli kan glukoz düzeyi takibi yapılmalı ve ihtiyaç halinde insülin tedavisi uygulanmalıdır (Ljungqvist, 2014; Nelson ve ark., 2016).

### Cerrahi Sonrası Analjezi

Jinekolojik abdominal cerrahi geçirmiş hastalar ağrıyı çok yüksek düzeyde hissederler. Bu akut ağrı kontrol edilemez düzeye ulaştığında hastanın iyileşme sürecinde olumsuz etkiler oluşturacak ve cerrahi sonrası komplikasyonlar ortaya çıkaran önemli bir risk faktörü olacaktır (Nelson ve ark., 2016). ERAS protokolünün en önemli amaçlarından biri; opioid kullanımını en aza indirerek ağrıyı kontrol altına almaktır. Çünkü opioid kullanımı bağırsak fonksiyonlarını bozmakta, mental değişiklikler oluşturmakta, bulantı-kusmaya yol açmakta ve solunum sistemini baskılayarak pulmoner morbiditeyi arttırmaktadır (Kalogera ve Dowdy 2016). ERAS protokolünün önerisi olan multimodel analjezik yaklaşım ile nonsteroid antiinflamatuvar ajanların (asetaminofen, deksametazon ve gabapentin) kullanımının ağrıyı azalttığı, opioid kullanımını en az düzeye düşürdüğü araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur (Khan, Gatt, Horgan, Anderson, Macfie, 2009).

Cerrahi sonrası ağrı yönetiminde analjezik ilaçlar ile birlikte müzik ve rahatlama tekniklerinin de ağrının hafifletilmesinde etkili olduğu bulunmuştur (Good, Anderson, Stanton, Makii, 2002). Sin ve Ark.'nın yaptıkları çalışmada jinekolojik cerrahi geçirmiş hastaların cerrahi sonrası dönemde kullandıkları müzik terapi yönteminin, yorgunluğu, kaygıyı, ağrı şiddetini ve analjezi kullanımını azaltmada etkili olduğuna saptamışlardır (Sin ve Chow, 2015). Ağrı düzeylerinin değerlendirildiği başka bir çalışmada ise laparoskopik jinekolojik ameliyatlarında müzik terapi ve hayal kurma yöntemleri kullanılmış girişim uygulanmayan grubun taburculuk sonrası daha çok ağrı hissettiği bulunmuştur (Laurion ve Fetzer 2003).

### Peritoneal Drenaj

Literatürde dren uygulamasının cerrahi sonuçları iyileştirdiğine yönelik güncel bir veri bulunmamaktadır. Dren varlığının hastanın hareketini kısıtladığı belirlenmiş, dren kullanımının anastomoz kaçaklarını engellemediği gösterilmiştir. Bu nedenle

cerrahi sonrasında rutin olarak kullanımı önerilmemektedir (Aksoy ve Vefikuluçay 2018).

### **Üriner Drenaj**

Üriner drenaj, jinekolojik cerrahi sonrasında idrar çıkışını değerlendirmeye olanak sağlaması ve üriner retansiyonu önlemesi amacıyla tercih edilmektedir. Ancak pelvik parasempatik sinirlerine zarar vermesi ve aynı zamanda mesane fonksiyonlarının normal haline dönüş hızını geciktirmesi nedeniyle uygulanması önerilmemektedir (Aksoy ve Vefikuluçay 2018). Üriner kataterlerin cerrahi sonrasında 24 saatten daha az kullanılması önerilmektedir (Nelson ve ark., 2016). Fanfani ve Ark.'nın, yaptıkları çalışmada radikal histerektomi cerrahisi sonrasında üriner katater girişimi yapılan kadınlara mesane jimnastiği yaptırmış ve idrar retansiyonu ile yeniden kateterizasyon işleminin yapılmasını değerlendirmiştir. Araştırma sonuçlarında ise mesane jimnastiği yapan ve yapmayan kadınlar arasında farkların olmadığı saptanmıştır (Fanfani ve ark., 2015). Hemşireler cerrahi sonrası dönemde hastalara girişim esnasında aseptik teknikleri uygulayarak perine bakımını vermelidir. Üriner kateterizasyonda aktif rol almaları idrar yolu enfeksiyonlarını ve oluşabilecek komplikasyonları önlemede önem arz etmektedir (Bilgiç ve ark., 2019).

### **Erken Mobilizasyon**

Cerrahi sonrasında hastaların ilk 24 saatlik süreçte mobilizasyonlarının sağlanması önerilmektedir. Johnson ve Ark. ameliyat sonrası dört saat içinde, hastanın yardımıyla yürümesini ve ameliyat sonrası birinci günden taburcu oluncaya kadar günde dört kez en az 10-15 dakika süren yürüyüşlerin yapılmasını önermektedir. Bu uygulamaların hastaların memnuniyetini artırdığı, tekrarlayan hastane yatışlarını azalttığı ve hastanede yatış süresini kısalttığı belirtilmektedir (Fiore ve ark., 2017; Johnson ve ark., 2019). Hemşirelerin hastaları ameliyat sonrası dönemde erken mobilizasyon konusunda teşvik etmeleri ve hastaların ilk yemeklerini yatakta değil, sandalyeye oturarak yemelerini desteklemeleri gibi uygulamaların, hastaların bu süreçteki uyumunu artırmak açısından kritik bir rol oynadığı önemli olduğu belirtilmektedir (Fiore ve ark., 2017).

Tablo I'de ERAS protokolleri doğrultusunda introperatif, perioperatif ve postoperatif hemşirelik yaklaşımları özetle belirtilmiştir.

**Tablo I: ERAS Protokolü Doğrultusunda Perioperatif, İntraoperatif ve Postoperatif Yaklaşımlar**

| ERAS Protokolü Doğrultusunda Yaklaşımlar           | PERİOPERATİF   | İNTRAOPERATİF  | POSTOPERATİF  |
|--|--|--|---|
| <b>Bilgi Eğitim Ve Danışmanlık Sigara ve Alkol</b> | Hastaların rutin olarak ameliyat öncesinde özel danışmanlık ve eğitim almaları önerilmektedir. Sigara ve alkol kullanımı ameliyattan 4 hafta öncesinde bırakılmalıdır.   |  | Hastaların ameliyat sonrasında eğitim olarak taburculuklarını tamamlamaları önerilmektedir. |
| <b>Optimizasyon</b>                                | Hastalarda anemi, ameliyat öncesinde tanımlanmalı, araştırılmalı ve düzeltilmelidir. Ameliyat öncesinde hastalarda oluşmuş anksiyeteyi azaltmak için rutin sedatif uygulamalardan uzak durulmalıdır.   |  |   |
| <b>Hiperglisemi</b>                                | Glukoz seviyeleri ameliyat öncesinde normal düzeylerde tutulmalıdır. Glisemik kontrolün optimize edilmesine yönelik önlemler (oral karbonhidrat yüklemesi, minimal invaziv cerrahi, erken beslenme ve torasik epidural analjezi gibi) cerrahi alan enfeksiyonu azaltma paketlerine dahil edilmelidir.  | Diyabet ve diyabetik olmayan hastalarda glukoz seviyeleri 200 mg/dL'nin altında tutulmalıdır. Tüm cerrahi hastalarının diyabet için taraması yapılmalıdır. |   |
| <b>Anemi</b>                                       | Hastalarda anemi, ameliyat öncesinde tanımlanmalı, araştırılmalı ve düzeltilmelidir.   | Cerrahi sırası dönemde sağlık profesyonellerinin odaklanması gereken durum kan kaybını önlemektir.   | Hastalara ameliyat sonrası hemogloblin takibi yapılmalıdır.                                 |
| <b>Bağırsak Hazırlığı</b>                          | Ameliyat öncesi bağırsak hazırlığı minimal invaziv jinekolojik cerrahi öncesinde rutin olarak kullanılmamalıdır. Elde edilen yüksek kaliteli veriler, mekanik bağırsak hazırlığının tek başına postoperatif morbiditeyi azaltmadığını bu nedenle terk edilmesini gerektiğini vurgulamıştır. Buna rağmen jinekolojik cerrahide uygulanmış bağırsak temizliğinin oluşabilecek enfeksiyonları engellemede faydalı bir uygulama olduğu ifade edilmiştir. |  |   |



|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <b>Beslenme ve Sıvı Yönetimi</b>              | Amerikan Anestezistler Derneği (ASA) Komitesi kılavuzları, hastaları ameliyat öncesi 8 saate kadar katı yiyecekler, 2 saat öncesine kadar ise berrak sıvılar tüketmeleri konusunda teşvik edilmesini önermiştir. Oral karbonhidratların insülin direncini azalttığı ve konforu arttırdığı düşünüldüğünden rutin olarak kullanılması önerilmektedir. Diyabet hastalarına öneride bulunmak için yeterli veri mevcut değildir.  | Hastalara cerrahi sırasında kardiyak sistemleri optimal düzeylerde olacak şekilde sıvılar verilmelidir. Kısıtlayıcı sıvılardan kaçınılması gerekmektedir.   | Cerrahi sonrası, hastaların oral sıvı alımına en kısa sürede başlaması gerekmektedir. Ameliyattan 2 saat sonra oral sıvı verilmeye başlanması önerilmektedir. İçerisinde protein/karbonhidrat bulunan yüksek enerjili sıvılar iyileşme sürecine katkı sağlamaktadır. İlk 24 saat içerisinde düzenli bir diyet önerilmektedir. |
| <b>Premedikasyon</b>                          | Preoperatif dönemden 12 saat öncertin olarak uygulanan sedatiflerin postoperatif dönemde iyileşmeyi kötü etkilemesinden dolayı sedatiflerin kullanımından kaçınılması gerektiğini belirtmiştir.  |   |   |
| <b>Venöz Tromboembolizm Profilaksisi</b>      | Yüksek VTE riski taşıyan hastalara, ameliyat öncesi başlatılan mekanik kompresyon ve kemoprofilaksiden oluşan ikili profilaksi uygulanmalıdır. Jinekolojik onkoloji hastalarında, cerrahi operasyonlara bir gün varken profilaksiye başlanması önerilmekte ve bu süreç hastaneye yatış süresince devam etmelidir. VTE'yi önlemek için hastalar basınçlı çorap kullanımına teşvik edilmelidir.  | Ameliyat sırasında hastalarda basınçlı çorabın kalması önerilmektedir.  | Jinekolojik onkoloji sebebiyle laparotomi geçiren tüm hastalara 28 gün uzatılmış VTE profilaksisi uygulanmalıdır.   |
| <b>Antimikrobiyal Profilaksi ve Hazırlığı</b> | <b>Cilt</b><br>Birinci kuşak sefalosporinler histerektomi için histerektomi cerrahisinde antibiyotik profilaksisinde ilk tercih olarak kullanılmalıdır. Antibiyotik profilaksisi planlanmış prosedüre göre ayarlanmalıdır. Cerrahi işlemin süresine oluşan kan kaybına bağlı olarak doz ayarlaması yapılmalıdır. Hastalar operasyondan önce klorheksidin içeren bir antimikrobiyal sabunla duş almalı ve preoperatif dönemde cerrahi alana klorheksidin-alkol ile cilt hazırlığı yapılmalıdır. |   |   |
| <b>Standart Protokolü</b>                     | <b>Anestezi</b>  | Kısa etkisi olan anesteziklerin kullanımı, tam geri dönüş ve nöromüsküler blok derinliğinin izlenmesi önerilmektedir. Ventilasyon tidal volümü 6-8 mL/kg, pozitif ekspirasyon sonu basıncı ise 6-8 cm H <sub>2</sub> O olan bir koruyucu strateji uygulanmalıdır. |   |

|                                    |   |   |   |
|------------------------------------|---|---|---|
| <b>Hipotermi</b>                   | Normotermiyi sağlamak için hastaların cerrahi öncesi süreçte ısıtılmaya başlanması önerilir. Bu uygulamanın hastalar üzerindeki huzursuzluğu azalttığı, oluşabilecek yara enfeksiyonlarını ve kardiyak durumları en aza indirdiği belirtilmiştir. | İşlem sırasında genel anestezi uygulanacak hastalar, işlemten en az 10 dakika önce ısıtılmalıdır. Cerrahi sırasında gövde altından ısıtılmalıdır. Battanilerin ve sıcak hava üfleyen cihazların kullanılması önerilmektedir. İv sıvılar vücut sıcaklığını dengede tutacak ısıya getirilerek hastaya uygulanmalıdır. | Ameliyat sonrası hastaların vücut sıcaklığı takibi çok önemlidir. Düzenli takip edilmelidir. Hastalar ısıtılmalıdır.  |
| <b>Dren/Tüp/Katater Uygulaması</b> |   |   | Tüp, dren ve kataterlerin az ve sınırlı sayıda kullanılmasını, kullanımı zorunlu olanların ise minimum sürede kalması gerektiğini savunmaktadır. Üriner kataterlerin cerrahi sonrasında 24 saatten daha az kullanılması önerilmektedir.   |
| <b>Minimal Cerrahi</b>             | <b>İnvaziv</b>  | Uygulanması mümkün olan durumlarda, uygun hastalar üzerinde vajinal cerrahi dahil olmak üzere minimal invaziv cerrahi tercih edilmelidir.   |   |
| <b>Bulantı/Kusma</b>               |   |   | Jinekolojik prosedür kullanılan durumlarda hastalar üzerinde ameliyat sonrası bulantı ve kusmaya ikiden fazla antiemetik ajan kullanılarak multimodal bir yaklaşım uygulanmalıdır. Cerrahi sonrası antiemetik profilaksisi bulantı/kusmayı azaltan ilk stratejidir. İkinci strateji ise genel anestezi, nitrik oksit ve propofol kullanımından kaçınmaktır. |
| <b>İleusun Önlenmesi</b>           |   |   | Laksatif kullanımı ve sakız çiğneme önerilmektedir. Her çiğneme 30 dakika kadar sürmelidir ve hastaların başı 30° elevasyonda kalmalıdır. Bağırsak hareketlerinin takibi önemlidir.   |
| <b>Analjezi</b>                    |   |   | Opioid kullanımını en aza indirerek ağrı kontrol altına alınmalıdır. Multimodal analjezik yaklaşım ile, nonsteroid antiinflamatuvar ajanların (asetaminofen, deksametazon ve gabapentin) kullanımının ağrıyı azalttığı, opioid kullanımını en az düzeye düşürdüğü uzun araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur.   |
| <b>Erken Mobilizasyon</b>          |   |   | Ameliyat sonrası ilk 24 saat içerisinde hastalar mobilizasyona teşvik edilmelidir.  |



## 2. TABURCULUK PROTOKOLÜ (PATHWAY)

ERAS protokolü ile tedavi edilen hastalar, iyileşme sürecinin orta aşamasında hastaneden taburcu edilirler. Hastaneden taburcu olma, hem hastalar için hem de bakım vericileri için önemli bir geçiş aşamasını ifade eder. Hastaların taburculuk için hazır olup olmadığını değerlendirmek, taburculuk planlamasının önemli bir parçasını oluşturur. Bu nedenle, hastalara ve bakım vericilere ayrıntılı eğitim verilmesi önemlidir. Taburculuk eğitiminin temel bileşenleri, eğitim içeriği, eğitimin sıklığı, zamanlaması ve sunum yöntemleri gibi faktörleri içerir (Nelson ve ark., 2019).

Hasta merkezli taburculuk planlamasını kolaylaştırmak için, hastaların taburcu edilmeden önce ameliyat sonrası eğitim almaları gerekmektedir. Bu tür müdahaleler, hastaneden taburcu olduktan hemen sonra planlanmamış hastane ziyaretlerinin azaltılmasına katkı sağlayabilir. Rutin olarak hastaların ve bakım vericilerin ayrıntılı eğitim almaları tavsiye edilmektedir (Işık ve Ünsal Atan 2021).

Aynı gün taburculuk, ameliyat tarihiyle aynı takvim gününde eve taburcu olmak olarak tanımlanır ve jinekolojik onkoloji hastalarına yönelik ERAS protokollerinin doğal bir gelişimidir. Son araştırmalar, histerektomi, lenf nodu haritalaması ve tam cerrahi evreleme dahil olmak üzere minimal invaziv jinekolojik onkoloji prosedürleri için aynı gün taburculuğu desteklemektedir (Nelson ve ark., 2023).

## 3. JİNEKOLOJİK CERRAHİ BAKIMINDA ERAS PROTOKOLÜ VE HEMŞİRELİK

Geleneksel yaklaşımlardan farklı olarak ERAS programı, bakıma sadece cerrahların değil; anestezi uzmanları, hemşireler ve fizyoterapistler gibi sağlık profesyonellerinin aktif bir şekilde katılımının sağlanması, hatta hastaların da bu sürece dahil edilmesi gerektiği bir multimodal yaklaşımı ifade eder (Akın, 2012). Özellikle, multidisipliner ekip içinde önemli bir rol üstlenen hemşireler, cerrahi müdahalenin her aşamasında kişiye özgü hemşirelik süreçlerini uygulamakta ve hastaların özel ihtiyaçlarını karşılayan özel bakım uygulamalarını yerine getirmektedirler.

Cerrahi yaklaşımların ilerlemesiyle birlikte, ERAS protokolünün dikkate alınması, hemşirelerin rollerinde de değişikliklere yol açmıştır. Bu değişiklikler, ERAS protokolünün uygulanmasının hemşirelerin iş yükünü artırıp artırmadığı veya azaltıp azaltmadığı gibi bazı soruları gündeme getirmiştir ve hastane içinde değişen bakım standartlarına yönelik eğitimlerin gerekliliği konusunda görüşlerin oluşmasına neden olmuştur (Foss, 2011; Demirhan ve Pınar 2014).

Optimal iyileşme ve hastaneden erken taburculuğun hedeflendiği ERAS protokolünün jinekolojik

cerrahide kullanmaya başlanmasıyla birlikte, hemşirelerin ERAS protokolü kılavuzuna benzeyen kanıta dayalı rehberlere olan gereksinimi artırmıştır. Bu kanıta dayalı rehberler sayesinde hemşireler klinik alana yansıyan bilgiler ile hastalara üst düzey bakım vereceklerdir. Özellikle hemşireler uygulamalara aktif katılacaklardır. Hemşireler, jinekolojik cerrahi sonrasında bakımı yerine getirirken hastayı biyolojik ve psikolojik anlamda bir bütün olarak ele alacak ve her yönünü dikkatle değerlendirecektir. Cerrahi işlemlerde hastaların anksiyete düzeylerinin artmasıyla birlikte, soru sorma isteklerinin azaldığı görülebilir. Bu nedenle, hemşirelerin iletişim ve eğitim rolleri daha da önem kazanır.

Hemşireler, bu durumda empati becerilerini kullanarak hastalar ve hasta yakınlarına anlayışlı yaklaşacak, uygun açıklamalar yapacak ve sorulan sorulara yanıtlar vereceklerdir. Ancak yapılan araştırmalar incelendiğinde hemşirelerin ERAS protokolünü jinekolojik cerrahide uyguladıklarını gösteren yeterli sayıda çalışmanın bulunmadığı gözlemlenmektedir (Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz 2018).

---

**Araştırmanın Etik Yönü/Ethics Committee Approval:** Literatür incelemesi yapılmış olup, kullanılan literatür, kaynaklar bölümünde gösterilmiştir

**Hakem/Peer-review:** Dış hakem değerlendirmesi.

**Yazar Katkısı/Author Contributions:** Fikir /kavram: YAA; Tasarım; MA, YAA; Danışmanlık: YAA; Analiz/Yorum:MA, YAA; Kaynak tarama: MA, YAA; Makalenin Yazımı: MA, YAA; Eleştirel inceleme: MA, YAA;

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

---

**KAYNAKÇA**

- Akın L. (2012). Fast track surgery in colorectal cancers. *Kolon ve Rektum Kanseri*, 733-57.
- Aksoy A, Vefikuluçay Yılmaz D, A. (2018). New approach to evidence based practice in gynecological surgery: ERAS Protocol and Nursing, *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 10(1):49-58.
- Amato A, Pescatori M. (2006). Perioperative blood transfusions for the recurrence of colorectal cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 25(1): CD005033
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), , Prevention of deep vein thrombosis and pulmonary embolism, 84.
- Baytaş V, Özcan MS, Çatav S, Başaran C, Uysalel A, Özgencil GE. (2011). Anaesthesia and basic principles in gynecologic malignancies. *Anestezi Dergisi* 19(4):195-200.
- Bekmezci E, Meram HE. (2022). Current nursing approach in gynecological cancers within the framework of ERAS protocol, *J Nursology*, 25(2):106-110.
- Biffi R, Zanagnolo V, Attanasio A, Beltrami C, Bocciolone L, et al. (2009). Early oral versus "traditional" postoperative feeding in gynecologic oncology patients undergoing intestinal resection: a randomized controlled trial. *Ann Surg Oncol*, 16(6):1660-8.
- Bilgiç D, Yağcan H, Güler B, Aypar NN.(2019) Jinekolojik cerrahide ameliyat öncesi ve sonrası kanıta dayalı bakım uygulamaları, *Sağ Aka Dergisi*, 6(2).
- Bogani G, Sarpietro G, Ferrandina G, et al. (2021) Enhanced recovery after surgery (ERAS) in gynecology oncology. *Eur J Surg Oncol*. 47(5):952-959.
- Britton-Jones CA. (2017). Prehabilitation. *Br J Hosp med (Lond)*, 78(12):729.
- Buckley L, Robertson S, Wilson T, Sharpless J, Bolton S.(2018) The role of the specialist nurse in gynaecological cancer. *Curr Oncol Rep*. 20(10):83.
- Carter J, Philip S. (2011) Assessing outcomes after fast surgical management of corpus cancer. *Open J Obstet Gynecol*, 1(3):139-43. ,
- Carter J. (2012). Fast-track surgery in gynaecology and gynaecologic oncology: a review of a rolling clinical audit. *ISRN Surg*, 368014.
- Chapman R, Plaaf F.(2009) Alcohol and anaesthesia. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 9(1):10-3.
- Chuamor, K., & Thongdonjuy, J.(2014). Effectiveness of standard nursing care with gum chewing to reduce bowel ileus in post-operative gynecologic patients: Randomized controlled trials. *Siriraj Medizinhistorisches Journal*, 66; 33-38.
- Cohen A, Lim CS, Davies AH.(2017). Venous thromboembolism in gynecological malignancy. *Int J Gynecol Cancer*, 27(9):1970-8.
- Dal NA, Ertem G. (2017). Jinekolojik kanserler farkındalık ölçeği geliştirme çalışması. *Itobiad J Hum Soc Sci Res*, 6(5):2351-2367.
- Değer C, Özdemir O, Bozkurt K, Demir M, İnce B, Kultursay H, et al. (2013). The cost-of-disease-of deep venous thrombosis and its short-and long-term clinical consequences in Turkey: an expert panel approach for estimation of costs. *Value in Health*, 16(3):A1- A298.
- Demirhan İ, Pınar G.(2014). Enhanced recovery after surgery and nursing practices enhanced recovery and nursing. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2(1):43-53.
- Doğan Erol D. (2007). The perioperative fluid therapy: current consensus: medical education. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 27(6):894-901.
- Duncan AE. (2012). Hyperglycemia and perioperative glucose management. *Curr Pharm Des*, 18(38): 6195-203.
- Ersoy E, Gündoğdu H.(2005). Alternating concepts in preoperative fasting. *Turkish Journal of Surgery*, 21(2):96-101.
- Ersoy E, Gündoğdu H. (2007). Enhanced recovery after surgery. *Turkish Journal of Surgery* 23(1): 35-40. ,
- ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) Derneği. Guideline Listesi. Erişim linki: <http://erassociety.org/guidelines/list-of-guidelines/>
- ERAS Türkiye Derneği. Erişim tarihi: 29/07/2023 <http://eras.org.tr/page.php?id=10&sağlikcalisani=true>
- Fanfani F, Costantini B, Mascilini F, Vizzielli G, Gallotta V, Vigliotta M, et al., (2015). Early postoperative bladder training in patients submitted to radical hysterectomy: is it still necessary? A randomized trial, *Arch Gynecol Obstet*, 291;883-888.
- Fiore J, Castelino T, Pecorelli N, Niculiseanu P, Balvardi S, Hershorn O, et al.(2017). Ensuring early mobilization within an enhanced recovery program for colorectal surgery: a randomized controlled trial, *Annals of Surgery*, 266(2):p 223-231.
- Foss M. (2011) Enhanced recovery after surgery and implications for nurse education. *Nurs Stand* 25(45):35-9.

- Good M, Anderson G.C, Stanton-Hicks M, & Makii M. (2002). Relaxation and music reduce pain after gynecologic surgery, *Pain Management Nursing*, 3(2); 61-70.
- Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N et al. (2018).Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations: *World Journal of Surgery*, 43 (3), 659– 695.
- Heath Om, Van Beekhuizen HJ, Nama v, Kolomainen D, Nobbenhuis mA, Ind TE, et al.(2016). Venous thromboembolism at time of diagnosis of ovarian cancer: Survival differs in symptomatic and asymptomatic cases. *Thrombosis Research*, 137:30-5.
- Horn EP, Bein B, Böhm R, Steinfath M, Sahili N, Höcker J.(2012). The effect of short time periods of pre-operative warming in the prevention of perioperative hypothermia. *Anaesthesia*, 67(6):612-7.
- Işık G, Ünsal Atan Ş. (2021). Jinekolojik/onkolojide cerrahi sonrası iyileşmenin hızlandırılması protokolü. Özbayır T, editör. *Cerrahi Sonrası İyileşmenin Hızlandırılması Protokolü ve Hemşirelik*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.63-71.
- Johnson K, Razo S, Smith J, Cain A, & Soper K, (2019). Optimize patient outcomes among females undergoing gynecological surgery: A randomized controlled trial, *Applied Nursing Research*, 45; 39-44.
- Kalkan N, Karadağ M. (2019). Cerrahi alan enfeksiyonlarını önlemede güncel yaklaşımlar ve hemşirelere yönelik önleme girişimleri algoritması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (6)4: 280–289.
- Kalogera E, Dowdy SC. (2016).Enhanced recovery pathway in gynecologic surgery: improving outcomes through evidence based medicine. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 43(3): 551-73.
- Khan S, Gatt M, Horgan A, Anderson I, Macfie J.(2009). Guidelines for implementation of enhanced recovery protocols. *Association of Surgeons of Great Britain and Ireland*.
- Kotzé A, Harris A, Baker C, Iqbal T, Lavies N, Richards T, et al.(2015). British committee for standards in haematology guidelines on the identification and management of pre-operative anaemia. *Br J Haematol*, 171(3):322-31.
- Laurion S, Fetzer SJ.(2003). The effect of two nursing interventions on the postoperative outcomes of gynecologic laparoscopic patients, *J Perianesth Nurs.*, 2003;18(4);254-61.
- Ljungqvist O.(2011). ERAS-enhanced recovery after surgery. *J Visc Surg*, 148(3):e157-9.
- Ljungqvist O. (2014).ERAS--enhanced recovery after surgery: moving evidence-based perioperative care to practice. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 38(5): 559-66.
- Matsuo K, Moeini A, Machida H, Fullerton mE, Shabalova A, Brunette LL, et al.(2016). Significance of venous thromboembolism in women with cervical cancer. *Gynecol Oncol*, 142(3):405-12.
- Nelson G, Altman AD, Nick A, Meyer LA, Ramirez PT, Achantari C, et al.(2016) Guidelines for pre- and intraoperative care in gynecologic/oncology surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS®) society recommendations-part 1. *Gynecol Oncol*, 140(2):313- 22.
- Nelson G, Altman AD, Nick A, Meyer LA, Ramirez PT, Archtari C, et al. (2016). Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: enhanced recovery after surgery (ERAS®) society recommendations--part-II.*GynecolOncol*, 140(2): 323-32.
- Nelson G, Bakkum-Gamez J, Kalogera E, Glaser G, Altman A, Meyer LA, et al.(2019). Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations--2019 update. *Int J Gynecol Cancer*, 29(4):651- 68.
- Nelson R, Edwards S, Tse B. (2007).Prophylactic nasogastric decompression after abdominal surgery. *Cochrane Database Syst Rev*, 18(3): CD004929.
- Nelson G, Fotopoulou C, Taylor J, Glaser G, Bakkum-Gamez J, Meyer LA, et al.(2023). Guidelines for pre- and intraoperative care in Enhanced recovery after surgery (ERAS®) society guidelines for gynecologic oncology: Addressing implementation challenges, update; *Gynecologic Oncology* 173, 2023;58–67.
- Oppedal K, Moller AM, Pederson B, Tonnesen H. (2012). Preoperative alcohol cessation prior to elective surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11(7): CD008343.
- Özen Çınar İD.(2022). Türkiye’de jinekolojik kanserlerde durum ve epidemiyoloji. *Jinekolojik Onkolojide Bakım*. Editörler; Özkan S, Serçekuş P, Erkan Alataş E.
- Park S, & Choi, M.(2018).Meta-analysis of the effect of gum chewing after gynecologic surgery. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 47(3); 362–370.
- Rahn DD, Mamik MM, Sanses TVD, Matteson KA., Aschkenazi SO, Washington BB et al. (2011).Venous tromboembolism prophylaxis in gynecologic surgery: a systematic review. *Obstet Gynecol*, 18(5):1111-25.

- Roberts SM, Bezinover DS, Janicki PK. (2012). Reappraisal of the role of dolasetron in prevention and treatment of nausea and vomiting associated with surgery or chemotherapy. *Cancer Manag Res*, 4:67-73.
- Silver JK.(2015). Cancer prehabilitation and its role in improving health outcomes and reducing health care costs. *Semin Oncol Nurs*, 31(1):13-30.
- Sin W.M., & Chow K.C., (2015), Effect of Music Therapy on Postoperative Pain Management in Gynecological Patients: A Literature Review, *Pain Management Nursing*, 16(6); 978-987.
- Solak Kabataş M, Özbayır T. (2016). Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols after colorectal surgery: a systematic review. *Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*, 5(3):120-32.
- Sorenson LT, Jørgensen T. (2003).Short term pre-operative smoking cessation intervention does not affect post operative complications in colorectal surgery: a randomised clinical trial. *Colorectal Dis*, 5(4):347-52.
- Soyer T. (2014). Novel definition of surgical site infections and current practice in prophylaxis]. *ANKEM Dergisi*, 28(Ek 2):156-61.
- Stewart DE, Wong F, Cheung AM, Dancey J, Meana M, Cameron JI, et al. (2000). Information needs and decisional preferences among woman ovarian cancer. *Gynecol Oncol*, 77(3):357-61.
- Tanos V, Rojansky N.(1994). Prophylactic antibiotics in abdominal hystrectomy. *J Am Coll Surg*, 179(5):593-600.
- Taşkın L.(2016). Gynecological assessment. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Genişletilmiş 13. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, p.822-67.
- Terzioğlu F, Şimşek S, Karaca K, Sariince N, Altunsoy P, Salman MC.(2013). Multimodal interventions (chewing gum, early oral hydration and early mobilisation) on the intestinal motility following abdominal gynecologic surgery. *J Clin Nurs*,22(13-14):1917-25.
- Torbe E, Crawford R, Nordin A, Acheson N. (2013). Enhanced recovery in gynaecology. *The Obstetrician and Gynaecologist*, 15(4):263-8.
- Yoo JE, Oh DS.(2015). Potential benefits of acupuncture for enhanced recovery in gynaecological surgery. *Forsch Komplemented*, 22(2): 111-6.
- Yuill KA, Richardson RA, Davidson HI, Garden OJ, Parks RW.(2005). The administration of an oral carbohydratecontaining fluid prior to major elective uppergastrointestinal surgery preserves skeletal muscle mass postoperatively--a randomised clinical trial. *Clin Nutr*, 24(1):32-7.
- WHO. World Cancer Report 2020. [https://www.iarc.who.int/cards\\_page/world-cancer-report](https://www.iarc.who.int/cards_page/world-cancer-report) Erişim Tarihi: 23.09.2023

Derleme Makalesi/Review Article

## Deprem ve Kadın Üreme Sağlığı

Eda YAKIT AK<sup>1</sup>, Ergül ASLAN<sup>2</sup>

*Earthquake and Women's Reproductive Health*

### ÖZ

Doğal afetlerde kayıp, yerinden edilme, göç ve artçı sarsıntılar fiziksel ve ruhsal açıdan kadınlarda sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşanan felaket sonucunda sağlık ve sosyal hizmetlere ihtiyaç artmaktadır, özellikle akut dönemde hizmette aksamalar yaşanmaktadır. Üreme sağlığı hizmetleri göz ardı edilmekte ve acil olmadıkça üreme sağlığı hizmetlerine yer verilmemektedir. Üreme sağlığı kapsamında doğum öncesi bakım alma, aile planlaması hizmetleri ve jinekolojik tanı ve tedavi süreçleri kesintiye uğramaktadır. Afetler sonrası yeterli, sürekli ve etkin şekilde üreme sağlığı hizmetlerinin sunulması, anne ve çocuk sağlığını doğrudan etkilemektedir. Deprem gibi sarsıcı etkisi yüksek olan doğal afetler sonrası sahada ve bağlı oldukları kurumlarda görevini aralıksız sürdüren hemşire ve ebeler, sağlık bakım hizmeti sunumunda kadınların üreme sağlığını sorunlarını dikkatle değerlendirmeli ve çözüm üretilmesinde aktif rol almalıdır.

**Anahtar kelimeler;** Deprem, Üreme Sağlığı, Kadın

### ABSTRACT

Loss, displacement, migration and aftershocks in natural disasters adversely affect women's health physically and mentally. As a result of the disaster, the need for health and social services increases, especially in the acute period. Reproductive health services are ignored and reproductive health services are not provided unless it is urgent. Within the scope of reproductive health, prenatal care, family planning services and gynecological diagnosis and treatment processes are interrupted. Provision of adequate, continuous and effective reproductive health services after disasters directly affects maternal and child health. Nurses and midwives, who continue their duties uninterrupted in the field and in the institutions they are affiliated with after natural disasters with high shocking effects such as earthquakes, should take an active role in considering women's reproductive health problems and producing solutions in the provision of health care services.

**Key words;** Earthquake, Reproductive Health, Women

<sup>1</sup> Sorumlu Yazar; Öğr. Gör. Dr., Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri MYO, Diyarbakır/Sur, **e-mail:** edayakit@gmail.com, **ORCID ID:** 0000-0003-1846-1123

<sup>2</sup> Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul/Şişli. **e-mail:** ergul.aslan@iuc.edu.tr **ORCID ID:** 0000-0002-6529-5992

**Geliş Tarihi:** 30.11.2023, **Kabul Tarihi:** 12.03.2024 **Online Yayın Tarihi:** 30.03.2024

**Atıf/Citation:** Yakıt Ak E ve Aslan E. (2024). Deprem ve kadın üreme sağlığı. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 10 (1), 43-51.



## EXTENDED ABSTRACT

An earthquake is an unpredictable, uncontrollable, destructive and massively life-threatening event. As a humanitarian emergency, an earthquake is a disaster that threatens the health, safety, security or well-being of a community (ICM, 2017). In the last century alone, 1,150 large-scale earthquakes are known to have occurred in 75 countries worldwide (Yoosefi Lebni et al., 2020). Earthquakes cause deaths, permanent physical problems and deeply affect mental health. For survivors, difficulties such as loss of loved ones, displacement, migration, change in living conditions, problems in accessing resources, interruption of education and work life arise (Ekanyake et al., 2013).

The impacts of damages caused by natural disasters are greater on vulnerable groups (Yoosefi Lebni et al., 2020). It is estimated that women and children make up more than three-quarters of all people affected by disasters (ICM, 2017). Disasters with devastating effects such as earthquakes further deepen gender inequality. In a study conducted in Iran, women reported that their health needs were not adequately met, marital relations deteriorated and gender inequalities increased after the earthquake (Yoosefi Lebni et al., 2020). Inequalities in the health system also negatively affect reproductive health (Damerell and Zutphen, 2011). Disruptions in reproductive health service provision after disasters lead to an increase in maternal and infant mortality, stillbirths, unwanted pregnancies, induced abortions and sexually transmitted infections (Bahmanjanbeh et al., 2016). Although there are few studies on the effects of earthquakes on reproductive health, it has been reported that pregnancy and birth complications, menstrual problems, sexual violence and sexual dysfunctions increase after earthquakes (Liu et al., 2010; Alison et. al., 2015; Zotti et al., 2015). It was determined that women in China experienced more domestic physical and sexual violence after the earthquake (Chan and Zhang, 2011).

Providing accessible prenatal care, family planning services and breastfeeding counselling by health professionals who are experts in their field to women living in mass areas such as tent cities or container cities due to earthquake will reduce the effects of disaster on reproductive health. Since there is a limited number of studies on the effects of natural disasters on reproductive health, there is a need for further research on this subject (Damerell and Zutphen, 2011). In this article, the needs of women for reproductive health services after the earthquake are discussed.

## GİRİŞ

Deprem, zamanı öngörülemeyen, kontrol edilemeyen, yıkıma neden olan ve kitlesel olarak yaşamı tehdit eden bir durumdur. İnsani acil bir durum olan deprem, bir topluluğun sağlığını, emniyetini, güvenliğini veya refahını tehdit eden bir afettir (ICM, 2017). Sadece son yüzyılda dünya çapında 75 ülkede 1.150 adet büyük ölçekli deprem meydana geldiği bilinmektedir (Yoosefi Lebni et al., 2020). Depremler ölümlere, kalıcı fiziksel sorunlara yol açmakta ve ruh sağlığını derinden etkilemektedir. Hayatta kalanlar için sevdiklerini kaybetme, yerinden edilme, göç, yaşam koşullarının değişmesi, kaynaklara erişimde sorunlar, eğitim ve iş yaşantısının kesintiye uğraması gibi baş edilmesi gereken güçlükler ortaya çıkar (Ekanyake et al., 2013).

Doğal afetlerin neden olduğu zararların etkileri savunmasız gruplar üzerinde daha fazladır (Yoosefi Lebni et al., 2020). Kadın ve çocukların afetten etkilenen tüm insanların dörtte üçünden fazlasını oluşturduğu tahmin edilmektedir (ICM, 2017). Deprem gibi yıkıcı etkileri olan afetler toplumsal cinsiyet eşitsizliğini daha da derinleştirmektedir. İran'da yapılan bir çalışmada kadınlar deprem sonrasında sağlık gereksinimlerinin yeterince karşılanmadığını, evlilik ilişkilerinin bozulduğunu ve cinsiyet eşitsizliklerinin arttığını bildirmiştir (Yoosefi Lebni et al., 2020). Sağlık sistemindeki eşitsizlikler özellikle üreme sağlığını da olumsuz etkilemektedir (Damerell and Zutphen, 2011). Afet sonrasında üreme sağlığı hizmet sunumundaki aksamalar anne ve bebek ölümleri, ölü doğumlar, istenmeyen gebelikler, isteyerek düşükler ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda artışa neden olmaktadır (Bahmanjanbeh et al., 2016). Depremlerin üreme sağlığına etkilerini ele alan az sayıda araştırma bulunmakla birlikte, bu çalışmalarda deprem sonrası gebelik ve doğum komplikasyonlarının, menstruasyon sorunlarının, cinsel şiddetin ve cinsel işlev bozukluklarının arttığı bildirilmiştir (Liu et al., 2010; Alison et. al., 2015; Zotti et al., 2015). Çin'de yaşanan kadınların deprem sonrası daha fazla aile içi fiziksel ve cinsel şiddet yaşadıklarını belirlenmiştir (Chan and Zhang, 2011).

Deprem nedeniyle özellikle çadır kent ya da konteyner kent gibi toplu alanlarda yaşayan kadınlara alanında uzman sağlık profesyonelleri tarafından erişilebilir doğum öncesi bakım, aile planlaması hizmetleri ve emzirme danışmanlığı sunulması afetin üreme sağlığına etkilerini azaltacaktır. Doğal afetlerin üreme sağlığına etkisine ilişkin sınırlı sayıda çalışma olduğu için bu konuda daha fazla araştırma yapılmasına gereksinim bulunmaktadır (Damerell and Zutphen, 2011). Bu makalede, deprem sonrasında kadınların

üreme sağlığı hizmetlerine ilişkin gereksinimleri ele alınmıştır.

### DEPREM SONRASI KADIN ÜREME SAĞLIĞI

#### Menstrual Dönem

Menstruasyon dönemi, adölesan döneminde başlayan ve menopoz ile sonlanan fizyolojik bir süreçtir. Menstruasyon döneminde semptomlar iyi yönetilmediğinde jinekolojik sorunlara, üriner enfeksiyonlara, anemiye ve psikososyal sorunlara neden olmaktadır. Menstrual kanamaya ilişkin kötü koku endişesi, utanç ve korku hissi izolasyona yol açabilir. Deprem sonrasında yaşanan genel kargaşa halinde öncelikle temel ihtiyaçlara odaklanılmaktadır. Beslenme, barınma, temiz su, ısınma ya da acil sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması bu ihtiyaçlar arasındadır. Kadınların menstrual ihtiyaçları konuşulmamakta ve hizmet sunumunda ped ve diğer hijyenik gereksinimleri genellikle göz ardı edilmektedir (Ünür, 2021; Budhathoki et al., 2018). Nepal depremi sonrası yapılan bir çalışmada kadınların, beslenme, barınma, temiz su, giysi ve yakınları hakkında bilgi edinmenin ardından en öncelikli ihtiyaçlarının menstrual hijyenin sağlanması olduğu bildirilmiştir (Budhathoki et al., 2018).

Menstrual hijyen yönetimi, kadınların adet dönemi boyunca istenilen sıklıkta, mahremiyet içerisinde, temizlik için su ve sabun ile pamuklu iç çamaşırı ve hijyenik ped sağlanması ve atıkların yok edilmesi için uygun tesislerin olması şeklinde tanımlanır. Menstruasyon döneminde hijyenik ped ya da tampon gibi malzemelere erişim ve atıkların yok edilmesi ülkenin ekonomik olanaklarıyla da ilişkilidir. Düşük sosyoekonomik düzeyi olan ülkelerde kadınların menstruasyon hijyeni konusunda farkındalığı yeterli değildir. Toplumsal cinsiyet rollerinin baskın olduğu toplumlarda menstruasyon konusunda utanma, konuşmaktan kaçınma ve sosyal tabular baskın durumdadır. Kadınlar genellikle hijyenik malzemeleri talep etme ve bu malzemeleri yok etme süreçlerinde güçlük yaşayabilmektedir (Budhathoki et al., 2018). Özellikle yoksul kadınlar bu kısıtlamalar nedeniyle menstrual kanamayı absorbe edici özelliği olmayan kumaş, havlu veya pamuk gibi malzemeleri, uzun süre değiştirmeden ve hijyenik olmayan yöntemlerle uygulayabilmektedir (Budhathoki et al., 2017).

Deprem sonrası kadınlara hijyenik pedlerin uygun şekilde ve yeterli miktarda dağıtımı ve yok edilmesi için mahremiyetin sağlanacağı ortamlara gereksinim vardır. Menstrual kanamayı uygun şekilde yönetebilmek için yeterli ve temiz su, sanitasyon tesisleri, sabun, uygun fiyatlı ya da ücretsiz ped ve tek kullanımlık havlu vb. malzemelerin temin edilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda kadınların duş

alabileceği, beden temizliğini sağlayacakları, hijyenik ve yeterli sayıda alan sağlanmalıdır (Ünür, 2021; Budhathoki et al., 2018). Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki ya da genç yaştaki kadınlara menstrual hijyen konusunda hemşire ve ebeler tarafından danışmanlık sağlanması afetler sonrasında daha da önemlidir.

#### Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Dönem

##### Gebelik

Gebelik, anne ve bebek sağlığının sürdürülmesi ve korunması için önemli bir süreçtir. Gebelik sırasında yaşanan yoğun stres anne ve bebek sağlığının bozulmasına neden olur. Uzun süreli stres, fetüsün büyüme gelişmesini sağlayan uterusun kan dolaşımını olumsuz etkiler, fiziksel ve ruhsal sorunlara yol açabilir (Wang et al., 2017).

Gebeler, doğal afet durumlarında daha savunmasızdır. Deprem, gebeler üzerinde ciddi düzeyde stres faktörüdür ve intrauterin gelişimi olumsuz etkiler. Doğal afetlere maruz kalan gebelerde erken doğum tehdidi, düşük doğum ağırlıklı bebek, düşük apgar puanı ve normalden küçük baş çevresi gibi perinatal komplikasyonlar olabilmektedir. Doğal afetler sonrası doğan bebeklerde uzun vadede yetersiz bedensel ve zihinsel gelişim, obezite ve metabolik hastalıklarda artış bildirilmektedir (Palmeiro-Silva et al., 2018). Bâtiz ve ark.'nın çalışmasında gebelik döneminde depreme maruz kalan kadınların çocuklarında okul başarısının, depreme maruz kalmayan kadınların çocuklarına oranla daha düşük olduğu belirtilmiştir (Bâtiz et al., 2021).

İran'daki Bazgaryan depremi öncesi ve sonrası dönemde gebelerle yapılan bir çalışmada, deprem sonrasında incelenen gebelerde yetersiz kilo artışı, hemoglobinin düzeyinde düşme, abortus, erken doğum ve ölü doğumlarda artış bildirilmiştir. Aynı çalışmada deprem öncesi ve sonrası doğan bebekler karşılaştırıldığında, deprem sonrası doğan bebeklerin doğum ağırlığında, boy uzunluğu ve baş çevresinde anlamlı azalma belirlenmiştir (Amarpoor Mesrkanlou et al., 2023). Çalışmalar deprem sonrası kadınların yeni gebelik istemediklerini, var olan gebeliklerini sonlandırmak istediklerini ve doğum öncesi bakım hizmetlerinden daha fazla yararlanmak istediklerini bildirmektedir (Zotti et al., 2015; Bahmanjanbeh et al., 2016). Gebelerin afet durumlarında hayatta kalma, tahliye edilme ve sağlık gereksinimlerinin karşılanması, özellikle küçük çocuklarının ve ailelerinin ihtiyaçları ve sağlık sorunları hakkında daha fazla endişe duydukları belirtilmektedir (Sato et al., 2016).

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA-United Nations Population Fund), 6 Şubat 2023'de ülkemizi etkileyen depremler sonrasında yaklaşık 214.000



kadının gebe olduğunu belirtmiştir. Depremden etkilenen yüzbinlerce gebenin gebelik ve doğum komplikasyonları ile karşılaşacağı olasıdır. Afet durumlarında nitelikli doğum öncesi bakıma, güvenilir ortamda doğum yapmaya, acil obstetrik bakıma ve aile planlaması hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Gebelerin mevcut koşullarında sağlıklı beslenmesinin sürdürülmesi, bağışıklama, stresle başa çıkma yöntemlerini kullanabilmesi, enfeksiyonlardan korunması ve yaşam koşullarının düzenlenmesinde hemşire ve ebelerin vereceği nitelikli bakımın önemi büyüktür. Gebelerin doğum öncesi, sırası ve sonrasında kaliteli bakıma erişebilmelerine olanak sağlanmalıdır (UNFPA, 2015; UNFPA, 2023).

### **Doğum**

Gebelik ve doğum kadınların hayatında fiziksel ve psikolojik sağlığın sürdürülmesi için kritik süreçlerdir. Bu dönemde hem annenin hem de bebeğin sağlığına ve refahına öncelik verecek girişimlerde bulunmak önemlidir. Ancak deprem gibi bir felaket anında ve sonrasında gebe kadınların doğum öncesi bakıma, ultrason taramalarına ve diğer kritik sağlık hizmetlere erişimini zorlaşmaktadır. Hastanelerin ve sağlık merkezlerinin yıkılması gebe kadınları savunmasız ve risk altında bırakmaktadır. Deprem sonrası, gebelerin karşılaştığı en önemli zorluklardan biri temel sağlık hizmetlerine erişim eksikliğidir. Pek çok kadın bebeği için hayati olan sağlık kontrollerine gidememektedir. Bazı durumlarda gebe kadınlar, en yakın sağlık tesisine ulaşmak için uzun mesafeler kat etmek zorunda kalmaktadır. Bu durum özellikle gebeliğin son trimesterında olanlar için zaman alıcı ve tehlikeli olmaktadır (Ahmed ve ark., 2023).

Deprem sonrasında gebelerin karşılaştığı bir diğer önemli zorluk ise doğum sırasında yaşanabilecek komplikasyonlardır. Güvenli olmayan ve sağlıklı koşullarda gerçekleştirilen doğumlar hem annenin hem de bebeğin hayatını tehdit edebilecek enfeksiyon ve diğer komplikasyonların gelişmesi riskini artırmaktadır. Pek çok gebe kadın, eğitilmiş sağlık personelinin yardımı olmadan evde doğum yapmak zorunda kalmaktadır. Evde uzman olmadan yapılan doğumlar ise anne ve bebek için hayati sonuçlara neden olmaktadır (Amarpoor Mesrkanlou ve ark. 2023; Ahmed ve ark., 2023). Amarpoor Mesrkanlou ve ark.'nın Varzaghan depremi sonrasında yapılan çalışmaları, depremden hemen sonra erken doğumların, ölü doğumların deprem öncesi döneme göre anlamlı şekilde arttığını göstermiştir (Amarpoor Mesrkanlou ve ark., 2023).

Bu zorlukların üstesinden gelebilmek için etkilenen bölgelerde sağlık altyapısının yeniden inşasına öncelik verilmesi çok önemlidir. Gebe kadınların ihtiyaç duydukları temel sağlık hizmetlerine erişmelerini sağlamak için hastaneler yeniden inşa edilmeli ve

güçlendirilmelidir. Tıbbi personel, özellikle riskli gebeliğe sahip kadınlara özel bakım sağlamak üzere eğitilmeli ve donatılmalıdır. Gebelik ve doğuma özel gerekli tıbbi malzeme ve ekipmanın sağlanması da büyük önem taşımaktadır. Bu, güvenli doğum hizmeti için gerekli olan ilaçları, ekipmanları ve temel sarf malzemelerini içermektedir. Kadınların ayrıca sağlık tesislerine hızlı ve güvenli bir şekilde ulaşabilmeleri için acil sağlık ulaşım hizmetleri aktif olmalıdır (Amarpoor Mesrkanlou ve ark. 2023; Ahmed ve ark., 2023).

### **Doğum sonu dönem**

Doğal afetler sonrası kriz ortamlarında anne ve yenidoğan oldukça savunmasızdır. Tüm anne ölümlerinin yaklaşık %65'i doğumdan sonra meydana gelir. Doğum sonrası ölümlerin yaklaşık %50'si doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde gerçekleşir. Maternal kanama, sepsis ve hipertansif durumlar doğumdan sonra ve postpartum 6. haftaya kadar ortaya çıkabilir. Bebek ölümlerinin üçte ikisi doğumdan sonraki ilk hafta içinde gerçekleşir. Tüm bebek ölümlerinin %50'den fazlası doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde görülür (Joseph et al., 2023). Doğuma bağlı komplikasyonlar kriz dönemlerinde artabilir. Felaket durumunda, doğum sonrası komplikasyon yaşayan kadınların bakımı için kapsamlı hizmet verilebilecek sağlık kuruluşlarına gereksinim vardır (Murakami et al., 2023).

Deprem gibi strese neden olan kriz durumları doğum sonu dönemde ruh sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasına neden olabilir. Deprem ve doğumun neden olduğu yüksek kaygı, doğum sonrası depresyon oluşumunu kolaylaştırabilir. Diğer taraftan ebeveyn rollerini yerine getirme çabası, bebeğin sağlığının ve güvenliğinin sürdürülmesine yönelik endişeler ve olumsuz beden imajı gibi duyguların depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Sato et al., 2016). Deprem gibi travma deneyimi yaşayan annelerde TSSB görülme olasılığının arttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Qu ve ark., 2012). Doğu Japonya depreminden sonraki 1 yıl içinde yapılan 2 çalışmada kadınların doğum sonu depresyon belirtilerinde artış olduğu rapor edilmiştir (Nishigori ve ark. 2014; Nishigori ve ark. 2015). Afetten sonraki ilk yılda semptomların ve etkilerinin zirveye ulaştığı dönemdir, zaman geçtikçe iyileşme olur. Bu nedenle afet dönemlerinde gecikmeden müdahale etmek ve izlemek önemlidir (Murakami ve ark., 2023).

### **Emzirme**

Anne sütü, afet anlarında bebek için en güvenilir besin kaynağıdır. Bu süreçte emzirme özellikle teşvik edilmeli ve desteklenmelidir. Formül mama ile beslenen bebeklerde, anne sütündeki koruyucu

antikorlardan yararlanılmaması nedeniyle enfeksiyonlar ve diyare daha sık görülür. Ayrıca mama hazırlamak için temiz su, biberon ve su ısıtıcı vb. malzemeler bulunamadığında mama kontamine olabilir. Aynı zamanda sürekli mama temin etmekte güçlük yaşanabilir. Sonuç olarak, formül mama ile beslenen bebeklerde yetersiz beslenmeye bağlı sorunlar ve dehidratasyon gelişebilir (USBC, 2018; American Academy of Pediatrics, 2020).

Emzirme beslenmenin yanı sıra anne-bebek bağlanmasında da önemlidir. Emzirme annelerin kaygı ve stres düzeyini azaltır. Deprem sonrası stres, uykusuzluk, iyi beslenememe gibi nedenlerle annenin sütünde azalma veya kesilme görülebilir. Stres altındaki kadınlar iyi desteklenirlerse yeniden emzirmeye başlayabilir. İlk 6 ay sadece anne sütü ile beslenen bebeğin anne sütü ile beslenmeyen bebeğe oranla hayatta kalma şansı 14 kat daha fazladır. Bu nedenle emzirmenin kesintiye uğratılmaması konusunda çaba sarf edilmelidir. Afet sonrası çalışmalar kapsamında yeni doğum yapmış anneler ve bebeklerin sağlık kayıtları tutulmalı, sosyal yardımlardan öncelikle yararlanmaları sağlanmalı, beslenme, ısınma, hijyen ve mahremiyet açısından uygun, güvenli yerlerin temini, emzirme danışmanlığı ve duygusal destek sağlanması önemlidir (USBC, 2018; American Academy of Pediatrics, 2020).

### **Aile Planlaması**

Kontraseptif yöntemlerin seçimi ve kullanımı kişinin genel sağlık durumuna, yaşına, cinsel ilişki sıklığına, partner sayısına ve gelecekte çocuk sahibi olma isteğine bağlı olarak değişiklik gösterir (WHO, 2023). Bireylerin temel sağlık haklarından biri olan aile planlaması hizmetlerine erişim, afet sonrasında tamamen ortadan kalkabilir ya da kısıtlı olabilir. Kontraseptif yöntemlere erişimin yetersiz olması istenmeyen gebeliklere ve isteyerek düşüklere neden olabileceği gibi gebeliğe bağlı komplikasyonlarını da artırır (Strid et al., 2022; WHO, 2023; IPPF, 2023).

Haiti depremi sonrası yapılan bir çalışmada, modern doğum kontrol yöntemi kullanımının azaldığı, istenmeyen gebeliklerin ve karşılanmayan aile planlaması hizmetlerinin arttığı bildirilmiştir (Behrman ve Weitzman, 2016). Bir başka çalışmada, depremin genel olarak kontraseptif yöntemlerin kullanımını değiştirmedeği ancak hizmete ve yöntemlere erişimde azalma olduğunu bildirilmiştir (Strid et al., 2022). Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu (IPPF-International Planned Parenthood Federation), ülkemizde 6 Şubat 2023 depremlerinden etkilenen bölgelerde, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının %50 oranında arttığını belirtmektedir. Geçici barınma merkezlerinde yaşayan kadınlara üreme sağlığı hizmet sunumunda genellikle gebelik ve doğuma odaklanıldığı, kontraseptif

yöntemlerin sunumunda yetersiz kaldığı bildirilmektedir (IPPF, 2023). Doğu Azerbaycan'daki depremden sonra kontraseptif yöntemlerinin kullanımının azaldığı belirtilmiştir (Bahmanjanbeh et al., 2016). Kadınların düzenli olarak kontraseptif yöntem kullanması, kriz zamanlarında da yöntem kullanıma devam etmelerinde önemli bir etkidir. Afetten etkilenen kadınlara kontraseptif yöntem sağlamanın yeterli olmayacağı, çiftlere fertilitate bilinci ile planlı gebelikler konusunda bilgilendirme yapılmasının önemi vurgulanmaktadır (Rajabi et al., 2022).

### **Ürogenital Enfeksiyonlar**

Kadınların ürogenital enfeksiyon belirtilerini önemsememesi ve konuya ilişkin bilgi eksikliğinin olması, afetlerden sonra bu enfeksiyonların oluşumunu ve yayılımını kolaylaştırmaktadır. Deprem gibi doğal afetler sonrasında kadınların ürogenital enfeksiyonların ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) riskleri, belirtileri, erken dönemde tedavisi ve mevcut koşullarda enfeksiyonlardan korunma konularında bilgilendirilmeleri önemlidir (Rajabi et al., 2022;). Depremden etkilenen kadınların sadece %2'sinin kendilerini CYBE ile ilgili risk altında hissettikleri bildirilmiştir (Rajabi et al., 2022). Bir başka çalışmada depremden etkilenen kadınların %8'inin kendisinin HIV/AIDS ve diğer CYBE'ler açısından risk altında olduğunu belirttiği rapor edilmiştir (Harville et al., 2015; Rajabi et al., 2022).

Deprem gibi toplumsal kargaşaya neden olan akut durumlarda ürogenital enfeksiyon belirtileri olan kadınların tedavi hizmetlerine erişimi olmayabilir. Bu durumda enfeksiyonların belirtileri ilerleyebilir ve yayılma hızı artabilir. Deprem sonrası yaşam koşullarında jinekolojik enfeksiyonların önlenmesinin kritik olduğu unutulmamalıdır (Rajabi et al., 2022). Çin'de gerçekleşen deprem sonrası yapılan bir çalışmada kadınların deprem öncesine göre, genital yol enfeksiyonu ve pelvik inflamatuvar hastalık semptomlarının ortalama 2 kat artış gösterdiği bildirilmiştir (Liu et al., 2010). Afetler doğrudan ürogenital enfeksiyonlara neden olmasa da değişen fiziki yaşam koşulları, partner değişiklikleri, olumsuz hijyen davranışları, yeterli ve dengeli beslenememe, yeterli içme suyuna erişememe ve yoğun stres ürogenital enfeksiyonların gelişiminde ve semptomların ilerlemesinde etkili faktörlerdir (Harville et al., 2015).

### **Deprem Sonrası Dönemde Üreme Sağlığı Hizmetlerine Yönelik Hemşire ve Ebenin Sorumlulukları**

Deprem gibi büyük ölçekli bir doğal afet durumundan sonra öncelikle hayat kurtarmada, sağlık sorunlarını azaltmada ve önlemede başarılı olmanın anahtarı, acil

durumlara ilişkin ulusal düzeyde tüm kurumların organize şekilde hazır oluşuğun yanı sıra sağlık ekibinin yeterli sayı ve donanımında olmasıdır. Hemşire ve ebeler sağlık sisteminin her basamağında acil durumlara müdahale etmede çok hızlı harekete geçebilecek konumdadır. Sağlık çalışanlarının deprem gibi acil durumların yol açtığı sağlık risklerine karşı hazırlıklı olmaları, risklerin yönetilmesi ve gerekli müdahalelerin yapılması hayati önem taşımaktadır (ICM, 2014). Tüm sağlık profesyonellerinin müfredat programlarında afetler konusuna yeterince yer verilmeli ve afetlerin etkisi konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları sağlanmalıdır (Hugelius ve Adolfsson, 2019). Çalışmalar depremden etkilenen bireylere bakım veren hemşirelerin kaynak sıkıntısı, sağlık sorunlarının yönetimi ve etik konular gibi güçlüklerle karşılaştıklarını göstermektedir (Pourvakhshoori et al., 2017; Abdi et al., 2021).

Afet sonrasında gelişen kaos ortamında temel sağlık hizmetlerinin yanı sıra anne ve çocuk sağlığı hizmetleri kesintiye uğrar. Afetlerin olumsuz etkileri anne ve çocuk ölümlerinin yüksek olduğu, az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde daha fazla olmaktadır. Bu nedenle ulusal sağlık sisteminde en zorlu koşullarda bile kaliteli sağlık hizmeti verebilecek, iyi eğitilmiş yeterli sayı ve donanımında sağlık ekipleri yer almalıdır (ICM, 2017). Bu ekiplerin üyesi olarak liderliğini hemşire ve ebeler de yapabilir. Ebeler çoğunlukla yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde acil durum hazırlığı ve müdahale planlamasına yeterince dahil edilmemektedir. Anne ve çocuk sağlığının doğal afet durumlarında ciddi şekilde etkilendiği için ebelerin de sisteme dahil edilmesi önemlidir (ICM, 2014).

Hemşire ve ebelerin afetlerdeki görevleri;

- Deprem gibi yaşamı tehdit eden afetlere hazırlıklı olmanın önemini farkında olmalı,
- Hemşirelik ve ebelik eğitim programlarının içeriğine deprem ve afetlerde diğer konuların yanı sıra kadın, çocuk ve aile için oluşabilecek sağlık riskleri dahil edilmeli,
- Afetler öncesi ve sonrasında uygun sağlık bakımını sunmak amacıyla stratejiler geliştirmeye yönelik araştırmalar yürütülmeli,
- Afetlerle ilgili politika oluşturan ve karar alan kurum/kurullarda hemşire ve ebelerin temsiliyeti sağlanmalı,
- Afet durumlarında meydana gelen her türlü ayrımcılığı, etik sorunları ve insan hakkı ihlallerini önlemeye yönelik önlemler alınmalı,
- Çalışma alanlarına yönelik afete hazırlık stratejileri geliştirmeli,
- Doğal afet veya acil durumlarda emzirmeyi ve güvenli bebek beslenmesini desteklemeli, anne ve bebek sağlığı korumalıdır (ICM,

2014; Kalanlar ve Kubilay 2015; ICM, 2017; Fletcher et al., 2022).

Afet hemşireliğine ve afete hazırlığa ilişkin bir sistematik derlemede, hemşirelerin afette müdahalelere hazır olmadıklarını düşündükleri belirtilmiştir (Labrague et al., 2018). Afet hemşireliğine hazır olma ve konunun kavramsal çerçevesini anlamada farklı modellerden yararlanılmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Afet alanlarında hizmet deneyimi olan hemşireler çalışma alanlarında barınma, güvenlik, beslenme, kişisel hijyenin sağlanması gibi olanakların bulunmaması ve ruh sağlığının ihmal edilmesi konularında güçlük yaşadıklarını bildirmiştir. Diğer taraftan afet bölgesinde yaşayan sağlık profesyonelleri de etkilendiklerinden aile ve yakınlarının durumu hakkında endişelenmektedir (Hugelius ve Adolfsson, 2019). Deprem bölgesinde çalışan hemşirelerle yapılan farklı çalışmalarda hemşirelerin deprem bölgesindeki aktif görev aldıklarını ancak, kendilerine ve ailelerine maddi ve duygusal destek sağlanmadığını bildirmişlerdir (Geisz-Everson et al., 2012; Pouraghaei et al., 2017). Afet bölgelerinde sağlık hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin temel gereksinimlerinin karşılanması ve üreme sağlığı hizmetlerinin sağlanması sahada daha etkin çalışmalarına katkı sağlayacaktır.

#### **Araştırmanın Etik Yönü/Ethics Committee**

**Approval:** Literatür incelemesi yapılmış olup, kullanılan literatür, kaynaklar bölümünde gösterilmiştir

**Hakem/Peer-review:** Dış hakem değerlendirmesi.

**Yazar Katkısı/Author Contributions:**Fikir /kavram: EYA; Tasarım.; EYA, EA; Danışmanlık: F EYA, EA; Analiz/Yorum: EYA, EA; Kaynak tarama; EYA, EA; Makalenin Yazımı: A EYA, EA.; Eleştirel inceleme: EYA, EA;

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

## KAYNAKLAR

- Abdi A, Vaisi-Raygani A, Najafi B, Saidi, H, Moradi K. (2021). Reflecting on the challenges encountered by nurses at the great Kermanshah earthquake: a qualitative study. *BMC nursing*, 20(1), 90. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00605-3>
- Ahmed SK, Khdir, R M. (2023). Protecting the health of pregnant women in Turkey and Syria earthquake-affected areas: Challenges and opportunities. *Women's health (London, England)*, 19, 17455057231166281, <https://doi.org/10.1177/17455057231166281>
- Alison HP, Jen AS, Tania V, Jeanette C, James W, Richard C.C. (2014). Menstrual management: A neglected aspect of hygiene interventions. *Disaster Prev Manag*, 23,437–54.
- Amarpoor Mesrkanlou H, Ghaemmaghami Hezaveh S, Tahmasebi S, Nikniaz Z, Nikniaz L. (2023). The Effect of an Earthquake Experienced During Pregnancy on Maternal Health and Birth Outcomes. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 17, E157, <https://doi.org/10.1017/dmp.2022.132>
- American Academy of Pediatrics 2020. Infant Feeding in Disasters and Emergencies: Breastfeeding and Other Options. <https://downloads.aap.org/AAP/PDF/DisasterFactSheet6-2020.pdf>, Erişim Tarihi: 06.11.2023.
- Bahmanjanbeh F, Kohan S, Yarmohammadian, M.H, Haghshenas A. (2016). Evaluation of reproductive health indicators in women affected by East Azarbaijan earthquake on August 2012. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 21(5), 504-509, <https://doi.org/10.4103/1735-9066.193414>.
- Bátiz L.F, Palmeiro-Silva, Y.K, Rice G.E. (2021). Maternal exposure to a high-magnitude earthquake during pregnancy influences pre-reading skills in early childhood. *Scientific Reports*, 11, 9244, <https://doi.org/10.1038/s41598-021-88767-7>
- Behrman, J. A., Weitzman, A. (2016). Effects of the 2010 Haiti Earthquake on Women's Reproductive Health. *Studies in family planning*, 47(1), 3–17. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2016.00045.x>
- Budhathoki S. S, Bhattachan M, Pokharel P K, Bhadra M, van Teijlingen E. (2017). Reusable sanitary towels: promoting menstrual hygiene in post-earthquake Nepal. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 43(2), 157-159.
- Budhathoki S.S, Bhattachan,M, Castro-Sánchez E. (2018). Menstrual hygiene management among women and adolescent girls in the aftermath of the earthquake in Nepal. *BMC Women's Health*, 18, 33, <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0527-y>
- Chan KL, Zhang Y.(2011). Female victimization and intimate partner violence after the may 12, 2008, Sichuan earthquake. *Violence Victims*, 26(3),364–376.
- Damerell J, Zutphen T. (2011). The Sphere Project <https://www.unhcr.org/50b491b09.pdf> Erişim Tarihi: 07.11.2023.
- Fletcher K A, Reddin, K, Tait D. (2022). The history of disaster nursing: from Nightingale to nursing in the 21st century. *Journal of research in nursing: JRN*, 27(3), 257–272. <https://doi.org/10.1177/17449871211058854>
- Geisz-Everson MA, Dodd-McCue, D, Bennett M. (2012). Shared experiences of CRNAs who were on duty in New Orleans during Hurricane Katrina. *AANA journal*, 80(3), 205–212.
- Harville E., Giarratano G, Savage J, Mendoza VBd Zotkiewicz T. (2015). Birth outcomes in a disaster recovery environment: New Orleans women after Katrina. *Maternal and Child Health Journal*, 19(11),2512-22. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1772-4>
- Hugelius K, Adolfsson A. (2019). The HOPE model for disaster nursing - A systematic literature review. *International emergency nursing*, 45, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.03.007>
- ICM (2014). Role of the Midwife in Disaster/Emergency Preparedness <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/role-of-the-midwife-in-disaster-preparedness-eng.pdf> Erişim Tarihi: 15.11.2023.



- ICM (2017). Health of Women and Children in Disasters. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/english-health-women-and-children-in-disasters.pdf>, Erişim Tarihi: 15.11.2023.
- IPPF (2023). <https://www.ippf.org/media-center/unmet-need-contraceptives-quadruples-parts-earthquake-affected-turkiye>, Erişim Tarihi: 15.11.2023.
- Joseph NT, Curtis BH, Goodman A. (2023). Disaster Settings: Care of Pregnant Patients. <https://www.uptodate.com/contents/disaster-settings-care-of-pregnant-patients/print#> Erişim Tarihi: 15.11.2023.
- Kalanlar B, Kubilay G. (2015). Afetlerde toplum sağlığının korunmasında önemli bir kavram: afet hemşireliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 23 (1),57-65.
- Labrague LJ, Hammad K, Gloe DS, McEnroe-Petite DM, Fronda DC, Obeidat AA, Leocadio MC, Cayaban AR, Mirafuentes EC. (2018). Disaster preparedness among nurses: a systematic review of literature. *International nursing review*, 65(1), 41–53, <https://doi.org/10.1111/inr.12369>
- Liu S, Han J, Xiao D, Ma C, Chen B. (2010). A report on the reproductive health of women after the massive 2008 Wenchuan earthquake. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 108(2), 161–164. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.08.030>
- Murakami K, Ishikuro M, Obara T, Ueno F, Noda, A, Onuma T, Matsuzaki F, Kikuchi S, Kobayashi N, Hamada H, Iwama N, Metoki, H., Kikuya, M., Saito, M., Sugawara J, Tomita H, Yaegashi N, Kuriyama S. (2023). Traumatic experiences of the great east japan earthquake and postpartum depressive symptoms: the tohoku medical megabank project birth and three-generation cohort study. *Journal of affective disorders*, 320, 461–467. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.139>
- Nishigori H, Sasaki M, Obara, T, Nishigori T, Ishikuro M, Metoki H, Sugawara J, Kuriyama S, Hosoyachi A, Yaegashi N, Kobayashi T, Yoshizumi N. (2015). Correlation between the Great East Japan Earthquake and postpartum depression: a study in Miyako, Iwate, Japan. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 9, 307–312. <https://doi.org/10.1017/dmp.2015.51>
- Nishigori H, Sugawara J, Obara T, Nishigori T, Sato K, Sugiyama T, Okamura K, Yaegashi, N. (2014). Surveys of postpartum depression in Miyagi, Japan, after the Great East Japan Earthquake. *Archives of women's mental health*, 17(6), 579–581. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0459-y>
- Palmeiro-Silva, YK, Orellana P, Venegas P, Monteiro L., Varas-Godoy M, Norwitz E, Rice G, Osorio E, Illanes SE. (2018). Effects of earthquake on perinatal outcomes: A Chilean register-based study. *PloS one*, 13(2), e0191340. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191340>
- Pouraghaei, M., Jannati, A., Moharamzadeh, P., Ghaffarzad, A., Far, M. H., Babaie, J. (2017). Challenges of Hospital Response to the Twin Earthquakes of August 21, 2012, in East Azerbaijan, Iran. *Disaster medicine and public health preparedness*, 11(4), 422–430. <https://doi.org/10.1017/dmp.2016.153>
- Pourvakhshoori N, Norouzi K, Ahmadi F, Hosseini M, Khankeh H. (2017). Nurse in limbo: A qualitative study of nursing in disasters in Iranian context. *PloS one*, 12(7), e0181314. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181314>
- Qu Z, Wang X, Tian D. (2012). Posttraumatic stress disorder and depression among new mothers at 8 months later of the 2008 Sichuan earthquake in China. *Arch Womens Ment Health* 15, 49–55, <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0255-x>
- Rajabi E, Hamidreza Khankeh HR, Ranjbar M, Mousavi M, Norouzi M, Farokhi, M. (2022). Evaluation of women's reproductive health status after the 2017 earthquake in Kermanshah, Iran. *Health in Emergencies and Disasters Quarterly*. 7(4),183-192 <http://dx.doi.org/10.32598/hdq.7.4.271.2>
- Sato M, Nakamura Y, Atogami F, Horiguchi R, Tamaki R, Yoshizawa T, Oshitani H. (2016). Immediate needs and concerns among pregnant women during and after typhoon haiyan (Yolanda). *PLoS*

- currents, <https://doi.org/10.1371/currents.d1s.29e4c0c810db47d7fd8d0d1fb782892c>
- Strid P, Snead MC, Galang RR. (2022). Fertility and contraception among women of reproductive age following a disaster: a scoping review. *Reprod Health*, 19,147, <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01436-4>
- UNFPA (2015). Life-saving role of midwives more crucial than ever for pregnant women in the wake of disaster. <https://nepal.unfpa.org/en/news/life-saving-role-midwives-more-crucial-ever-pregnant-women-wake-disaster>, Erişim Tarihi: 10.11.2023.
- UNFPA (2023). Earthquakes in Syria and Turkey. <https://www.usaforunfpa.org/unfpa-scaling-up-emergency-response-to-reach-women-and-girls-in-turkiye-and-syria-in-aftermath-of-powerful-earthquakes/>, Erişim Tarihi: 15.11.2023.
- United States Breastfeeding Committee (USBC) (2018). Position Statement on Infant/Young Child Feeding in Emergencies. Breastfeeding in emergencies (d/do/416). <https://www.usbreastfeeding.org/breastfeeding-in-emergencies.html> Erişim Tarihi: 10.11.2023.
- Ünür E. (2021). Afet yönetiminde toplumsal cinsiyet eşitsizliği: doğal afetlerde cinsiyete dayalı zarar görülebilirlik farkı. *İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2), 351-381.
- Wang R, An C, Wang J, Wang Y, Song M, Li N, Chen Y, Sun F, Chen X, Wang X. (2017). Earthquake experience at different trimesters during pregnancy is associated with leukocyte telomere length and long-term health in adulthood. *Frontiers in psychiatry*, 8, 208. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00208>
- World Health Organization (WHO). (2023). Family Planning/Contraception Methods. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>, Erişim Tarihi: 17.11.2023.
- Yoosefi Lebni J, Khorami F, Ebadi Fard Azar, F, Khosravi B, Safari H, Ziapour A. (2020). Experiences of rural women with damages resulting from an earthquake in Iran: a qualitative study. *BMC Public Health*. 20(1),625. doi: 10.1186/s12889-020-08752-z.
- Zotti ME, Williams AM, Wako E. (2015). Post-disaster health indicators for pregnant and postpartum women and infants. *Maternal and child health journal*, 19(6), 1179–1188. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1643-4>



Derleme Makalesi/Review Article

**Koku Terapisi: Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozukluklarını Hedefleyen  
Aromaterapinin İncelenmesi**

Yılmaz GÜNEŞ<sup>1</sup> & Sevgül DÖNMEZ<sup>2</sup>

*Scent Therapy: A Review of Aromatherapy Targeting Sexuality and Sexual Dysfunctions*

**ÖZ**

Aromatik özleri doğadan kullanmanın asırlık uygulaması olan aromaterapi, insan cinselliğinin karmaşık tiyatrosunda önemli bir şekilde yer almaktadır. Bazı esansiyel yağlar, cinsel isteği artırıcı etkileriyle bilinir. Örneğin, ylang-ylang, sandal ağacı, gül, vanilya ve zencefil gibi yağlar cinsel uyarımı teşvik edebilmektedir. Bu yağlar, duygusal bağlantıyı güçlendirebilir ve romantizmi artırabilmektedir. Ayrıca, aromaterapinin stresi azaltma yeteneği cinsel sağlık üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Stres, cinsel işlev bozukluklarına neden olabilirken, lavanta, nane ve melisa gibi yağlar rahatlatıcı özellikleri ile stresi azaltabilir, bu da cinsel performansı olumlu yönde etkileyebilmektedir. Ancak, esansiyel yağlar doğru şekilde kullanılmalıdır. Doğru yol ve dozda alınmalıdır. Bunun yanında her bireyin cinsel yanıtları farklı olduğu unutulmamalı ve aromaterapiyi uygulamadan önce kişisel yanıtlar ve alerjiler göz ardı edilmemelidir. Sonuç olarak, aromaterapinin cinsellik üzerinde olumlu etkileri var olduğu doğru esansiyel yağı kullanarak iyileştirici ve tatmin edici bir cinsel yaşamın olabileceği bilinmektedir. Derlemenin temel amacı cinsel yaşam ve cinsel işlev bozukluklarında aromaterapinin etkisini güncel literatür ışığında incelemektir.

**Anahtar Kelimeler:** Aromaterapi, cinsellik, hemşirelik

**ABSTRACT**

Aromatherapy, the age-old practice of using aromatic extracts from nature, plays an important role in the complex theater of human sexuality. Some essential oils are known for their sexual desire-enhancing effects. For example, oils such as ylang-ylang, sandalwood, rose, vanilla and ginger can stimulate sexual arousal. These oils can strengthen emotional connection and enhance romance. Furthermore, aromatherapy's ability to reduce stress has a significant impact on sexual health. While stress can cause sexual dysfunctions, oils such as lavender, peppermint and lemon balm can reduce stress with their relaxing properties, which can positively affect sexual performance. However, essential oils should be used in the right way. They should be taken in the right way and dose. In addition, it should not be forgotten that each individual's sexual responses are different and personal responses and allergies should not be ignored before applying aromatherapy. In conclusion, it is known that aromatherapy has positive effects on sexuality and that a healing and satisfying sexual life can be achieved by using the right essential oil. The main purpose of this review is to examine the effect of aromatherapy on sexual life and sexual dysfunctions in the light of current literature.

**Key Words:** Aromatherapy, nursing, sexuality

<sup>1</sup>Corresponding author: Hemşire, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, İzmir e-mail: yilmaz.gunes09@gmail.com ORCID ID: 0009-0007-2168-3639

<sup>2</sup> Doç. Dr Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Muğla-Türkiye e-mail: onmezsevgul@gmail.com ORCID ID: 0000-0003-2420-8167

Geliş tarihi: 12.06.2023 Kabul Tarihi: 16.11.2023 Online Yayın Tarihi:30..03.2024

**Atf/Citation:** Güneş Y, Dönmez S. (2024). Koku terapisi: cinsellik ve cinsel işlev bozukluklarını hedefleyen aromaterapinin incelenmesi. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 10 (1), 52-60.

## EXTENDED ABSTRACT

Sexuality is a natural aspect of human life, spanning from the intrauterine period to death, encompassing both reproductive functions and sexual gratification. This process can influence both physical and mental health and is influenced by the cultural, religious, and moral values of society. Sexual dysfunction is a problem that can arise at any stage of the sexual response cycle. Female sexual dysfunction is a globally prevalent issue, while premature ejaculation and erectile dysfunction are among the most commonly encountered sexual dysfunctions in males.

Sexual health entails not only the absence of reproductive and sexual dysfunctions but also encompasses the emotional, mental, and social well-being related to sexuality. Within this scope, sexual health entails the absence of negative emotions related to sexual relationships such as fear, shame, and guilt, the ability to control reproductive and sexual behaviors in accordance with social and personal ethical norms, and the ability to engage in these behaviors with pleasure.

Aromatherapy is a complementary medicine method aimed at physiological or psychological healing through the use of essential oils extracted from various parts of plants such as roots, leaves, flowers, and bark. Essential oils can be applied to the body through inhalation, epidermal (massage, topical), oral ingestion, or indirect methods. It is believed that these oils, upon entering the body, affect the limbic system, thereby inducing relaxation, sedation, euphoria, and potentially possessing analgesic properties due to their chemical constituents. When examining the relationship between aromatherapy and sexuality, numerous studies have demonstrated the positive effects of aromatherapy on individuals with sexual dysfunctions. Particularly, the use of essential oils such as lavender, fennel, geranium, and rose oil has been observed to improve sexual functions in women, especially during the postmenopausal period. Additionally, it has been reported that Panax ginseng may assist in the treatment of erectile dysfunction in men.

Animal studies support the positive effects of aromatherapy on sexual health. For instance, it has been observed that certain plant oils like rose and lavender oil possess protective effects against formaldehyde exposure.

The relationship between aromatherapy and sexuality is not limited to physiological effects alone; it also encompasses emotional and psychological dimensions. For example, the scent of essential oils can influence one's emotional state and enhance sexual desire. Certain essential oils, particularly those believed to have aphrodisiac effects, have the potential to arouse

sexual impulses and promote romance. However, there are some important considerations to be mindful of when evaluating the effects of aromatherapy on sexual health. Firstly, due to individual variations in body chemistry, predicting how a specific essential oil will affect an individual can be challenging. Additionally, the effects of aromatherapy on sexual health are often associated with one's mental state, stress levels, relationship quality, and other factors. Therefore, it is important to remember that aromatherapy is not a miraculous solution on its own and is often best utilized as part of a holistic health approach.

Nevertheless, the limited nature of research in this field and the focus of some studies on specific groups hinder a comprehensive understanding of the effects of aromatherapy on sexual health. Therefore, more comprehensive, randomized controlled trials are needed. Such studies could help to determine more precisely the effects of aromatherapy on sexual health and identify which essential oils are more effective for specific sexual dysfunctions. In conclusion, the relationship between sexuality and aromatherapy is complex and multifaceted. While aromatherapy is believed to have positive effects on sexual health, further research is warranted. Future studies in this area could better inform us on how aromatherapy can be utilized to address issues such as sexual dysfunctions, low sexual desire, and relationship problems, thereby enabling us to develop new and effective treatment modalities to enhance people's sexual health and well-being.

## GİRİŞ

Cinsellik; intrauterin yaşamla başlayıp ölümler son bulan, üreme ve cinsel tatmini içeren, beden ve ruh sağlığını etkileyebilen, toplumun kültürel ve dini değerlerinden, ahlaki unsurlarından etkilenebilen önemli bir unsurdur (Toptaş ve Aksu, 2020). Cinsel işlev bozukluğu ise, cinsel tepki döngüsünün herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilecek bir sorundur (Salari ve ark., 2023). Kadın cinsel bozukluğu, küresel olarak %25,8- 67 prevalansı olan yaygın bir cinsel sorundur (Zhao ve ark., 2018). Erkek cinsel sorunları arasında prematüre ejakülasyon (%26-64) ve erektil disfonksiyon (%23-45) arasında değişen yaygınlık oranlarıyla en yaygın cinsel işlev bozukluklarıdır (Edvinsson ve ark., 2023). Yapılan çalışmalarda cinsel sorunların depresyon, anksiyete ve stres gibi en az bir psikolojik sorun ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (Faubion ve Rullo, 2015; Kendurkar ve Kaur, 2008). Modern tıptan önce var olan ve insanların sıklıkla başvurduğu tamamlayıcı tıbbın bir ayağı olan aromaterapi, bitkilerin kök, yaprak, çiçek, kabuk vb. uzuvlarından kimyasal yollarla elde edilen esansiyel yağlarla insanların fizyolojik ya da psikolojik

iyileşmesini sağlayabilen bir yöntemdir (Ali ve ark., 2015). Aromaterapinin tarihi, insanlık tarihi kadar eski bir kültürdür. MÖ 20 bin yıl öncesine kadar Antik Mısır'da aromaterapinin uygulandığı hatta İsa'dan önce 4 binli yıllarda esansiyel yağların günlük yaşamda oldukça sık kullanıldığı belirtilmektedir. Antik Roma zamanlarında insanların aromaterapiyi hijyen, masaj ve medikal alanlarda da kullandığı gözlemlenmiştir. İbn-i Sina 10. yy.'da damıtma yöntemiyle esansiyel yağlar elde etmiş, gülsuyu ve gülyağını iyileştirici olarak kullanmıştır. Fransız cerrah Jean Valnet'de 1960'larda yanık ve yara iyileştirmek için karanfil, limon, papatya ve kekik kullanmış ve aromaterapinin olumlu etkilerini ilk kez tedavi edici yönüyle dile getirmiştir (Metin ve Özdemir, 2016). Cinsel sağlığın iyileşmesinde aromaterapinin etkisi hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç vardır. Bu derlemenin temel amacı, cinsel sağlıkta aromaterapinin etkisini incelemek ve aromaterapinin cinsel sağlıktaki rolünü vurgulamaktır. Ayrıca, aromaterapinin etkinliği hakkında mevcut bilgileri sunarak, gelecekteki araştırmalar için bir temel oluşturmayı amaçlamaktadır.

### Aromaterapinin Etki Mekanizması

Bitkilerden üretilen esansiyel yağların vücuda alınma yollarına göre, kan ve sinir sistemi yoluyla beden ve ruh sağlığı üzerinde etkileri olduğu bildirilmektedir (Baltacı, 2019). Farklı yollarla uygulanan aromaterapi; inhalasyon (solunum), epidermal (masaj, temas, kompres veya banyo), oral yolla (tablet, kapsül ya da sulandırılmış) ya da dolaylı yoldan (gargara, vajinal ya da anal) uygulanabilmektedir. Doğru ve etkili bir aromaterapi uygulaması için bu yollardan en uygun olanı seçilmelidir. En hızlı ve etkili yolunun ise inhalasyon olduğu belirtilmektedir (Bilgiç, 2017). Esansiyel yağlar; solunum, ter ya da idrar yoluyla vücuttan uzaklaştırılır (Köse ve ark., 2007).

Bu yağların, emilim ve koku molekülleri ile vücuda girdikten sonra vücutta kendine has reseptörlere bağlanıp elektrokimyasal bir mesaj ile limbik sisteme iletim yaptıkları ve limbik sistemin mesaja yanıt olarak kişide rahatlama, sedasyon, öfori gibi etkiler yarattığı düşünülmektedir (Özdemir, 2015). Bunun yanı sıra bu yağlarda bulunan bazı analjezik maddelerin beyin sapını uyararak endorfin, dopamin, noradrenalin ve serotonin salgılanmasını teşvik ettiği ve dolayısıyla ağrı kesici özelliklerinin de olduğu belirtilmektedir (Gül & Eti Aslan, 2012).

### Aromaterapi ve Cinsellik

Cinsellik; intrauterin yaşamla başlayıp ölümle son bulan, üreme ve cinsel tatmini içeren, beden ve ruh sağlığını etkileyebilen, toplumun kültürel ve dini değerlerinden, ahlaki unsurlarından etkilenebilen

önemli bir unsurdur (Toptaş ve Aksu, 2020). Ayrıca cinselliğin bireyin yaşam konforunun önemli bir etmenini oluşturduğu bilinmektedir (Bilgin & Kömürcü, 2016). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), cinsel sağlığı hastalık, engellilik ya da cinsel işlev bozukluğunun yokluğu olarak değil cinsellikle ilgili duygusal, zihinsel ve sosyal refah durumu olarak tanımlar (DSÖ, 2010).

Ayrıca cinsel sağlık, üreme ve cinsel işlevleri etkileyen hastalık ve engelliliklerin yokluğuyla birlikte, cinsel yanıtları baskılayan ve insan ilişkilerini olumsuz etkileyen korku, utanç, suçluluk ve yanlış inançların olmamasına, sosyal ve kişisel etik kurallarına uygun olarak üreme ve cinsel davranışları kontrol edebilme yeteneği ve bu davranışları keyif alarak yapabilme ve tatmin olabilme durumlarını içermektedir (Duman, 2019).

Cinsel işlev bozukluğu ise, cinsel tepki döngüsünün herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilecek bir sorundur (Salari ve ark., 2023). Kadın cinsel bozukluğu, küresel olarak %25,8- 67 prevalansı olan yaygın bir cinsel sorundur (Zhao ve ark., 2018). Erkek cinsel sorunları arasında prematüre ejakülasyon (%26-64) ve erektil disfonksiyon (%23-45) arasında değişen yaygınlık oranlarıyla en yaygın cinsel işlev bozukluklarıdır (Edvinsson ve ark., 2023). Cinsel sorunlar gerek tıbbi gerekse sosyolojik açıdan bir sorun olduğu için bireyler modern ya da tamamlayıcı tıba başvurabilmektedir (Bülbül, 2017). Tarih boyunca cinsel doyumunu iyileştirmek için çeşitli yöntemler kullanılmış olup bunlardan en önemlilerinden birisi de aromaterapidir. Cinsel doyum için ve cinsel işlev bozukluğunun tedavisinde kokulu maddeleri topikal olarak uygulama ve tütsü, duman yoluyla koklama yöntemlerinin kullanıldığı bilinmektedir (Khadiyzadeh ve ark., 2018; Lee ve ark., 2021)). Sıcak kokuların (misk, yasemin ve nergis) cinsel arzuları artırdığı, soğuk kokuların ise (Mısır nilüferi, kafur ve mersin) libidoyu azalttığı belirtilmektedir (Larilara ve ark., 2018). Son bilimsel bulgular bitkisel kokuların insan cinselliğini ve doğurganlığını etkilediğini göstermektedir (Khadiyzadeh ve ark., 2018; Lee ve ark., 2021; Lari ve ark., 2018). Arap kavimlerinde zencefilin cinsel uyarıyı artırdığı için kullanıldığı bilinmektedir (Jakribettu ve ark., 2015). Ayrıca İbni Sina zencefili cinsel isteği artırdığı için hastalarında kullanmıştır (Baylav, 1968).

## Aromaterapi ve Cinsellikle İlgili Yapılan Çalışmalar

Bilim dünyasında, aromaterapi ile cinsellik arasında bir ilişki olduğu düşünülse de bu konuda yeterince araştırma yapılmamıştır. Genellikle çalışmalar, postmenopozal dönemdeki kadınların cinsel sorunları ve cinsel isteksizlik gibi konularıyla aromaterapinin etkilerine odaklanmıştır. Bu alandaki bilimsel konsensüs eksikliği nedeniyle, bu ilişkinin tam olarak nasıl işlediği konusunda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Literatür taraması sonrası mevcut kanıtların çoğunlukla aromaterapinin cinsel isteği iyileştirmede etkili olduğunu gösterece, yapılan çalışmaların daha çok kadın cinselliği üzerine ve postmenopozal dönemin cinsel isteksizlik üzerine etkilerine yoğunlaşmasından dolayı tam olarak etkisi bilinmemektedir. Erkek cinselliği bu durumda geri planda kalmıştır. Çalışmalarda aromaterapi olarak daha çok gül yağı ve lavanta yağı kullanılmıştır. Bununla birlikte, mevcut çalışmaların birçok sınırlamasının olması, belirli bir gruba genelde çalışılmış olması ve çalışmaların sayılı olması nedeniyle farklı ve büyük gruplarda daha fazla randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç doğmaktadır (Khadivzadeh ve ark., 2018; Malakouti ve ark., 2016; Mazalzadeh ve ark. 2018). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde;

### Menopoz Dönemi Cinsel Sorunlarda Aromaterapi

Khadivzadeh ve ark. (2018)'nin menopozda cinsel problem yaşayan kadınları inceledikleri sistemik derleme ve meta-analiz raporlarında, hem neroli yağı veya lavanta ile aromaterapinin hem de lavanta, rezene, sardunya ve gül yağı ile kombine yağ aromaterapisinin, insan cinsel işlevini önemli ölçüde iyileştirdiğini; ancak serum-östrojen düzeyinde anlamlı bir değişiklik olmadığını rapor etmiştir (Khadivzadeh ve ark., 2018). Choi ve ark. (2014)'nin 81 postmenopozal kadınla yaptığı başka bir çalışmada, katılımcılara beş gün arayla; portakal çiçeği ve badem yağı inhalasyonu uygulanmış ve yağların cinsel isteği arttırdığı anlamlı bulunmuştur (Choi ve ark., 2014).

Malakouti ve ark. (2016)'nin, menopoz sonrası kadınlarda lavanta, rezene, sardunya ve gül yağının kombine inhaler olarak kullandıkları çalışmada, aromaterapinin cinsel fonksiyon üzerindeki etkisi incelenmiş ve kombine inhaler aromaterapinin menopoz sonrası kadınlarda cinsel işlevi iyileştirdiği bulunmuştur (Malakouti ve ark., 2016). Najar ve ark. (2015) ise 60 vajinal atrofi tanısı alan postmenopozal kadınla rezene içerikli vajinal kremin cinsel tatmin üzerindeki etkilerini inceledikleri çalışmanın sonucunda rezene vajinal krem kullanımının disparoniyi azaltmada ve cinsel tatmini artırmada etkili olduğu

bulunmuştur (Najar ve ark., 2015). Nikjou ve ark. (2018)'nin Erdebil'deki sağlık merkezlerine başvuran 100 menopozlu kadın üzerinde gerçekleştirdikleri çift-kör çapraz klinik çalışmada, rastgele seçilen kişiler deney (Lavanta) ve kontrol (seyreltilmiş süt) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Lavanta aroması grubundakiler 12 hafta boyunca günde iki kez 20 dakika boyunca lavanta koklamıştır. Çalışmanın sonucunda ise aroma terapinin kadınlarda vazomotor etkileri azalttığı ve plasebo grubu ile karşılaştırıldığında lavanta yağının uygulandığı aromaterapi gruplarında cinsel isteğin önemli ölçüde iyileştiği sonucuna varılmıştır (Nikjou ve ark., 2018). Malakuti ve ark., (2017) menopoz sonrası kadınlarda aromaterapi inhalasyonu ile Ginkgo biloba tabletinin cinsel işlevler üzerindeki etkisi karşılaştırmıştır.

Menopoz sonrası toplam 180 kadın 60 kişilik gruba randomize edilmiştir. Grup I'e 2 ila 3 damla plasebo aroması birlikte 40 mg Ginkgo biloba tableti verilmiştir. Grup II'ye 2 ila 3 damla aroma solüsyonu (lavanta, rezene, sardunya ve gül yağı karışımı) ve 40 mg plasebo tableti verilmiştir. Grup III'de ise plasebo tabletleri ve plasebo aroması kullanılmıştır. Tüm işlemler 6 hafta boyunca günde üç kez uygulanmıştır. Cinsel işlevleri ölçmek için kadın cinsel işlev indeksi (FSFI) envanteri kullanılmıştır. Çalışma sonucunda aromaterapi uygulanan kadınların toplam cinsel işlev puan ortalamalarının istatistiksel olarak daha anlamlı olduğu bulunmuştur (Malakuti ve ark., 2017). Mazalzadeh ve ark. (2018)'nin yaptıkları çalışmada cinsel tatminsizlik ve disparoni şikâyeti ile başvuran menopoz sonrası 60 kadından müdahale grubuna 8 hafta boyunca günde bir kez bir aplikatör aracılığıyla çemen otu vajinal kremi (%5, 5g/gün) verilmiştir. Plasebo grubuna da aynı süre içerisinde plasebo verilmiştir. Bulgular çemen otu vajinal krem uygulamasının postmenopozal kadınlarda disparoniyi azaltmada ve cinsel tatmini artırmada etkili olduğu saptanmıştır (Mazalzadeh ve ark. 2018). Abbaspoor ve ark. (2019), 80 postmenopozal kadın üzerinde, tek kör tasarımlı randomize kontrollü çalışma yaparak, (çalışma grubu (n=40) ve plasebo grubu (n=40)) Turunç aromaterapisinin cinsel işlev üzerindeki etkisi incelenmiştir. Müdahale grubuna, 4 hafta boyunca haftada 4 gün boyunca, günde iki kez, iki damla Turunç (Citrus aurantium) esansiyel yağı inhalasyon şeklinde uygulanmıştır. Benzer şekilde, kontrol grubuna ise badem yağı uygulanmıştır. Müdahale grubunda kadın cinsel işlev indeksi envanteri toplam puanının ve tüm alt boyutlarının kontrol grubuna kıyasla önemli ölçüde iyileştiği bulunmuştur (Abbaspoor ve ark., 2019).

Sadeghi ve ark. (2018) azalmış vajinal lubrikasyon sonucu disparoni yaşayan 60 postmenopozal kadınla yaptıkları çalışmada deney grubuna (n=30) 35 gün boyunca 350 mg hurma poleni kapsülü verilirken



kontrol grubuna (n=30) boş plasebo kapsüller verilmiştir. Kadın Cinsel İşlev İndeksi kullanılarak yapılan analizde Hurma poleni kullanan grupta kullanmayan gruba oranla istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme görülmüştür (Sadeghi ve ark., 2018).

### Erkek Cinsel Sorunlarında Aromaterapi

Erkeklerin cinsel işlevlerinde aromaterapinin etkilerini inceleyen çalışmalara bakıldığında; Panax ginseng'in bazı çalışmalarda erektil disfonksiyonun tedavisinde yardımcı olabileceği belirtilmektedir (Leisegang ve Finelli, 2021). Araştırmalara göre, ginseng'de bulunan bazı bileşikler, penisin kan damarlarında ve dokularında oksidatif strese karşı koruma sağlayarak normal işlevin geri kazanılmasına yardımcı olabileceği belirtilmiştir (Li ve ark., 2014). Panax ginseng'in nitrik oksit üretimini artırarak penisteki kan dolaşımını ve kas gevşemesini iyileştirebileceği vurgulanmıştır (Davies, 2015).

Ginseng'in, erkeklerde cinsel ilişkiye girme konusunda kendi bildirdiği cinsel fonksiyonunu iyileştirebileceği bulunmuştur. Bununla birlikte bazı araştırmacılar ise ginseng'in erektil disfonksiyon veya plaseboya kıyasla cinsel ilişkiden memnuniyet üzerinde hiç etkisinin olmadığını ya da çok az etkisinin olduğunu belirtmişlerdir (Lee ve ark., 2022). Farnia ve ark. (2015) ise majör depresif bozukluğu olan ve Seçici Serotonin Geri Alım inhibitörleri kullanan ve buna bağlı cinsel disfonksiyon yaşayan 60 erkek hastada gül esansiyel yağının cinsellik üzerine etkisini incelemişlerdir. Hastaların bir kısmına sabahları gül yağı bir kısmına plasebo uygulanmıştır. Gül yağı ve plasebo flakonları şekil, ağırlık, görünüm ve açıldıktan sonra koku bakımından aynı ayarlanmış. Sekiz hafta sonra yapılan değerlendirmede gül yağı uygulamasının erkek hastalarda cinsel işlev bozukluğunu iyileştirdiği bulunmuştur. Ayrıca bu hastalarda cinsel işlev bozukluğu düzeldikçe depresyon belirtilerinin de azaldığı gözlemlenmiştir (Farnia ve ark., 2015).

Kiyani-Selmi ve ark. (2018), opioid bağımlısı olan ve ereksiyon bozukluğu yaşayan 50 evli erkekle yaptıkları çalışmada, katılımcılar 20 dakikalık 21 seans lavanta koklamışlardır. Müdahaleden sonra, erektil işlev anketi kullanılarak yapılan değerlendirmede lavanta kokusunun, ereksiyon fonksiyonu üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Kiyani-Selmi ve ark., 2018).

### Üreme Çağındaki kadınların Cinsel Sorunlarında Aromaterapi

Üreme çağındaki kadınlarda aromaterapinin etkisinin incelendiği çalışmalara bakıldığında; Sharifipour ve ark. (2023)'nın, emziren 180 kadın üzerinde

yürüttükleri çift kör, randomize kontrollü bir çalışmada, katılımcılar Turunç (*Citrus aurantium*) grubu, Lavanta grubu ve plasebo grubu olarak üçe ayrılmıştır. İki müdahale grubunda, 40 gün boyunca günde 2 kez 2 damla esansiyel yağ inhalasyon şeklinde kullanılmıştır. Plasebo grubuna da aynı şekilde badem yağı kullanılmıştır. 40 günlük müdahalenin ardından, Turunç (*Citrus aurantium*) ve Lavanta gruplarında ortalama cinsel tatmin puanı, plasebo grubuyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Lavanta ve Turunç grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Sharifipour ve ark., 2023). Royhanaty ve ark. (2020), Depo-medroksiprogesteron asetat (DMPA) kullanımına bağlı libido azalması yaşayan 16 kadın üzerinde çalışma yapmıştır. Katılımcılar, 14 gün boyunca 2,5 saat gece yatmadan önce mum şeklinde yasemin sambac aromaterapi kullanmışlardır. Libido seviyeleri kadın cinsel işlev indeksi (FSFI) kullanılarak ölçülmüştür. Toplam libido düzeyinde ve tüm alan yönlerinde anlamlı farklılıklar olduğu bulunmuştur (Royhanaty ve ark., 2020). Ariani ve ark. (2022)'nin tek grup, ön test tasarım yaklaşımı ile yarı deneysel olarak yaptıkları çalışmada, 3 Aylık Enjektabl Depo-medroksiprogesteron asetat (DMPA) kullanan kadınlarla yasemin çiçeği ve Loving Yoga kombinasyonunun DMPA enjeksiyonu aile planlaması alıcılarında cinsel işlev bozukluğu üzerindeki etkisini incelemişlerdir.

Yasemin sambac aromaterapisinin ve loving yoganın, DMPA enjeksiyonu alıcıları üzerindeki kadın cinsel işlev indeksi (FSFI) 6 yön alanı da dahil olmak üzere toplam libidoyu artırmada önemli bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Ariani ve ark., 2022). Niloofar ve ark. (2023); cinsel işlev bozukluğu ve düşük cinsel doyuma sahip olan üreme çağındaki (18-45 yaş) 76 kadın üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, pelin otundan üretilen pelin jelini vajina bölgesine uygulayarak kadın FSFI envanteri ortalamaları değerlendirilmiş ve çalışma sonucunda Pelin jelinin kontrol grubuna kıyasla cinsel işlev ve tatminini önemli ölçüde iyileştirdiği bulunmuştur (Niloofar ve ark.,2023). Mohebitabar ve ark. (2017) tarafından cinsel işlev bozukluğunun iyileştirilmesinde gül yağının etkisi incelenmiştir. Çalışma sonucunda, gül yağının analjezik etkisinin fizyolojik gevşeme sağlama, anti-depresan etki yaratma, psikolojik rahatlama, cinsel işlev bozukluğunun iyileştirilmesi ve anti-anksiyete etkilerinin olduğu bulunmuştur (Mohebitabar ve ark., 2017). Law ve ark. (2014)'da meme kanseri tanısı almış kadınlarla aromaterapinin cinsel işlevi üzerindeki etkinliğini araştırmak için yaptıkları çalışmada, hindistan cevizi yağı tüketiminin kadınların semptomlarını azaltabileceğini, vücut imajı, gelecek

perspektifi ve cinsel işlev gibi çeşitli işlevsel durum öğelerini iyileştirebileceğini bulmuşlardır (Sooi Law ve ark., 2014). Shabaniyan ve ark. (2018)'de 140 depresyon tanı almış kadında yaptıkları çalışmada; oral yolla gül, zencefil, tarçın veya plasebo damlaları kullanılmıştır. Veriler Kadın Cinsel İşlev envanteri kullanılarak değerlendirilmiştir. Cinsel işlev bozukluğu ve depresyonun ortalama puanları, üç grupta da önemli ölçüde düzeldiği bulunmuştur (Shabaniyan ve ark.,2018).

### **Hayvan çalışmalarında Cinsel Sorunlarda Aromaterapi**

Aromaterapinin etkileri ile ilgili yapılan hayvan çalışmalarında ise; Köse ve ark. (2011) erkek sıçanların testislerinde yaptıkları çalışmada gül ve lavanta yağı inhalasyonunun sperm konsantrasyonu, sperm kalitesi, serum testosteron seviyeleri ve sıçan testisleri üzerinde zararlı etkileri araştırılmıştır. Bazı çalışmalar, formaldehit maruziyetinin erkek sıçanların üreme sistemi üzerinde olumsuz etkilere sahip olduğu ancak aynı çalışmalar gül ve lavanta yağı gibi bitkisel yağların formaldehit maruziyetine karşı koruyucu etkilere sahip olabileceği ifade edilmiştir (Köse ve ark., 2011). Biberiye ve lavanta esansiyel yağlarının diyabetik erkek farelerde üreme işlemindeki hasarı ve oksidatif stresi azaltabileceği bulunmuştur. Bu yağların sperm kalitesi ve testosteron seviyeleri üzerinde olumlu bir etkisi olduğu vurgulanmıştır. Bu durumun yağların antioksidan özelliği ile ilgili olduğu düşünülmektedir (Sebai ve ark., 2015). Dorri ve ark. (2018)'nin erkek sıçanlar üzerinde yaptıkları çalışmada da düzenli tarçın kabuğu yağı tüketiminin erkek üreme sistemlerini korumada ve sperm kalitesini artırmada etkili olduğu bulunmuştur (Dorri ve ark., 2018).

### **Aromaterapi ve Hemşirelik Bakımı**

Geçmişte, içgüdüsel yaklaşımlarla icra edilen bir meslek olan hemşirelik, günümüzde sezgiyi bilimsel temellerle birleştiren bir bilim ve sanat alanı olarak öne çıkmaktadır.

Florence Nightingale, bakım sürecinde aromaterapiyi getirdiğinde hemşirelikte bir öncüydü. Kırım Savaşı sırasında, yaralı askerlerin sakinleştirilmesi için lavanta esansiyel yağını alın bölgelerine uygulandığı bilinmektedir (Gnatta ve ark., 2016).

Florence Nightingale, hemşirelik bakımında aromaterapi uygulayan ilk hemşire olmasına rağmen modern aroma terapinin bir simgesi olarak görülen Marguerite Maury, ilk aromaterapist hemşire olarak kabul edilir (Smith ve Kyle, 2008). Marguerite Maury, çalışmalarıyla aromaterapinin sinir sistemi üzerindeki performansını özellikle limbik sistem üzerinde göstermeye çalışmış ve Avrupa çapında aromaterapi etki mekanizmaları üzerine kurslar ve konferanslar

vermiştir. Londra'da ilk aromaterapi kliniğini açmıştır (Andrei ve Del Comune,2005).

Aromaterapi bir hemşirelik uygulamaları arasında kabul edilmiş ve hemşirelik girişimleri sınıflama sistemi olan NIC (Nursing Interventions Classification)'te aromaterapiye yer verilmiştir. Bu bağlamda, aromaterapinin holistik bir hemşirelik uygulaması olarak kullanılabilirliği ve konfor sağlamada, stresle başa çıkmada, ağrı ve anksiyeteyi azaltmada tat ve koku sorunlarına yardımcı olabileceği bildirilmiştir (Bilgiç, 2017). Yapılan meta analiz çalışmasıyla kanıtlar aromaterapinin bütüncül bir bakım modelini geliştiren bir dizi hemşirelik uygulamasında kullanımını desteklemektedir (Maddocks, 2023).

Hemşireler, hasta bakımında önemli bir rol üstlenirken, hastaların cinsel kaygılarını tespit etme ve el alma sorumluluğuna sahiptir (Chow ve diğerleri, 2016). Cinsel sağlık bilgisi ve bakımı, hastaların gelecekteki cinsel yaşamları hakkında yaşadıkları belirsizliği azaltabilir ve yakın ilişkiler üzerinde olumsuz etkilere yol açma riskini en aza indirebilir (Chow ve diğerleri, 2022).

### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Bu derleme, aromaterapi ile cinsellik arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla literatürdeki bilgileri derinlemesine analiz etmiştir. Elde edilen bulgular, aromaterapinin cinsel işlevler üzerinde olumlu etkiler gösterebileceğini işaret etmektedir. Ancak, bu etkilerin daha fazla çalışmayı gerektirdiği ve özellikle belirli alt gruplar üzerinde daha fazla araştırmanın yapılması gerektiği açıktır. Kadın cinselliği ile ilgili çalışmalarda aromaterapinin cinsel isteksizlik, cinsel tatminsizlik ve menopoz sonrası cinsel sorunlar üzerinde olumlu etkileri olduğu gözlemlenmiştir.

Özellikle lavanta, rezene, sardunya, gül yağı gibi esansiyel yağlar kullanılarak yapılan çalışmalar, kadın cinsel işlevini iyileştirdiğini göstermiştir. Ancak, bu çalışmaların sayısı sınırlıdır ve daha büyük, randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Üreme çağındaki kadınlarla yapılan çalışmalarda da aromaterapinin cinsel işlevler üzerinde olumlu etkileri gözlenmiştir. Özellikle yasemin, turunç ve lavanta gibi esansiyel yağlar kullanılarak yapılan çalışmalar, cinsel tatmini artırabileceğini göstermiştir. Erkek cinselliği konusunda da bazı olumlu bulgular bulunsa da bu alandaki araştırmalar henüz kısıtlıdır. Panax ginseng gibi bitkisel ürünlerin erektil disfonksiyon



tedavisine katkı sağlayabileceği öne sürülmüştür. Ancak, daha fazla çalışma gereklidir.

Hayvan çalışmaları, bitkisel yağların üreme sistemine olumlu etkiler sağlayabileceğini işaret etmektedir. Özellikle antioksidan özelliklere sahip yağların, sperm kalitesini ve testosteron seviyelerini artırabileceği görülmüştür. Bu derleme, aromaterapinin cinsel işlevler üzerinde potansiyel olumlu etkilere sahip olduğunu ancak daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğunu vurgulamaktadır.

Gelecekteki çalışmalar, farklı cinsiyetler, yaş grupları ve cinsel işlev bozukluklarına sahip bireyler üzerinde daha fazla odaklanmalıdır. Ayrıca, aromaterapinin kullanım yöntemleri, dozajları ve uygulama süreleri üzerinde daha fazla araştırma yapılmalıdır. Bu şekilde, aromaterapinin cinsel sağlık üzerindeki tam potansiyeli daha iyi anlaşılabilir ve klinik uygulamalara katkı sağlayabilir.

---

#### Araştırmanın Etik Yönü/Ethics Committee

**Approval:** Literatür incelemesi yapılmış olup, kullanılan literatür, kaynaklar bölümünde gösterilmiştir

**Hakem/Peer-review:** Dış hakem değerlendirmesi.

**Yazar Katkısı/Author Contributions:**Fikir /kavram: YG, SD; Tasarım.; YG, SD; Danışmanlık: SD; Analiz/Yorum: YG, SD; Kaynak tarama; YG, SD; Makalenin Yazımı: YG, SD; Eleştirel inceleme: SD; Kaynak ve Fon sağlama: YG, SD;

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

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

---

#### KAYNAKLAR

- Abbaspoor Z, Siahposh A, Javadifar N, Siahkal SF., Mohaghegh Z., & Sharifipour F. (2022). The effect of citrus aurantium aroma on the sleep quality in postmenopausal women: a randomized controlled trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 10(2), 86–95.
- Ali B, Al-Wabel NA, Shams S, Ahamad A, Khan SA, & Anwar F. (2015). Essential oils used in aromatherapy:

A systemic review. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*, 5(8), 601–611.

- Andrei P, & Comune APD. (2005). Aromaterapia e suas aplicações Aromatherapy and its applications. *Cadernos*, 11, 57–68.
- Ariani A, Yusita I, & Nurlaelasari D. (2022). Kombinasi aromaterapy jasmine sambac dan loving yoga terhadap disfungsi seksual pada akseptor kb suntik DMPA. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 22(3), 1923.
- Baltacı N. (2019). Tamamlayıcı ve bütünlük bir bakım uygulaması: aromaterapi. *Sosyal Bilimler Çalışmaları Dergisi*, 5 (32), 1802–1809.
- Bilgiç Ş. (2017). Hemşirelikte holistik bir uygulama; aromaterapi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 5(3), 134–141.
- Bilgin Z, & Kömürcü N. (2016). Kadın cinselliği ve kanıt temelli yaklaşımlar. *Androloji Bülteni*, 18(64), 48–55.
- Bülbül T. (2017). Cinsel fonksiyon bozukluklarında integratif tıp uygulamaları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 26 (3), 282–286.
- Choi SY, Kan, P, Lee H S, & Seol GH. (2014). Effects of Inhalation of Essential Oil of Citrus aurantium L. var. amara on Menopausal Symptoms, Stress, and Estrogen in Postmenopausal Women: A Randomized Controlled Trial. *Hindawi Publishing Corporation*, 1–7.
- Chow KM, Chan JCY, Choi KC, Chan CWH (2016) A review of psychoeducational interventions to improve sexual functioning, quality of life, and psychological outcomes in gynecological cancer patients. *Cancer Nurs*, 39:20–31
- Chow KM, Chan CWH, Choi KC, White ID, Siu K Y, & Sin WH. (2021). A practice model of sexuality nursing care: a concept mapping approach. *Supportive Care in Cancer*, 29, 1663–1673.
- Davies KP. (2015). Development and therapeutic applications of nitric oxide releasing materials to treat erectile dysfunction. *Future Science OA*, 1(1).
- Dorri M, Hashemitabar S, & Hosseinzadeh H. (2018). Cinnamon (*Cinnamomum zeylanicum*) as an antidote or a protective agent against natural or chemical toxicities: a review. *Drug and chemical toxicology*, 41(3), 338–351.
- Duman NB. (2019). Cinsellik ve Cinsel Sağlık: Tanımlar, Kavramlar, Cinsel Hak Ve Özgürlükler. *Cinsel Sağlık*, 25.
- Edvinsson M, Karlsson M, Linton SJ, Brattgård K, Solinger G, & Flink I K. (2023). Male pelvic pain: The role of psychological factors and sexual dysfunction in a young sample. *Scandinavian Journal of Pain*, 23(1), 104–109.

- Farnia V, Shirzadifar, M, Shakeri J, Rezaei M, Bajoghli H, Holsboer-Trachsler, E, & Brand S. (2015). Rosa damascena oil improves SSRI-induced sexual dysfunction in male patients suffering from major depressive disorders: Results from a double-blind, randomized, and placebo-controlled clinical trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 625–635.
- Faubion, S. S., & Rullo, J. E. (2015). Sexual dysfunction in women: A practical approach. *American Family Physician*, 92(4), 281–288.
- Gnatta JR, Kurebayashi LFS, Turrini R NT, & Da Silva M JP. (2016). Aromatherapy and nursing: Historical and theoretical conception. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 50(1), 127–133.
- Gökmetin Z, & Özdemir L. (2016). Romatoid artritte ağrı ve yorgunluğun yönetiminde aromaterapi ve refleksolojinin kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(1), 44-49.
- Gül A, & Eti Aslan F. (2012). Ağrı kontrolüne kanıt temelli yaklaşım; masaj ve aromaterapi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 4(1), 29-30.
- Jakribettu RP, Bolor R, Bhat HP, Thaliath A, Haniadka R, Rai MP, Baliga MS. (2016). Ginger (*Zingiber officinale* Rosc.) Oils. In *Essential oils in food preservation, flavor and safety*, Academic Press, 447-454.
- Kendurkar A, & Kaur B. (2008). Major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, and generalized anxiety disorder: Do the sexual dysfunctions differ? *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 10(4), 299–305.
- Khadivzadeh T, Najafi MN, Ghazanfarpour M, Irani M, Dizavandi FR, & Shariati K. (2018). Aromatherapy for sexual problems in menopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Menopausal Medicine*, 24(1), 56.
- Kiyani-Selmi A, Badami R, & Thaghian F. (2018). Comparison of the effect of resistance training and lavender fragrances on erection function in men during methadone treatment of opioid dependence. *Journal of Isfahan Medical School*, 35(458), 1755–1761.
- Köse E, Sarsilmaz M, Meydan S, Sönmez M, Kuşe I, & Kavaklı A. (2011). The effect of lavender oil on serum testosterone levels and epididymal sperm characteristics of formaldehyde treated male rats. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 15(5), 538–542.
- Köse E, Sarsilmaz M, Ögetürk M, Kuş Đ, Kavaklı AF. (2007). Öğrenme davranışlarında gül esans yağ aromasının rolü: deneysel bir çalışma. *Fırat Tıp Dergisi*, 12(3), 159–162.
- Law KS, Azman N, Omar EA, Musa MY, Yusoff NM, Sulaiman SA, & Hussain NHN. (2014). The effects of virgin coconut oil (VCO) as supplementation on quality of life (QOL) among breast cancer patients. *Lipids in health and disease*, 13 (1), 1-7.
- Lee HW, Ang L, Choi J, & Lee MS. (2021). Aromatherapy for managing menopausal symptoms: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 27(10), 813–823.
- Lee HW, Lee MS, Kim TH, Alraek T, Zaslowski C, Kim J. W, & Moon DG. (2022). Ginseng for erectile dysfunction: a Cochrane Systematic Review. *The world journal of men's health*, 40(2), 264.
- Leisegang K, & Finelli R. (2021). Alternative medicine and herbal remedies in the treatment of erectile dysfunction: A systematic review. *Arab journal of urology*, 19(3), 323-339.
- Li H, He WY, Lin F, & Gou X. (2014). Panax notoginseng saponins improve erectile function through attenuation of oxidative stress, restoration of akt activity and protection of endothelial and smooth muscle cells in diabetic rats with erectile dysfunction. *Urologia Internationalis*, 93(1), 92–99.
- Loripoor M, Esmaeili F, Vazirinejad R, & Dan S. (2023). The Effect of Palm Pollen Extract on Sexual Disorders in Postmenopausal Women: A Randomized Clinical Trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 11(1), 14–22.
- Maddocks W. (2023). Aromatherapy in nursing and midwifery practice: A scoping review of published studies since 2005. *Journal of Holistic Nursing*, 41(1), 62-89.
- Malakouti J, Jabbari F, Asghari-Jafarabadi M, Javadzadeh Y & Farshbaf-Khalili A. (2017). The Impact of ginkgo biloba tablet and aromatherapy inhaler combination on sexual function in females during postmenopausal period: A double-Blind randomized controlled trial. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 5(2), 129–136.
- Mazalzadeh F, Hekmat K, Namjoyan F, & Sakimalehi A. (2018). Effect of fenugreek vaginal cream on dyspareunia and sexual satisfaction in menopausal women: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 21(3), 22–30.
- Mohebitabar S, Shirazi M, Bioos S, Rahimi R, Malekshahi, F, & Nejabatbakhsh F. (2017). Therapeutic efficacy of rose oil: A comprehensive review of clinical evidence. *Avicenna journal of phytomedicine*, 7(3), 206.
- Najar S, Yaralizadeh M, Abedi P, Namjooyan F. & Malehi O. (2015). Effect of fennel vaginal cream on dyspareunia and sexual satisfaction among postmenopausal women: A double-blind randomized controlled trial. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 18(170), 8–16.
- Nasiri Lari Z, Atarzadeh F, Ghoreishi PS, Hosseinkhani A, & Jaldat AM. (2018). Effects of aromatherapy on

- sexual dysfunction: A review of Persian traditional medicine. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 21(4), 79-86.
- Nikjou R, Kazemzadeh R, Asadzadeh F, Fathi R, & Mostafazadeh F. (2018). The Effect of Lavender Aromatherapy on the Symptoms of Menopause. *Journal of the National Medical Association*, 110(3), 265–269.
- Niloofer H, Raheleh B, Roshanak S, & Jamshid J. (2023). Evaluation of the safety and efficacy of wormwood vaginal gel in improving sexual function and sexual satisfaction in women of reproductive age: A randomized, triple-blinds, placebo-controlled clinical trial. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 280, 1–6.
- Özdemir-Alkanat H. (2015). Aromaterapi. Kanıta dayalı rehberleriyle tamamlayıcı ve destekleyici uygulamalar içinde (Editörler: Başer, M. & Taşçı, S.), 39-50. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Royhanaty I, Boediarsih B, & Mualifah M. (2020). Manfaat aromaterapi jasmine sambac dalam meningkatkan libido pada akseptor kb suntik DMPA. *Jurnal SMART Kebidanan*, 7(2), 88.
- Sadeghi S, Yosefzadeh S, Rakhshandeh H, Dadghar S. ve Mazloun SR. (2018). Hurma poleni kapsülünün menopozdaki kadınlarda vajinal yağlama ve disparoni üzerindeki etkisi. *Ebelik ve Üreme Sağlığı Dergisi*, 6 (4), 1399–1408.
- Salari N, Hasheminezhad R, Abdolmaleki A, Kiaei A, Razazian N, Shohaimi S, & Mohammadi M. (2023). The global prevalence of sexual dysfunction in women with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *Neurological Sciences*, 44(1), 59-66.
- Sebai H, Selmi S, Rtibi K, Gharbi N, & Sakly M. (2015). Protective effect of *Lavandula stoechas* and *Rosmarinus officinalis* essential oils against reproductive damage and oxidative stress in alloxan-induced diabetic rats. *Journal of Medicinal Food*, 18(2), 241–249.
- Shabaniyan S, Ebrahimbabaei M, Safavi P, & Lotfizadeh M. (2018). Comparing the effect of rose drop, ginger, and cinnamon on sexual function in depressed women with sexual dysfunction. *Pharmacognosy Research*, 10(3), 314–318.
- Sharifipour F, Heydarpour S, & Salari N. (2023). Comparison of Aromatherapy with *Citrus aurantium* and Lavender on Sexual Satisfaction in Breastfeeding Women: A Randomized Controlled Trial. *Breastfeeding Medicine*, 18(1), 23–29.
- Smith MC, & Kyle L. (2008). Holistic foundations of aromatherapy for nursing. *Holistic nursing practice*, 22(1), 3-9.
- Toptaş B, Aksu H. (2020). Yaşlı kadınların cinselliğe bakış açısı, yaşadığı sorunlar ve sağlık profesyonellerinin rolü. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 29(1), 24–28.
- World Health Organization. Developing sexual health programmes. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-HRP-10.22> .(cited 18.04.2023).
- Zhao S, Wang J, Liu Y, Luo L, Zhu Z, Li E, & Zhao Z. (2018). Association between multiple sclerosis and risk of female sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *The journal of sexual medicine*, 15(12), 1716-1727.