

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ KASHED

JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING JOWHEN

YIL (YEAR): 11

CİLT (VOLUME): 11

SAYI (NUMBER) 2

TEMMUZ (JULY) 2025

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

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERNEĞİ YAYIN ORGANI

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

CİLT/VOLUME:11

SAYI/NUMBER:2

TEMMUZ/JULY 2025

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERNEĞİ
(KASHED) YAYIN ORGANI

Sahibi/Owner

Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği Adına
Nevin HOTUN ŞAHİN

Editör/Editor

Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

ISSN:2458-7621

Derginin Adresi/Journal Contact

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed>
e-posta/e-mail:kasheddergisi@gmail.com

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

EDİTÖRLER KURULU / EDITORIAL BOARD MEMBERS

Editör/Editor

Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Editör Yardımcıları/ Associate Editors

Doç. Dr. Yeliz DOĞAN MERİH

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Doç. Dr. Feride YİĞİT

Topkapı Üniversitesi

Doç. Dr. Mukaddes TURAN MİRAL

İstanbul Kültür Üniversitesi

Dr. Öğretim Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU

Marmara Üniversitesi

Yazım ve Dil Editörü/ Copy Editor

Doç. Dr. Yeliz YILDIRIM VARİŞOĞLU

İstanbul Üniversitesi

Dr. Öğretim Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU

Marmara Üniversitesi

Mizanpaj Editörü/ Layout Editor

PhD Gülnihal ARTUĞ CANSIZLAR

Taksim EAH

Msc Burcu DİŞLİ OKTAR

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Son Okuyucu/ Proofreader

Doç. Dr. Yeliz DOĞAN MERİH

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Doç. Dr. Feride YİĞİT

Topkapı Üniversitesi

Doç. Dr. Mukaddes TURAN MİRAL

İstanbul Kültür Üniversitesi

Dr. Öğretim Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU

Marmara Üniversitesi

İngilizce Dil Editörü English Language

Prof. Dr. İlkey GÜNGÖR SATILMIŞ

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

İstatistik Editörü/ Statistics Consultant

Prof. Dr. Necdet SÜT

Trakya Üniversitesi

DANIŞMA KURULU/ ADVISORY BOARD

Prof. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Prof. Dr. Gülcihan AKKUZZU	Çankırı Karatekin Üniversitesi
Prof. Dr. Hilmiye AKSU	Adnan Menderes Üniversitesi
Prof. Dr. Ergül ASLAN	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Prof. Dr. Hediye ARSLAN ÖZKAN	Yeditepe Üniversitesi
Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER	Erciyes 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	Haliç Üniversitesi
Prof. Dr. Gülşen ERYILMAZ	Atatürk Üniversitesi
Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI	Lokman Hekim Üniversitesi
Prof. Dr. Kamile KABUKÇUOĞLU	Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU	Maltepe Üniversitesi
Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ	İstanbul Aydın Üniversitesi
Prof. Dr. Özen KULAKAÇ	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Prof. Dr. Ümran OSKAY	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Prof. Dr. 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. Gülay RATHFISCH	Atlas Üniversitesi
Prof. Dr. Lale TAŞKIN	Emekli Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU	Emekli Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Hatice YILDIZ	Marmara Üniversitesi

DERGİ HAKKINDA

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (KASHED) ingilizce 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 Başibüyük Mh. Süreyyapaşa Başibüyük 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>

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, meta analiz ve olgu sunumları yayımlanır. Derginin hedef kitlesi klinik ve akademik alanda çalışan hemşireler, ebeler ve diğer sağlık ekibi üyeleridir.

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (KASHED) açık erişimli olup hakemli ve bilimsel e-dergidir. Dergi yılda üç kez Mart, Temmuz ve Kasım aylarında yayınlanır. Dergiye gönderilen bilimsel çalışmaların yayınlanması için ücret alınmaz. Derginin tüm sayılarına <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed> adresinden ulaşılabilir.

ETİK İLKELER VE YAYIN POLİTİKASI

1-ETİK İLKELER

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. Yazarlara, yazılarının etik standartlara ve uygulamalara uymasını sağlamak için EASE Yazarlar İçin Etik Kontrol Listesini kullanmaları önerilmektedir.

İnsan ve Hayvan Hakları, Bilgilendirilmiş Olur

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, yayınladığı makalelerin ticarî kaygılardan uzak ve konu ile ilgili en iyi etik ve bilimsel standartlarda olması şartını gözetmektedir. Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Etik kurul izni gerektiren çalışmaların etik kurul izni alması zorunludur.

Tanımlanabilir insan materyali ve verileri üzerinde yapılan araştırmalar da dahil olmak üzere insan denekleri içeren tıbbi araştırmalar için hazırlanan ve katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alma, gizliliklerini ve mahremiyetlerini koruma ve çalışma katılımcılarına zarar vermeme gibi durumlarda rehberlik etmesi amacıyla 2013'te değiştirilen WMA Helsinki Bildirgesi'ne uymayı prensip edinmiş bir dergidir.

Bu yüzden Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'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. 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.

Hayvanlarla ilgili çalışmalar için, bir etik komitesinden araştırma protokollerinin onaylanması gerekir. Etik komite, Laboratuvar Hayvanlarının Bakımı ve Kullanımı Kılavuzu (8. baskı, 2011) ve Hayvanları İçeren Biyomedikal Araştırmalar İçin Uluslararası Rehber İlkeler (2012) gibi ilgili yönergeler ve düzenlemelerle uyumlu olduklarından emin olmak için araştırma protokollerini incelemelidir. Bu yönergeler, hayvanlarla ilgili araştırmaların etik ve insancıl bir şekilde nasıl yürütüleceğine dair ayrıntılı bilgi sağlar ve bu tür araştırmalar için standart olarak yaygın olarak kabul edilir.

Çalışmada “hayvan” kullanılmış ise yazarlar, makalenin YÖNTEM(LER) bölümünde ilgili rehberler 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.

Hayvanlara yönelik etik muameleye ek olarak, yazarlar ayrıca acı ve ızdırabı önlemek için alınan önlemler hakkında da bilgi sağlamalıdır. Bu, araştırmanın insancıl bir şekilde yürütülmesini sağlamak ve okuyucuların araştırmanın ilgili etik standartları karşıladığını doğrulamasını sağlamak için gereklidir. Yazarların bu bilgileri açık ve kapsamlı bir şekilde uymalarına yardımcı olmak için tasarlanmış ARRIVE kontrol listesini kullanabilirler.

İntihal ve Etik uygunsuzluk;

Dergimize benzerlik oranı en fazla %20 olan makaleler kabul edilir. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'ne gönderdiğiniz makalelerinizin benzerlik raporunu dergipark üzerinden (dergipark'ın intihal.net anlaşması kapsamında) alabilirsiniz.

Yazarların aşağıda belirtilen intihal ve etik uygunsuzluktan kaçınmaları tavsiye dilmektedir.

Atıf Manipülasyonu: Kendine fazla atıfta bulunma, aynı dergideki makalelere çok fazla atıfta bulunma veya yığılmış atıflar eklemeye gibi yöntemlerle atıf sayılarını yapay olarak şişirme uygulaması.

Kendi Kendine İntihal (Metin geridönüşümü): Bir kişinin önceki yayınlarından bölümleri veya cümleleri uygun şekilde atıf yapmadan yeniden kullanması. Bu, daha önce yayınlanmış bir çalışmayı uygun atıfta bulunmadan kullanmayı içerdiği için intihal olarak kabul edilir.

Salam Dilimleme Tekniği: Önemli bir araştırmanın birkaç küçük parçaya bölünmesi ve ayrı makaleler olarak yayınlanması, bir çalışmanın aynı hipotezlerini, popülasyonunu ve yöntemlerini birden fazla makalede bildirmeyi içerdiğinden, etik dışı olarak kabul edilir.

Veri Uydurma: Veri veya deneylerin toplanmasında hiç gerçekleşmemiş verilerin eklenmesi. Bu, yanlış bilgiyi gerçekmiş gibi sunan ciddi bir araştırma suistimali biçimi olarak kabul edilir.

Veri Manipülasyonu/Sahteciliği: Araştırma bulgularını yanlış yansıtmak amacıyla araştırma verilerinin değiştirilmesi. Buna görüntülerin manipüle edilmesi, aykırı değerleri veya "uygunsuz" sonuçların çıkarılması, veri noktalarının değiştirilmesi vb. dahildir ve bir tür araştırma suistimali olarak kabul edilir.

İntihal, atıf manipülasyonu veya veri tahrifatı/uydurması gibi iddia edilen veya şüphelenilen araştırma suistimalleri durumunda, Yayın Kurulu, iddiaların veya şüphelerin adil, şeffaf ve tutarlı bir şekilde ele alınmasını sağlamak için uygun COPE akış şemalarına göre değerlendirilecektir.

2-YAYIN POLİTİKASI

Açık Erişim Politikası

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi açık erişimli bir yayındır. Dergide yayınlanan tüm içerik [Creative Commons Atıf-NonCommercial \(CC BY-NC\) 4.0 Uluslararası Lisansı](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) altında lisanslanmıştır, bu lisans üçüncü tarafların ticari olmayan amaçlarla içeriği kullanmalarına, orijinal esere atıf yapmaları şartıyla izin verir. Bu lisans, içeriğin ticari olmayan amaçlar için paylaşılmasına ve uyarlanmasına izin vererek, dergide yayımlanan araştırmaların yayılmasını ve kullanımını teşvik eder. Okurlar yayımlanan tüm içeriğe <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed> adresinden ücretsiz olarak ulaşılabilir, ticari amaç dışında, yayıncı ya da yazardan izin almadan dergide yayınlanan makalelerinin tam metnini okuyabilir, kaydedebilir, kopyalayabilir ve link sağlayabilir.

Arşivleme Politikası Yazarlar kendi makalelerini yayınlanmış son sürümü olmak kaydıyla bireysel veya kurumsal olarak arşivleyebilirler. (yazarın kişisel web sitesi/kurumsal havuz) Ayrıca, yazarlardan, depolanan sürümden derginin web sitesinin URL'sine bir bağlantı sağlamaları istenir. Bu gereklilik, bilimsel kaydın bütünlüğünü ve gerçekliğini korumak için tasarlanmıştır ve yayıncının web sitesinde çevrimiçi olarak yayınlanan sürüm, kaydın kesin sürümü olarak açıkça belirtilir.

Yayın Ücreti Politikası

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (KASHED) hiçbir ad altında yazar veya bağlı bulunduğu kurumdan ücret almaz. Yazarlardan makale değerlendirme ve yayın sürecinde yazarlardan herhangi bir ücret talep etmez.

İntihal Politikası

Gönderilen tüm makaleler orijinal, yayınlanmamış ve başka bir dergide değerlendirme sürecinde olmamalıdır. Çalışmaların başka kaynaklarla, referans gösterilmeden benzeşmesi ve bu haliyle yayına alınması etik olmamasının yanında suçtur ve kabul edilemez. Bu sebeple yayın politikaları gereği, Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi yayımlanacak olan bütün çalışmaları sisteme başvurusu sırasında sistem üzerinden intihal raporunu belirtmek zorunda olup 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. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'nde gönderilen makaleleri intihal yazılımı ile denetleme hakkı saklıdır. Yayın Kurulu, dergiye gönderilen çalışmalarla ilgili aşırma, atıf manipülasyonu ve veri sahteciliği iddia ve şüpheleri karşısında COPE kurallarına uygun olarak hareket eder. Dergiye gönderilen makaleler ilk geldiğinde ve yayın öncesi intihal raporları kontrol edilmektedir.

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ(KASHED)

JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING (JOWHEN)

Telif Hakkı Politikası

Tüm makalelerle birlikte Yayın Hakkı Devir Formu dodurularak sisteme yüklenmelidir. Yazarlar makalelerinin Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi 'sinde yayınlanmak üzere kabul edilmesi halinde yazarlar Yayın Hakkı Devir Formu'nu imzalayarak **Creative Commons Atıf-GayriTicari-Aynı Lisansla Paylaş 4.0 Uluslararası Lisansı (CC BY-NC-ND)** kapsamında lisanslanacağını kabul ederler. Yazarların, basılı ve elektronik formatlardaki herhangi bir içeriği kullanmak için telif hakkı sahiplerinden izin almaları gerekir. Yazarlar, telif hakkı ihlali ile ilgili hukuki, mali ve cezai sorumlulukları üstlenirler. Yazarlar, Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'nde yayınlanan çalışmalarının telif hakkını saklı tutarlar.

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'nde 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 "**Yayın 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.

Derginin yayın süreçleri, Uluslararası Tıbbi Dergileri Editörler Kurulu (ICMJE), Dünya Tıbbi Editörler Derneği (WAME), Bilim Editörleri Konseyi (CSE), Yayın Etiği Kurulu (COPE), Avrupa Bilim Editörleri Derneği (EASE) ve Ulusal Bilgi Standartları örgütü (NISO) kılavuzları uyarınca yürütülür. Yazarların telif hakkı dışında kalan bütün tescil edilmemiş hakları, çalışmayı satmamak koşulu ile kendi amaçları için çoğaltma hakkı, yazarın kendi kitap ve diğer akademik çalışmalarında kaynak göstermesi koşulu ile çalışmanın tümü ya da bir bölümünü kullanma hakkı, çalışma künyesini belirtmek koşulu ile kişisel web sitelerinde veya üniversitesinin açık arşivinde bulundurma hakkı gibi hakları saklıdır. Yazarlar, basılı ya da elektronik formdaki tablo, resim vb. dahil, her türlü içeriği kullanırken telif hakkı sahibinden izin almalılardır. Bu konudaki yasal, mali ve cezai sorumluluk yazarlara aittir.

Çıkar Çatışması Poitikası

Makalede doğrudan veya dolaylı ticarî bağlantı veya çalışma için maddî destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kaynak sayfasında, kullanılan ticarî ürün, ilaç, ilaç firması v.b. ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını veya varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar) bildirmek zorundadır.

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 araştırmalara yapılan her türlü yardım ve diğer desteklerin alındığı kişi ve kuruluşlar yayın kuruluna beyan edilmeli ve çıkar çatışmasıyla ilgili durumları açıklamak amacıyla "ICMJE Potansiyel Çıkar Çatışmaları Bildirim Formu" doldurulmalı ve sisteme yüklenmelidir (<https://icmje.org/disclosure-of-interest/>).

Çıkar çatışmalarının önlenmesi adına editörler de, çalışmaların değerlendirilmesi sırasında aralarında herhangi bir ilişki bulunabilecek kişileri bir araya getirmekten kaçınmalıdır. Makaleler hakkında son kararı veren bu editörlerin de karar verecekleri konulardan hiçbiri ile kişisel, profesyonel veya finansal bağlarının olmaması gerekir. Kişiler makalelerin etik ilkeler çerçevesinde değerlendirilebilmesi ve bağımsız bir süreç yürütülebilmesi için olası çıkar çatışmalarından yayın kurulunu bilgilendirmelidir.

Yapay Zekanın Kullanımı Politikası

Kadın sağlığı Hemşireliği Dergisi makale hazırlamada yapay zeka destekli teknolojinin kullanımıyla ilgili olarak Yayın Etiği Komitesi (COPE) tarafından belirtilen yönergeleri takip eder. Yazarlık, yalnızca insanlar tarafından gerçekleştirilebilen bir dizi görevi kapsar ve yazarlar makalenin özgünlüğünü sağlamaktan ve yazarlık için gereken niteliklere sahip olmaktan sorumludur. Yapay zeka makale yazma süreci sırasında dil düzeltmeleri için kullanılabilirken (ve bu makalede açıkça belirtilmemiştir), makalenin özgünlüğünü ve kalitesini korumak için önemli olduğundan yazar olarak dahil edilemez.

Yayın Süreci Politikası

- Başvurular öncelikle, derginin editörü tarafından ön inceleme yapıp yazım ve dil editörlerine atanacaktır. Yazım ve dil editörleri makalenin derginin yazım kurallarına uygun olup olmadığını değerlendirir. Yazım kurallarına uymayan başvurularda yazara düzeltmesi için gönderilir. Teknik açıdan değerlendirmesi tamamlanan makaleler editöre gönderilir.
- Editör; başvuruları, içerik ve kalite açısından uygunluğunu değerlendirir ve uygun olmayan başvurular bu aşamada kabul edilmeyebilir.
- Dergiye uygun makaleler için editör yardımcı editör atayacak ve yardımcı editörler hakemleri atayarak değerlendirme sürecini editörle birlikte yürütecektir. Yardımcı editörlerin makaleyi ret etme, gerekli görüldüğünde daha fazla hakeme gönderme ve revizyon talep etme yetkileri bulunmaktadır.
- 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.
- Yardımcı editörler hakem raporları değerlendirmelerinden sonra makale editöre gönderecektir. Bu aşamada gerekli görüldüğü takdirde yeni hakem ataması yapılabilir. Tüm hakem değerlendirme süreçleri bittikten sonra yazara editöryel karar hakem raporları gönderilecektir. Hakem değerlendirme raporları hiçbir ortamda kamuya açık olarak yayınlanmayacaktır. Editörler ve hakemler arasındaki iletişim, üçüncü taraflarla paylaşılması gereken gizli bilgiler içerir.
- Makale hakkındaki editöryel karar (Minör Revizyon/Majör Revizyon/Ret) yazara iletdikten sonra; yazarlar tüm bilgileri (kararı; hakem raporlarını, editör inceleme raporlarını ve gerekli tarihleri) sistemden görebilirler ve ek süre talebinde bulunabilirler.
- Yazarlar revizyon dosyasını sisteme yüklerken hakemlerin eleştiri ve katkılarını ve altına da yapılan değişiklikleri (hakemin yorumu-yazarın cevabı olacak şekilde) gerekçeleri ile birlikte eklemelidir. (hakemin yorumu ve yazarın cevabı açıklama kısımlarından veya satır numarası vererek yapılmalıdır. Ayrıca yapılan düzeltmelerde hakeme cevap dosyası ayrıca hazırlanmalıdır.
- Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'nde yazarlık konusunda ICMJE önerilerini benimsemektedir. Yazar", yayımlanmış bir çalışmaya bağımsız entelektüel katkı sağlayan kişi olarak kabul edilir ve yazarlık ölçütü olarak ICMJE kriterini karşılaması gerekmektedir: Kriterleri karşılayan yazarlar başvuru esnasında ["Yazar Katkı Formu"](#)nu doldurarak ıslak imza ile imzalamaları gerekmektedir.
- Değerlendirme süreci başlamış bir çalışmada, yazarların çıkarılması veya eklenmesi veya yazarların sırasındaki değişiklikler gibi yazarlıktaki herhangi bir değişiklik talebi kabul edilmeyecektir.
- Yazarlar başvuru esnasında **"ICMJE Potansiyel Çıkar Çatışmaları Bildirim Formu"** 'nu imzalayarak herhangi bir çıkar çatışması olmadığını belirtmiş olurlar.
- Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi yazarların araştırmalarını yürütmek için aldıkları tüm finansal desteği açıklamalarını gerektirir. Bu bilgi kapak sayfasında ve makalenin ilgili bölümünde açıkça belirtilmelidir.
- Finansman beyanı, herhangi bir hibe kuruluşunun adını, hibe numaralarını ve her bir fon sağlayıcının araştırmadaki rolünün açıklamasını içermelidir. Finansal destek alınmadysa bile makalede bildirilmelidir.
- Yayın sonrası düzeltme ve geri çekme geri çekme talepleri editöryel incelemeye tabidir. Bir düzeltme yayınlama kararı, hatanın niteliğine, makale üzerindeki potansiyel etkisine ve destekleyici kanıtların mevcudiyetine dayanacaktır. Editör kurulu ayrıca kararını vermek için gerektiğinde yazarlara, hakemlere ve diğer uzmanlara danışabilir. Editör Kurulu, bu tür durumlarda, dergi politikaları, ICMJE ve COPE yönergelerine uygun olarak inceler.
- Yazarın geri çekme talebi derginin editör kurulu tarafından incelenir. Bir makalenin geri çekilmesini talep etmek için yazarlar, tüm yazarlar tarafından imzalanmış bir mektubu, taleplerini ve geri çekme nedenlerini belirterek dergi editörüne göndermelidir. Editör kurulu daha sonra talebi inceleyecek ve yazarların belirttiği nedenlere dayanarak bir karar verecektir. Talep onaylanırsa, makale dergiden geri çekilecek ve yazarlara karar bildirilecektir. Yazarların geri çekme talebi onaylanana kadar çalışmalarını

değerlendirme için başka bir dergiye göndermemeleri gerektiğini unutmamak önemlidir. (geri çekme formu ekle)

- Derginin editör kurulu, COPE yönergeleri ve tavsiyelerine uygun olarak itirazları ve şikayetleri ele almaktan sorumludur. Bir yazarın itirazı veya şikayeti varsa, endişelerini görüşmek üzere doğrudan editörle iletişime geçmelidir. Editör kurulu şikayeti inceleyecek ve COPE yönergelerine göre bir karar verecektir.

3-ETİK SORUMLULUKLAR

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)ın gönderdikleri çalışmaların özgün olması beklenmektedir. Yazar(lar)ın başka çalışmalardan yararlanmaları veya başka çalışmaları kullanmaları durumunda eksiksiz ve doğru bir biçimde atıfta bulunmaları ve/veya alıntı yapmaları gerekmektedir.
- 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.
- Yazar(lar)ın çalışmayla ilişkili verilerin doğruluğundan emin olması, araştırmasına ilişkin kayıtlarını düzenli tutması ve değerlendirme süreçleri çerçevesinde bu verileri yayın kurulu'na sunmaya hazır olmasıdır.
- Telifle bağlı materyaller (örneğin tablolar, şekiller veya büyük alıntılar) gerekli izin ve teşekkürler kullanılmalıdır. Başka yazarların, katkıda bulunanların çalışmaları ya da yararlanılan kaynaklar doğru ve uygun bir biçimde kullanılmalı ve referanslarda belirtilmelidir.
- Gönderilen makalede tüm yazarların akademik ve bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalıdır. Yazar olarak gösterilen tüm bireyler yazar olma 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.)
- 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 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 Yazar Katkı Formu ıslak imzalı olarak doldurularak sisteme makale ile birlikte yüklenmesi 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’nu ıslak imzalı olarak belirtmek zorundadırlar. Yazarların tümünün ismi yazının başlığının altındaki bölümde yer almalıdır. Dergiye makale gönderildikten sonra yazar sırası değiştime, yazar ekleme veya çıkarma yapılamaz. 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 son sayfasında(kaynaklardan önce) izinle ilgili bilgiler (kurul adı, tarih ve sayı no) yer verilmelidir. İnsanlar üzerinde yapılan araştırmalarda ‘Etik Kurul Onayı’nın alınması gerekmekte olup etik kurul onayının sisteme makale ile birlikte yüklenmesi zorunludur.
- Çalışmalarda Araştırma ve Yayın Etiğine uyulduğuna dair ifadeye yer verilmelidir. Olgu sunumlarında, bilgilendirilmiş gönüllü olur/onam formunun imzalandığına dair bilgiye makalede yer verilmesi gereklidir.

- Yazar(lar)ın kullanım hakkı için izin alınması gereken verilerde (tablo, şekil, resim vb) gerekli iznin alınması (bunu teşekkür bölümünde belirtmek koşuluyla) ve deney yapılan katılımcıların izninin alındığını gösteren belgeye sahip olunması gerekmektedir.
- İnsan veya hayvan denek içeren tüm çalışmalar için ulusal ve uluslararası yasalara ve yönergelere uygun olarak, (örneğin, WMA Helsinki Bildirgesi, NIH Laboratuvar Hayvanlarının Kullanımına İlişkin Politika, Hayvanların Kullanımına İlişkin AB Direktifi ile T.C. Sağlık Bakanlığı'nın ilgili yönetmeliklerine uygun olarak) gerekli onayların alındığının belirtilmesi, denek mahremiyetine saygı gösterilmesi gerekmektedir.
- Bütün yazarlar, araştırmanın sonuçlarını ya da bilimsel değerlendirmeyi etkileyebilme potansiyeli olan finansal ilişkiler, çıkar çatışması ve çıkar rekabetini beyan etmelidirler. Araştırma için alınmış finansal destek, bağış vb. yardım söz konusu ise teşekkür bölümünde ve kaynaklardan önceki bölümde belirtilmelidir.
- Yazar(lar)ın yayınlanmış, erken baskı (1ay) veya değerlendirme aşamasındaki çalışmasıyla ilgili yanlış bir durumu fark etmesi durumunda, dergi editörünü veya sekreterliğini bilgilendirmesi, düzeltme veya geri çekme işlemlerinde editörle işbirliği yapma yükümlülüğü bulunmaktadır.

Editörün Etik Sorumluluğu

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi editör ve alan editörleri, açık erişim olarak Committee on Publication Ethics (COPE) tarafından yayınlanan "COPE Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors" ve "COPE Best Practice Guidelines for Journal Editors" rehberleri temelinde aşağıdaki etik görev ve sorumluluklara sahip olmalıdır.

Genel görev ve sorumluluklar

Editörler, Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisinde yayınlanan her yayından sorumludur. Bu sorumlulukla ilgili editörler, aşağıdaki rol ve yükümlülükleri taşımaktadır:

- Okuyucuların ve yazarların bilgi ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik çaba sarf etme,
- Sürekli olarak derginin gelişimini sağlama,
- Dergide yayınlanan çalışmaların kalitesini geliştirmeye yönelik süreçleri yürütme,
- Düşünce özgürlüğünü destekleme,
- Akademik açıdan bütünlüğü sağlanma,
- Fikri mülkiyet hakları ve etik standartlardan taviz vermeden iş süreçlerini devam ettirme,
- Düzeltme, açıklama gerektiren konularda yayın açısından açıklık ve şeffaflık gösterme.

Okuyucu ile ilişkiler

Editörler tüm okuyucu, araştırmacı ve uygulayıcıların ihtiyaç duydukları bilgi, beceri ve deneyim beklentilerini dikkate alarak karar vermelidir. Yayınlanan çalışmaların okuyucu, araştırmacı, uygulayıcı ve bilimsel literatüre katkı sağlamasına ve özgün nitelikte olmasına dikkat etmelidir. Ayrıca editörler okuyucu, araştırmacı ve uygulayıcılardan gelen geri bildirimleri dikkate almak, açıklayıcı ve bilgilendirici geri bildirim vermekle yükümlüdür.

Yazarlar ile ilişkiler

Editörlerin yazarlara karşı görev ve sorumlulukları aşağıdaki şekildedir:

- Editörler, çalışmaların önemi, özgün değeri, geçerliliği, anlatımın açıklığı ve derginin amaç ve hedeflerine dayanarak olumlu ya da olumsuz karar vermelidir.
- Yayın kapsamına uygun olan çalışmaların ciddi problemi olmadığı sürece ön değerlendirme aşamasına alınmalıdır.
- Editörler, çalışma ile ilgili ciddi bir sorun olmadıkça, olumlu yöndeki hakem önerilerini göz ardı etmemelidir.
- Yeni editörler, çalışmalara yönelik olarak önceki editör(ler) tarafından verilen kararları ciddi bir sorun olmadıkça değiştirmemelidir.
- "Çift Kör Hakemlik ve Değerlendirme Süreci" mutlaka yayınlanmalı ve editörler tanımlanan süreçlerde yaşanabilecek sapmaların önüne geçmelidir.

- Yazarlara açıklayıcı ve bilgilendirici şekilde bildirim ve dönüş sağlanmalıdır.

Hakemler ile ilişkiler

Editörlerin hakemlere karşı görev ve sorumlulukları aşağıdaki şekildedir:

- Hakemleri çalışmanın konusuna uygun olarak belirlemelidir.
- Hakemlerin değerlendirme aşamasında ihtiyaç duyacakları bilgi ve rehberleri sağlamakla yükümlüdür.
- Yazarlar ve hakemler arasında çıkar çatışması olup olmadığını gözetmek durumundadır.
- Çift kör hakemlik sistemi bağlamında hakemlerin kimlik bilgilerini gizli tutmalıdır.
- Hakemleri tarafsız, bilimsel ve nesnel bir dille çalışmayı değerlendirmeleri için teşvik etmelidir.

- Hakemlerin performansını artırıcı uygulama ve politikalar belirlemelidir.
- Hakem havuzunun dinamik şekilde güncellenmesi konusunda gerekli adımları atmalıdır.
- Nezaketsiz ve bilimsel olmayan değerlendirmeleri engellemelidir.
- Hakem havuzunun geniş bir yelpazeden oluşması için adımlar atmalıdır.

Yayın Kurulu ile İlişkiler

Editörler, tüm yayın kurulu üyelerinin süreçleri yayın politikaları ve yönergelere uygun ilerletmesini sağlamalıdır. Yayın kurulu üyelerini yayın politikaları hakkında bilgilendirmeli ve gelişmelerden haberdar etmelidir. Ayrıca editörler;

Yayın kurulu üyelerinin çalışmaları tarafsız ve bağımsız olarak değerlendirmelerini sağlamalıdır.

Yeni yayın kurulu üyelerini, katkı sağlayabilir ve uygun nitelikte belirlemelidir.

Yayın kurulu üyelerinin uzmanlık alanına uygun çalışmaları değerlendirme için göndermelidir.

Yayın kurulu ile düzenli olarak etkileşim içerisinde olmalıdır.

Yayın kurulu ile belirli aralıklarla yayın politikalarının ve derginin gelişimi için toplantılar düzenlemelidir.

Dergi Sahibi ve Yayıncı ile İlişkiler

Editörler ve yayıncı arasındaki ilişki editöryal bağımsızlık ilkesine dayanmaktadır. Editörler ile yayıncı arasında yapılan yazılı sözleşme gereği, editörlerin alacağı tüm kararlar yayıncı ve dergi sahibinden bağımsızdır.

Editöryal ve Çift Kör Hakemlik Süreçleri

Editörler; dergi yayın politikalarında yer alan "Kör Hakemlik ve Değerlendirme Süreci" politikalarını uygulamakla yükümlüdür. Bu bağlamda editörler her çalışmanın adil, tarafsız ve zamanında değerlendirme sürecinin tamamlanmasını sağlar.

Kalite Güvencesi

Editörler; dergide yayınlanan her makalenin dergi yayın politikaları ve uluslararası standartlara uygun olarak yayınlanmasından sorumludur. Editörler; dergide yayınlanan her makalenin dergi yayın politikaları ve uluslararası standartlara uygun olarak yayınlanmasından sorumludur.

Kişisel Verilerin Korunması

Editörler; değerlendirilen çalışmalarda yer alan deneklere veya görsellere ilişkin kişisel verilerin korunmasını sağlamakla yükümlüdür. Çalışmalarda kullanılan bireylerin açık rızası belgeli olmadığı sürece çalışmayı reddetmekle görevlidir. Ayrıca editörler; yazar, hakem ve okuyucuların bireysel verilerini korumaktan sorumludur.

Etik Kurul, İnsan ve Hayvan Hakları

Editörler; değerlendirilen çalışmalarda insan ve hayvan haklarının korunmasını sağlamakla yükümlüdür. Çalışmalarda kullanılan deneklere ilişkin etik kurul onayı, deneysel araştırmalara ilişkin izinlerin olmadığı durumlarda çalışmayı reddetmekle sorumludur.

Olası Suistimal ve Görevi Kötüye Kullanmaya Karşı Önlem

Editörler; olası suistimal ve görevi kötüye kullanma işlemlerine karşı önlem almakla yükümlüdür. Bu duruma yönelik şikâyetlerin belirlenmesi ve değerlendirilmesi konusunda titiz ve nesnel bir soruşturma yapmanın yanı sıra, konuyla ilgili bulguların paylaşılması editörün sorumlulukları arasında yer almaktadır.

Akademik Yayın Bütünlüğünü Sağlamak

Editörler çalışmalarda yer alan hata, tutarsızlık ya da yanlış yönlendirme içeren yargıların hızlı bir şekilde düzeltilmesini sağlamalıdır.

Fikri Mülkiyet Haklarının Korunması

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 gerekli önlemleri almakla yükümlüdür.

Yapıcılık ve Tartışmaya Açıklık

Dergide yayınlanan eserlere ilişkin ikna edici eleştirileri dikkate almalı ve bu eleştirilere yönelik yapıcı bir tutum sergilemelidir. Eleştirilen çalışmaların yazar(lar)ına cevap hakkı tanınmalıdır. Olumsuz sonuçlar içeren çalışmaları göz ardı etmemeli ya da dışlamamalıdır.

Şikayetler

Editörler; yazar, hakem veya okuyuculardan gelen şikayetleri dikkatlice inceleyerek aydınlatıcı ve açıklayıcı bir şekilde yanıt vermekle yükümlüdür.

Politik ve Ticari kaygılar

Dergi sahibi, yayıncı ve diğer hiçbir politik ve ticari unsur, editörlerin bağımsız karar almalarını etkilemez.

Çıkar çatışmaları

Editörler; yazar(lar), hakemler ve diğer editörler arasındaki çıkar çatışmalarını göz önünde bulundurarak, çalışmaların yayın sürecinin bağımsız ve tarafsız bir şekilde tamamlanmasını garanti eder.

Hakemlerin Etik Sorumlulukları

Tüm çalışmaların "Çift Kör Hakemlik" ile değerlendirilmesi yayın kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bu süreç yayının nesnel ve bağımsız değerlendirilmesi ile güven sağlar. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi değerlendirme süreci çift taraflı kör hakemlik ilkesiyle yürütülür. Hakemler yazar ile iletişime geçmez ve yazar ile iletişimi dergi yönetimi yapar. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi için çalışma değerlendiren hakemlerin aşağıdaki etik sorumluluklara sahip olması beklenmektedir:

- Hakemler makaleleri, yazarların etnik kökeninden, cinsiyetinden, cinsel yöneliminden, uyruğundan, dini inancından ve siyasi felsefesinden bağımsız olarak değerlendirmelidirler.
- Gönderilmiş yazılara ilişkin tüm bilginin gizli tutulmasını sağlamalı ve yazar tarafında herhangi bir telif hakkı ihlali ve intihal fark ederlerse editöre raporlamalıdır.
- Değerlendirme sürecinde çıkar çatışması ile karşı karşıya olduğunu düşünürse, çalışmayı incelemeyi reddederek, dergi editörünü bilgilendirmelidir.
- 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.

Yayıncının Etik Sorumlulukları

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (KASHED) Editörleri ve Yayın Kurulu aşağıdaki etik sorumlulukların bilinciyle hareket etmektedir:

- Editörler gönderilen çalışmaların tüm süreçlerinden sorumludur. Bu çerçevede ekonomik ya da politik kazançlar göz önüne alınmaksızın karar verici kişiler editörlerdir.
- Bağımsız editör kararı oluşturulmasını taahhüt eder.
- Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'nde yayınlanmış her makalenin mülkiyet ve telif hakkını korur ve yayınlanmış her kopyanın kaydını saklama yükümlüğünü üstlenir.

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ
YAZIM KILAVUZU

1-ETİK İLKELER

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. Yazarlara, yazılarının etik standartlara ve uygulamalara uymasını sağlamak için EASE Yazarlar İçin Etik Kontrol Listesini kullanmaları önerilmektedir.

İnsan ve Hayvan Hakları, Bilgilendirilmiş Olur

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, yayınladığı makalelerin ticarî kaygılardan uzak ve konu ile ilgili en iyi etik ve bilimsel standartlarda olması şartını gözetmektedir. Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Etik kurul izni gerektiren çalışmaların etik kurul izni alması zorunludur.

Tanımlanabilir insan materyali ve verileri üzerinde yapılan araştırmalar da dahil olmak üzere insan denekleri içeren tıbbi araştırmalar için hazırlanan ve katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alma, gizliliklerini ve mahremiyetlerini koruma ve çalışma katılımcılarına zarar vermeme gibi durumlarda rehberlik etmesi amacıyla 2013'te değiştirilen WMA Helsinki Bildirgesi'ne uymayı prensip edinmiş bir dergidir.

Bu yüzden Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'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. 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.

Hayvanlarla ilgili çalışmalar için, bir etik komitesinden araştırma protokollerinin onaylanması gerekir. Etik komite, Laboratuvar Hayvanlarının Bakımı ve Kullanımı Kılavuzu (8. baskı, 2011) ve Hayvanları İçeren Biyomedikal Araştırmalar İçin Uluslararası Rehber İlkeler (2012) gibi ilgili yönergeler ve düzenlemelerle uyumlu olduklarından emin olmak için araştırma protokollerini incelemelidir. Bu yönergeler, hayvanlarla ilgili araştırmaların etik ve insancıl bir şekilde nasıl yürütüleceğine dair ayrıntılı bilgi sağlar ve bu tür araştırmalar için standart olarak yaygın olarak kabul edilir.

Çalışmada “hayvan” kullanılmış ise yazarlar, makalenin YÖNTEM(LER) bölümünde ilgili rehberler 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.

Hayvanlara yönelik etik muameleye ek olarak, yazarlar ayrıca acı ve ızdırabı önlemek için alınan önlemler hakkında da bilgi sağlamalıdır. Bu, araştırmanın insancıl bir şekilde yürütülmesini sağlamak ve okuyucuların araştırmanın ilgili etik standartları karşıladığını doğrulamasını sağlamak için gereklidir. Yazarların bu bilgileri açık ve kapsamlı bir şekilde uymalarına yardımcı olmak için tasarlanmış ARRIVE kontrol listesini kullanabilirler.

İntihal ve Etik uygunsuzluk;

Dergimize benzerlik oranı en fazla %20 olan makaleler kabul edilir. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'ne gönderdiğiniz makalelerinizin benzerlik raporunu dergipark üzerinden (dergipark'ın intihal.net anlaşması kapsamında) alabilirsiniz.

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ(KASHED)

JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING (JOWHEN)

Açık Erişim

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi açık erişimli bir yayındır. Dergide yayınlanan tüm içerik [Creative Commons Atıf-NonCommercial \(CC BY-NC\) 4.0 Uluslararası Lisansı](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) altında lisanslanmıştır, bu lisans üçüncü tarafların ticari olmayan amaçlarla içeriği kullanmalarına, orijinal esere atıf yapmaları şartıyla izin verir. Bu lisans, içeriğin ticari olmayan amaçlar için paylaşılmasına ve uyarlanmasına izin vererek, dergide yayımlanan araştırmaların yayılmasını ve kullanımını teşvik eder. Okurlar yayımlanan tüm içeriğe <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed> adresinden ücretsiz olarak ulaşılabilir, ticari amaç dışında, yayıncı ya da yazardan izin almadan dergide yayınlanan makalelerinin tam metnini okuyabilir, kaydedebilir, kopyalayabilir ve link sağlayabilir.

Yayın Ücreti

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (KASHED hiçbir ad altında yazar veya bağlı bulunduğu kurumdan ücret alınmaz. Yazarlardan makale değerlendirme ve yayın sürecinde yazarlardan herhangi bir ücret talep etmez.

MAKALE HAZIRLAMA

MAKALE TİPLERİ

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), Anahtar sözcükler, Giriş, Yöntem, Bulgular, Tartışma, Sonuç ve Öneriler ve etik yönü, yazar katkıları, çıkar çatışması, finansal destek, kaynaklar bölümlerini içermelidir. Giriş Bölümünün son paragrafında çalışmanın amacı açıkça belirtilmelidir.

Kelime sayısı ile ilgili sınırlandırmalar Tablo 2’de belirtilmiştir.

Sistematiik Derleme/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 makaleleri; Öz, Abstract, Anahtar Kelimeler, Giriş, Yöntem, bulgular ve Sonuç ve Kaynaklar bölümünden oluşmalıdır. Kelime sayısı ile ilgili sınırlandırmalar Tablo 2’de belirtilmiştir.

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. Öz (yapılandırılmamış), Abstract, Giriş, Vaka, Tartışma, Sonuç, Kaynaklar, Tablolar ve/veya Resimlerden oluşmalıdır. Kelime sayısı ile ilgili sınırlandırmalar Tablo 2’de belirtilmiştir.

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, derlemenin ana amacı, başlıklar ve alt başlıklar, sonuç ve kaynaklar bölümlerinden oluşur. Kelime sayısı ile ilgili sınırlandırmalar Tablo 2’de belirtilmiştir.

Makale hazırlarken aşağıdaki belirtilen kurallar dahilinde hazırlanmalıdır.(Tablo 1)

TABLO 1. MAKALE HAZIRLAMA FORMATI

ÖZELLİK	AÇIKLAMA
Kullanılacak Program	• Yazılar Microsoft Word formatında olmalıdır.
Sayfa Büyüklüğü	• A4 Büyüklüğünde
Sayfa Kenar Boşlukları	• Normal Kenar Boşluğu (üst, alt, sağ ve sol kenar boşlukları: 2,5 cm)
Satır Aralığı, Yazı Tipi ve büyüklüğü	• Çalışmanın Türkçe ve İngilizce başlığı Türkçe ve İngilizce özet bölümlerinin üzerine büyük harfle ortalarak 14 punto ve koyu (bold) olarak yazılmalıdır. • Türkçe ve İngilizce özetler 10 punto, iki yana yaslı, tek satır aralığında yazılmalıdır. • Ana Metin: Paragraflar 11 punto büyüklüğünde, 1,5 satır aralığı, iki yana yaslı, sağ: 0 cm ve sol: 0 cm olarak ilk satırı sol kenar boşluğundan 1,25 cm girintili yapılmalıdır. • Girinti oluşturmak için TAB tuşu veya kelime işlemci programının otomatik paragraf biçimlendirme işlevi kullanılmalıdır. • Girintiyi oluşturmak için boşluk çubuğu kullanılmamalıdır. • Satır sonlarında kelimeler bölünmemelidir.

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

	- Paragraflardan önce ve sonra 6 nk boşluk bırakılmalıdır. - Bir paragraf en az 3 cümle içermelidir. Paragraflar arasında fazladan satır aralığı bırakılmamalıdır.
İstatistiksel Analiz	- Bir araştırma makalesinde istatistiksel verileri rapor ederken, değerleri açık ve tutarlı bir şekilde sunmak önemlidir. P değerleri, güven aralıkları (GA) ve diğer istatistiksel ölçümler uygun şekilde yuvarlanmalı ve sağlanan yönergelerle ifade edilmelidir - Metinde; p değerleri .001'den küçükse $p < .001$ olarak bildirilmelidir. p değerleri .01'den küçükse $p < .01$ olarak bildirilmelidir. p değerleri .05'ten küçükse $p < .05$ olarak bildirilmelidir. - Tablolarda; gerçek p değerleri ifade edilmelidir ($p = .04$).
Ondalık Sayı Yazımı	- Ondalık ayırıcı olarak nokta (.) kullanılması gerekir. (örn. %72.18). - Türkçe metinlerde ondalıklı sayılar ayrılırken virgöl, İngilizce metinlerde nokta kullanılmalıdır.
Kısaltmalar	- Makalede kullanılan tüm kodlamalar ve kısaltmalar, hem özet hem de ana metinde ilk kullanımda tanımlanmalıdır. - Tanımın ilk kez kullanılmasının ardından kısaltma parantez içinde verilmelidir. - Başlıkta veya özetle kısaltma kullanılmamalıdır. - Kısaltmalar, ilgili sözcüklerin metin içinde ilk kullanıldığı yerde yapılmalı ve kısaltma sayısı olabildiğince az olmalıdır.
Makalelerde Gerekli Yazım Düzeni	Genel olarak makalelerde gerekli yazım sıralaması aşağıdaki şekilde verilmiştir. Makalenin tipine göre (yukarıda açıklanmıştır) yazım sıralaması yapılmalıdır. - Başlık - Kısa Başlık - Özet (Amaç; Yöntemler; Sonuçlar; Sonuç; Anahtar Sözcükler) - İngilizce Özet (Amaç; Yöntemler; Sonuçlar; Sonuç; Anahtar Sözcükler) - Genişletilmiş İngilizce Özet (Amaç; Yöntemler; Sonuçlar; Sonuç; Anahtar Sözcükler) - Giriş - Yöntemler - Sonuçlar - Tartışma - Sonuç - Yazar Katkıları, - Çıkar Çatışması, - Finansal Destek, - Kaynaklar - Tablolar - Şekiller
Özet	- Araştırma Makaleleri için Amaç; Yöntemler; Sonuçlar; Sonuç; Anahtar Sözcükler bölümlerinden oluşmalıdır. - Derleme ve olgu sunumlarında özet yapılandırılmamalıdır. - Türkçe makaleler için Geniletilmiş İngilizce Özet: 750-1000 kelime olarak hazırlanmalıdır.
Anahtar Kelimeler	- Her gönderime, özeti sonunda konu dizini için en az üç, en fazla beş anahtar kelime eşlik etmelidir. Anahtar kelimeler kısaltmalar olmadan tam olarak listelenmelidir. - Anahtar kelimeler arasına virgöl konularak alfabetik sıraya göre yazılmalıdır. Anahtar kelimeler National Library of Medicine, Medical Subject Headings veritabanından (https://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html) seçilmelidir. - Anahtar kelimeler yazılırken sadece ilk kelimenin baş harfi ve özel isimlerin baş harfi büyük olmalı, diğer kelimeler küçük harfle yazılmalıdır. - Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri'ne (http://www.bilimterimleri.com), İngilizce anahtar kelimeler Index Medicus: Medical Subject Heading (MeSH)'e uygun olarak yazılmalıdır (https://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html).
Başlık Yazımı ve Numaralandırma	- APA Stilinde beş seviye başlık vardır. - Bir bildiride kullanılacak başlık sayısı, çalışmanın uzunluğuna ve karmaşıklığına bağlıdır. - Makalenizdeki farklı bölümleri ayırt etmek için yalnızca gerekli sayıda başlık kullanın. - Başlıkları rakam veya harf ile etiketlemeyin. Bir başlık sayfanın sonuna gelse bile başlıkların üstüne veya altına boş satır eklemeyin. 1.Düzye Başlıklar Giriş, Yöntem, Bulgular, Sonuç, Kaynakça gibi bölüm başlıklarında kullanılır. 11 punto, kalın (bold), ilk harfler büyük harf şeklinde yazılmalıdır. Metin paragraf ile başlamalıdır. 2. Düzye Başlıklar Madde sayısı ve harf kullanılmadan, kalın (bold) ilk harfler büyük ve sola yaslı olacak şekildedir. Metin paragraf ile başlamalıdır. 3. Düzye başlıklar

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

	3. düzey başlıklar sola yaslı, kalın(bold), ilk harfler büyük ve italik olarak yazılmalıdır. Metin paragraf ile başlamalıdır. • 4. Düzey Başlıklar 3. derece konu başlıklarının alt başlıkları 4. derece konu başlığı formatında yazılmalıdır. Girintili, İlk Harfler büyük, Kalın (bold) yazılmalı, nokta (.) ile bitirilmeli ve metin başlığı takip edecek şekilde yazılmalıdır. • 5. Düzey Başlıklar 4. derece konu başlıklarının alt başlıkları 4. derece konu başlığı formatında yazılmalıdır. Girintili, İlk Harfler büyük, Kalın (bold), italik yazılmalı, nokta (.) ile bitirilmeli ve metin başlığı takip edecek şekilde yazılmalıdır.
Raporlama Yönergeleri	Makale yazım kurallarının oluşturulması ve makalenin formatının belirlenmesinde ICMJE-Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (Updated December 2019 - http://www.icmje.org/recommendations/) kuralları benimsemiştir. Yazarların, randomize araştırma çalışmaları için CONSORT yönergelerine, gözlemsel orijinal araştırma çalışmaları için STROBE yönergelerine, tanısal doğruluk üzerine çalışmalar için STARD yönergelerine, sistematik incelemeler ve meta-analiz için PRISMA yönergelerine, deneysel hayvan çalışmaları için ARRIVE yönergelerine ve davranışsal ve halk sağlığı müdahalelerinin randomize olmayan değerlendirmeleri için TREND, nitel çalışmalar COREO yönergelerine uygun olarak makaleler hazırlamaları gerekmektedir. Çok çeşitli çalışma türleri için raporlama yönergeleri için Equator Network'e (https://www.equator-network.org/) danışabilirsiniz.
Tablolar ve Şekiller	• Tablolar, “tablo ekle” işlevi kullanılarak düzenlenebilir. Tablolar, kelime işlem yazılımının “tablo ekle” komutu kullanılarak oluşturulmalı ve kolay okunabilmeleri için açıkça düzenlenmelidir. • Tablolarda sunulan veriler, ana metinde sunulan verilerin tekrarı olmamalı, ana metni desteklemelidir. • Microsoft Word belgelerinde olmalıdır. • Tablolar ana belgeye eklenmeli, referans listesinden sonra sunulmalı ve ana metinde atıfta bulunulan sıraya göre ardışık olarak numaralandırılmalıdır. • Tabloların üzerine açıklayıcı bir başlık yerleştirilmelidir. Tablo başlıkları cümle düzeninde yazılmalıdır (yani bir cümlenin ilk harfini büyük harfle yazın ve diğer tüm harfleri küçük harfle bırakın) Tablo başlıkları 11 punto, ilk harfler büyük olacak şekilde ve tablo numarasından sonra “.” (nokta) konulmalıdır. Sadece Tablo ve şekil ifadesi bol olmalıdır. (Örn: Tablo 7. Kadınların...) • Tablolarda kullanılan kısaltmalar, tabloların altında dipnotlarla tanımlanmalıdır (ana metinde tanımlanmış olsalar bile). • Tablo içinde bir (1) satır aralığı ve 11 punto yazı kullanılmalıdır. • Tablolar dikey çizgi içermemeli, yatay çizgi de olabildiğince az olmalıdır. • Tabloların çizgileri silinmeden görünmez hale getirilmelidir. • Gereksizce yatay tablo biçimi ve uzun tablolar kullanılmamalıdır. • Metin içerisinde her tabloya mutlaka atıf yapılmış olmalıdır. • Tablolar ve şekiller kaynaklardan sonra yerleştirilmelidir. • Tablolarda ve metin içinde ondalık sayılar arasına nokta konulmalıdır. • Akış şemaları tablo içi veya JPEG formatında gönderilmelidir. • Şekiller/grafikler ve resimler 250 dpi ve 500-800 dpi olmak üzere mümkün olduğunca yüksek çözünürlükte hazırlanmalıdır. • Tüm şekillere ana metinde atıfta bulunulmalı ve ana metinde atıfta bulunulan sıraya göre ardışık olarak numaralandırılmalıdır. Şekil açıklamaları alt kısımda cümle düzeninde yazılmalıdır. • Eğer tablo veya şekil başka bir eserden alınmışsa, kaynak italik ve 10 punto büyüklüğünde atıf kurallarına uygun biçimde tablo veya şeklin altında yer almalıdır. • Bir sayfadan uzun olan tablolar çalışma içinde bulunmak zorunda ise bir sayfa boyutunda (uygun bir yerden) bölünmelidir. Tablonun devamı bir sonraki sayfada aynı tablo numarası ile ve aynı başlıkla verilmeli; ancak, tablo numarasından sonra “(Devam)” ibaresi yazılmalıdır. Tablo içindeki metinler 10 punto yazılmalı, başlık-tablo ve tablo-kaynakça önce 0 nk sonra 0 nk olarak tek satır aralığında düzenlenmelidir. • Satır, sütun ve varsa toplam başlıklarının kalın yazı tipi ile yazılmalıdır.
Etik Kurul Onayı	• Makaleye ilişkin etik kurul onayı ve katılımcılardan alınan bilgilendirilmiş olur gibi araştırma etiği uygulamalarının ayrıntıları, makalenin “Yöntem” kısmında açıklanmalı ve makalenin son sayfasında izinle ilgili bilgiler (kurul adı, tarih ve sayı no) yer verilmelidir. • Makale içerisinde yayın etiğine uyulduğuna dair açıklama yapılmalıdır. • Dergimizin çift-kör hakemlik ilkesine göre gönderilen makalelerde etik kurul onayı yazılırken, kurum bilgisi sadece başlık sayfasında açık bir şekilde verilmelidir. • Editörler gerekli gördüğü takdirde diğer kurum izinleri vs. belgeleri isteceğini yazarların akılda tutması gerekir.
İlave Notlar	• Yazı daha önce bilimsel bir toplantıda sunuldu ise yazının başlığında (*) işareti ile belirtilmeli ve işarete (*), metnin ilk sayfası sonunda toplantı adı, yer ve tarihi belirtilerek açıklama getirilmelidir.

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

	Araştırma bilim uzmanlığı ya da doktora tezinden oluşmuş ise başlıkta (*) işareti ile belirtilmeli ve metnin ilk sayfası sonunda (*) işaretinden sonra Enstitüsü, Yılı, Yüksek Lisans veya Doktora tezi olduğu açıklanmalıdır.																		
Teşekkür	Çalışma ile ilgili teşekkür yazısı makalenin sonuna eklenmelidir.																		
Kaynak/Fon	Çalışma ile ilgili herhangi bir fon desteği ve diğer destekler açıkça(kurum/tarih/vs.) makalenin sonunda belirtilmelidir.																		
Ekler	- Ekler: Yazar(lar) ihtiyaç duyarlarsa kaynakçadan sonra ve geniş özetten önce, Ekler bölümü oluşturabilirler. Bu kısımda verilecek eklere makale içinden mutlaka atıfta bulunulmalıdır. - Birden fazla ek kullanılacaksa numaralandırılmalıdır. Yazarların eklere koyacakları eklentilerin makale içinde verilmesi durumunda bütünlüğü bozacak biçimde olmaması gerekir.																		
Kısıtlıklar/sınırlılıklar	Araştırmanın sınırlılıkları makalenin sonuna eklenmelidir.																		
Kaynaklar	KAYNAK YAZIMI - Makalede kullanılan tüm kaynaklar metnin sonunda ayrı bir bölüm halinde yazar soyadlarına göre alfabetik olarak numaralandırılmadan verilmelidir. - Kaynaklar bölümünde yer alan İngilizce ve Türkçe tüm kaynaklar benzer yazım kurallarıyla yazılmalıdır. - Dergi adları kısaltılmadan tam olarak yazılmalıdır, kısaltılması durumunda Pubmed’de kullanıldığı şekilde kısaltılma yapılabilir. - Aynı soyadlı yazarlardan, yayını daha eski tarihli olsa bile adının ilk harfi alfabetik olarak önce gelen kaynakçada önce belirtilmelidir. - Aynı yazarın iki eseri tarih sırasına göre, eski olan önce gelecek şekilde yazılmalıdır. - Kitap ve raporların kaynaklar bölümünde gösteriminde önce yayınlandığı yer (ülke ismiyle birlikte) ve sonra kitabevi/ yayınevi adı, ‘kitabevi, yayınevi, yay’ vb. ekler belirtilmeksizin yazılmalıdır. - İki isimli yazarların isim kısaltmaları arasında boşluk bırakılmalıdır. - Tez, Sunum ve Bildiriler yayınlanmamışsa kaynak olarak kullanılmamalıdır. - Kaynaklar; metin sonunda tek aralık ve iki kaynak arası çift aralıklı olacak şekilde, alfabetik olarak numara verilmeden sıralanmalıdır. - KASHED’e gönderilen makalelerde American Psychological Association (APA) 7. Versiyon kaynak gösterim kuralları kullanılmaktadır. - Yazar(lar)ın, makale metninde ve kaynakçada yer alan atıfları, APA 7 stiline uygun olarak belirtmeleri zorunludur. - Kaynaklar bölümünde yer alan tüm kaynaklar, metinde belirtilmelidir. - Kaynakların doğruluğundan yazar(lar) sorumludur. - Tüm kaynaklar metinde belirtilmelidir. <u>Kaynaklar aşağıdaki örneklerdeki gibi gösterilmelidir.</u> METİN İÇİNDE KAYNAK GÖSTERME <table><tr><th>Kaynak Şekli</th><th>Cümlelerin Sonunda (Parantez içinde)</th><th>Cümlelerin Başında (Anlatısal Alıntı)</th></tr><tr><td>Bir yazarlı</td><td>(Yılmaz, 2024)</td><td>Yılmaz (2024)</td></tr><tr><td>İki Yazarlı</td><td>(Aksu ve Güler 2007)</td><td>Aksu ve Güler (2007)</td></tr><tr><td>Üç ve daha fazla yazarlı</td><td>(Ekşi ve ark. 2023)</td><td>Ekşi ve ark. (2023)</td></tr><tr><td>Kısaltmalı Grup yazarı</td><td>İlk alıntıda (Word Health Organization [WHO], 2023) Sonraki kullanımlarda (WHO, 2023)</td><td>İlk alıntıda Word Health Organization (WHO, 2023) Sonraki kullanımlarda WHO(2023)</td></tr><tr><td>Kısaltması Olmayan Grup</td><td>(Marmara University, 2014)</td><td>Marmara University (2014)</td></tr></table> - Aynı yazar ve aynı tarihli iki farklı çalışmaya yer verildiğinde kaynaklar a, b şeklinde verilmelidir: Örnek: (WHO, 2020a) (WHO, 2020b) - Kaynaktan doğrudan bir alıntı veya belirli bir sayfadan alıntı yapılmış ise kaynağa alıntı yapılan sayfa da yazılır. - Sayfa numarası yazımı, ancak bir çalışmanın bir kısmına (bir kitaptaki paragraf veya bölüm gibi) atıfta bulunulması durumunda kullanılmak zorundadır. - Metinde kaynağın yılı yazılıp virgül ve ‘s.’ şeklinde sayfa numarası belirtilmelidir. Hemşireliğin tanımını şeklinde yapmıştır (Arslan, 2000, s. 78).	Kaynak Şekli	Cümlelerin Sonunda (Parantez içinde)	Cümlelerin Başında (Anlatısal Alıntı)	Bir yazarlı	(Yılmaz, 2024)	Yılmaz (2024)	İki Yazarlı	(Aksu ve Güler 2007)	Aksu ve Güler (2007)	Üç ve daha fazla yazarlı	(Ekşi ve ark. 2023)	Ekşi ve ark. (2023)	Kısaltmalı Grup yazarı	İlk alıntıda (Word Health Organization [WHO], 2023) Sonraki kullanımlarda (WHO, 2023)	İlk alıntıda Word Health Organization (WHO, 2023) Sonraki kullanımlarda WHO(2023)	Kısaltması Olmayan Grup	(Marmara University, 2014)	Marmara University (2014)
Kaynak Şekli	Cümlelerin Sonunda (Parantez içinde)	Cümlelerin Başında (Anlatısal Alıntı)																	
Bir yazarlı	(Yılmaz, 2024)	Yılmaz (2024)																	
İki Yazarlı	(Aksu ve Güler 2007)	Aksu ve Güler (2007)																	
Üç ve daha fazla yazarlı	(Ekşi ve ark. 2023)	Ekşi ve ark. (2023)																	
Kısaltmalı Grup yazarı	İlk alıntıda (Word Health Organization [WHO], 2023) Sonraki kullanımlarda (WHO, 2023)	İlk alıntıda Word Health Organization (WHO, 2023) Sonraki kullanımlarda WHO(2023)																	
Kısaltması Olmayan Grup	(Marmara University, 2014)	Marmara University (2014)																	

- Kaynak tek bir konuyu kapsıyorsa (bir dergi makalesi gibi) böyle bir çalışmaya atıf yapılırken sayfa belirtilmesi gerekmemektedir.
- Metin içinde birden fazla kaynak kullanılmışsa parantez içinde yazılmak üzere, iki kaynak arasına noktalı virgül (;) konulmalıdır.
- Makaleniz Türkçe ise metin içi kaynak gösteriminizi Türkçe,(& yerine ve, et all yerine ve ark., Eds yerine Ed vb) İngilizce ise İngilizceye uygun olarak yapınız.

KAYNAKLAR BÖLÜMÜNDE KAYNAK GÖSTERME

1-DOI Numarası Olan Dergi Makaleleri

Kaynakçada yazımı: McCauley, S. M., & Christiansen, M. H. (2019). Language learning as language use: A cross-linguistic model of child language development. *Psychological Review*, 126(1), 1–51. <https://doi.org/10.1037/rev0000126>

Cümle Sonunda (Parantez içine): (McCauley & Christiansen, 2019)

Cümle başında (Anlatısal Alıntı): McCauley and Christiansen (2019)

2- DOI'si olmayan URL'li Dergi Makalesi

Kaynakçada yazımı: Ahmann, E., Tuttle, L. J., Saviet, M., & Wright, S. D. (2018). A descriptive review of ADHD coaching research: Implications for college students. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 31(1), 17–39. <https://www.ahead.org/professional>

Cümle Sonunda (Parantez içine): (Ahmann et al., 2018)

Cümle başında (Anlatısal Alıntı): Ahmann et al. (2018)

3-DOI içeren, 21 veya daha fazla yazarlı dergi makalesi

Kaynakçada yazımı: Kalnay, E., Kanamitsu, M., Kistler, R., Collins, W., Deaven, D., Gandin, L., Iredell, M., Saha, S., White, G., Woollen, J., Zhu, Y., Chelliah, M., Ebisuzaki, W., Higgins, W., Janowiak, J., Mo, K. C., Ropelewski, C., Wang, J., Leetmaa, A., . . . Joseph, D. (1996). The NCEP/NCAR 40-year reanalysis project. *Bulletin of the American Meteorological Society*, 77(3), 437–471. <http://doi.org/fg6rf9>

Cümle Sonunda (Parantez içine): (Kalnay ve ark., 1996)

Cümle başında (Anlatısal Alıntı): Kalnay et al. (1996)

4- DOI'li Dergi Makalesi, Bireysel ve Grup Yazarlarının Birleşimi

Kaynakçada yazımı: De Vries, R., Nieuwenhuijze, M., Buitendijk, S. E., & the members of Midwifery Science Work Group. (2013). What does it take to have a strong and independent profession of midwifery? Lessons from the Netherlands. *Midwifery*, 29(10), 1122-1128. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.007>

Cümle Sonunda (Parantez içine): (De Vries et al., 2013)

Cümle başında (Anlatısal Alıntı): De Vries et al. (2013)

5-Çevrimiçi Yayınlanan Dergi Makalesi

Kaynakçada yazımı: Huestegge, S. M., Raettig, T., & Huestegge, L. (2019). Are face-incongruent voices harder to process? Effects of face-voice gender incongruency on basic cognitive information processing. *Experimental Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1027/1618-3169/a000440>

Cümle Sonunda (Parantez içine): (Huestegge et al., 2019)

Cümle başında (Anlatısal Alıntı): Huestegge et al. (2019)

6- Başka Dilde Yazılmış Dergi Makalesi

Bir makale makalenizden farklı bir dildeyse, makale başlığının çevirisini köşeli parantez içinde ekleyin.

Kaynakçada yazımı: Chaves-Morillo, v., Gómez Calero, c., Fernández-Muñoz, J. J., Toledano-Muñoz, A., Fernández-Huete, J., Martínez-Monge, N., Palacios-Ceña, D., & Peñacoba-Puente, C. (2018). La anosmia neurosensorial: Relación entre subtipo, tiempo de reconocimiento y edad [Sensorineural anosmia: Relationship between subtype, recognition time, and age]. *Clínica y Salud*, 28(3), 155-161. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.04.002>

Cümle Sonunda (Parantez içine): (Chaves-Morillo et al., 2018)
Cümle başında (Anlatısal Alıntı): Chaves-Morillo et al. (2018)

7- Bir Dergide Özel Bölüm veya Özel Sayı Makalesi

Kaynakçada yazımı: Lilienfeld, S. O. (Ed.). (2018). Heterodox issues in psychology [Special section]. Archives of Scientific Psychology, 6(1), 51-104.

Kaynakçada yazımı: McDaniel, S. H., Salas, E., & Kazak, A. E. (Eds.). (2018). The science of teamwork [Special issue]. American Psychologist, 73(4).

Cümle Sonunda (Parantez içine): (Lilienfeld, 2018; McDaniel et al., 2018)

Cümle başında (Anlatısal Alıntı): Lilienfeld (2018) and McDaniel et al. (2018)

8- Cochrane Veritabanından Alınmış Kaynaklar

Kaynakçada yazımı: Mehrholz, J., Pohl, M., Platz, T., Kugler, J., & Elsner, B. (2018). Electromechanical and robot-assisted arm training for improving activities of daily living, arm function, and arm muscle strength after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006876.pub5>

Cümle Sonunda (Parantez içine): (Mehrholz et al., 2018)

Cümle başında (Anlatısal Alıntı): Mehrholz et al. (2018)

9- DOI ile Yazılmış Kitap

Kaynakçada yazımı: Brown, L. S. (2018). Feminist therapy (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000092-000>

Cümle Sonunda (Parantez içine): (Brown, 2018)

Cümle başında (Anlatısal Alıntı): Brown (2018)

10-Akademik Araştırma Veri Tabanlarından veya Basılı Versiyonundan DOI'siz Yazılmış Kitap

Kaynakçada yazımı: Burgess, R. (2019). Rethinking global health: Frameworks of power. Routledge.

Cümle Sonunda (Parantez içine): (Burgess, 2019)

Cümle başında (Anlatısal Alıntı): Burgess (2019)

11- DOI içeren kitap bölümü

Kaynakçada yazımı: Balsam, K. F., Martell, C. R., Jones, K. P., & Safren, S. A. (2019). Affirmative cognitive behavior therapy with sexual and gender minority people. In G. Y. Iwamasa & P. A. Hays (Eds.), Culturally responsive cognitive behavior therapy: Practice and supervision (2nd ed., pp. 287–314). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000119-012>

Kaynakçada yazımı: Benzer Türkçe kitaplar için

Balsam, K. F., Martell, C. R., Jones, K. P., & Safren, S. A. (2019). Affirmative cognitive behavior therapy with sexual and gender minority people. İçinde G. Y. Iwamasa & P. A. Hays (Eds.), Culturally responsive cognitive behavior therapy: Practice and supervision (2nd ed., pp. 287–314). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000119-012>

Cümle Sonunda (Parantez içine): (Balsam et al., 2019)

Cümle başında (Anlatısal Alıntı): Balsam et al. (2019)

12- DOI içermeyen Kitap Bölümü

Kaynakçada yazımı: Weinstock, R., Leong, G. B., & Silva, J. A. (2003). Defining forensic psychiatry: Roles and responsibilities. In R. Rosner (Ed.), Principles and practice of forensic psychiatry (2nd ed., pp. 7–13). CRC Press.

Cümle Sonunda (Parantez içine): (Weinstock ve ark., 2003)

Cümle başında (Anlatısal Alıntı): Weinstock et al. (2003)

13- Bir Devlet Kurumu veya Başka Bir Kuruluşun Raporu

Kaynakçada yazımı: Australian Government Productivity Commission & New Zealand Productivity Commission. (2012). Strengthening trans-Tasman economic relations. <https://www.pe.gov.au/inquiries/completed/australia-new-zealand/report/trans-tasman.pdf>

Kaynakçada yazımı: Canada Council for the Arts. (2013). What we heard: Summary of key findings: 2013 Canada Council's Inter-Arts Office consultation. <http://publications.gc.ca/collections/>

collection_2017/canadacouncil/K23-65-2013-eng.pdf

Kaynakçada yazımı: National Cancer Institute. (2018). Facing forward: Ufe after caneer treatment (NIH Publication No. 18-2424). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/ life-after-treatment. pdf>

Cümle Sonunda: (Parantez içine): (Australian Government Productivity Commission & New Zealand Productivity Commission, 2012; Canada Council for the Arts, 2013; National Cancer Institute, 2018)

Cümle başında(Anlatısal Alıntı): Australian Government Productivity Commission and New Zealand Productivity Commission (2012), Canada Council for the Arts (2013), and National Cancer Institute (2018)

14-İnternet Kaynakları/ Internet Resources

Makalenizde web sitesinden yararlandıysanız metinde web sitesinin adını verin ve URL'yi parantez içine alın. Örneğin, anket oluşturmak için bir web sitesi kullandıysanız, metinde web sitesinden bahsedin. Anketimizi Qualtrics (<https://www.qualtrics.com>) kullanarak oluşturduk.

15- Sözlük

American Psychological Association. (n.d.). Positive transference. In APA dictionary of psychology. Retrieved August 31, 2019, from <https://dictionary.apa.org/positive- transference>

Cümle Sonunda (Parantez içine): (American Psychological Association, n.d.; Merriam-Webster, n.d.)

Cümle başında (Anlatısal Alıntı): Brown (2018) American Psychological Association (n.d.) and Merriam-Webster (n.d.)

TABLO 2. MAKALELER İÇİN SINIRLANDIRMALAR

Yayının Şekli	Kelime sayısı (ana Metin için)	Öz/Abstract Kelime sayısı	Referans Sayısı	Tablo sayısı	Şekil Sayısı
Araştırma Makalesi	4000	250 (Yapılandırılmış olacak)	50	6	5 ya da toplam10 resim/görsel
Sistemik Derleme	4000	250 (Yapılandırılmış olacak)	100	5	2 ya da toplam4 resim/görsel
Derleme	5000	250	50	6	10 ya da 15 resim/görsel
Olgu Sunumu	1200	200	15	Tablo olmayacak	4 ya da toplam 8 resim/görsel
Editöre Mektup	500	Öz olmayacak	5	Tablo Olmayacak	----
Geniletilmiş Özet		700-1000			

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

MAKALE YÜKLEME

MAKALEDE YÜKLENECEK DOSYALAR

1-ÖN YAZI

Ayrı bir ön/cover letter yazı gerekli ise sunulabilir.

2-BAŞLIK SAYFASI

Başlık sayfası aşağıdaki bilgileri içermelidir. Microsoft Word formatında sisteme yüklenmelidir.

Makalenin Başlığı	İlk harfleri büyük olacak şekilde Türkçe Başlık, İngilizce Başlık (En fazla 20 kelime) ve Türkçe ve İngilizce olacak şekilde kısa başlık (en fazla 50 karakter)(Türkçe ve İngilizce) yazılmalıdır
Makalenin Tipi	Makalenin tipi (araştırma makalesi/derleme makalesi) şeklinde yazılmalıdır.
Yazarlar	Makaledeki sırasıyla ünvan, ad soyadı, iş adresi/kurumu (üniversite ve fakülte bilgisinden sonra şehir ve ülke bilgisi de yer almalıdır), iletişim bilgileri (e-mail, mobil tel), ORCID numaraları eklenmelidir. <u>Sorumlu yazar belirtilmelidir.</u> Yazar isimleri belirtilirken 1. Yazar başlığı yazılarak yazarla ilgili tüm bilgiler altına yazılmalı daha sonra 2. Yazar ve diğer yazarlar sırasıyla belirtilmelidir. Makle sisteme yüklendikten sonra yazar sıralamında değişiklik yapılamayacağından dikkatli kontrol edilmelidir.
Daha önce yayımlanma durumu	Yazı daha önce bilimsel bir toplantıda sunuldu ise toplantı adı, yer ve tarihi belirtilerek açıklama getirilmelidir. Araştırma bilim uzmanlığı ya da doktora tezinden oluşmuş ise belirtilmeli ve Enstitüsü, Yılı, Yüksek Lisans veya Doktora tezi olduğu açıklanmalıdır.
İntihal Oranı	İntihal oranı belirtilmelidir.
Etik Kurul Onayı	Çalışmaya ait etik kurul onayı (Tarih/sayı/nere-den alındığı) ve çalışmanın yapıldığı klinik/alanla ilgili bilgi verilmelidir. Çalışmada kullanılan ölçek, fotoğraf vb. gibi belgeler için sahibinden izin alındığına ilişkin bilgi eklenmelidir.
Çıkar Çatışması	Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışmasının olmadığı beyan edilmelidir.
İstatistik Kontrolü	İstatistik kontrolünün yapıldığı belirtilmelidir.
İngilizce Dil Kontrolü	İngilizce dil kontrolünün (ingilizce makaleler için) yapıldığı belirtilmelidir.
Finansman	Çalışmayla ilgili finansal destek açıklaması yapılmalıdır. (finansal destek alınmasa bile eklenmelidir.)
Teşekkür	Çalışmada gerekli ise teşekkür eklenebilir.
Yazar Katkısı	Yazar katkıları aşağıdaki örnekte belirtildiği gibi yazar isimlerinin başharfleri kullanılarak doldurulmalıdır. 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

3-ANA METİN

Ana metin içerisinde makalenin Uzun ve kısa başlığı Türkçe ve İngilizce olarak yazılmalıdır. Tüm sayfalar sırayla numaralandırılmalıdır. Yazarların veya kurumların isimleri ve iletişim bilgileri metin boyunca hiçbir şekilde belirtilmemelidir. Ana metin çalışmanın türüne göre yazım kılavuzunda belirtilen başlıklar doğrultusunda hazırlanmalıdır. (Tablo 1, Tablo 2)

Araştırmalar için **Araştırmanın Etik Yönü** başlığı eklenerek (Etik kurul izni/ kurum izni-tarih ve numarası), bireylerden yazılı/sözlü onam alma, kullanılan ölçek sahiplerinden kullanıma dair izin alındığına dair bilgi) alt başlıklar şeklinde yazılmalıdır. Makalede araştırma ve yayın etiğine uyulduğu ifadesine yer verilmelidir. Microsoft Word formatında sisteme yüklenmelidir.

4-ETİK KURUL RAPORU

Etik Kurul izin belgesi ayrı bir dosya olarak pdf formatında sisteme yüklenmelidir.

5-**YAZAR KATKI FORMU, YAYIN HAKKI DEVİR FORMU ve ÇIKAR ÇATIŞMASI BEYANI (ICMJE Potansiyel Çıkar Çatışmaları Bildirim Formu)**

“KASHED Yazar Katkı Formu”, ve “Yayın Hakkı Devir Formu” makale yükleme sistemi üzerinde olup, eksiksiz ve ıslak imzalı olarak 2 ayrı dosya şeklinde ve pfd formatında sisteme yüklenmelidir.

ICMJE Potansiyel Çıkar Çatışmaları Bildirim Formu (<http://icmje.org/conflicts-of-interest/>) sistem üzerinden indirilerek her yazar tarafından ayrı ayrı doldurulmalı ve ıslak imza ile imzalanmalıdır.

6- BENZERLİK RAPORU

Dergimize benzerlik oranı en fazla %20 olan makaleler kabul edilir. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'ne gönderdiğiniz makalelerinizin benzerlik raporunu dergipark üzerinden (dergipark'ın intihal.net anlaşması kapsamında) alabilirsiniz.

Kadın Sağlığı Hemşireliği Değerlendirme Süreci

Dergiye gönderilen çalışmalar derginin amaç ve kapsamına uygunluğu belirlendikten sonra yazım kontrolü yapılır. Yazım kontrolü yapıp gerekirse eksikliklerin tamamlanmasından sonra editör hakem değerlendirme sürecini başlatır.

- 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 Editör en az iki hakeme değerlendirmesi için gönderir. Hakemlerden bir ret kararı gelirse 3. Hakeme gönderilir.
- Editör, gerek duyduğunda daha fazla hakeme yönlendirme yapabilmekte ve değerlendirme sürecinin son karar yetkisi editördedir.
- Hakemlerden gelen değerlendirmeler doğrultusunda sorumlu yazar gerekli düzeltme ve düzenlemeleri tamamlar. Bu süreçte yazar tarafından
 - 1-Makale dosyası üzerinde hakeme cevap yazılır ve gerekli düzeltmelerin ve notlar yazar tarafından belirtilir. (hakemin yorumu yazarın cevabı şeklinde) Word dosyası şeklinde sisteme yüklenir.
 - 2-**KASHED MAKALE REVİZYON FORMU** doldurularak sisteme (yayının adı ve kaçınıcı revizyon olduğu belirtilir) sisteme yüklenir.
- Çalışmanın yayınlanması için 2 hakemin kabul kararının olması gerekmektedir.
- Mizanpaj ve son okuma süreci tamamlanır.
- Makale, yayımlanmadan önce son düzeltme için e-posta ile veya sistem üzerinden iletişim yazarına gönderilir. Sadece yazımla ilgili hatalar olup olmadığı kontrol edilir. Son okuma 3 gün içerisinde yapılmazsa herhangi bir hata olmadığı kabul edilerek makale yayınlanır.
- 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 AĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ(KASHED)
JOURNAL OF WOMEN’S HEALTH NURSING (JOWHEN)

Makale Geri Çekme

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'ne gönderilen makalelerin yazarları geri çekme taleplerini “[Makale Geri Çekme Formu](#)”nu doldurup tüm yazarlar tarafından ıslak imzalı olarak sisteme yüklenmelidir. Makale geri çekme dergiparkta kabul kararı alınmasına kadar olan süre için geçerlidir. Geri çekme talebi yayın Kurulu tarafından incelenerek yazarlar bilgilendirilmektedir. Editör ve Yayın kurulu tarafından geri çekme isteği onaylanmadıkça yazar(lar) telif haklarını başvuru aşamasında KASHED’e devredilmiş çalışmalarını başka bir dergiye değerlendirme için gönderemezler. Geri çekme talebinde en geç 2 hafta içinde yazar dönüş sağlanır.

Düzeltilme, geri çekme veya endişe ifadesi ile ilgili olarak COPE ve ICJME yönergeleri dikkate alınır.

<u>KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ SON KONTROL LİSTESİ</u> (Makale yazım kurallarına göre yazıldıktan sonra doldurulmalıdır)		
Editöre Mektup Bölümü	Yapıldı	Yapılamadı ise nedeni?
1. Makalenin Adı belirtildi.		
2. Makalenin türü belirtildi.		
3. Sisteme yüklenen Editöre Mektup dosyasının adı “Editöre Mektup+makale adı” olacak şekilde kaydedildi.		
Kapak Sayfası		
1. Makalenin başlığı yazıldı		
2. Makalenin tipi belirtildi.		
3. Yazarlarbilgileri yazıldı		
4. Daha önce yayımlanma durumu belirtildi		
5. İntihal Oranı belirtildi		
6. Etik Kurul Onayı alındığı ve sisteme yüklenmiş olduğu belirtildi		
7. Çalışmada kullanılan ölçek, fotoğraf vb gibi araçlar için sahibinden izin alındığı belirtildi.		
8. Çıkar Çatışması olmadığı belirtildi.		
9. Finansman Çalışmayla ilgili finansal destek açıklaması yapıldı.		
10. Teşekkür varsa belirtildi		
11. İstatistik kontrolünün yapıldığı yazıldı.		
12. İngilizce dil kontrolünün (ingilizce makaleler için) yapıldığı yazıldı.		
13. Yazar katkısı yazım kurallarında belirtildiği gibi yapıldı.		
14. Sisteme yüklenen kapak sayfa dosyasının adı “Çalışmanın tam adı +kapak sayfası” olacak şekilde kaydedildi.		
Makale Ana Dosyası		
• Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı yazıldı.		
• Türkçe ve İngilizce özet yazım kurallarına göre yazıldı.		
• Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler belirtildi.(3-5 sözcük)		
• Makale Türkçe ise, İngilizce genişletilmiş özet (Extended Abstract) 700-1000 sözcük olarak yazıldı.		
• Makale ana metin bölümü; giriş, genel bilgi ve gerekçe, yöntem, bulgular, tartışma, sonuç ve önerileri içerecek şekilde yazıldı.		
• Makalenin ana metin bölümü, yazım kurallarına uygun kelime sayısı ile yazıldı.		
• Teşekkür belirtildi. (varsa belirtiniz)		
• Kaynaklar metin içinde kurallara uygun gösterildi ve kaynakça APA 7’ye uygun yazıldı.		
• Tablolar-Resimler ve Şekiller (başlık, tanım ve alt yazılarıyla) metin sonunda belirtildi.		
• Yüklenen tüm dosyaların kayıtlarında isim/tanımlayıcı bilgi bulunmamaktadır.		
• Sisteme yüklenen makale ana dosyasının adı “çalışmanın tam adı” olacak şekilde kaydedildi.		
Ekler		

• “Yayın Hakkı Devir Formu” ıslak imzalı, taranmış ve pdf formatında sisteme yüklendi.		
• “Yazar Katkı Formu” ıslak imzalı, taranmış ve pdf formatında sisteme yüklendi.		
• “ICMJE Potansiyel Çıkar Çatışmaları Bildirim Formu” ıslak imzalı, taranmış ve pdf formatında <u>her yazar için ayrı olarak</u> sisteme yüklendi.		
• İntihal raporu sisteme yüklendi.		
• Etik Kurul Raporu sisteme yüklendi.		

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

CİLT/VOLUME:11

SAYI/NUMBER:2

TEMMUZ/JULY

İÇİNDEKİLER/CONTENDS

Kapak Sayfası	I
Editörler Kurulu / Editorial Board Members	II
Danışma Kurulu /Advisory /Board	III
Dergi Hakkında/About the Journal	IV
Amaç-Kapsam/Purpose-Scope	V
Yayın Politikaları-Yazım Kılavuzu/Publishing Policies-Writing Rules	VI-XXV
İçindekiler/Content	XXVI
Editörden/ From the Editor	XXVII

Sayfa /Page

Sayfa /Page

Araştırma Makale /Research Article

The Feeling of Discomfort and Self- Esteem Experienced by Women in the Vaginal Examination during the Birth Process	22-30
<i>Kadınların Doğum Sürecinde Yapılan Vajinal Muayenede Yaşadıkları Rahatsızlık Hissi ve Benlik Saygısı</i>	
Semra YOLDAŞ, Keziban AMANAK	

Sağlık Bilimleri Alanında Üniversite Öğrencisi Genç Kızlara Verilen Üriner İnkontinans Eğitiminin Üriner İnkontinans Farkındalık ve Tutum Düzeylerine Etki	31-41
<i>The Effect of Urinary Incontinence Education on Urinary Incontinence Awareness and Attitude Levels of Young Female University Students in the Field of Health Sciences</i>	
Songül YANIK	

Derleme Makale/Review

Gebelikte Tiroit Fonksiyon Bozuklukları ve Beslenme	42-50
<i>Throid Dysfunction and Nutrition During Pregnancy</i>	
Saime ŞAKİ, Başak ÖNEY	

Mülteci Kadınlarda Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Sorunları ve Ebelik Yaklaşım	51-58
<i>Sexual Health/Reproductive Health Problems in Refugee Women and Midwifery Approach</i>	
Hediye KALIPCIOĞLU, Pelin PALAS KARACA, Hülya TÜRKMEN	

Kadın Sağlığı ve Dijital Dönüşüm: Dijital Sağlık Okuryazarlığı	59-68
<i>Women's Health And Digital Transformation: Digital Health Literacy</i>	
Tuğçe YASATEKİN	

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

CİLT/VOLUME:11

SAYI/NUMBER:2

TEMMUZ/JULY 2025

EDİTÖRDEN/FROM THE EDITOR

Değerli Meslektaşlarımız ve okuyucularımız,

2025 yılının ikinci sayısı olarak Kadın Sağlığı Hemşireliği Elektronik Dergisi (KASHED) Temmuz sayısı yine güncel ve niteliği yüksek bir içerikle oluşmuştur.

Bu sayımızda “The Feeling of Discomfort and Self- Esteem Experienced by Women in the Vaginal Examination during the Birth Process” ve “Sağlık Bilimleri Alanında Üniversite Öğrencisi Genç Kızlara Verilen Üriner İnkontinans Eğitiminin Üriner İnkontinans Farkındalık ve Tutum Düzeylerine Etkisi” başlıklı biri ingilizce yazılmış iki araştırma makalesi ile “Gebelikte Tiroit Fonksiyon Bozuklukları ve Beslenme”, “Mülteci Kadınlarda Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Sorunları ve Ebelik Yaklaşım” ve “Kadın Sağlığı ve Dijital Dönüşüm: Dijital Sağlık Okuryazarlığı” başlıklı bir derleme makaleleri yer almaktadır.

Kaliteli ve özgün çalışmalarınızı KASHED dergisine göndererek geniş okuyucu kitlesinin ilgisine sunan sizlerin ilgi ve desteği ile artık saygın indekslerce yer alan bir dergi olma hedefimize doğru ilerliyoruz. Dergi kurullarımızı zenginleştirip ve formatlarımızı daha da güncel hale getiriyoruz. Saygın Uluslararası dergilerin editör ve farklı görevlerdeki meslektaşlarımızın desteği, hakem akademisyenlerimizin dikkatli ve nesnel değerlendirmeleri, okurlarımızın yüksek ilgi ve atıfları ile her sayımızda daha da güçleniyoruz. Bilimsel çalışmalarımızla gerek kadın sağlığını gerekse bakım sunucuların uzman rollerini geliştireceğimize yürekten inanıyoruz.

Tüm katkılarınız için şimdiden teşekkür ediyoruz.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Nevin Şahin, Editör

Araştırma Makalesi/Research Article

The Feeling of Discomfort and Self- Esteem Experienced by Women in the Vaginal Examination during the Birth Process

Semra YOLDAŞ¹, Keziban AMANAK²

Kadınların Doğum Sürecinde Yapılan Vajinal Muayenede Yaşadıkları Rahatsızlık Hissi ve Benlik Saygısı

ABSTRACT

Aim: The research was conducted to evaluate the discomfort and self-esteem experienced by women during vaginal examination during birth.

Method: The study was conducted with 253 women in the maternity unit. Research data were collected using Personal and Obstetric Characteristics Form, Questionnaire for Vaginal Examination during Birth, Questionnaire for Feeling of Discomfort during Vaginal Examination at Birth, and Two-Dimensional Self-Esteem: Adaptation of the Self-Liking/SelfCompetence Scale.

Findings: It was observed that there was a statistically significant difference between women's privacy practices during vaginal examination, their pain/discomfort, the health professional who performed the practice, the number and location of vaginal examinations, the gender of the person performing the examination and the status of showing the necessary sensitivity and the mean scores of feeling discomfort. In addition, it was observed that there was a statistically significant difference between the mean scores of self-love and self-efficacy according to the income status of women, the status of thinking that sufficient information was given before vaginal examination, and the place of examination.

Conclusion: In the study, it was observed that the feeling of discomfort was affected by factors such as privacy, pain, the number and location of vaginal examination, the gender of the person performing the examination and the sensitivity shown, while self-esteem was affected by income status, the status of thinking that sufficient information was given before vaginal examination and the location of the examination. Midwives are recommended to care for women with a holistic approach during vaginal examination during the birth process.

Keywords: Childbirth, discomfort, self-esteem, vaginal examination

ÖZ

Amaç: Araştırma, kadınların doğum sürecinde yapılan vajinal muayenede yaşadıkları rahatsızlık hissi ve benlik saygısının değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma doğumhane biriminde 253 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri Kişisel ve Obstetrik Özellikler Formu, Doğum Sürecinde Yapılan Vajinal Muayenelere Yönelik Soru Formu, Doğumda Vajinal Muayene Sırasında Yaşanılan Rahatsızlık Hissi Sorgulama Formu ve İki Boyutlu Benlik Saygısı Ölçeği: Kendini Sevme/Özyeterlik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Kadınların vajinal muayene sırasında yapılan mahremiyeti sağlama uygulamaları, ağrı/rahatsızlık yaşama durumları, uygulamayı yapan sağlık profesyoneli, vajinal muayene sayısı ve yeri, muayeneyi yapan kişinin cinsiyeti ve gerekli hassasiyeti gösterme durumu ile rahatsızlık hissi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Ayrıca araştırmada kadınların gelir durumu, vajinal muayene öncesi yeterli bilgi verildiğini düşünme durumu, muayene yapılma yeri ile kendini sevmeye ve öz-yeterlilik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu görülmüştür.

Sonuç: Araştırmada rahatsızlık hissini mahremiyet, ağrı, vajinal muayene sayısı ve yeri, muayeneyi yapan kişinin cinsiyeti ve gösterilen hassasiyet gibi faktörlerin etkilediği benlik saygısını ise gelir durumu, vajinal muayene öncesi yeterli bilgi verildiğini düşünme durumu ve muayene yapılma yerinin etkilediği görülmüştür. Ebelerin doğum sürecinde yapılan vajinal muayenede kadınlara bütüncül yaklaşımla bakım vermeleri önerilir.

Anahtar kelimeler: Benlik saygısı, doğum, rahatsızlık hissi, vajinal muayene

¹Uzman Ebe, Battalgazi Devlet Hastanesi, Kayseri, Türkiye, e-mail: semra440044@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-4525-0279

²Corresponding author: Doç. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Aydın, Türkiye, e-mail: keziban.amanak@adu.edu.tr, ORCID ID: 0000-0001-8824-084X

Geliş tarihi: 04.12.2024 1. Revizyon: 24.03.2025 2. Revizyon: 02.05.2025 Kabul Tarihi: 19.07.2025 Online Yayın Tarihi:31.07.2025

Atıf/Citation: Yoldaş, S., Amanak, K. (2025). Kadınların doğum sürecinde yapılan vajinal muayenede yaşadıkları rahatsızlık hissi ve benlik saygısı. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 11(2),22-30.

The study was produced from Semra Yoldaş's master thesis titled The Feeling of Disease And Self-Respect Experienced by Women During the Vaginal Examination During the Delivery Process. (Aydın Adnan Menderes University)



This work is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International

GENİŞLETİLMİŞ ÖZET

Vajinal doğum, uterus büyümesinin son aşamasına ulaştığında ve bebek dış ortamda yaşamını sürdürebilecek duruma geldiğinde gerçekleşir. Miadında, baş ve pelvis uyumsuzluğu olmayan, vertex pozisyonunda, sağlıklı bir anne ve fetus ile tek ve canlı bir fetus ile vajinal doğumun kendiliğinden başlaması beklenir. Doğum eylemi sırasında vajinal muayene, sağlık profesyonelleri tarafından doğum eyleminin seyrini belirlemek için sıklıkla tercih edilen bir uygulamadır. Doğum eylemi sırasında vajinal muayene, rahim ağzının dilatasyonu ve efasını, amniyon sıvısının rengi ve kokusu, pelvik yapının doğuma uygunluğu, fetusün prezentasyonu ve pozisyonu gibi parametreleri değerlendirmenin yanı sıra doğum eylemindeki anormal yüksek riskli durumları erken dönemde tespit etmek amacıyla yapılır. Vajinal muayene, doğum sürecindeki ebelik uygulamaları açısından önemli bir uygulamadır. Dünya Sağlık Örgütü, yüksek risk grubundaki gebeler dışında, doğumun ilk evresinde ve membranların rüptüründen sonra en az 4 saatte bir aynı ebe tarafından vajinal muayene yapılmasını önermektedir. Ayrıca İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Bakım Enstitüsü de vajinal muayenenin doğum eylemi sırasında 2 ila 4 saatte bir yapılabileceğini belirtmektedir. Ancak uluslararası kuruluşların önerilerine rağmen ebelerin doğum sürecinde sıklıkla kayıt dışı vajinal muayene yaptıkları bildirilmektedir. Oysa vajinal muayeneler önceden belirlenmiş protokolleri takip etmek yerine, serviks ve fetus hakkında bilgiye ihtiyaç duyulduğunda kadının onayı alındıktan sonra yapılmalıdır. Bu durumda en uygun yaklaşım, sağlık çalışanlarının klinik değerlendirmelere ek olarak kadına duygusal destek ve doğru bilgilendirme sağlamasıdır. Bu nedenle bu çalışma, kadınların doğum sürecinde vajinal muayene sırasında yaşadıkları rahatsızlıkları ve benlik saygılarını incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma, Mayıs 2021 ve Aralık 2022 tarihleri arasında Türkiye'nin batısındaki bir devlet hastanesinin doğum ünitesinde 253 kadın ile analitik kesitsel olarak yürütülmüştür. Çalışmaya 37 hafta ve üzeri gebeliği olan, düşük riskli, 18-37 yaş aralığında, tek fetusü olan, hastanede aktif doğum eylemi gerçekleştiren ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden kadınlar dahil edilirken, yüksek riskli, prezentasyon-pozisyon anomalisi olan ve sezaryen ile doğum yapan kadınlar çalışma dışı bırakılmıştır. Araştırma verileri Kişisel ve Obstetrik Özellikler Formu, Doğum Sürecinde Yapılan Vajinal Muayenelere Yönelik Soru Formu, Doğumda Vajinal Muayene Sırasında Yaşanılan Rahatsızlık Hissi Sorgulama Formu ve İki Boyutlu Benlik Saygısı Ölçeği: Kendini Sevme/Özyeterlik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma değerleri kullanılmış,

ayrıca t testi ve ANOVA analizlerinden yararlanılmıştır. Vajinal muayene sırasında mahremiyet uygulamaları, ağrı/rahatsızlık, uygulamayı yapan sağlık çalışanı sayısı, yapılan vajinal muayene sayısı, muayeneyi yapan sağlık çalışanının cinsiyeti, muayene yeri tercihi ve muayeneyi yapan sağlık çalışanının gerekli hassasiyeti gösterdiğini düşünme durumunun kadınların rahatsızlık hissini etkilediği görülmüştür. Ayrıca çalışmada kadınların gelir durumunun, vajinal muayene öncesinde yeterli bilgi verildiğini düşünme durumunun ve muayene yerinin kendini sevmeye ve öz yeterlilik düzeylerini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

INTRODUCTION

Vaginal delivery occurs when the uterus has reached its final stage of growth and the baby is able to survive in the external environment. Vaginal birth is expected to start spontaneously with a single and live foetus at term, without head and pelvis incompatibility, in the vertex position and with a healthy mother and foetus (Taşkın, 2012). Vaginal examination during labour is a frequently preferred practice by health professionals to determine the course of labour (Dixon & Foureur, 2010). Vaginal examination during labour is performed to evaluate parameters such as dilatation and effacement of the cervix, colour and odour of the amniotic fluid, suitability of the pelvic structure for delivery, presentation and position of the fetus, and it is also performed to detect abnormal high-risk conditions in the early stages of labour (Esencan and Daştan, 2023; Maternity, 2012; Stewart, 2008). Vaginal examination is an important practice in terms of midwifery practices during the birth process (Özkan et al., 2016). The World Health Organisation (WHO) recommends that vaginal examination should be performed by the same midwife at least every 4 hours in the first stage of labour and after the rupture of the membranes, except for pregnant women in the high-risk group (WHO, 2003). In addition, the UK National Institute for Health and Clinical Excellence Care states that vaginal examination can be performed every 2 to 4 hours during labour (NICE, 2007). However, despite the recommendations of international organisations, it is reported that midwives often perform unrecorded vaginal examinations during labour (Downe et al., 2013; Stewart, 2008). However, vaginal examinations should be performed after obtaining the woman's consent when information about the cervix and foetus is needed, rather than using predetermined protocols (Mete et al., 2016). In this case, the most appropriate approach is to provide emotional support and accurate information to the woman, as well as clinical evaluations by health professionals providing care. Therefore, this study was conducted to examine the discomfort and self-esteem of women during vaginal examination during the birth process.

MATERIALS AND METHODS

The analytical cross-sectional study was conducted between May 2021 and December 2022 in the maternity unit of a state hospital in western Turkey. The sample calculation of the study was made using the sampling method with known population ($n=575$), 95% confidence interval ($\alpha=0.05$), $P=0.5$ and found to be 230 pregnant women. Considering possible losses, this number was determined as 253 and the study was completed with this sample number. Women with a pregnancy of 37 weeks or more, low risk, between the ages of 18-37, with a single foetus, who had active labour in the hospital and who voluntarily accepted to participate in the study were included in the study, while women with high risk, presentation-position anomalies and women who had a caesarean section were excluded from the study.

The research data were collected within the first 24 hours after delivery with the following forms.

Personal and Obstetric Characteristics Form; it is a form prepared by the researchers questioning the personal and obstetric characteristics of women (Lai & Levy, 2002; Swahnberg et al. 2011; Muliira et al. 2013).

Questionnaire for Vaginal Examinations During labour is a form prepared by researchers who questioned women's experiences and thoughts about the vaginal examinations (VE) performed during labour (Borders et al. 2012; Hassan et al. 2012'a, Hassan et al. 2012b).

Discomfort Experienced During Vaginal Examination in Childbirth Questionnaire Form is a form prepared by the researchers, in which the discomfort experienced by women during VE in childbirth is visually marked on the scale by scoring between 0 (no discomfort at all) and 10 (very uncomfortable) (Güneş & Karaçam, 2017).

Two Dimensional Self-Esteem Scale: Self-Love / Self-Efficacy Scale; The scale developed by Tafarodi and Swann (2001) to measure self-esteem consists of self-efficacy and self-love dimensions. These two sub-dimensions can have separate scores or a general self-esteem score can be found by adding the scores (Tafarodi & Swann, 2001). The adaptation studies of the scale in our country were conducted by Doğan (2011).

Number, percentage, mean, standard deviation values were used in the evaluation of the research data, and t test and ANOVA analyses were also used.

Written permission was obtained from the Aydın Adnan Menderes University Faculty of Health Sciences Non-Interventional Clinical Research Ethics

Committee (Date: 25.01.2023, Protocol no: 2021/027) and Izmir Provincial Health Directorate. The study was conducted in accordance with the ethical standards set out in the Declaration of Helsinki. In addition, the study was conducted on a voluntary basis and consent was obtained from the women to participate in the study.

FINDINGS

In the study, no statistically significant difference was found between women's age, education, employment and income status, place of residence, family type and social security status, number of pregnancies, children, abortions and curettage, gestational week, pregnancy planning status, regular prenatal check-ups and participation in prenatal preparation class and the mean score of discomfort ($p>0.05$).

Table 1. Comparison of mean scores of discomfort according to vaginal examination characteristics of women ($n=253$)

Characteristics	Number (%)	Mean $\pm$ SD	F/t	p
Assistance during the preparation phase before VE				
Yes	155 (61.3)	5.58 $\pm$ 2,37	0.104	0.901
No	31 (12.2)	5.45 $\pm$ 2,36		
Partially	67 (26.5)	5.45 $\pm$ 1,82		
Practices to ensure privacy in VE				
Curtain / screen closed	81 (32.0)	5.55 $\pm$ 2.50	0.652	0.039*
Door closed	157 (62.1)	5.99 $\pm$ 2.01		
Covered	15 (5.9)	4.21 $\pm$ 2.86		
Pain/discomfort during VE				
Yes	59 (23.3)	6.99 $\pm$ 2.78	1.505	0.024*
No	76 (30.1)	5.22 $\pm$ 2.41		
Partly	118 (46.6)	5.56 $\pm$ 2.46		
Number of health professionals applying VE				
By the same person	78 (30.8)	4.99 $\pm$ 2,78	0.741	0.036*
By two different people	19 (7.5)	5.74 $\pm$ 2,41		
By three different people	115 (46.5)	6.55 $\pm$ 2,34		
By four or more different people	41 (16.2)	7.01 $\pm$ 2,67		
Number of VE				
1-3	40 (15.8)	4,45 $\pm$ 1.34	1.652	0.032*
4-6	132 (52.2)	5,01 $\pm$ 2.78		
7-9	60 (23.7)	6,15 $\pm$ 2.69		
10 and above	21 (8.3)	7,22 $\pm$ 1.63		
Gender of the health professional administering VE				
Female	115 (45.4)	4.85 $\pm$ 1.16	1.365	0.045*
Male	3 (2.2)	7.89 $\pm$ 2.51		
Both of them	135 (53.4)	6.91 $\pm$ 2.74		
Availability of the option not to accept VE				
Yes	34 (13.4)	5.36 $\pm$ 2.15	0.365	0.378
No	219 (86.6)	5.15 $\pm$ 1.74		

In the study, no statistically significant difference was found between the mean score of discomfort and the status of women being assisted in the preparation phase before VE and being offered the option of not accepting VE ($p>0.05$). On the other hand, it was observed that there was a statistically significant difference between the practices to ensure privacy during VE, the status of experiencing pain/discomfort, the number of health professionals performing VE, the number of VEs, the gender of the health professional performing VE and the mean score of discomfort ($p<0.05$) (Table 1).

In the study, the mean discomfort score (4.89 ± 1.56) of the women who chose their own bed as the VE application site preference was found to be statistically significantly lower than the women who preferred the examination table (7.01 ± 2.78) ($p<0.05$). In addition, it was observed that there was a statistically significant difference between the state of thinking that the health professional applying VEs showed the necessary sensitivity and the mean score of discomfort ($p<0.05$) (Table 2).

Table 2. Comparison of the mean scores of discomfort according to women's thoughts about vaginal examination (n=253)

Characteristics	Number (%)	Mean $\pm$ SD	F/t	P
Thinking that sufficient information was given before VE				
Yes	192 (75.9)	6.21 $\pm$ 2.16	0.423	0.089
No	23 (9.1)	6.25 $\pm$ 2.16		
Partially	38 (15.0)	5.99 $\pm$ 1.46		
Information on examination results after VEs given status				
Yes	171 (67.6)	5.63 $\pm$ 1.62	0.852	0.532
No	16 (6.3)	5.57 $\pm$ 1.22		
Partially	66 (26.1)	5.81 $\pm$ 2.56		
VE application location preference				
Own bed	138 (54.5)	4.89 $\pm$ 1.56	0.145	0.001*
Examination table	114 (45.1)	7.01 $\pm$ 2.78		
The health professional who is asked to perform the VE application				
Doctor	98 (38.7)	5.23 $\pm$ 1.88	0.452	0.685
Midwife	155 (61.3)	5.41 $\pm$ 2.34		
Reason for asking the doctor to administer the VE**				
Because he is more knowledgeable and experienced.	171 (67.6)	5.23 $\pm$ 1.88	1.752	0.856
Because it is suitable for your education	158 (62.5)	5.41 $\pm$ 2.34		
Reason for wanting the midwife to administer the VE**				
Because she has experience.	138 (54.5)	5.25 $\pm$ 1.15	0.452	0.632
Since she's been following the birth from the beginning.	118 (46.6)	5.11 $\pm$ 2.36		
Because she's a woman.	219 (86.6)	5.65 $\pm$ 1.74		
Because it is suitable for your education	155 (61.3)	5.47 $\pm$ 1.98		
Health professional who is not asked to apply VE				
Doctor	3 (0.8)	5.78 $\pm$ 2.74	0.467	0.745
Nurse	16 (6.3)	5.64 $\pm$ 2.44		
Student	235 (92.9)	5.36 $\pm$ 1.72		
Health professional who is not asked to apply VE				
Feeling uncomfortable	165 (65.2)	5.36 $\pm$ 2.14	0.751	0.741
Being male	208 (82.2)	5.17 $\pm$ 2.61		
Reason for not wanting the nurse to administer the VE**				
Thinking that their education is not appropriate	115 (45.5)	5.89 $\pm$ 1.86	0.632	0.506
Don't think that your job is not to give birth	219 (86.6)	6.45 $\pm$ 2.15		
Reason for not wanting the student to implement the VE**				
Lack of experience	245 (96.8)	5.78 $\pm$ 2.15	0.954	0.554
Thinking that you can make mistakes	180 (71.1)	5.41 $\pm$ 2.36		
Thinking that their knowledge is insufficient	138 (54.5)	5.63 $\pm$ 2.45		
The health professional administering VE is required the state of thinking that you show sensitivity				
Yes	218 (86.2)	4.81 $\pm$ 2.35	0.682	0.032*
No	5 (2.0)	6.74 $\pm$ 2.13		
Partially	30 (11.8)	5.12 $\pm$ 2.41		

In the study, it was observed that there was no statistically significant difference between the mean scores of self-love and self-efficacy with women's age, education, employment status and family types ($p>0.05$); however, there was a statistical difference with their income status ($p<0.05$) (Table 3).

Table 3. Comparison of mean scores of self-love and self-efficacy scale according to socio-demographic characteristics of women (n=253)

Characteristics	Self-Love Mean $\pm$ SD	Self-Efficacy Mean $\pm$ SD
Old		
≤ 25	35.16 $\pm$ 2.17	25.32 $\pm$ 1.23
26-30	35.22 $\pm$ 2.32	25.41 $\pm$ 2.42
≥ 31	35.36 $\pm$ 2.78	25.63 $\pm$ 1.55
F	1.564	1.856
p	0.452	0.536
Education		
Primary school	35.25 $\pm$ 1.13	25.23 $\pm$ 3.45
Middle school	35.63 $\pm$ 2.25	25.36 $\pm$ 1.36
High school	35.45 $\pm$ 2.47	25.41 $\pm$ 2.14
University and above	35.41 $\pm$ 1.85	25.96 $\pm$ 1.28
F	1.639	1.745
p	0.216	0.452
Work		
Yes	35.36 $\pm$ 2.78	25.22 $\pm$ 1.74
No	35.47 $\pm$ 3.32	25.63 $\pm$ 1.16
t	1.756	1.852
p	0.457	0.365
Income		
Income less than expenditure	35.36 $\pm$ 3.52	25.01 $\pm$ 1.15
Income equals expenditure	35.65 $\pm$ 1.25	25.63 $\pm$ 2.36
Income more than expenditure	39.93 $\pm$ 2.36	28.63 $\pm$ 2.52
F	1.639	1.756
p	0.036*	0.055*
Place to live		
Village	35.96 $\pm$ 1.14	25.25 $\pm$ 4.15
Urban	35.25 $\pm$ 2.85	25.25 $\pm$ 2.85
t	1.369	1.753
p	0.452	0.523
Family type		
Nuklear	35.45 $\pm$ 1.42	25.99 $\pm$ 1.58
Extended	35.78 $\pm$ 3.12	25.65 $\pm$ 2.89
t	0.951	0.752
p	0.358	0.389
social security		
Yes	35.78 $\pm$ 2.89	25.69 $\pm$ 3.25
None	35.35 $\pm$ 3.25	25.47 $\pm$ 1.99
t	0.258	0.456
p	0.523	0.489

In the study, no statistically significant difference was found between the mean scores of women's pregnancy, number of living children, number of miscarriages and abortions, gestational week, planned pregnancy, regular prenatal check-ups, attending prenatal preparation class and self-love and self-efficacy ($p>0.05$) (Table 4).

Table 4. Comparison of mean self-love and self-efficacy scores of women according to obstetric characteristics (n=253)

Characteristics	Self-Love Mean $\pm$ SD	Self-Efficacy Mean $\pm$ SD
Total number of pregnancies		
1	35.23 $\pm$ 2.20	5.69 $\pm$ 2.04
2	35.32 $\pm$ 2.66	5.35 $\pm$ 3.36
3	35.41 $\pm$ 2.10	5.68 $\pm$ 2.45
4 and above	35.36 $\pm$ 2.63	5.96 $\pm$ 2.68
F	1.785	1.856
p	0.563	0.632
Number of living children		
None	35.52 $\pm$ 1.02	25.36 $\pm$ 2.96
1	35.62 $\pm$ 0.41	25.24 $\pm$ 1.14
2	35.41 $\pm$ 2.62	25.74 $\pm$ 3.44
3 and above	35.96 $\pm$ 1.41	25.15 $\pm$ 2.68
F	1.754	1.954
p	0.432	0.369
Number of miscarriages		
None	35.22 $\pm$ 1.96	25.15 $\pm$ 1.25
1	35.69 $\pm$ 2.52	25.68 $\pm$ 2.15
2 and above	35.44 $\pm$ 3.58	25.14 $\pm$ 2.35
F	2.452	1.963
p	0.365	0.452
Number of abortions		
None	35.36 $\pm$ 1.74	25.82 $\pm$ 2.14
1	35.48 $\pm$ 1.12	25.12 $\pm$ 2.35
t	1.853	1.746
p	0.496	0.356
Pregnancy week		
37-39	35.96 $\pm$ 1.25	25.85 $\pm$ 2.24
40-42	35.41 $\pm$ 3.03	25.63 $\pm$ 2.98
t	2.896	1.967
p	0.428	0.369
Planned pregnancy		
Yes	35.44 $\pm$ 1.14	25.85 $\pm$ 4.20
No	35.14 $\pm$ 2.36	25.35 $\pm$ 2.66
t	1.856	1.256
p	0.452	0.354
Regular antenatal check-ups		
Yes	35.36 $\pm$ 1.15	25.13 $\pm$ 2.27
No	35.99 $\pm$ 1.86	25.54 $\pm$ 2.85
t	2.856	2.785
p	0.285	0.321
Attending a prenatal preparation class		
Yes	35.31 $\pm$ 1.24	25.17 $\pm$ 2.11
No	35.14 $\pm$ 1.95	25.82 $\pm$ 2.74
t	1.758	1.954
p	0.423	0.452

In the study, there was no statistically significant difference ($p>0.05$) between the mean scores of self-love and self-efficacy according to the women's being helped in the preparation phase before VE, ensuring privacy, feeling pain/discomfort, the number and gender of health professionals performing VE, the number of VEs, and being offered the option of not accepting VEs (Table 5).

Table 5. Comparison of mean scores of self-love and self-efficacy scale according to VE characteristics of women (n=253)

Characteristics	Self-Love	Self-Efficacy
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD
Assistance during the preparation phase before VE		
Yes	35.56 $\pm$ 1.25	25.36 $\pm$ 1.34
No	35.63 $\pm$ 2.89	25.74 $\pm$ 2.78
Partially	35.78 $\pm$ 2.26	25.96 $\pm$ 1.85
F	1.458	1.536
p	0.213	0.452
Practices to ensure privacy in VE		
Curtain / screen closed	35.38 $\pm$ 1.96	25.47 $\pm$ 2.89
Door closed	35.25 $\pm$ 2.53	25.63 $\pm$ 2.37
Covered	35.63 $\pm$ 2.35	25.41 $\pm$ 1.75
F	1.289	1.364
p	0.345	0.369
Pain/discomfort during VE		
Yes	35.95 $\pm$ 1.75	25.85 $\pm$ 2.45
No	35.56 $\pm$ 1.85	25.34 $\pm$ 2.34
Partially	35.35 $\pm$ 2.36	25.71 $\pm$ 1.78
F	1.478	1.368
p	0.452	0.359
Number of health professionals applying VE		
By the same person	35.36 $\pm$ 1,86	25.83 $\pm$ 2.68
By two different people	35.74 $\pm$ 2,75	25.76 $\pm$ 2.89
By three different people	35.96 $\pm$ 2,32	25.38 $\pm$ 1.87
By four or more different people	37.56 $\pm$ 3,21	25.35 $\pm$ 2.77
F	1.742	1.368
p	0.319	0.299
Number of VE		
1-3	35.22 $\pm$ 2,52	25.28 $\pm$ 1.77
4-6	35.36 $\pm$ 2,94	25.58 $\pm$ 2.57
7-9	35.74 $\pm$ 3,35	25.73 $\pm$ 2.95
10 and above	35.96 $\pm$ 1,41	25.36 $\pm$ 1.89
F	1.654	1.357
p	0.281	0.287
Gender of the health professional administering VE		
Female	35.75 $\pm$ 1,15	25.38 $\pm$ 2.37
Male	35.65 $\pm$ 2,36	25.01 $\pm$ 2.74
Both of them	35.35 $\pm$ 2,14	25.51 $\pm$ 1.36
F	1.956	1.754
p	0.212	0.245
Availability of the option not to accept VE		
Yes	35.74 $\pm$ 2,22	25.21 $\pm$ 1.23
No	35,36 $\pm$ 1,77	25.37 $\pm$ 2.27
t	1.236	1.245
p	0.236	0.269

Table 6. Comparison of the mean scores of the Self-Love and Self-Efficacy Scale according to women's thoughts about vaginal examination (VE) (n=253)

Characteristics	Self-Love	Self-Efficacy
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD
Thinking that sufficient information was given before VE		
Yes	38.39 $\pm$ 1.74	28.21 $\pm$ 2.11
No	35.13 $\pm$ 2.36	25.32 $\pm$ 1.14
Partially	35.21 $\pm$ 1.25	25.54 $\pm$ 2.35
F	2.147	1.999
p	0.014*	0.021*
Information on examination results after VEs given status		
Yes	35.36 $\pm$ 1.64	25.45 $\pm$ 1.13
No	35.41 $\pm$ 1.25	25.67 $\pm$ 1.17
Partially	35.57 $\pm$ 2.62	25.21 $\pm$ 2.81
F	1.587	1.698
p	0.113	0.214
VE application location preference		
Own bed	36.98 $\pm$ 1.43	26.69 $\pm$ 2.23
Examination table	35.06 $\pm$ 2.12	25.17 $\pm$ 1.12
t	1.854	1.964
p	0.032*	0.021*
The health professional who is asked to perform the VE application		
Doctor	35.37 $\pm$ 1.95	25.14 $\pm$ 1.35
Midwife	35.44 $\pm$ 2.12	25.75 $\pm$ 2.95
t	2.135	2.856
p	0.365	0.254
Reason for asking the doctor to administer the VE**		
Because he is more knowledgeable and experienced.	35.84 $\pm$ 1.25	25.36 $\pm$ 1.74
Because it is suitable for your education	35.25 $\pm$ 2.11	25.14 $\pm$ 2.38
t	1.785	1.367
p	0.412	0.325
Reason for wanting the midwife to administer the VE**		
Because she has experience.	35.36 $\pm$ 1.36	25.36 $\pm$ 2.34
Since she's been following the birth from the beginning.	35.75 $\pm$ 1.86	25.24 $\pm$ 2.12
Because she's a woman.	35.25 $\pm$ 1.71	25.75 $\pm$ 1.07
Because it is suitable for your education	35.15 $\pm$ 1.36	25.14 $\pm$ 2.81
F	2.745	2.364
p	0.585	0.458
Health professional who is not asked to apply VE		
Doctor	35.06 $\pm$ 1.25	25.47 $\pm$ 1.87
Nurse	35.12 $\pm$ 2.17	25.23 $\pm$ 1.14
Student	35.09 $\pm$ 1.89	25.07 $\pm$ 2.07
F	2.698	2.745
p	0.452	0.321

In the study, it was found that there was a statistically significant difference between the mean scores of women's self-love and self-efficacy and the place of VE application ($p < 0.05$). In addition, in the study, it was observed that there was no statistically significant difference between the mean scores of self-love and self-efficacy with the status of women being informed about the examination results after

VEs, the preference of the health professional they wanted to perform VE, the reasons for wanting the doctor and midwife to perform VE, the preference of the health professional they did not want to perform VE ($p>0.05$) (Table 6).

DISCUSSION

In our study, it was determined that more than half of the women expressed the option of closing the door among the practices to ensure privacy during VE, and it was observed that practices to ensure privacy during VE affected women's feeling of discomfort. In a study, women stated that privacy should be given importance in order to feel comfortable during vaginal examination (Güneş & Karaçam, 2017). In addition, another study showed that women's vaginal examination experiences varied depending on the privacy factor (Tandoğan et al., 2024). These results are important in showing that practices to ensure privacy during VE are important.

In our study, it was determined that approximately half of the women experienced partial pain/discomfort during VE, and it was observed that the feeling of pain/discomfort during VE affected the feeling of discomfort. In the study of Güneş and Karaçam (2017), it was reported that the majority of women (26.3%) felt discomfort during vaginal examination. (2011), it was reported that the majority of women (83.0%) felt discomfort during vaginal examination and some (18.0%) felt extreme discomfort. In their study, Erkek and Özer (2020) reported that 88.4% of women experienced discomfort during vaginal examination and the reason for women's discomfort was that vaginal examination was a 'stressful' practice (40.5%). In addition, in a study conducted by Hassan et al. (2012), it was reported that 81.0% of women felt pain, 68.0% felt discomfort, 5.0% felt embarrassment and 5.0% felt like they were going to die during vaginal examination. Similarly, Erbil et al. (2008) reported that women experienced moderate anxiety, 62.5% embarrassment, 38.8% distress, 37.9% fear and 21.7% pain before gynaecological examination. According to these findings, it can be said that vaginal examination is a stressful event and women feel discomfort during vaginal examination.

Approximately half of the women who participated in our study stated that their VE was performed by three different people. It was determined that there was a statistically significant difference between the number of health professionals performing VE and the mean score of discomfort. In a study, almost all of the women who gave birth stated that they wanted to be alone, in a single room, in a single room, that the person performing VE was a woman and that they wanted to be VE by a doctor (Erkek and Özer 2020).

These results can be said that VE is an intimate practice and women feel uncomfortable because different people are performing this examination.

It was found that half of the women participating in our study were performed 4-6 times, and it was observed that the number of VEs affected the feeling of discomfort. In a study, it was stated that vaginal examination is a necessary practice to monitor women's health, to detect risky situations early and to treat diseases (Güneş and Karaçam 2017), on the other hand, in another study, it was stated that continuous vaginal examination and lack of care during the examination caused women to experience pain and discomfort, anxiety, negative emotions such as fear, shame, guilt, powerlessness, and decreased satisfaction with childbirth (Downe et al. 2013). In addition, in the study of Erkek and Özer (2020), women stated that vaginal examination was important (61.2%), it was performed to evaluate cervical patency (46.9%) and it should be performed when necessary (75.2%). These results are important in terms of emphasising that VE in labour should be performed when necessary and unnecessary applications should be avoided.

In our study, it was observed that more than half of the women were examined by both male and female health professionals. However, in our study, it was observed that the gender of the health professional performing vaginal examination affected the feeling of discomfort. Namely; in our study, it was found that the mean discomfort score of women who answered male to the gender of the health professional performing vaginal examination was the highest. In previous studies, it has been found that the health professionals performing the examination are mostly women and women prefer both sexes to be examined (Hilden et al. 2003, Swahnberg et al. 2011, Erkek and Özer 2020). In another study, women stated that they would be more uncomfortable if the gender of the health personnel performing the vaginal examination was male (78.3%) (Tan et al., 2022). This can be explained by the fact that women feel more comfortable during vaginal examination, do not feel embarrassed, and that having the same physical characteristics as women creates a relaxing effect on women.

According to our study, it is seen that women who are examined in their own bed feel less discomfort. In the study of Güneş and Karaçam (2017), it was observed that women did not want to be examined on the gynaecology table. Therefore, the woman's own bed may be a good option for VE.

In our study, it is seen that the state of thinking that the health professional applying VEs shows the necessary sensitivity affects the feeling of discomfort. Studies

have shown that women often have a positive communication with healthcare professionals performing gynaecological examination (Güneş and Karaçam 2017, Swahnberg et al. 2011). In the study of Erkek and Özer (2020), women stated that the health personnel performing VE should be more gentle, be slower, explain more and provide psychological support. In the study of Demir and Yeşiltepe Oksay (2014), it is seen that women have similar expectations from health professionals. As it is understood from the previous studies and the results of the current study, the expectations towards healthcare professionals are mostly in the direction of positive communication and body language of the employees.

In our study, it was observed that self-esteem increased as the income status of women increased. This may be explained by the fact that one of the many factors affecting the development of self-esteem is the socioeconomic status of the person (Sayan et al., 2001).

In our study, it was found that providing sufficient information before VE positively affected self-esteem. Similarly, in the study of Güneş and Karaçam (2017), it was reported that women have expectations that health professionals who perform the examination should provide information about the examination in order to reduce their negative feelings during vaginal examination.

In our study, it is seen that performing the VE in their own bed positively affects women's self-esteem. In the study of Güneş and Karaçam (2017), it was reported that women did not want the examination to be performed on the gynaecology table in order to feel more comfortable during VE. These results are important in terms of showing that the woman's own bed is a suitable place for VE.

CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

It was observed that the privacy practices performed during vaginal examination, the status of experiencing pain/discomfort, the number of health professionals performing the practice, the number of vaginal examinations performed, the gender of the health professional performing the examination, the preference of the place of examination, and the status of thinking that the health professional performing the examination showed the necessary sensitivity affected women's feeling of discomfort. It was concluded that the income status of women, the status of thinking that sufficient information was given before vaginal examination, and the place of examination affected the levels of self-love and self-efficacy. Based on the

results of the research, midwives provide care to women with a holistic approach in vaginal examination during the birth process can be recommended. In addition the cause and effect relationship could not be fully established in the study and it is recommended that longitudinal or experimental designs be conducted in the future. At the same time, it is thought and suggested that conducting studies on vaginal examination during the birth process with larger samples, in groups with different cultural and demographic characteristics or in different types of hospitals, and examining women's in-depth experiences through qualitative interviews or mixed-method studies in addition to quantitative studies will make additional contributions to the literature.

Ethics Committee Approval:

Written permission was obtained from the Aydın Adnan Menderes University Faculty of Health Sciences Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee (Date: 25.01.2023, Protocol no: 2021/027) and Izmir Provincial Health Directorate.

Hakem/Peer-review: External referee evaluation.

Author Contributions:

Idea/Concept: SY, KA; Design: SY, KA; Supervision/Counseling: KA; Data Collection and/or Processing: SY; Analysis and/or Interpretation: SY, KA; Literature Review: SY, KA; Writing: SY, KA; Critical Review: SY, KA; Funding acquisition: SY, KA

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

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

KAYNAKLAR

- Borders, N., Lawton, R., & Mart'in, S. R. (2012). A clinical audit of the number of vaginal examinations in labor: A novel idea, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(2), 139-144. doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00128.x
- Demir, S., & Yeşiltepe Oksay, Ü. (2014). Jinekolojik muayene olan kadınların yaşadığı deneyimler ve sağlık profesyonellerinden beklentileri. *KASHED*, 1(1), 68-79.
- Dixon, L., & Foureur, M. (2010). The vaginal examination during labour. Is it of benefit or harm? *New Zealand College of Midwives Journal* 42, 21-26.
- Doğan, T. (2011). İki boyutlu benlik saygısı: kendini sevmeye/öz-yeterlik ölçeği'nin türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması, *Eğitim ve Bilim*, 126-137.
- Downe, S., Gyte, GM., Dahlen, HG., & Singata, M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 15(7), 1-36. Doi: 10.1002 / 14651858.CD010088
- Erbil, N., Şenkul, A., Sağlam, Y., & Ergül, N. (2008). Jinekolojik muayene öncesinde Türk kadınların anksiyete seviyeleri ve muayeneye ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-13.
- Erkek, Z., & Özer, S. (2020). Doğum Sürecinde Yapılan Vajinal Muayeneye İlişkin Annelerin Görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1), 9-16. doi: 10.17049/ataunihem.457236
- Esencan, T. Y., & Daştan, K. (2023). Doğum Eylemine Yönelik Girişimlerde Ebelerin Rolü. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 126-135.
- Güneş, G., & Karaçam, Z. (2018). Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Vajinal Muayene Deneyimleri Nitel Bir Araştırma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(2), 87-95.
- Hilden, M., Sidenius, K., Langhoff-Roos, J., Wijma, B., & Schei, B. (2003). Kadınların jinekolojik muayene deneyimleri: rahatsızlık ile ilişkili faktörler. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(11), 1030-6. doi: 10.1034/j.1600-0412.2003.00253.x.
- Maternity, Q. (2012). Queensland maternity and neonatal clinical guideline: normal birth. Available from: https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0014/142007/gnormalbirth.pdf adresinden erişildi.
- Mete, S. (2016). Doğum süreci el kitabı hemşire, ebe ve hekimler için distosiyi önleme ve tedavide erken müdahaleler. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi
- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]. (2007). Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth adresinden erişildi.
- Özkan, B. Çeber-Tufan, E. & Yaşaroğlu-Toksoy, S. (2016). Ebelik Uygulama Standartları. Ankara: Vize Yayıncılık.
- Sayan, A., Tan, M., Uğurlu, N., & Çevirme, H. (2001). Üç Farklı Sosyoekonomik Düzeydeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Olumlu Sağlık Davranışları, Olumlu Kendilik Algısı İlişkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2).
- Stewart, M. (2008). Midwives' discourses on vaginal examination in labour. Doctoral dissertation, University of the West of England, Bristol.
- Swahnberg, K., Wijma, B., & Siwe, K. (2011). Strong discomfort during vaginal examination: why consider a history of abuse. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 157(2), 200-205. doi: 10.1016 / j.ejogrb.2011.02.025
- Swann, W.B., & Tafari, R.W. (2001). Two dimensional self-esteem: Theory and measurement. *Personality and Individual Differences*, 31(5), 653-673. doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00169-0
- Tan, T., Çaltekin, S. G., & Başkaya, Y. H. (2022). Kadınların doğum sürecinde vajinal muayene ve elektronik fetal monitorizasyona yönelik deneyimleri. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 5(3), 289-300.
- Tandoğan, Ö., Kaya, T., & Şahin, N. H. (2024). Doğum Eyleminde Kadınların Vajinal Muayene Deneyimleri. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 24-37.
- Taner, A. E. (2019). Beliren yetişkinlerin kendini sevmeye ile öz-yeterlik özelliklerinin çocukluk deneyimleri ve bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul*.
- Vural, G. (2012). Doğum eylemi. İçinde L. Taşkın (Ed.), *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği* (12. baskı, ss. 349-398). Akademisyen Kitabevi.
- Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ]. (2003). Üreme Sağlığı ve Araştırma Departmanı. Aile ve Toplum Sağlığı Gebelik ve Doğumun Entegre Yönetimi Gebelik ve Doğumda Komplikasyonların Yönetimi: Ebeler ve doktorlar için bir kılavuz, Geneva

Araştırma Makalesi/Research Article

Sağlık Bilimleri Alanında Üniversite Öğrencisi Genç Kızlara Verilen Üriner İnkontinans Eğitiminin Üriner İnkontinans Farkındalık ve Tutum Düzeylerine Etkisi

Songül YANIK¹

The Effect of Urinary Incontinence Education on Urinary Incontinence Awareness and Attitude Levels of Young Female University Students in the Field of Health Sciences

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, sağlık bilimleri alanında öğrenim gören üniversite öğrencisi genç kızlara verilen üriner inkontinans eğitiminin üriner inkontinans farkındalık ve tutum düzeylerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Ön test-son test yarı deneysel araştırma tasarımında olan bu araştırmanın örneklemini bir üniversitesinin sağlık bilimleri alanında 1. sınıfta öğrenim gören 184 kız öğrenci oluşturmuştur. Üriner inkontinans eğitimleri, 2023-2024 bahar dönemi yapılmıştır. Veriler “Kişisel Bilgi Formu” ve “İdrar İnkontinans Farkındalık ve Tutum Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 26.0 istatistik paket programı yardımıyla değerlendirilmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması 19,89± 2,09 yılıdır. Ayrıca, öğrencilerin %12,5’inin idrar kaçırma durumu yaşadığı saptanmıştır. Sağlık bilimleri alanında üniversite öğrencisi genç kızlara üriner inkontinans ile ilgili verilen eğitimin öncesi ve sonrasında üriner inkontinans farkındalık ve tutum düzeyleri karşılaştırılması yapılmıştır. Buna göre eğitim öncesi ve sonrası “Sağlık Sorununu Engelleyen Faktörler” alanında üriner inkontinansı sağlık sorunu olarak kabul etme farkındalık ve tutum düzeylerinde artış olduğu, “Sağlık Motivasyonu”, “İnkontinans ile Baş Etme” alanlarında sağlık motivasyonlarının ve üriner inkontinansla baş etmelerinin daha da iyileştiği, “Kısıtlama” alanında ise idrar kaçırmadan kaynaklı kısıtlama duygusunu daha da iyi yönetebileceği saptanmıştır.

Sonuç: Sağlık bilimleri alanında üniversite öğrencisi genç kızlara üriner inkontinans ile ilgili verilen eğitimin farkındalık ve tutum düzeylerini artırmada etkili olduğu belirlenmiştir. Özellikle genç kızlar olmak üzere kadınlara üriner inkontinans farkındalık ve tutum düzeylerini artıracak ürojenekolojik eğitimler verilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Farkındalık, kız üniversite öğrencisi, sağlık bilimleri, tutum, üriner inkontinans

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to evaluate the effect of urinary incontinence education given to university student girls in the field of health sciences on their awareness and attitude levels regarding urinary incontinence.

Method: The sample of this pre-test-post-test quasi-experimental research design study consisted of 184 female students studying in the first year of a university in the field of Health Sciences. Urinary incontinence trainings were held in the spring semester of 2023-2024. Data were collected by using ‘Personal Information Form’ and ‘Urinary Incontinence Awareness and Attitude Scale’ The data obtained were evaluated with the help of SPSS 26.0 statistical package programme.

Results: The mean age of the students was 19.89± 2.09 years. In addition, it was found that 12.5% of the students experienced urinary incontinence. A comparison of urinary incontinence awareness and attitude levels before and after the education about urinary incontinence given to young girls who are university students in the field of health sciences was made. Accordingly, it was determined that there was an increase in the awareness and attitude levels of accepting urinary incontinence as a health problem in the field of “Factors Preventing Health Problem” before and after the training, their health motivation and coping with urinary incontinence improved in the fields of “Health Motivation” and “Coping with Incontinence”, and in the field of “Restraint”, they could better manage the feeling of restriction due to urinary incontinence.

Conclusion: It was determined that the education given to university student young girls about urinary incontinence was effective in increasing their awareness levels. It is recommended that urogynecologic trainings be given to women, especially young girls, to increase their awareness and attitudes towards urinary incontinence.

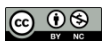
Keywords: Attitude, awareness, female university student, health sciences, urinary incontinence

¹**Corresponding author:** Doktora Öğrencisi, İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul Türkiye, e-mail: songulyanik@gmail.com ORCID ID: 0000-0003-2804-2379

Geliş tarihi: 31.12.2024 **1. Revizyon:** 28.04.2025 **Kabul Tarihi:** 27.06.2025 **Online Yayın Tarihi:** 31.07.2025

Atıf/Citation: Yanık, S. (2025). Sağlık bilimleri alanında üniversite öğrencisi genç kızlara verilen üriner inkontinans eğitiminin üriner inkontinans farkındalık ve tutum düzeylerine etkisi. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 11(2), 31-41.

Bu çalışma 01-03 Mayıs 2025’te yapılan III. Uluslararası ve IV. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi’nde sunulmuştur.



This work is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International

EXTENDED ABSTRACT

Objective: Urinary incontinence (UI), defined as the involuntary leakage of urine that creates social and hygienic difficulties, is a significant health concern affecting young adults as well as older populations. International and national literature indicates that its prevalence among young female university students ranges from 10% to 29%, highlighting the significance of the condition in younger age groups. The impact of this health problem on young women is often deepened by a lack of diagnosis and treatment. Various psychosocial barriers lie behind young individuals' reluctance to seek medical help for UI, including embarrassment, not perceiving the issue as a health problem, the false belief that the condition will resolve on its own, or a lack of information about treatment options. The fact that a significant portion of risk factors are preventable makes educational interventions—especially on topics like the role of pelvic floor muscles and lifestyle habits—critically important. In this context, providing education to health sciences students, who are future healthcare professionals, is of strategic importance due to their potential to both shape their own health behaviors and provide counseling to the community in the future. Accordingly, this study aimed to evaluate the effect of a structured urogynecological education program on the urinary incontinence awareness and attitude levels of young female university students in the field of health sciences.

Method: The research was conducted as a quasi-experimental study with a pretest-posttest design to measure the impact of the intervention. The study population consisted of first-year female students at the Faculty of Health Sciences of a foundation university in Istanbul during the spring semester of the 2023-2024 academic year. No sampling method was used; the goal was to reach the entire population, and the final sample was composed of 184 students who voluntarily agreed to participate and fully completed both the pre-test and post-test. For data collection, a 20-item "Personal Information Form" inquiring about socio-demographic characteristics, health habits, and incontinence experiences, and the validated "Urinary Incontinence Awareness and Attitude Scale (URINAS)" were used. The URINAS is a 26-item, five-point Likert-type scale consisting of five sub-dimensions: "Factors Preventing Acceptance as a Health Problem," "Health Motivation," "Coping with Urinary Incontinence," "Restraint," and "Fear of Incontinence." The intervention phase of the study involved a two-hour urogynecological training program delivered by the researchers using presentations and interactive methods. This training covered topics such as the anatomy and physiology of the female urogenital system, UI and its risk factors, prevention strategies, and coping methods. Data were

collected via online forms before the training and three days after its completion. The collected data were analyzed using SPSS 26.0. As the data did not conform to a normal distribution (Shapiro-Wilk test, $p < 0.001$), the non-parametric Wilcoxon signed-rank test was used to compare pre-test and post-test scores. A p -value of < 0.05 was considered statistically significant.

Results: The mean age of the study participants was 19.89 ± 2.09 years, and 12.5% of the students reported actively experiencing urinary incontinence. This prevalence rate is consistent with findings from similar studies in Turkey. The analyses performed to evaluate the effectiveness of the educational intervention revealed statistically significant changes in four of the URINAS scale's sub-dimensions. The mean score for the "Factors Preventing Acceptance as a Health Problem" sub-dimension increased from 32.5 ± 6.6 pre-training to 33.5 ± 6.3 post-training ($p = 0.023$). This increase indicates that the education positively influenced the students' awareness and attitude toward perceiving UI as a medical issue rather than a normal condition. Conversely, significant decreases were observed in the other three sub-dimensions, where lower scores reflect a more positive attitude according to the scale's methodology. The mean score for the "Health Motivation" sub-dimension decreased from 8.5 ± 4.0 to 7.8 ± 4.3 ($p = 0.004$), the "Coping with Urinary Incontinence" sub-dimension from 18.8 ± 7.3 to 16.6 ± 6.6 ($p < 0.001$), and the "Restraint" sub-dimension from 12.5 ± 3.4 to 11.9 ± 3.6 ($p = 0.023$). These decreases suggest that after the training, students' motivation to protect and improve their health increased, their skills for coping with UI improved, and their perceptions of potential restrictions caused by the condition weakened. On the other hand, no statistically significant difference was found in the scores for the "Fear of Incontinence" sub-dimension between the pre-test and post-test ($p = 0.069$).

Conclusion: The results of this study clearly demonstrate that structured urogynecological education for young women has a positive impact on their awareness and attitudes regarding urinary incontinence. The increased acceptance of UI as a health problem among participants post-training is considered a significant gain in the first and most crucial step of seeking help: problem recognition. Similarly, the improvements in their health motivation and coping skills suggest that the education not only transferred knowledge but also empowered participants to develop proactive health behaviors and adopt effective management strategies. These findings are consistent with the results of other intervention studies in the literature, which have reported that education is effective in increasing awareness and knowledge in different populations (dancers, premenopausal women, the elderly). The main

limitation of the study is that it was conducted with students from a specific faculty at a single university; therefore, the results cannot be generalized to broader populations. In conclusion, this study proves that urinary incontinence is a health problem that should not be overlooked among young women and that even short-term, targeted educational programs can be a powerful tool in positively shaping awareness and attitudes. Accordingly, it is strongly recommended that urogynecological health education be integrated into school curricula and public health programs, and that nurses and midwives give greater attention to these topics within the scope of preventive health services for young women.

GİRİŞ

Üriner inkontinans (Üİ) sosyal ve hijyenik sorunlara neden olan istemsiz idrar kaçırmadır (Sivaslıoğlu, 2020; Ural ve ark., 2020; Lamerton et al., 2020). Üriner inkontinansın gelişmesinde yaş, cinsiyet, gebelik, doğum, menopoz, obezite ve sosyal alışkanlıklar ve benzeri çeşitli faktörler etkili olmaktadır (Swanton and Gormley, 2020; Öz Yıldırım ve ark., 2020).

Ü.İ, çocukluktan başlayarak her yaştan bireyi etkilemekle birlikte genç yaşlarda da önemli oranlarda görülebilmektedir (Koçak, 2015; Živković et al., 2022). Avusturalya'da, 2017 yılında 22 ile 27 yaşlarında 8457 genç kadın ile yapılan çalışmada, 986 (%11.7) genç kadın üriner inkontinans yaşadığını bildirmiştir (Lamerton et al., 2020). 18-30 yaşları arasında 159 kadın tıp öğrencisinin katıldığı bir çalışmada, 32 (%20.1) üniversiteli genç kadının istemsiz idrar kaçırdığı saptanmıştır (Van Breda et al., 2015). Birmingham'daki Alabama Üniversitesi'ne kayıtlı 19-30 yaş arası 1092 ergen ve genç kadın ile yapılan çalışmada, 113 (%10.3) ergen ve genç kadının üriner inkontinans sorunu yaşadığı tespit edilmiştir (Parden et al., 2016).

Ülkemizde, Öz Yıldırım ve arkadaşları tarafından (2020) yılında, 17-30 yaşları arasında 646 öğrenci ile yapılan çalışmada, öğrencilerin %28.8'inin idrar kaçırmayı deneyimledikleri saptanmıştır (Öz Yıldırım ve ark., 2020). Üniversite öğrencilerinde üriner inkontinans prevalansı ile yaşam kalitesinin araştırıldığı, yaş ortalaması 20-21 olan 487 öğrenci ile yapılan kesitsel bir çalışmada, öğrencilerin %17.5'inin inkontinans yaşadığı saptanmıştır (Çetin ve Kırca, 2022). Nullipar kadın üniversite öğrencilerinde idrar kaçırmaya prevalansı ve ilişkili risk faktörlerini belirlemek için 18-28 yaşları arasında 1.397 kadın üniversite öğrencisi ile yapılan kesitsel bir diğer çalışmada, üniversiteli kadın öğrencilerde üriner inkontinans prevalansı %18.4 olarak tespit edilmiş olup üriner inkontinansın kadın üniversite

öğrencilerinde yaygın bir durum olduğu sonucuna varılmıştır (Ural ve ark., 2021).

Üriner inkontinansın önlenmesi ve zamanında teşhis edilmesi özellikle genç yaşta çok önemlidir (Ural ve ark., 2020). 20'li genç yaşlarda hafif üriner inkontinansın şimdi ve gelecekte daha ciddi ek hastalıklarla ilişkisi olması muhtemeldir (Lamerton et al., 2020). Ü.İ, genç kızlarda genellikle teşhis edilmeyen ve yetersiz tedavi edilen bir durumdur (Ural ve ark., 2021). Bu yaş grubunun çok azı tıbbi yardım istemekte çoğu yardım isteme konusunda utanç gibi duygusal zorluklar yaşamaktadır (Van Breda et al., 2015; Ural ve ark., 2021). Üriner inkontinansın kendiliğinden çözülmesi umudu, şikayetini paylaşmak istememesi, bir klinisyen tarafından muayene edilmenin utanıcı, idrar kaçırmının normal bir şey olduğu inancı ve tedavi konusunda farkındalık eksiklikleri onların profesyonel bakım arama olasılığını azaltmaktadır (Ural ve ark., 2021; Avcı, Öz Yıldırım, Eren, 2022). Luo ve arkadaşlarının 2016 yılında Çin'de yaptığı bir çalışmada, lisans hemşirelik bölümü öğrencilerinin üriner inkontinans ile ilgili yetersiz bilgi sahibi oldukları, tutumlarının ise genellikle olumlu olduğu sonucu ortaya konulmuştur. Bilgi ve farkındalığı geliştirmek için genç kızlarda önleyici tedbirlerin alınması önemlidir (Ural ve ark., 2021). Bu kapsamda, hemşirelere, üriner inkontinans ile ilgili toplumun bilgi ve farkındalık düzeylerinin artırılmasında önemli görevler düşmektedir (Luo et al., 2016; Öz ve Altay, 2017). Üİ, azaltılmasında eğitim önemli bir rol oynamaktadır (Dickinson and Briscoe, 2017). Üriner inkontinansla ilgili risk faktörlerinin önlenabilir olması nedeniyle genç kızlara eğitim ve danışmanlık verilmelidir (Sucuoglu, 2014).

İnkontinans mekanizması, mesane, üretra, pelvik taban kasları ve destekleyici ligamentlerin koordinasyonunu gerektirir. Aynı zamanda, yaşam tarzı değişiklikleriyle de en aza indirgenebilen nörolojik bir değişimdir (Lamerton et al., 2020). Hemşireler, kadınlarda üriner inkontinans gelişmesinin önlenmesi ve tedavisinde özellikle pelvik taban kaslarının güçlendirilmesi ve risk faktörlerine ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde etkin bir şekilde görev almalıdır (Demir ve Kızılkaya Beji, 2015). Üniversite döneminde edinilen sağlık ve davranış değişiklikleri sıklıkla yetişkinlikte devam ettiği için bu dönemde yapılan ürojinekolojik eğitimler genç kızların üriner inkontinans farkındalık ve tutumlarını artıracaktır. (Çetin ve Kırca, 2022). Bu hemşirelik müdahaleleri genç kızların yaşam kalitesini de artıracaktır.

Bu çalışma, sağlık bilimleri alanında öğrenim gören üniversite öğrencisi genç kızlara verilen üriner inkontinans eğitiminin üriner inkontinans farkındalık ve tutum düzeylerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma Tipi

Bu çalışma, ön test-son test tasarımı ile yarı deneysel olarak yürütülmüştür.

Araştırmanın Yapılacağı Yeri ve Zaman

Araştırma, İstanbul ilinde bir vakıf üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde 1. sınıfta öğrenim gören kız öğrencileri ile 2023-2024 eğitim öğretim yılı bahar dönemi Haziran 2024 tarihinde yürütülmüştür. Sağlık Bilimleri Fakültesi'ne bağlı, Ebelik, Hemşirelik, Beslenme ve Diyetetik, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Dil ve Konuşma Terapisi, Çocuk Gelişimi olmak üzere 6 (altı) bölüm bulunmaktadır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir vakıf üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi 1. Sınıfta öğrenim gören tüm kız öğrenciler oluşturmuştur. Sağlık Bilimleri Fakültesi 1. Sınıf kız öğrencileri 295 kişiden oluşmaktadır. Örneklem seçimine gidilmeden evrenin tamamına ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırmanın örneklemi araştırma kriterlerine uyan (n=184) öğrenci oluşturmuştur.

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri: üniversite 1. sınıf öğrencisi olmak, kız öğrenci olmak, Sağlık Bilimleri Fakültesi'ne bağlı bir bölümde öğrenim görmek, araştırmaya katılmaya gönüllü olmaktır.

Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri: Erkek öğrenci olmak ve araştırmaya katılmayı kabul etmemektir.

Ön test ve son testi doldurmayan 34 öğrenci araştırma kapsamına alınmamıştır.

Veri toplama Araçları

Veri toplama ön test ve son test şeklinde yapılmıştır. Ön testte, veri toplama amacıyla iki bölümden oluşan form kullanılmıştır. Formun birinci bölümünde "Kişisel Bilgi Formu", ikinci bölümde ise "İdrar Kaçırma Farkındalık ve Tutum Ölçeği" bulunmaktadır. Son testte, "İdrar Kaçırma Farkındalık ve Tutum Ölçeği" bulunmaktadır. Veriler, online google form oluşturularak toplanmıştır. Öğrencilerin online formu doldurmaları yaklaşık 5-10 dakikalarını almıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından literatüre dayalı geliştirilen bu form üniversite kız öğrencilerin bazı sosyo-demografik özelliklerini, alışkanlıklarını, inkontinans yaşama durumlarını, inkontinans nedenlerini ve davranışlarını belirlemek amacıyla toplam 20 sorudan oluşmaktadır (Bulgak, 2020;

Özyıldırım, 2021; Özyıldırım ve ark., 2020; Çetin ve Ş. Kırca, 2022; Özdemir, 2022; Başkaya, 2023).

İdrar Kaçırma Farkındalık ve Tutum Ölçeği

Avcı, Öz Yıldırım ve Eren tarafından 2022 yılında geliştirilmiş İnkontinans Farkındalık ve Tutum Ölçeği (URİNAS) 26 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler, üriner inkontinans ile baş etme, sağlık motivasyonu, kısıtlanma ve idrar kaçırma korkusu olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlardan alınan puanlar: sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler (min 8-max 40), sağlık motivasyonu (min 5-max 25), üriner inkontinans ile baş etme (min 6- max 30), kısıtlanma (min 3- max 15) ve idrar kaçırma korkusu (min 4- max 20). Ölçekte her bir ifadeye verilen cevaplar 5'li likert tipindedir. Ölçeğin toplam puanı yoktur. Sağlık sorunu olarak kabulünü engelleyen faktörler alt boyutundan yüksek puan alınması üriner inkontinansı sağlık sorunu olarak kabul ettiğini, kısıtlama ve idrara kaçırma korkusu alt boyutlarından yüksek puan alınması kısıtlama ve idrar kaçırma korkusu yaşadığını göstermektedir. Sağlık motivasyonu ve üriner inkontinans ile baş etme alt boyutlarından düşük puan alınması sağlık motivasyonlarının ve üriner inkontinansla baş etmelerinin daha iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.60 ile 0.92 değişen değerlerde bulunmuştur (Avcı, Öz Yıldırım, Eren, 2022).

Bu çalışmada ölçeğin alt boyutlarının Cronbach's alfa değeri; Sağlık Sorunu Olarak Kabulünü Engelleyen Faktörler" (ön test 0.806- son test 0.836), Sağlık Motivasyonu (ön test 0.785-son test 0.891, Üriner İnkontinansla Baş etme (ön test 0.907- son test 0.892, Kısıtlanma (ön test-0.888- son test 0.913), İdrar Kaçırma Korkusu (ön test 0.755- son test 0.763) olarak bulunmuştur.

Verilerin Toplanması ve Uygulama

Veriler araştırmacı tarafından gerekli kurum ve etik kurul izni alındıktan sonra Sağlık Bilimleri Fakültesi'ne bağlı ulaşılabilen bölüm başkanları veya bölümün öğretim üyeleri/elemanları ile birebir görüşülerek eğitimin yapılacağı derslik, tarih ve saat belirlenmiştir. Eğitime başlamadan öğrencilere katılımın gönüllü olduğu bilgisi verilerek gönüllü onamları alınmıştır. Daha sonra sınıf temsilcilerine sınıfın ortak whatsapp grubuna paylaşmak üzere oluşturulan online form ile ön testte yer alan "Kişisel Bilgi Formu" ve "İdrar Kaçırma Farkındalık ve Tutum Ölçeği" iletilmiştir. Eğitim, sunum ve interaktif yöntemlerle 2 (iki) saat sürmüştür.

Ürojenekolojik Eğitim içeriği; 4 başlıktan oluşmaktadır;

1. Kadın Ürogenital Sistemin Anatomisi ve Fizyolojisi
2. Üriner İnkontinans ve Risk Faktörleri
3. İdrar Kaçırmanın Önlenmesi ve İdrar Kaçırmaya Bağlı Görülebilecek Sorunlar
4. İdrar Kaçırmanın Gelişmesi ve İlerlemesinin Önlenmesinde Baş Etme Yöntemleri

Eğitim ile, öğrencilere, pelvik taban kaslarının idrar kaçırmanın kontrolündeki önemini kavraması üriner inkontinans risk faktörlerini tartışması, üriner inkontinans önlenmesi ve komplikasyonlarını bilmesi, pelvik taban kas egzersizlerini uygulayabilmesi ve üriner inkontinans gelişme durumunda baş etme yöntemlerini sıralayabilmesi hedeflenmiştir.

Eğitimden 3 gün sonra öğrencilere online form aracılığıyla son testte yer alan “İdrar Kaçırma Farkındalık ve Tutum Ölçeği” uygulanmıştır. Üniversitenin son haftaları olması nedeniyle öğrencilere yeterli sayıda ulaşmak adına sınavların olduğu derslerden sonra eğitim beş bölüme her bir bölüm için ayrı olmak üzere toplam toplamda beş eğitim verilmiştir.

Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 26.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde) yanı sıra, normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırılmasında Student T testi, normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İki den fazla değişkenin değerlendirilmesinde, normal dağılım gösterenlerde One-way ANOVA, normal dağılım göstermeyenlerde Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Katılımcıların demografik verilerinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden frekans ve yüzde kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılması yapılmadan önce, değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk yöntemi ile test edilmiştir. Shapiro Wilk testi değerlerine göre, değerlerin normal dağılıma uygun olmadığı belirlenmiştir ($p < 0,001$). Böylece normal dağılıma uygun olmayan değerler üzerinden Parametrik Olmayan test (Wilcoxon işaret testi) kullanılarak ön-test ve son-test arasındaki fark karşılaştırılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında; $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Etik Onay

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için İstinye Üniversitesi Etik Kurulundan etik onay (14.06.2024

tarifli ve 24-112 sayılı) alındı. Katılımcılara çalışma ilgili bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin demografik bilgileri Tablo 1’de gösterilmiştir. Öğrencilerin yaş ortalamalarının $19,89 \pm 2,09$ (min:18;max30) olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %10’unun beslenme ve diyetetik, %2.7’sinin dil ve konuşma terapisi, %45.9’unun ebellek, %7.3’ünün fizyoterapi ve rehabilitasyon, %34,1’inin hemşirelik bölümü öğrencisi, %1.4’ünün evli, %98.6’sının bekâr, %14.5’inin çalışıyor, %85.5’inin çalışmıyor, %70’inin Sosyal Güvenlik Kurumu, %5.5’inin özel sigorta, %24.5’nin sosyal güvencesi olmadığı, %20.9’unun unun gelir giderden az, %54.5’inin gelir gidere eşit, %24.5’inin gelir giderden fazla, %82.6’sının ev, %17.4’ünün yurttaki kaldığı bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Demografik Bilgilerinin Dağılımı (n=184)

Değişkenler		N	Yüzde (%)
Bölüm	Beslenme ve Diyetetik	22	12
	Dil ve Konuşma Terapisi	6	3.3
	Ebellek	65	35.3
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	16	8.7
	Hemşirelik	75	40.8
Medeni Durum	Evli	2	1.1
	Bekâr	182	98.9
Yaş (yıl)	<u>19,89± 2,09</u>		
Çalışma Durumu	Evet	21	11.4
	Hayır	163	88.6
Sosyal Güvence Durumu	SGK	123	66.8
	Özel Sigorta	12	6.5
	Yok	49	26.6
Algılanan Ekonomik Durum	Gelir Giderden Az	35	19
	Gelir Gidere Eşit	102	55.4
	Gelir Giderden Fazla	47	25.5
Kalınan Yer	Ev	149	81.4
	Yurt	34	18.6

Tanımlayıcı istatistik metotları (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma)

Çalışma kapsamındaki öğrencilerin %20.5’inin düzenli egzersiz/spor yaptığı, %79.5’inin düzenli egzersiz/spor yapmadığı, %94.5’inin herhangi bir kronik hastalığı olmadığı, %2.1’inin alerjik astımı, %0.5’inin diyabeti, %3’ünün anemi, migren, kulakta duyma problemi olduğu, %76.8’inin sigara/alkol kullanmadığı, %51’inin sigara/alkol kullandığı, %21.8’inin kahve tüketmediği, %51,4’ünün günde (200 cc’lik bardaktan) 1 ya da 2 tane içtiği, %9.1’inin günde (200 cc’lik bardaktan) 3 bardak veya fazla kahve içtiği, %17.7’sinin Türk kahvesi içtiği, %2.,8’inin çay içmediği, %59.5’inin günde 1-2 çay bardağı çay içtiği, %18.6’sının günde 3 çay

bardağından fazla çay içtiği, %33.2'sinin 1 litreden az, %60.9'unun 1-3 litre arası, %5.9'unun 3 litreden fazla su tükettiği, %38.6'sının günde 1-3 kez, %51.4'ünün 4-6 kez, %10'unun yedi ve daha fazla olarak idrara çıktığı, %28,6'sının gece idrara çıkmadığı, %54.1'inin bazen, %4.1'nini her gece, %13.2'sinin sık sıkı aldığı zaman gece idrara çıktığı, %47.2'sinin sık sık, %5.6'sı bazen, %47.2'sinin hiçbir zaman idrarını ertelediği, %16.8'inin idrar yolu enfeksiyonu yaşadığı, %45'inin bazen idrar yolu enfeksiyonu yaşadığı, %38.2'sinin hiçbir zaman idrar yolu enfeksiyonu yaşamadığı, %56.8'inin nadiren, %35.9'u ara sıra, %5.9'unun çoğunlukla, %1.4'ünün her zaman kabızlık sorunu yaşadığı, 12.3'ünün idrarını kaçırdığı, %87.7'sinin idrarını kaçırmadığı, %34.5'inin idrara sıkışıp tualete giderken, %0.5'inin gece uykuda, %21.8'inin gülerken hapsirirken, %43.2'ini diğer durumlarda idrar kaçırma durumu yaşadığı bulunmuştur (Tablo 2).

Çalışmaya katılan öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası inkontinans farkındalık ve tutum ölçeğine verdikleri yanıtlar (Tablo 3)'de incelenmiştir. İnkontinans Farkındalık ve Tutum Ölçeğinin eğitim öncesi ve sonrası değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Eğitimden önce çalışmaya katılan öğrencilerin "Sağlık Sorunu Olarak Kabulünü Engelleyen Faktörler" algısında, eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). "Sağlık Motivasyonu", "Üriner İnkontinansla Baş Etme" ve "Kısıtlama" alt boyutlarında ise eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). "İdrar Kaçırma Korkusu" alt boyutunun eğitim öncesi ve sonrası değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan öğrencilerin demografik özellikleri ile ölçek alt boyutları arasında ön test ve son teste fark olup olmadığı (Tablo 4)' de incelenmiştir. "Üriner İnkontinansla Baş etme" alt boyutu ile öğrencilerin bölümleri ve sosyal güvence durumu arasında eğitim öncesi istatistiksel anlamlı düzeyde farklılık tespit edilmiştir. Eğitim sonrası ise "Üriner İnkontinansla Baş etme" alt boyutu ile medeni durumu ve çalışma durumu arasında istatistiksel anlamlı düzeyde fark görülmektedir ($p<0,05$). "Sağlık Sorunu Olarak Kabulünü Engelleyen Faktörler" alt boyutu ile öğrencilerin çalışma durumu arasında eğitim sonrası anlamlı düzeyde farklılık görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 2. Öğrencilerin Yaşam Tarzı ve Üriner İnkontinansa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=184)

Değişkenler		N	%
Düzenli Egzersiz/Spor Yapma Durumu	Evet	33	17.9
	Hayır	151	82.1
Kronik Bir Hastalık Durumu	Alerjik astım	4	2.1
	DM	1	0.5
	Diğer (anemi, migren, kulakta duyma problemi)	6	3.0
	Hayır	173	94
Sigara/Alkol Kullanımı Durumu	Evet	36	19.6
	Hayır	148	80.4
Kahve Tüketimi	Hayır	38	20.7
	Günde (200 cc'lik bardaktan) 1 ya da 2 tane içirim	100	54.3
	Günde (200 cc'lik bardaktan) 3 bardak veya fazla içirim	15	8.2
	Türk kahvesi (1 ya da 2 fincan)	31	16.8
Çay Tüketimi	Hayır	45	24.5
	Günde 1-2 çay bardağı içirim	108	58.7
	Günde 3 çay bardağından fazla içirim	31	16.8
Su Tüketimi	1 litreden az	62	33.7
	1-3 litre arası	112	60.9
	3 litreden fazlası	10	5.4
İdrar Yolu Enfeksiyonu Yaşama Durumu	Evet	32	17.4
	Bazen	82	44.6
	Hiç yaşamadım	70	38
Kabızlık Sorunu Durumu	Nadiren	105	57.1
	Ara sıra	66	35.9
	Çoğunlukla	11	6
	Her zaman	2	1.1
İdrar Sıklığı	1-3 kez	74	40.2
	4-6 kez	93	50.5
	7 ve daha fazla	17	9.2
Gece İdrara Çıkma Durumu	Hayır	54	29.3
	Bazen	99	53.8
	Her gece	6	3.3
İdrar Erteleme Durumu	Evet (sık sık)	85	47.2
	Bazen	8	4.4
	Hayır	87	48.3
İdrar Kaçırma Durumu	Evet	23	12.5
	Hayır	161	87.5
İdrarı Hangi Durumda Kaçırma Durumu	İdrara sıkışıp tualete giderken	66	35.9
	Gece uykuda	1	0.5
	Gülerken, hapsirirken	40	21.7
	Diğer	77	41.8

Tanımlayıcı istatistik metotları (frekans, yüzde)

Tablo 3. Ölçek ve Alt Boyutlarının Ön-Test ve Son-Test (n=184)

URİNAS Ölçeği Alt Boyutları	Test	Ort. ± S.S	Medyan (Min.-Maks.)	Z	P
Sağlık Sorunu Olarak Kabulünü Engelleyen Faktörler	Ön-test	32.5 ± 6.6	34 (8-40)	-2.273b	0.023*
	Son-test	33.5 ± 6.3	35.5 (8-40)		
Sağlık Motivasyonu	Ön-test	8.5 ± 4.0	7 (5-25)	-2.848c	0.004*
	Son-test	7.8 ± 4.3	6 (5-25)		
Üriner İnkontinansla Baş etme	Ön-test	18.8 ± 7.3	18.5 (6-30)	-3.895c	0.000*
	Son-test	16.6 ± 6.6	16 (6-30)		
Kısıtlanma	Ön-test	12.5 ± 3.4	15 (3-15)	-2.268c	0.023*
	Son-test	11.9 ± 3.6	13.5 (3-15)		
İdrar Kaçırma Korkusu	Ön-test	14.1 ± 4.4	14 (4-20)	-1.819c	0.069
	Son-test	13.5 ± 4.4	14 (4-20)		
*p<0,05; Wilcoxon İşaret Testi					

Ort±S.S: Ortalama±Standart sapma, URİNAS: İdrar İnkontinans Farkındalık ve Tutum Ölçeği Min: Minimum, Maks: Maksimum, *Wilcoxon İşaret Testi

Tablo 4. Öğrencilerin Demografik Bilgileri ile Ölçek Alt Boyutları Ön Test-Son Test İlişkisi (N=184)

Değişkenler		SS ÖT	SS ST	SM ÖT	SM ST	ÜİBE ÖT	ÜİBE ST	K ÖT	K ST	İKK ÖT	İKK ST
		P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
Bölüm	Beslenme ve Diyetetik	.17	.75	.88	.62	.00	.40	.37	.70	.34	.39
	Dil ve Konuşma Terapisi										
	Ebelik										
	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon										
	Hemşirelik										
Yaş (yıl)	≥19	.38	.66	.89	.48	.32	.06	.95	.28	.29	.80
	<19										
Medeni Durum	Evli	.90	.25	.21	.45	.74	.04	.84	.86	.76	.26
	Bekâr										
Çalışma Durumu	Evet	.06	.01	.95	.91	.20	.05	.77	.08	.20	.14
	Hayır										
Sosyal Güvence Durumu	SGK	.75	.32	.60	.51	.02	.76	.83	.78	.26	.53
	Özel Sigorta										
	Yok										
Algılanan Ekonomik Durum	Gelir Giderden Az	.66	.83	.76	.27	.48	.48	.13	.74	.35	.77
	Gelir Gidere Eşit										
	Gelir Giderden Fazla										
Kalınan Yer	Ev	.56	.15	.54	.57	.12	.53	.58	.08	.75	.35
	Yurt										

Tanımlayıcı istatistiksel yöntem (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde), Student T testi, Mann-Whitney U testi, One-way ANOVA, Kruskal-Wallis

SS: Sağlık Sorunu Olarak Kabulünü Engelleyen Faktörler, SM: Sağlık Motivasyonu, ÜİBE: Üriner İnkontinansla Baş etme, K: Kısıtlanma, İKK: İdrar Kaçırma Korkusu

TARTIŞMA

Bu çalışmada, Sağlık Bilimleri alanında üniversite öğrencisi genç kızlara ürojenekoloji konularında verilen eğitimin öncesi ve sonrasında Üİ farkındalık ve tutum düzeyleri karşılaştırması yapılmıştır. Buna göre; eğitim öncesi ve eğitim sonrası “Sağlık Sorunu Olarak Kabulünü Engelleyen Faktörler” alanında üriner inkontinans sağlık sorunu olarak kabul etme farkındalık ve tutum düzeyinde artış olduğu, “Sağlık Motivasyonu”, “İnkontinansla Baş etme” alanlarında sağlık motivasyonlarının ve üriner inkontinansla baş etmelerinin daha da iyileştiği, kısıtlama alanında ise idrar kaçırmadan kaynaklı kısıtlanma duygusunu daha iyi yönetebileceği saptanmıştır.

Literatürde Üİ ile ilgili yapılan araştırmaların çoğu prevalans çalışması olup genç bireylerde Üİ farkındalık ve tutum düzeylerini artırmak için yapılan çok az eğitim içerikli çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışma sonuçlarına benzer şekilde, Chavan ve arkadaşları tarafından 2022 yılında 18-35 yaş arası kadın dansçılarla yaptıkları araştırmada, bir haftalık üriner inkontinans danışmanlık eğitiminin kadın dansçıların Üİ konusundaki farkındalık ve bilgilerini artırmada etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Ülkemizde ise bu çalışma sonuçlarına benzer şekilde, Yılmaz ve Tüzer 2020 yılında hemşirelik öğrencilerinin Üİ yönetimi bilgi ve becerilerinin gelişmesinde simülasyon ve web tabanlı eğitim

yöntemlerinin etkinliğinin araştırdıkları çalışmada, simülasyon ve web tabanlı eğitimin öğrencilerin bilgi düzeyinde olumlu etkisi görüldüğü sonucuna varılmıştır (Yılmaz ve Tüzer, 2020). Aynı zamanda farklı örneklem grubu olan premenopoz dönemi ve 60 yaş üstü kadınlarla yapılan çalışmalara rastlanmış olup yapılan çalışmalarda, üriner inkontinans farkındalık eğitimlerin bu çalışma sonuçlarına benzer şekilde etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Öz Yıldırım, 2021; Azim ve ark., 2024). Premenopoz dönemindeki kadınlara sağlık inanç modeline dayalı olarak verilen Üİ eğitiminin Üİ farkındalık ve kegel egzersizlerine yönelik sağlık inancı oluşturma ve pelvik taban kası özyeterliliğini artırmada etkili olduğu sonucu varılmıştır (Öz Yıldırım, 2021). 60 yaş üstü kadınlara Üİ farkındalığı ile ilgili verilen eğitimin Üİ farkındalık ve pelvik taban kası özyeterliliğini artırmada etkili olduğu görülmüştür (Azim ve ark., 2024).

Bu çalışmada, eğitim öncesi "Sağlık Sorunu Olarak Kabulünü Engelleyen Faktörler" alt boyut ortalaması 32.5 ± 6.6 iken, eğitim sonrası bu ortalamanın 33.5 ± 6.3 arttığı saptanmıştır. Bu durum, öğrencilerin bu konuda farkındalık ve tutumlarının arttığını düşündürmektedir. Üriner inkontinans yaşanması halinde sorunun bildirilmesi için öncelikle sağlık sorunu olarak kabul edilmesi gerekmektedir (Durukan ve ark., 2015; Luo et al., 2016; Ural ve ark., 2021; Lamerton et al., 2020). Eğitim öncesi "Sağlık Motivasyonu" alt boyut ortalaması 8.5 ± 4.0 iken, eğitim sonrası bu ortalamanın 7.8 ± 4.3 azaldığı saptanmıştır. Bu durum eğitim sonrası öğrencilerin üriner inkontinans hakkında sağlık motivasyonlarının arttığını düşündürmektedir. Sağlık motivasyonu, kişinin sağlığı geliştirici davranışlarda bulunmasındaki isteklilik durumudur ve kişinin sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemesinde önemli bir rol oynar (An and Yu, 2021). Eğitim öncesi "Üriner İnkontinansla Baş etme" alt boyutu 18.8 ± 7.3 iken, eğitim sonrası 16.6 ± 6.6 azaldığı saptanmıştır. Eğitim sonunda üriner inkontinansla baş etme alt puan ortalamasının azalması, öğrencilerin üriner inkontinansla baş etme düzeylerinin arttığını göstermektedir. Kadınlar utanma, sorunun kendiliğinden çözüleceği düşüncesi, nasıl gündeme getireceğini bilmeme gibi faktörler nedeniyle üriner inkontinans ile kendi yöntemleriyle baş etmeye çalışmaktadırlar (Lamerton et al., 2020). Literatürde, üriner inkontinans yaşayan gençlerin yarısının herhangi bir tedbir almadığı, yarısının ise sık tuvalete gitme, ped kullanma, az su içme gibi tedbirler alarak üriner inkontinans ile baş etmeye çalıştıklarını bildirilmektedir (Sucuoğlu, 2014). Bu çalışmada elde edilen sonuç, özellikle genç kızların farkındalık eğitimi sayesinde üriner inkontinansla baş etme stratejileri hakkında bilinçli davranışlar geliştirebileceğini düşündürmektedir. Eğitim öncesi "Kısıtlanma" alt boyutu 12.5 ± 3.4 iken, eğitim sonrası

11.9 ± 3.6 azaldığı saptanmıştır. Eğitim sonunda, kısıtlanma alt puan ortalamalarının azalması, öğrencilerin kısıtlanma korkularının azaldığını göstermektedir. Benzer şekilde, Akıncı ve arkadaşları (2017) üriner inkontinansı olan kadınlara verilen eğitim sonrası kadınların davranış sınırlamalarında azalma olduğu sonucunu bildirmektedir. Üriner inkontinans yaşayan bireyler fiziksel, psikolojik ve hatta sosyal ve ekonomik etkiler nedeniyle kısıtlamalar yaşayabilmektedir (Luo et al., 2016; Ö. Yıldırım ve ark., 2020). Eğitim öncesi "İdrar Kaçırma Korkusu" alt boyutu 14.1 ± 4.4 iken, eğitim sonrası 13.5 ± 4.4 olduğu saptanmıştır. Bu durum öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrasında idrar kaçırma korkularında herhangi bir değişim olmadığını göstermektedir.

Bu çalışmada ayrıca öğrencilerin inkontinans yaşama durumu da değerlendirilmiş olup öğrencilerin %12,5'inin üriner inkontinans yaşadığı saptanmıştır. Ülkemizde üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda üriner inkontinans prevalansları bu çalışmada elde edilen oran ile yaklaşık değerlerde olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda, üniversite öğrencilerinin %15,5'inin (Küçükaya ve Süt, 2019), %17,5'ini (Çetin ve Kırca, 2022), %18,4'ünün (Ural ve ark., 2021), %17,6'sının (Sucuoğlu, 2014), idrar kaçırmayı deneyimledikleri saptanmıştır. Bu çalışmada öğrencilerin %0,5'i 'i gece uykuda, % 21,7 gülerken ve hapsirirken, %35,9 idrara sıkışıp tualete giderken, %41,8' i diğer durumlarda bu sorunu yaşadıklarını, %47,2 idrarını sık sık ertelediği, %3,3 gece idrara çıktığını, %9,2'si günde yedi veya daha üstü idrara çıktığını bildirmişlerdir (Tablo 2). Bu durum öğrencilerin demografik özellikleri ve yaşam tarzı ile ilişki olduğu sonucunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada, öğrencilerin üriner inkontinans yaşamasına neden olabilecek demografik faktörler incelendiğinde; %1,1'inin evli olduğu, %21'inin öğrencilikle beraber aynı zamanda çalıştığı, %26,6'sının sosyal güvencesinin olmadığı, %19,9'unun gelirinin giderden az olduğunu, %18,6'sı yurttta kaldığını bildirmişlerdir (Tablo 1). Literatürde, demografik değişkenlerle üriner inkontinans bilgi düzeyi arasında önemli bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Gnanajothi et al., 2020). Çetin ve Kırca (2022), öğrencilerin %55'inin yurttta kaldığını ve %43,9'unun geliri giderinden az olduğunu tespit ettikleri çalışmalarında üriner inkontinans prevalansı %17,5 olduğu, Ural ve ark. (2020) kadın üniversite öğrencilerinde üriner inkontinans ile konaklama yeri arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada da eğitim öncesi öğrencilerin sosyal güvence durumlarının ile üriner inkontinans ile baş etme düzeylerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Eğitim sonrası öğrencilerin medeni durum ve çalışma durumların üriner inkontinans ile baş etme düzeylerini,

çalışma durumlarının üriner inkontinansı sağlık sorunu olarak kabul etme düzeylerini etkilediği görülmüştür (Tablo 4). Bu durum öğrencilerin medeni durumu, çalışma durumu ve sosyal güvence durumlarının üriner inkontinans farkındalık ve tutum düzeylerini etkilediğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada, öğrencilerin üriner inkontinans yaşamasına neden olabilecek sağlık sorunları incelendiğinde; %0.5'i diyabetüs mellütüs hastası olduğunu, %6'sı her zaman ve %1.1 çoğunlukla kabızlık sorunu yaşadığını, %17.4'ü idrar yolu enfeksiyonu yaşadıklarını, diğer taraftan öğrencilerin %94'ü herhangi bir kronik hastalığı olmadığını ifade etmişlerdir (Tablo 2). Yapılan araştırmalar diyabetik kadınlarda üriner inkontinansın daha sık görüldüğü ve şiddetli olduğunu bildirmektedir (Sucuoğlu, 2014; Erdal ve Pakyüz, 2019). Kabızlık ise pelvis kaslarında fonksiyonel bozukluğa neden olabilmekte ve üriner inkontinans oluşumunda etkili olabilmektedir (Sucuoğlu, 2014). İdrar yolu enfeksiyonu olan kadınlarda üriner inkontinansa yatkınlık arttığı bildirilmektedir (Taşdemir, 2015). Bu çalışmada öğrencilerin, %6'sı her zaman ve %1.1 çoğunlukla konstipasyon sorunu yaşaması, %17.4'ü idrar yolu enfeksiyonu yaşadığını bildirmiş olması üriner inkontinansa yatkın olduklarını düşündürmektedir.

Bu çalışmada, üriner inkontinans sorununa neden olabilecek etkenler incelendiğinde; çalışma kapsamına aldığımız öğrencilerin %19,6'unun sigara ve alkol kullandıklarını ifade ederken %80,4'ü sigara ve alkol kullanmadıklarını ifade etmiştir (Tablo 2). Sigara üriner inkontinans için risk faktörleri arasındadır ancak etkilerine dair kanıt düzeyi düşüktür (Taşdemir, 2015). Alkol, idrar çıkışını artırarak inkontinansa neden olabilmektedir (Taşdemir, 2015). Bu çalışma sonucunda öğrencilerin önemli bir kısmının sigara ve alkol kullanması üriner inkontinans gelişimine etki ettiğini düşündürmektedir. Çalışmaya katılan öğrencilerin, günlük %8.2'inin 200 cc'lik bardakta 3 bardak veya fazla kahve, %16.8'si 3 bardaktan fazla çay ve %5.4'ünün üç litreden fazla su içtiğini bildirmiştir (Tablo 2). Tüketilen sıvı miktarın düzenlenmesi ve alkol, asitli içecek ve kahve tüketiminin azaltılarak içeriğine dikkat edilmesi üriner inkontinansı azaltabilir (Taşdemir, 2015).

Üriner inkontinans genç kadınlarda yetersiz tanı konulan ve yetersiz tedavi edilen önemli bir sağlık sorunudur. Bu nedenle genç yaşta ilişkili faktörlerin belirlenmesi, önleyici tedbirler alınması ve yönetimi çok önemlidir (Ural ve ark., 2020). Bu durumun yönetiminde yapılan farkındalık eğitimleri onların üriner inkontinans hakkında farkındalık ve tutum düzeylerine olumlu etki ederek yaşam kalitelerini artıracaktır. Türkiye'de yaşayan kadınların Üİ prevalansı, etkileyen faktörleri ve tutumlarının

araştırıldığı çalışmada, üriner inkontinansa karşı olumsuz tutumlarının olanların daha fazla Üİ sorunu yaşadıkları bildirilmiştir (Akan ve Sancar, 2024). Kadınlarda Üİ farkındalık ve tutum düzeylerini artıracak daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışma, üniversite öğrencisi genç kızlarda Üİ farkındalık ve tutum düzeylerini inceleyen çok az sayıda çalışmadan biridir. Üriner inkontinans eğitiminin, öğrencilerin konuya ilişkin farkındalık ve tutum düzeylerini artırdığı görülmüştür.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, Sağlık Bilimleri alanında üniversite öğrencisi genç kızlara ürojinekoloji konularında verilen eğitimin öncesi ve sonrasında Üİ farkındalık ve tutum düzeyleri karşılaştırması yapılmıştır. Buna göre; eğitim öncesi ve eğitim sonrası "Sağlık Sorunu Olarak Kabulünü Engelleyen Faktörler" alanında üriner inkontinansı sağlık sorunu olarak kabul etme farkındalık ve tutum düzeyinde artış olduğu, "Sağlık Motivasyonu", "İnkontinansla Baş etme" alanlarında sağlık motivasyonlarının ve üriner inkontinansla baş etmelerinin daha da iyileştiği, kısıtlama alanında ise idrar kaçırmadan kaynaklı kısıtlanma duygusunu daha iyi yönetebileceği saptanmıştır.

Sonuç olarak, bu çalışmada genç kızlara ürojinekoloji konularında verilen eğitimin genç kızların üriner inkontinans farkındalık ve tutum düzeylerini artırdığı görülmüştür. Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda, özellikle genç kızlar olmak üzere üriner inkontinans risk faktörleri, korunma ve baş etme stratejileri, pelvik taban kas egzersizleri, tedavi yöntemleri hakkında eğitimler verilmesi ve genç kızların bu konuda desteklenmesi, üriner inkontinansa yönelik yapılan eğitimlerde bireylerin farkındalık ve tutum düzeylerinin değerlendirilmesi, halk sağlığı ve kadın hastalıkları alanlarında çalışan hemşire ve ebeler tarafından üriner inkontinans konularına yer verilmesi önerilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma sadece bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesine bağlı bölümlerde öğrenim gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden kız öğrencilerle yapılması nedeniyle sonuçları hakkında genelleme yapılamaz.

Teşekkür

Bu çalışma sürecinde değerli katkılarından dolayı Prof. Dr. Besti ÜSTÜN'e, akademik desteğini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Neşe KISKAÇ'a ve çalışmaya katılan tüm öğrencilere teşekkür ederim.

Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee Approval:

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için İstinye Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulundan 14.06.2024 tarihli ve 24-112 sayı ile onay alınmıştır. Ayrıca araştırmada kullanılan ölçek ile ilgili e-posta yolu ile izin alındı. Veriler internet tabanlı veri toplama tekniği (Google Forms) kullanılarak toplanmış olup tüm katılımcılara anket formu uygulamasında bilgilendirilmiş gönüllü onam sunularak, araştırmaya katılma gönüllülüğü esasına dayalı olarak gerçekleştirildi.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

YazarKatkısı/AuthorContributions:

Fikir/kavram: SY; Tasarım: SY; Danışmanlık: SY; Veri toplama ve/veya İşleme: SY; Analiz ve/veya Yorum: SY; Kaynak tarama: SY; Makalenin Yazımı: SY; Eleştirel inceleme: SY.

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

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

KAYNAKLAR

- Akan, N., & Sancar, B. (2024). Frequency of urinary incontinence and attitudes towards urinary incontinence of women in Mersin, Turkey. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 40(7), 1448.
- Akşit Akinci, N., Özhan Elbaş, N., & Akıncı, S. (2017). Stres Üriner İnkontinans Tanısı Alan Kadınlara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 9(2).
- An, M., & Yu, X. (2021). A Rasch analysis of emerging adults' health motivation questionnaire in higher education context. *PLoS One*, 16(3), e0248389.
- Avci, İ. A., Yıldırım, Ö. Ö., & Eren, D. Ç. (2022). Urinary Incontinence Awareness and Attitude Scale (URINAS): a reliability and validity study. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 49(6), 551-557.
- Azim, D., Keskin, E., & Mutlu, E. K. (2024). 60 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans Farkındalık Eğitiminin Konuya İlişkin Bilgi ve Farkındalık Düzeyi Üzerine Etkisi. *İstanbul Gelişim University Journal of Health Sciences*, (23), 737-749.
- Bulgak, M. (2020). Yaşlı Hastalarda Üriner İnkontinans Farkındalığı Ve Sıklığını Etkileyen Faktörler İle Üriner İnkontinansla Baş Etme Yöntemleri (Master's Thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü). Yüksek Lisans Tezi, Samsun.

- Başkaya, E. (2023) Üriner İnkontinansı Olan Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Eğitim Ve Danışmanlık Programının Benlik Saygısı, Cinsel Doyum Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
- Chavan, P., Musale, R., Mahendrakar, V., & Bhosale, N. (2022). Effect of Knowledge and Awareness Regarding Urinary Incontinence and Its Treatment Options in Female Dancers. *Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy Print-(ISSN 0973-5666) and Electronic-(ISSN 0973-5674)*, 16(2), 174-181.
- Demir, S., & Beji, N. K. (2015). Üriner inkontinanslı kadınlarda yaşam kalitesi ve sağlık arama davranışları. *FN Hem. Derg*, 23(1), 23-31.
- Durukan, H., Tok, E., Tok, D., & Aytan, H. (2015). Mersin ilinde, hedef popülasyonda kadınların kendisi tarafından algılanan inkontinansın prevalansı ve yaş gruplarına göre inkontinans tiplerinin dağılımı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 46(1), 1-5.
- Dickinson, B., & Briscoe, L. (2017). Why is education for pelvic floor muscle exercises a neglected public health issue?. *British Journal of Midwifery*, 25(11), 724-729.
- Erkal, E., & SÇ, P. (2019). Diyabetli kadınlarda önemli bir sorun: üriner inkontinans. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 11(1), 28-31.
- Gnanajothi, R., Mathew KE, Minitha. M, Devadarsini. S, Akila. P. (2020). Assessment on effectiveness of structured teaching programme on urinary incontinence among patients at selected tertiary hospital Coimbatore. *International Journal of Research and Review*, (Vol: 7, Issue 5),142-160.
- Koçak, İ. Üriner İnkontinans Prevalansı. Onur, M. R., & Bayrak, Ö. (2015). Üriner İnkontinans-Tanı ve Tedavi. *Nobel Tıp Kitapevleri-Türk Üroloji Akademisi Yayını*, No:2, İstanbul Nobel Kitapevleri,2015,s :67-75.
- Küçükkaya, B., & Süt, H. K. (2019). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinde Stres Üriner İnkontinans Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Sağlık ve Toplum Dergisi*.
- Luo, Y., Parry, M., Huang, Y. J., Wang, X. H., & He, G. P. (2016). Nursing students' knowledge and attitudes toward urinary incontinence: A cross-sectional survey. *Nurse education today*, 40, 134-139.
- Lamerton, T. J., Mielke, G. I., & Brown, W. J. (2020). Urinary incontinence in young women: Risk factors, management strategies, help-seeking behavior, and perceptions about bladder control. *Neurourology and Urodynamics*, 39(8), 2284-2292.
- Öz, Ö., & Altay, B. (2017). Üriner inkontinans risk faktörleri ve hemşirelik yaklaşımı. *Annals of Health Sciences Research*, 6(1), 34-37.
- Özdemir, S. Ç. (2022) Üriner inkontinansı olan kadınlara motivasyonel görüşmelerle desteklenmiş Transteoretik (Değişim) Model'e dayalı verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Ankara.
- Parden, A. M., Griffin, R. L., Hoover, K., Ellington, D. R., Gleason, J. L., Burgio, K. L., et al. (2016). Prevalence, awareness, and understanding of pelvic floor disorders in adolescent and young women. *Urogynecology*, 22(5), 346-354.

- Sucuoğlu, Ş. A. (2014) Genç kızlarda üriner inkontinans, risk faktörleri ve yaşam kaliteleri (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü),Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Sivashoğlu. A.A. Jinekoloji ve Obstetrik. 1. Baskı. İstanbul Tıp Kitapevleri, 2020, s: 432.
- Swanton, A. R., & Gormley, E. A. (2020). Prevention of urinary incontinence in women. *Current Urology Reports*, 21, 1-7.
- Şener, N., & Ayça, ŞOLT. (2022). Üniversite öğrencilerinde üriner inkontinans prevalansı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 435-444.
- Taşdemir, C. Risk Faktörleri Önleyici Tedbirler. Onur, M. R., & Bayrak, Ö. (2015). Üriner İnkontinans-Tanı ve Tedavi. Nobel Tıp Kitabevleri-Türk Üroloji Akademisi Yayını, No:2, İstanbul Nobel Kitapevleri,2015,s :77-83.
- Ural, Ü. M., Gücük, S., Ekici, A., & Topçuoğlu, A. (2021). Urinary incontinence in female university students. *International Urogynecology Journal*, 32, 367-373.
- van Breda, H. M., Bosch, J. R., & de Kort, L. M. (2015). Hidden prevalence of lower urinary tract symptoms in healthy nulligravid young women. *International urogynecology journal*, 26, 1637-1643.
- van Vuuren, A. J., Van Rensburg, J. A., Jacobs, L., & Hanekom, S. (2021). Exploring literature on knowledge, attitudes, beliefs and practices towards urinary incontinence management: a scoping review. *International Urogynecology Journal*, 32, 485-499.
- Yılmaz, T., & Tüzer, H. (2020). Hemşirelik Öğrencilerinin Üriner İnkontinans Yönetimi Bilgi ve Becerilerinin Geliştirilmesinde Simülasyon ve Web Tabanlı Eğitim Yöntemlerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi.
- Yıldırım, Ö. Ö., (2021). İnkontinans Sağlık İnancı Geliştirme Programının Kadınların Üriner İnkontinans Farkındalıkları Ve Sağlık İnancı Üzerine Etkisi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, Samsun.
- Yıldırım, Ö., Eren, D. Ç., Korkmaz, M., & Avcı, İ. A. (2020). Üniversite Öğrencilerinin Üriner İnkontinans Farkındalıkları Ve Benlik Saygıları Arasındaki İlişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 13(3), 170-177.
- Živković, D., Franić, D., & Kojović, V. (2022). Urinary Incontinence—from Childhood Onwards. *Acta clinica Croatica*, 61(1.), 115-122.

Derleme Makalesi/Review Article

Gebelikte Tiroit Fonksiyon Bozuklukları ve Beslenme

Saime ŞAKI¹, Başak ÖNEY²

Thyroid Dysfunction and Nutrition During Pregnancy

ÖZ

Gebelik döneminde tiroit fonksiyon bozuklukları, anne ve fetus sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek ciddi sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Tiroit hormonları, fetüsün nörolojik gelişimi ve gebelik süresince metabolik denge için hayati öneme sahiptir. Bu çalışma, gebelikte tiroit fonksiyon bozukluklarının (hipotiroidizm, hipertiroidizm) etkilerini ve bu bozuklukların beslenme ile yönetimini incelemektedir. Gebelikte yeterli iyot alımı, tiroit hormonlarının sentezi için kritik olup, iyot eksikliği durumunda anne ve fetus ciddi risklerle karşı karşıya kalabilir. Ayrıca, selenyum ve demir gibi mikro besinlerin eksiklikleri de tiroit fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyebilir ve bu dönemdeki tiroit bozukluklarını şiddetlendirebilir. Bu çalışmada, gebelikte tiroit sağlığını desteklemek amacıyla beslenme stratejileri ve mikro besinlerin önemi vurgulanmıştır. Sonuç olarak, gebelikte tiroit sağlığını optimize etmek için beslenme durumunun izlenmesi ve uygun müdahalelerin yapılması hem anne hem de bebek sağlığını korumada önemli bir etkiye sahiptir.

Anahtar kelimeler: Gebelik, Hashimoto, hipertiroid, hipotiroid, iyot

ABSTRACT

Thyroid dysfunction during pregnancy is among the serious health problems that can negatively affect the health of the mother and the fetus. Thyroid hormones are vital for the neurological development of the fetus and metabolic balance during pregnancy. This study examines the effects of thyroid dysfunction (hypothyroidism, hyperthyroidism) during pregnancy and the management of these disorders through nutrition. Adequate iodine intake during pregnancy is critical for the synthesis of thyroid hormones, and in case of iodine deficiency, the mother and the fetus may face serious risks. Additionally, deficiencies in micronutrients such as selenium and iron can also negatively affect thyroid functions and exacerbate thyroid disorders during this period. In this study, the importance of nutritional strategies and micronutrients to support thyroid health during pregnancy is emphasized. As a result, monitoring nutritional status and making appropriate interventions to optimize thyroid health during pregnancy has a significant impact on protecting the health of both mother and baby.

Keywords: Hashimoto, hyperthyroid, hypothyroid, iodine, pregnancy

¹ **Sorumlu Yazar;** Diyetisyen, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul, Türkiye, **e-mail:** saimesaki@hotmail.com, **ORCID ID:** 0009-0004-6757-425X

² Dr. Öğr. Üyesi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul, Türkiye. **e-mail:** dytbasak@gmail.com, **ORCID ID:** 0000-0003-2695-6978

Geliş Tarihi: 15.09.2024, **1. Revizyon:** 25.04.2025 **Kabul Tarihi:** 12.06.2025 **Online Yayın Tarihi:** 31.07.2025

Atıf/Citation: Şaki S ve Öney B. (2025). Gebelikte tiroit fonksiyon bozuklukları ve beslenme. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 11 (2) , 42-50.



This work is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International

EXTENDED ABSTRACT

Pregnancy is a period characterized by dynamic physiological and hormonal changes that are crucial for maternal well-being and fetal development. Among the endocrine regulators, thyroid hormones play a vital role, particularly in fetal neurodevelopment and maternal metabolic regulation (Mikulska et al., 2022). Thyroid dysfunctions—including hypothyroidism, hyperthyroidism, and Hashimoto's thyroiditis—are among the most frequently encountered endocrine disorders during pregnancy and are associated with significant maternal and fetal complications (Tekin & Güven, 2014). Therefore, early diagnosis, continuous hormonal monitoring, and targeted nutritional strategies are essential for managing thyroid health during gestation.

Hypothyroidism is the most common thyroid disorder in pregnancy, typically arising from iodine deficiency or autoimmune causes such as Hashimoto's thyroiditis (Gaitonde et al., 2012). Even subclinical hypothyroidism may lead to adverse outcomes such as miscarriage, preeclampsia, fetal growth restriction, and neurodevelopmental disorders in the neonate (TEMD, 2020). Given the increased demand for thyroid hormones during pregnancy—up to 50%—adequate intake of essential nutrients such as iodine, selenium, and iron becomes critical (Stagnaro-Green et al., 2011). Hashimoto's thyroiditis, the leading cause of hypothyroidism in iodine-sufficient regions, is also frequently associated with other autoimmune conditions like type 1 diabetes and celiac disease (Geetha et al., 2023; Husebye et al., 2018). In such cases, preconception and prenatal monitoring of TSH levels and timely initiation of levothyroxine (LT4) therapy are essential to prevent complications.

Hyperthyroidism, while less prevalent, often results from Graves' disease and poses serious risks during pregnancy, including maternal heart failure, preterm labor, and low birth weight in infants (Taylor et al., 2018). Antithyroid medications such as propylthiouracil (PTU) are preferred in the first trimester due to the teratogenic potential of methimazole. Clinical management requires precise titration to balance maternal and fetal thyroid function (TEMD, 2020).

Nutrition plays a central role in supporting thyroid function. Iodine is indispensable for thyroid hormone synthesis, and its deficiency remains the leading global cause of preventable hypothyroidism. In Turkey, the national salt iodization program launched in 1994 has significantly reduced iodine deficiency disorders (Bakır & Şahin, 2019). Selenium, acting as a cofactor in antioxidant selenoproteins, is involved in modulating thyroid autoimmunity and may reduce

anti-TPO levels in Hashimoto's patients (Rayman, 2012; Wichman et al., 2016). Iron is also critical, as its deficiency can impair iodine metabolism and reduce thyroid hormone production (Sharma et al., 2014). Nonetheless, excess intake of either selenium or iodine may pose health risks, highlighting the need for balanced consumption (Krysiak & Okopien, 2011).

While some studies suggest that a gluten-free diet may benefit patients with Hashimoto's thyroiditis by reducing antibody levels, robust evidence supporting such interventions in non-celiac patients remains limited (Szczyuko et al., 2022). Therefore, a gluten-free diet is only recommended for patients with confirmed celiac disease. More broadly, an anti-inflammatory, plant-based dietary pattern is advocated to reduce immune-related inflammation and support thyroid health (Szczyuko et al., 2022).

In conclusion, thyroid dysfunctions during pregnancy can have far-reaching implications for both maternal and fetal health. Comprehensive management strategies involving early diagnosis, endocrinological monitoring, and individualized nutrition interventions are essential. Nutritional adequacy in iodine, selenium, and iron not only supports thyroid function but also mitigates disease progression. A multidisciplinary approach involving endocrinologists, obstetricians, and dietitians is crucial. Future longitudinal studies are needed to better understand the long-term benefits of nutritional interventions in managing thyroid disorders during pregnancy.

GİRİŞ

Gebelik süreci, dişi gamet ve erkek sperm hücresinin birleşmesiyle başlar ve genellikle son âdet tarihinin ilk günü olarak kabul edilir. Ortalama olarak 9 ay 10 gün süren gebelik süreci, döllenmenin gerçekleşmesi ve embriyonun rahim duvarına implantasyonu ile devam eder. Bu süre boyunca embriyo, fetus olarak gelişimini sürdürür. Gebelik üç trimester dönemine ayrılır ve her bir trimester, fetusun gelişim aşamalarını ve anne vücudunda çeşitli değişiklikleri içerir. Gebelik sürecinde annenin ve fetusun sağlığı, düzenli prenatal kontrollerle izlenir ve süreç doğumla sonlanır (Magon, 2012; Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2022).

Gebelik sırasında rahim büyür, yumurtlama durur ve hormonal değişiklikler yaşanır. Bu değişiklikler konstipasyon, gaz sorunları, meme uçları ve dış genital organlarda koyulaşma, memelerde büyüme ve hassasiyet ile süt bezleri ve kanallarının gelişmesi şeklinde kendini gösterir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2022). Hormonal açıdan, gebelik süresince progesteron, östrojen, protein hormonları ve hCG (insan koryonik gonadotropin) ve tiroit hormonları önemli roller üstlenir. Tiroit hormonları,

metabolizmanın düzenlenmesi ve fetal gelişim için kritik rol oynar.

Gebelikte tiroit hormonları, anne ve bebek sağlığı için kritik bir rol oynar. Bu hormonlar, fetal beyin ve sinir sistemi için gereklidir. Fetal tiroit bezi, 8-10. haftalar arasında hızla gelişir ve iyot seviyesiyle hormon üretim kapasitesi artar. Dolayısıyla tiroit hormonlarının dengeli bir şekilde düzenlenmesi, hem annenin hem de bebeğin sağlığı açısından çok önemlidir. (Mikulska ve ark., 2022). Gebelikte sık görülen tiroit hastalıkları arasında hipotiroidizm, hashimoto tiroiditi ve graves hastalığı bulunur. Bu hastalıklar tedavi edilmezse hem anne hem de bebek sağlığı üzerinde olumsuz etkilere yol açabilir. Hipotiroidizm, gebelik komplikasyonlarını artırabilir ve bebekte gelişim geriliği riskini taşır. Hashimoto tiroiditi, otoimmün bir hastalık olup, hipotiroidizme yol açabilir. Graves hastalığı ise, tiroit bezinin aşırı aktif olduğu bir durumdur ve gebelik sırasında önemli riskler taşır (Mikulska ve ark., 2022). Tiroit hastalıklarının yönetiminde, yeterli iyot alımı ve dengeli beslenme büyük önem taşır. İyot, tiroit hormonlarının sentezi için gerekli bir bileşiktir; bu nedenle gebelik sürecinde yeterli iyot alımı, anne ve bebek sağlığının korumasında hayati bir rol oynamaktadır. İyot eksikliği durumunda, bebekte zihinsel ve fiziksel gelişim problemleri görülebilir. Bu nedenle, gebelerin günlük iyot alımını sağlamak için iyotlu tuz ve iyotlu multivitaminler gibi kaynaklardan iyot almaları önerilir. Ayrıca, dengeli bir beslenme planında iyotlu yiyeceklerin (deniz ürünleri, süt ürünleri, yumurta gibi) yer alması önemlidir (Liontiris ve Mazokopakis, 2017).

GEBELİKTE TİROİT FONKSİYON BOZUKLUKLARI

Tiroit Bezinin Anatomisi ve Fizyolojisi

Endokrin sistem, vücuttaki dengenin ve fonksiyonların kontrolünde rol oynayan önemli bir sistemdir. Bu sistem, hormon adı verilen kimyasal mesajları üreten ve taşıyan bezlerden oluşmaktadır. Hormonlar, kana verilerek vücudun çeşitli bölgelerindeki hücrelere iletilir ve burada belirli fonksiyonları düzenlerler. Endokrin sisteminin organları şu şekildedir; tiroit bezi, paratiroid bezleri, pankreas, hipofiz, adrenal bezler, gonadlar, timüs (Çocuk ve Ergenlerde Tiroid Hastalıkları, 2019).

Tiroit bezi, boynun alt kısmında bulunan ve vücut gelişimi süresince aşağı doğru inen iki loblu bir organdır. Gelişim sürecinde, tiroit bezi hyoid kemik ve larinks kıkırdakları önünden geçerek, trakeanın önünde 7. haftada son konumuna ulaşır. 3. ayın sonunda fonksiyon göstermeye başlar ve tiroit hormonları olan tiroksin ve triiyodotironin üretir. Parafoliküler hücrelerden de kalsitonin salgılanır.

Doğumda yaklaşık 1.5 gram olan tiroit bezi, 16 yaşına kadar büyüyerek yetişkinlerde ortalama 17-20 gram ağırlığına ulaşır. Tiroit bezinin büyüklüğü genellikle vücudun yaşına ve kütlesine bağlı olarak artar. Bu nedenle, genellikle erkeklerde daha büyüktür ve boy ile doğru orantılıdır (Temür, 2009).

Tiroit bezi, vücutta birçok organı, dokuyu ve hücreyi etkileyen önemli hormonlar üretir. Tiroit bezi, hipofiz bezinden salgılanan tiroit uyarıcı hormon (TSH) tarafından uyarıldığında tepki verir ve T4 ile T3 hormonlarını üretir. T3, aktif tiroit hormonu olup vücuttaki birçok süreci düzenler, örneğin yağ ve karbonhidrat metabolizması, vücut ısısı ve kalp atış hızı gibi. Ayrıca, kalsitonin adlı bir hormon üreterek kalsiyum düzeyini düzenler (Liontiris ve Mazokopakis, 2017).

Tiroit hormonlarının sentezi, tirozin adlı bir amino asit ve iyot minerallerinin birleşmesini gerektirir. Tiroit bezi hücrelerinde, iyot hidrojen peroksit tarafından oksitlenerek iyoda dönüştürülür, bu reaksiyona "iyodinasyon" denir. Tirozin halkasına eklenen iki ek iyot molekülü, tiroit peroksidad (TPO) enzimini içeren bir reaksiyonla tiroit hormonlarının üretiminden sorumlu bir adımı oluşturur. Tamamlanan tiroit hormonları kan dolaşımına salınır ve hücrelere ulaşarak spesifik tiroit reseptörlerine bağlanarak metabolik etkilerini gösterir. Tiroit hormonlarının biyosentezi, hipotalamik-hipofiz-tiroit eksenini (HPT eksenini) içindeki geri bildirim mekanizmaları tarafından sıkı bir şekilde kontrol edilir (Liontiris ve Mazokopakis, 2017).

Fetus ve Yenidoğanda Tiroit Fizyolojisi

Fetüs, temel olarak T4 üretir ve gebelik süresince total T3 ve serbest T3 düzeyleri genellikle düşüktür, rT3 düzeyleri ise artar. Bu bileşiklerin çoğu, periferik dokularda T4'ün dönüşümü ile elde edilir. Doğum sonrası, yenidoğanın T3 eksikliği yerine hızla T3 tirotoksikozuna geçiş yapar. Doğumdan hemen sonra, serum TSH seviyeleri hızla yükselir ve 48-72 saat içinde normale döner. T4 ve T3 seviyeleri doğumdan sonra hızla artar ve metabolik olarak aktif olan T3, 24 saat içinde zirveye ulaşır. Bu tiroit değişiklikleri, doğumdan sonra bebeğin soğuk çevreye adaptasyonunu kolaylaştıran savunma mekanizmalarıdır. Gebelik sırasında yüksek rT3 düzeyleri, doğumdan sonraki ilk 3-5 gün boyunca devam eder ve sonrasında kademeli olarak normal seviyelere döner (Temür, 2009).

GEBELİK SÜRECİNDE TİROİT BEZİ HASTALIKLARI VE BESLENME

Gebelik ve Hipotiroidi

Hipotiroidi, tiroit bezi tarafından yetersiz tiroit hormonu salgılanması veya hipotalamus ya da hipofiz bezi tarafından nöromusküler elektrik stimülasyonu olduğunda ortaya çıkar. Nedenleri primer bez yetmezliği veya iyatrojenik, geçici veya merkezi olabilir. Diğer nedenler arasında ise düşük tiroit uyarıcı hormon seviyeleri, hipofiz tümörü, tiroit cerrahisi, şiddetli iyot eksikliği ve hamilelik sayılabilir. (Gaitonde ve ark., 2012).

Artmış TSH seviyesi ile azalmış sT3 ve sT4 seviyesi hipotiridi olarak tanımlanmaktadır. Gebeliğin ilk trimesterinde TSH seviyesinin 2,5 ve üzerinde, ikinci ve üçüncü trimesterde ise 3,0'un üzerinde olması durumunda patolojik olarak hipotiroidi kabul edilmektedir (Tekin ve Güven, 2014). TSH seviyeleri yüksek olan bir kadında, subklinik veya aşikâr (klinik) tiroidi saptamak için sT4 seviyesine bakılması gerekmektedir. Gebelikte artmış TSH seviyesiyle beraber azalmış T4 seviyeleri aşikâr hipotiroidi göstergesidir. Subklinik hipotiroidizm ise serum TSH seviyesi 2,5-10 mU/L aralığında olup, sT4 seviyesi normal referans aralığındadır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği [TEMED], 2020). TSH seviyesinin yüksek olmasının abortus, fetal ve neonatal ölümlerle ilişkili olduğu görülmüştür (Tekin ve Güven, 2014). Yapılan çalışmada, subklinik hipotiroidi maternal ve fetal için riskli bulunmuştur. Bir başka araştırmada ise anti-TPO pozitif subklinik hipotiroidide, LT4 tedavisinin obstetrik riskleri azalttığı görülmüştür. Bu nedenle bu hasta grubunda LT4 tedavisi önerilmektedir (TEMED, 2020). Gebelikte beraber görülen halsizlik, soğuk hassasiyeti, konstipasyon ve kilo artışı hipotiroidinin belirtileri olabilir. İyot alımının yeterli olduğu bölgelerde gebeliğe bağlı hipotiroidizmin en sık nedeni hashimoto tiroidi olarak bilinen otoimmün tiroittir. İyot tüketiminin yetersiz olduğu toplumlarda ise iyot eksikliği, hipotiroidi ve guatrla beraber izlenir. Hipotiroidi azalmış doğurganlık ve ilk trimesterde artmış düşük riski taşır. Ayrıca şiddetli iyot eksikliği fetal ve neonatal dönemde beyinde nörolojik hasara sebep olabilir (Tekin ve Güven, 2014).

Gebe bireylerde, gebeliğin dördüncü haftasında artmış LT4 gereksinimi olur. TSH seviyeleri ilk trimesterde insan koryonik gonadotropin tarafından TSH reseptörünün zayıf uyarılması nedeniyle azalır, daha sonra normale döner (Wilson ve ark., 2021). Hamilelik onaylandıktan sonra mevcut hipotiroidizmi olan hastalar, haftada iki gün ekstra bir LT4 dozu alarak maternal riski azaltılabilir (Wilson ve ark., 2021).

Hipotiroidi ve Beslenme

Hipotiroidizmin dünya çapındaki başlıca nedeni iyot eksikliğidir ve bu sorun, diyetle iyot eklenmesiyle ortadan kaldırılabilir. Dünya genelinde birçok ülkede iyot yetersizliği, tuzun iyotlanması ile çözülmektedir. Günümüzde, dünya nüfusunun %70'i iyotlu tuza erişim sağlayabilmektedir (Liontiris ve Mazokopakis, 2017).

Türkiye'de 1994 yılında başlatılan "İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı" ile sofraya tuzlarına iyot eklenmesi zorunlu hale getirilmiştir. Gelişmiş ülkelerde, düzenli süt ürünleri tüketimi iyot yetersizliği riskini azaltırken, gelişmekte olan ülkeler ve katı vegan diyeti uygulayanlar bu risk altındadır (Bakır ve Şahin, 2019). İyot alım düzeyinin altında veya üstünde tüketim olan bölgelerde hipotiroidizm görülme sıklığı artmaktadır, bunun yanı sıra aşırı iyot alımı hashimoto tiroiditi riskini artırabilir (Liontiris ve Mazokopakis, 2017).

İyot eksikliği genellikle demir eksikliği ile birlikte görülür ve tiroit hormon sentezini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle, bireylerin serum demir düzeyleri düzenli olarak kontrol edilmeli ve yeterli demir alımı sağlanmalıdır (Sharma ve ark., 2014).

Demirin yanı sıra selenyum, tiroit hormon üretimi de dahil olmak üzere çeşitli fonksiyonlarda rol oynayan önemli bir iz elementtir ve tiroit bezinde yüksek seviyede bulunan selenyum, tiroit hastalıklarıyla ilişkilendirilmiştir (Schomburg, 2016; Rayman, 2012). Selenyum eksikliği, tiroit hormon sentezinde rol oynayan selenoproteinlerin aktivitesinde azalmaya ve hipotiroidizme yol açabilir (Duntas ve Benvenga, 2015). Selenyum desteğinin hashimoto tiroiditi olan hastalarda anti-TPO düzeylerini azaltabileceğini gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Wichman ve ark., 2016; Ventura ve ark., 2017). Ayrıca, LT4 ile tedavi edilen otoimmün tiroiditli hastalarda selenyum desteğinin inflamatuvar sitokinlerin düzeylerini de azalttığı görülmüştür. Ancak, selenyumun aşırı alımı toksik etkilere yol açabileceğinden, yeterli seviyede alınması ve selenyum kaynağı olan besinlerin düzenli olarak tüketilmesi önemlidir (Krysiak ve Okopien, 2011). Selenyum, çoğunlukla deniz ürünleri, hayvan etleri, tam tahıllar ve bazı yağlı tohumlarda bulunur. Ancak, deniz ürünleri, içerdikleri yüksek iyot miktarı nedeniyle selenyum alımını artırırken aynı zamanda iyot alımına dikkat edilmesi gereken bir kaynaktır (Hu ve Rayman, 2017).

Gebelik ve Hashimoto Tiroiditi

Hashimoto tiroiditi, en sık görülen otoimmün tiroit bozukluğudur ve tiroit dokusunda kronik iltihaplanmaya neden olur. Hashimoto hastalarının %20-30'unda hipotiroidizm bulunmaktadır (McLeod ve Cooper, 2012). Otoimmün tiroidi sıklığı kadınlarda

erkeklerle oranla daha yüksektir ve yaşla birlikte artar (TEMD Tiroid Hastalıkları ve Tanı Tedavi Kılavuzu, 2020; Geetha ve ark., 2023). Haşimato tiroiditi, tiroit dokusuna saldıran antitiroit antikorlarının ilerleyici fibroze neden olmasıyla ortaya çıkar. Hastalık, diğer otoimmün hastalıklarla birlikte sık görülür, örneğin kronik otoimmün gastrit, vitiligo ve romatoid artrit (TEMD, 2020).

Haşimato hastalığının başlangıç evresinde, tiroit fonksiyonu geçici olarak artabilir ve dolaşıma karışan tiroit hormonları tirotoksikozu yol açabilir. Ancak hastalık ilerledikçe tiroit fonksiyonu genellikle yavaş yavaş azalır ve kalıcı hipotiroidiye neden olabilir (TEMD, 2020). Ötiroid hastalarda tedavi genellikle gereksizdir, ancak subklinik hipotiroidi vakalarında veya açık hipotiroidi gelişen hastalarda LT4 (levotiroksin) tedavisi önerilir. LT4 tedavisi, özellikle hipotiroidi bulunan çocuklarda ve haşimato tiroiditi ile ilişkili guatrı olan bireylerde tiroit hacmini önemli ölçüde azaltabilir (Geetha ve ark., 2023).

Haşimato tanısı konmuş bir kadınların gebelik planlanması yapacakları durumlarda, gebelik öncesinde TSH düzeyleri mutlaka kontrol edilmelidir. Gebelik sırasında hedeflenen TSH düzeylerine ulaşmak için gerekiyorsa uygun LT4 replasman tedavisi yapılmalıdır. Bu, gebelik sırasında tiroit hormonlarının düzenli bir şekilde çalışmasını sağlayarak hem maternal hem fetal sağlığını korumak için önemlidir (TEMD, 2020). Haşimato tanılı bir kadın hamile kaldığında, gebelik süresince anne, bebek veya her ikisini birden etkileyebilecek sorunlar ortaya çıkabilir. Hastalığın iyi tarafı, dikkatli yaklaşım ve düzenli takip ile tedavinin yüksek başarı oranına sahip olmasıdır. Tedavi edilemeyen haşimato hastalığı; kalp yetmezliği, koma ve ölüme kadar varabilen sorunlara yol açabilir. Bunlara ek olarak üreme sağlığında kısırlık, düşük ve doğum defektleri görülebilir.

Bebek, kendi tiroit hormonunu üretmeye başlayana kadar bu ihtiyacını anneden karşılar. Ancak tiroit hormonlarının ana bileşeni olan iyot açısından bebek, annesine bağımlıdır (Thangaratinam ve ark., 2011). Bu nedenle, gebelerin günlük olarak 250 mikrogram iyot alması gerekmektedir (Stagnaro-Green ve ark., 2011).

Haşimato Tiroiditi ve Beslenme

Haşimato, diğer kronik hastalıklarla birlikte sıklıkla görülen bir durumdur, bunlar arasında otoimmün hastalıklar da bulunmaktadır. Hastalığının prevalansı, gluten veya buğdaya aşırı duyarlılık olmayan bireylerde ve dermatit herpes hastalarında belirgin şekilde artmaktadır. Ek olarak, 65 yaş üstü bireylerde otoimmün tiroit hastalığı olanlarda çölyak hastalığının görülme sıklığının daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir (Szczyko ve ark., 2022). Yapılan araştırmalar, tip 1 diyabetli hastaların %17'sinden

fazlasında aynı zamanda haşimato hastalığının varlığının tespit edildiğini ortaya koymaktadır (Husebye ve ark., 2018). Tip 1 diyabetli ve anti-TPO ve anti-TG antikor seviyeleri yüksek olan hastalarda hipotiroidizm geliştirme riski, bu antikorları taşımayan hastalara kıyasla 18 kat daha yüksektir (Szczyko ve ark., 2022).

Haşimato hastalığı, polikistik over sendromu (PCOS) tanısı konulan hastalarda en sık rastlanan tiroit bozukluğudur ve bu tanıyı alan hastaların %70'ini etkileyebilir (Husebye ve ark., 2018). Bunun yanı sıra, haşimato hastalığı sıklıkla ruhsal bozukluklarla ilişkilendirilmektedir. Lenfositik tiroidit ile mücadele eden hastalarda obsesif kompulsif bozukluklar daha sık görülür. Obsesif kompulsif bozuklukların genel popülasyonda %1-3 arasında olduğu tahmin edilirken, bu bozukluk haşimato hastalarının %15'inden fazlasını etkileyebilir (Siegmann ve ark., 2018). Haşimato hastalığında farmakoterapi, tedavinin temel bileşenidir ve LT4 gibi ilaçlarla, hastanın vücut ağırlığı ve tiroit dokusundaki hasar derecesine göre dozaj ayarlanarak uygulanır (Ihnatowicz ve ark., 2021).

Çölyak hastalığı ve kronik lenfositik tiroiditin sıklıkla birlikte görülmesi, bilim insanlarını haşimato hastalığı olan bireyler için glutensiz bir diyetin uygun olabileceğini düşünmeye yöneltmiştir. Bu bağlamda, glutensiz diyetin etkinliği ve güvenliği üzerine çeşitli araştırmalar yapılmıştır (Riseh ve ark., 2017). Glutensiz beslenme bazı hastalarda anti-tiroit antikorlarının azalmasına ve gastrointestinal semptomların düzelmesine katkıda bulunmuştur. Ancak, glutensiz diyetin haşimato hastalığında genel bir fayda sağladığını gösteren kesin kanıtlar mevcut değildir. Glutensiz beslenme sadece çölyak hastalığı veya gluten duyarlılığı olan haşimato hastalarına önerilmektedir (Szostak-Wegierek ve ark., 2018). Sonuç olarak, glutensiz diyet tiroit hormonlarının eksik üretimini çözmekte ve bu nedenle haşimato hastalarının ana problemini gidermemektedir. Haşimato hastalığının neden olduğu inflamasyonu azaltmak için antiinflamatuvar bir diyet, özellikle bitki bazlı beslenme önerilmektedir (Szczyko ve ark., 2022).

Gebelik ve Hipertiroidi

Hipertiroidi, tiroit bezinin aşırı aktif çalışmasıyla ilişkili olarak fazla tiroit hormonu salgılanmasını ifade eder ve metabolizmanın hızlanması gibi belirtilerle kendini gösterir (Taylor ve ark., 2018). Tiroit bezinden aşırı hormon üretimi hipertiroidi olarak adlandırılırken, kanda tiroit hormonlarının fazlalığı tirotoksikoz olarak ifade edilir. Tirotoksikoz, tiroit bezi dışı nedenlerden kaynaklanıyorsa "hipertiroidi olmayan tirotoksikoz" olarak adlandırılır. Tirotoksikozun en yaygın nedeni Graves hastalığıdır; diğer yaygın nedenler ise toksik multinodüler guatr ve

toksik adenoma bağlıdır (Kut ve Atmaca, 2013). Graves hastalığı, otoimmün bir hastalık olup, tiroit bezinin aşırı hormon üretmesine yol açar. Bu hastalıkta otoantikörler, tiroit bezini aşırı uyararak hormon salgısını artırır (Taylor ve ark., 2018). Toksik multinodüler guatr, genellikle iyot eksikliği olan bölgelerde görülür ve TSH reseptör genindeki mutasyonlarla ilişkilidir. Toksik adenom ise genellikle 30-40 yaş arasında görülür ve TSH reseptör gen mutasyonunun rol oynadığı bir durumdur (Kut ve Atmaca, 2013).

Gebelikte hiperitorit tanısı koymak zor olabilir çünkü hipertiroideye ait klinik semptomlar normal gebelik seyri sırasında da sıkça görülebilir. Gebelikte hipertiroit nadir görülür (%0,05-3), ancak hipertiroit görüldüğünde en sık neden Graves hastalığıdır. Graves hastalığı gebelikte ilk kez ortaya çıkabilir veya daha önceden hipertiroidizmi olan bireyde nüksedebilir. Toksik nodüler guatr daha az sıklıkla tespit edilir (TEMD, 2020).

Gebelikte hipertiroidi veya hipertiroidi tedavisi, gebeliğin seyrini ve sonucunu olumsuz etkileyebilir. Gestasyonel hipertiroidizm maternal, fetal veya yenidoğanda komplikasyonlara sebep olabilmektedir. Maternalde; konjestif kalp yetmezliği, preeklampsi, plasantanın erken yırtılması ve erken doğum riski bulunurken fetüste; düşük doğum ağırlığı, prematüre doğum, ölü doğum ve doğuştan anomaliler görülme riski bulunmaktadır (Aktaş ve Pekkolay, 2016). Bu sebeple erken tanı ve tedavi önem kazanmaktadır. İlk tedavi yöntemi genellikle hidroeletrolit bozukluklarının düzeltilmesiyle semptomatik tedaviden oluşmaktadır (İjdd ve ark., 2023). Tedavi de klinik tabloya bağlı olarak antitiroit ilaçlar kullanılabilir. Bu ilaçlar plasentadan geçerek fetal tiroit bezini etkileyebilir. Metimazolün teratojenite riski nedeniyle özellikle ilk trimesterde tercih edilen antitiroit ilaç propiltiourasildir. Semptomların kontrolü için gebelik sırasında kısa süreli ve düşük dozlu β -bloker tedavisi de kullanılabilir ancak kullanımı birkaç hafta ile sınırlı olmalıdır. Daha uzun süreli β -bloker kullanımı düşük ve fetal büyüme geriliğine neden olabilir. Özellikle gebeliğin son dönemlerinde kullanımı ise nenoatal hipoglisemi, apne ve kalp atış hızında yavaşlamaya yol açabilir (TEMD, 2020).

Hamileliğin her trimesterinde TSH referans aralıkları değişiklik göstermektedir. 2011 Amerikan Tiroit Birliği önerilerinde bulunan trimesterlarda TSH referans aralığı Tablo 1'de gösterilmiştir (Stagnaro-Green ve ark., 2011).

Tablo 1. Trimesterlarda TSH referans aralıkları

Trimester	TSH referans aralığı
1.Trimester	0.1 – 2.5 mIU/L
2.Trimester	0.2 – 3.0 mIU/L
3.Trimester	0.3 – 3.0 mIU/L

Hipertiroidi ve Beslenme

Hipertiroidide beslenme stratejileri, tiroit bezinin aşırı aktivitesinin kontrol altına alınması için önemlidir ve deiyodine tuz kullanımı bu bağlamda öncelikli bir yöntemdir. Deiyodine tuzlar, tiroit hormonlarının üretimini ve serbest bırakılmasını düzenleyerek tiroit fonksiyonlarının düzenlenmesine yardımcı olur. Bu nedenle, hipertiroidizm yönetiminde deniz tuzu gibi iyot açısından zengin tuzlardan kaçınılması önerilmektedir, zira aşırı iyot alımının hipertiroidizmin semptomlarını kötüleştirebileceği bilinmektedir (Gül ve ark., 2011). Ayrıca, iyot içeren besinlerin tüketiminden kaçınılması da tavsiye edilmektedir. Deniz ürünleri ve iyotlu tuz gibi bu tür besinlerin yanı sıra, besin takviyeleri ve öksürük şurupları gibi ürünlerin etiketlerindeki iyot miktarı da kontrol edilmelidir.

Guatrojenik olarak adlandırılan besinler, hipertiroidide beslenme stratejilerinin önemli bir bileşeni oluşturur. Bu besinler, tiroit hormon sentezini engelleyen goitrin adlı bir bileşen içerirler. Bu nedenle, brokoli, brüksel lahanası, çiçek lahanası ve turp gibi guatrojenik besinlerin tüketimi, bireyin diyetindeki kısıtlamalara göre düzenlenmelidir (Taylor ve ark., 2018). Bu beslenme stratejileri, hipertiroit yönetiminde kritik bir rol oynar ve bireyin sağlık durumu ve tıbbi geçmişi göz önünde bulundurularak kişiselleştirilmelidir (Mahan ve ark., 2012).

Tiroit Bezi Hastalıklarının Yenidoğan Üzerine Etkileri

Maternal hipotiroidi ve hipertiroidi, hem annede hem de fetüste olumsuz etkilere sahiptir. Bunlar arasında tedavi edilmemiş hipotiroidinin en önemli bilinen sonucu zeka düzeyindeki azalmadır (Stagnaro-Green ve ark., 2014). Tiroit işlev bozukluklarının maternal ve fetal üzerinde etkileri Tablo 2' de verilmiştir (Tekin ve Güven, 2014).

Tablo 2. Tiroit işlev bozukluklarının maternal ve fetüs üzerindeki etkileri

	Hipotiroidi	Hipertiroidi
Maternal	Gestasyonel hipertansiyon Preeklampsi Artmış plasental ağırlık	Kalp yetmezliği Preeklampsi Gestasyonel diabetes mellitus
Fetal	Kretenizm Düşük doğum ağırlığı Fetal kayıp Spontan abortus İntrauterin gelişim geriliği	Preterm doğum Düşük doğum ağırlığı Ölü doğum Neonatal mortalite

Erken gebelikte, maternal tiroit hormonları nöral proliferasyon ve migrasyon süreçlerini desteklemektedir. Gebeliğin ortalarından itibaren, hem maternal hem de fetal tiroit hormonları nörogenesis, nöron migrasyonu, aksonal büyüme, dendritik arborizasyon ve sinaptogenez gibi nöral gelişim süreçleri için kritik öneme sahiptir. Gebeliğin ilerleyen evrelerinde, miyelinizasyonun başlaması için tiroit hormonları gerekli hale gelir (Tekin ve Güven 2014). Gebelik sürecindeki tiroit hormon eksikliği, genel zeka düzeyi, dil fonksiyonları, vizyospasial yetenekler ve hafıza fonksiyonları gibi nörolojik gelişimsel bozukluklara yol açabilmektedir. Bu bozukluklar arasında otizm de bulunmaktadır (Wheeler ve ark., 2011). Gebelik sürecinde, iyot alımının %50 artırılması, yeterli düzeyde tiroit hormonu salgılanması ve fetüsün ihtiyaçlarının karşılanması için gereklidir. Ancak, diyet yoluyla yeterli düzeyde iyot alınamadığında, iyot eksikliği ve annenin normal tiroit fonksiyonlarına sahip olmasına rağmen, fetüste hipotiroidi gelişebilir. Anne tarafından geliştirilen regülatuar mekanizmalar nedeniyle hipotiroidi belirtileri genellikle görülmez, ancak fetüsün tiroit dokusu yeterince olgunlaşmadığından dolayı T4 ve T3 hormonlarının üretimi azalır. Bu durumda, fetal hipotiroidi gelişebilir ve fetal beyin gelişimi etkienerek nörolojik bozukluklar meydana gelebilir (Tekin ve Güven, 2014)

SONUÇ

Gebelik süresince tiroit hormonlarının yeterli düzeyde olması, fetüsün nörolojik gelişimi ve metabolik denge için kritik öneme sahiptir. Hem hipotiroidizm hem de hipertiroidizm, gebelik komplikasyonlarına ve olumsuz fetal sonuçlara yol açabilecek ciddi durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırmalar, gebelikte yeterli iyot alımının tiroit fonksiyonlarını korumada hayati rol oynadığını ortaya koymuştur. İyot eksikliği, hem maternal hem de fetal sağlık için ciddi riskler taşıdığından, gebelik süresince iyot açısından zengin

besinlerin tüketilmesi ve gerektiğinde iyot takviyesi yapılması önerilmektedir. Ayrıca, selenyum ve demir gibi mikro besinlerin yeterli düzeyde alınması, tiroit sağlığını desteklemekte ve hastalıkların önlenmesinde önemli bir katkı sağlamaktadır. Bu çalışmanın bulguları, gebelikte tiroit sağlığını korumak ve tiroit fonksiyon bozukluklarını yönetmek için beslenmenin kritik bir faktör olduğunu göstermektedir. Gebelik döneminde anne adaylarının beslenme durumlarının yakından izlenmesi, gerekli takviyelerin yapılması ve beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi, hem anne hem de fetüs sağlığını optimize etmeye yardımcı olacaktır. Sonuç olarak, gebelikte tiroit fonksiyon bozukluklarının önlenmesi ve yönetimi için multidisipliner bir yaklaşım benimsenmelidir. Beslenme uzmanları, endokrinologlar ve obstetrisyenlerin iş birliği ile oluşturulacak bireyselleştirilmiş beslenme ve tedavi planları, gebelik süresince optimal tiroit fonksiyonlarının sürdürülmesine katkı sağlayacaktır. Bununla birlikte, bu alanda daha geniş kapsamlı ve uzun süreli araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

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: SŞ; Tasarım: SŞ; Danışmanlık: BÖ; Analiz/Yorum: SŞ, BÖ; Kaynak taraması: SŞ; Makalenin yazımı: SŞ; Eleştirel inceleme: BÖ

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

KAYNAKLAR

- Aktaş, A., & Pekkolay, Z. (2016). Thyroid Diseases and Treatment in Pregnancy. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 7(1), 119-123.
- Chaker, L., Bianco, A. C., Jonklaas, J., & Peeters, R. P. (2017). Hypothyroidism. *Lancet* (London, England), 390(10101), 1550-1562. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30703-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30703-1)
- Çocuk Ve Ergenlerde Tiroid Hastalıkları, (2019) Orient yayınları
- Duntas, L. H., & Benvenga, S. (2015). Selenium: an element for life. *Endocrine*, 48, 756-775.
- Gaitonde, D. Y., Rowley, K. D., & Sweeney, L. B. (2012). Hypothyroidism: an update. *American family physician*, 86(3), 244-251.
- Geetha, K., Sasanka, G., Pridvineel, S., Banu, M. U., & Rama Rao, T. (2023). A Review on Hashimoto's Thyroiditis. *Journal of Drug Delivery and Therapeutics*, 13(12), 250-254. <https://doi.org/10.22270/jddt.v13i12.6133>
- Gül, Ö. Ö., Şahin, S., Cander, S., Gül, B., Ünal, O. K., Akçalı, Ü., ... & İmamoğlu, Ş. (2011). Endokrinoloji polikliniğine başvuran hastalarda tiroid fonksiyonlarının yaş ile olan ilişkisinin incelenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 37(2), 67-70.
- Hadizadeh Riseh, S., Abbasalizad Farhang, M., Mobasser, M., & Asghari Jafarabadi, M. (2017). The Relationship Between Thyroid Hormones, Antithyroid Antibodies, Anti-Tissue Transglutaminase And Anti-Gliadin Antibodies In Patients With Hashimoto's Thyroiditis. *Acta endocrinologica* (Bucharest, Romania : 2005), 13(2), 174-179. <https://doi.org/10.4183/aeb.2017.174>
- Hu, S., & Rayman, M. P. (2017). Multiple nutritional factors and the risk of Hashimoto's thyroiditis. *Thyroid*, 27(5), 597-610.
- Husebye, E. S., Anderson, M. S., & Kämpe, O. (2018). Autoimmune polyendocrine syndromes. *New England Journal of Medicine*, 378(12), 1132-1141.
- Ihnatowicz, P., Wator, P., & Drywień, M. E. (2021). The importance of gluten exclusion in the management of Hashimoto's thyroiditis. *Annals of agricultural and environmental medicine : AAEM*, 28(4), 558-568. <https://doi.org/10.26444/aaem/136523>
- Ijdda, S., Rafi, S., Elmgari, G. H., & El Ansari, N. (2023). Hyperthyroidism and Pregnancy. *SAS J Med*, 10, 1043-1051.
- Krysiak, R., & Okopien, B. (2011). The effect of levothyroxine and selenomethionine on lymphocyte and monocyte cytokine release in women with Hashimoto's thyroiditis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 96(7), 2206-2215
- Kumar, P., & Magon, N. (2012). Hormones in pregnancy. *Nigerian medical journal : journal of the Nigeria Medical Association*, 53(4), 179-183. <https://doi.org/10.4103/0300-1652.107549>
- Kut, E., & Atmaca, H. (2013). Tirotoksikoz. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29(4S), 309-314. <https://doi.org/10.5835/jecm.omu.29.s4.018>
- Liontiris, M. I., & Mazokopakis, E. E. (2017). A concise review of Hashimoto thyroiditis (HT) and the importance of iodine, selenium, vitamin D and gluten on the autoimmunity and dietary management of HT patients. Points that need more investigation. *Hellenic journal of nuclear medicine*, 20(1), 51-56. <https://doi.org/10.1967/s002449910507>
- Mahan LK, Stumo SE, Raymond JL. (2012) Krause's food and nutrition care process. Elsevier Edition 13
- McLeod, D. S., & Cooper, D. S. (2012). The incidence and prevalence of thyroid autoimmunity. *Endocrine*, 42(2), 252-265. <https://doi.org/10.1007/s12020-012-9703-2>
- Mikulska, A. A., Karaźniewicz-Łada, M., Filipowicz, D., Ruchała, M., & Głowska, F. K. (2022). Metabolic Characteristics of Hashimoto's Thyroiditis Patients and the Role of Microelements and Diet in the Disease Management-An Overview. *International journal of molecular sciences*, 23(12), 6580. <https://doi.org/10.3390/ijms23126580>
- Ragusa, F., Fallahi, P., Elia, G., Gonnella, D., Paparo, S. R., Giusti, C., Churilov, L. P., Ferrari, S. M., & Antonelli, A. (2019). Hashimoto's thyroiditis: Epidemiology, pathogenesis, clinic and therapy. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 33(6), 101367
- Rayman, M. P. (2012). Selenium and human health. *The Lancet*, 379(9822), 1256-1268
- Schomburg, L. (2016). Dietary selenium and human health. *Nutrients*, 9(1), 22.
- Sharma, R., Bharti, S., & Kumar, K. H. (2014). Diet and thyroid-myths and facts. *Journal of Medical Nutrition and Nutraceuticals*, 3(2), 60.
- Siegmann, E. M., Müller, H. H. O., Luecke, C., Philipsen, A., Kornhuber, J., & Grömer, T. W. (2018). Association of Depression and Anxiety Disorders With Autoimmune Thyroiditis: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 75(6), 577-584. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0190>
- Stagnaro-Green, A., Abalovich, M., Alexander, E., Azizi, F., Mestman, J., Negro, R., ... & Wiersinga, W. (2011). Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid*, 21(10), 1081-1125. <https://doi.org/10.1089/thy.2011.008>
- Szczuko, M., Syrenicz, A., Szymkowiak, K., Przybylska, A., Szczuko, U., Pobłocki, J., & Kulpa, D. (2022). Doubtful Justification of the Gluten-Free Diet in the Course of Hashimoto's Disease. *Nutrients*, 14(9), 1727. <https://doi.org/10.3390/nu14091727>
- Taylor, P. N., Albrecht, D., Scholz, A., Gutierrez-Buey, G., Lazarus, J. H., Dayan, C. M., & Okosieme, O. E. (2018). Global epidemiology of hyperthyroidism and hypothyroidism. *Nature Reviews Endocrinology*, 14(5), 301-316.
- Tekin, Y. B., & Güven, E. S. D. (2014). Gebelikte tiroid hastalıkları ve neonatal sonuçları. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 11(4), 150-153.
- Temür, M. (2009). Erken gebelikte tiroid disfonksiyonlarının sıklığı (Tez No. 397104) [Uzmanlık tezi, Sağlık Bakanlığı / İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı] YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Thangaratnam, S., Tan, A., Knox, E., Kilby, M. D., Franklyn, J., & Coomarasamy, A. (2011). Association between thyroid autoantibodies and miscarriage and preterm birth: meta-analysis of evidence. *Bmj*, 342.

- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2022). Gebelik ve Doğum Süreci. *Annelik yolculuğu*.
<https://dosyahastane.saglik.gov.tr/Eklenti/282471/0/gebelik-ve-dogum-surecipdf.pdf>
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) (2020). Tiroit Hastalıkları ve Tanı Tedavi kılavuzu 2020
https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20200929134733-2020tbl_kilavuzf527c34496.pdf
- Ventura, M., Melo, M., & Carrilho, F. (2017). Selenium and Thyroid Disease: From Pathophysiology to Treatment. *International journal of endocrinology*, 2017, 1297658. <https://doi.org/10.1155/2017/1297658>
- Wheeler, S. M., Willoughby, K. A., McAndrews, M. P., & Rovet, J. F. (2011). Hippocampal size and memory functioning in children and adolescents with congenital hypothyroidism. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 96(9), E1427-E1434.
- Wichman, J., Winther, K. H., Bonnema, S. J., & Hegedüs, L. (2016). Selenium supplementation significantly reduces thyroid autoantibody levels in patients with chronic autoimmune thyroiditis: a systematic review and meta-analysis. *Thyroid*, 26(12), 1681-1692
- Wilson, S. A., Stem, L. A., & Bruehlman, R. D. (2021). Hypothyroidism: Diagnosis and treatment. *American family physician*, 103(10), 605-613.

Derleme Makalesi/Review Article

Mülteci Kadınlarda Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Sorunları ve Ebelik Yaklaşımı

Hediye KALIPCIOĞLU¹, Pelin PALAS KARACA², Hülya TÜRKMEN³

Sexual Health/Reproductive Health Problems in Refugee Women and Midwifery Approach

ÖZ

Bu derleme, mülteci kadınların üreme sağlığı sorunlarını ve bu sorunlara yönelik ebelik yaklaşımını incelemek amacıyla hazırlanmıştır. Literatür incelemesi yapılarak, mülteci kadınların üreme sağlığına yönelik yaşadığı sorunlar ve ebelik bakımına ilişkin mevcut çalışmalar değerlendirilmiştir. Mülteci kadınlar, üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerine erişimde önemli engellerle karşılaşmaktadır. Şiddet, istismar, insan ticareti ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara daha fazla maruz kalmaktadırlar. Bu durumun temel nedenleri arasında iletişim engelleri, kültürel farklılıklar, mahremiyet eksikliği, sağlık hizmetlerinin kültüre duyarsız olması ve sağlık profesyonellerinin bilgi eksikliği bulunmaktadır. Mülteci kadınların üreme sağlığı hizmetlerine erişimini artırmak ve karşılaştıkları sorunları azaltmak için toplum ve sağlık profesyonelleri arasında farkındalık artırılmalı; aynı zamanda kültürel duyarlılığı olan, erişilebilir ve kaliteli hizmet sunumu sağlanmalıdır. Bu kapsamda, sağlık profesyonellerinin eğitim programlarıyla bilgi ve donanımlarının güçlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Cinsel sağlık, ebelik, göçmen, mülteci, üreme sağlığı

ABSTRACT

This review was prepared to examine the reproductive health problems of refugee women and the midwifery approach to these problems. By reviewing the literature, the problems experienced by refugee women regarding reproductive health and existing studies on midwifery care were evaluated. Refugee women face significant obstacles in accessing reproductive health and family planning services. They are more exposed to violence, abuse, human trafficking and sexually transmitted diseases. The main reasons for this situation include communication barriers, cultural differences, lack of privacy, cultural insensitivity of health services and lack of knowledge of health professionals. In order to increase refugee women's access to reproductive health services and reduce the problems they face, awareness should be raised among the community and health professionals; at the same time, culturally sensitive, accessible and quality service provision should be ensured. In this context, it is recommended to strengthen the knowledge and equipment of health professionals through training programs.

Keywords: Midwifery, migrant, refugee, reproductive health, sexual health

¹**Sorumlu Yazar;** Yüksek Lisans Öğrencisi, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye, e-mail: bassoyhediye@gmail.com, ORCID ID: 0009-0002-6931-5636

²Doç. Dr., Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye. e-mail: pelinpalas@hotmail.com, ORCID ID: 0000-0002-9336-6209

³Doç. Dr., Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye. e-mail: hulyayurter@hotmail.com, ORCID ID: 0000-0001-6187-9352

Geliş Tarihi: 24.12.2024, **1. Revizyon:** 21.03.2025, **Revizyon:** 27.04.2025 **Kabul Tarihi:** 27.06.2025 **Online Yayın Tarihi:** 31.07.2025

Atıf/Citation: Kalıpcioğlu, H., Palas Karaca, P., Türkmen, H. (2025). Mülteci kadınlarda cinsel sağlık/üreme sağlığı sorunları ve ebelik yaklaşımı. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 11 (2) , 51-58.



This work is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International

EXTENDED ABSTRACT

Refugee women face various health problems. Mental problems, infections, nutritional deficiencies, lack of self-care, violence and communication barriers stand out among these problems. In particular, difficulties in accessing sexual and reproductive health seriously affect women's health and quality of life.

According to the literature, factors such as language barriers, cultural restrictions, lack of privacy, inadequate knowledge and equipment of service providers, and low utilization of family planning services restrict refugee women's access to health services. Furthermore, adolescent marriages, unwanted pregnancies and the prevalence of sexually transmitted infections are important risk factors.

Refugee women are frequently subjected to physical, psychological and sexual violence and face problems such as human trafficking and social stigmatization. This situation negatively affects both their physical and mental health.

Midwives have an important role in ensuring and protecting refugee women's access to health services. Midwives should help raise women's awareness on reproductive health and family planning, adopt cultural sensitivity and ensure privacy. In addition, country policies and guidelines should be developed to ensure equitable, continuous and culturally appropriate provision of health services.

GİRİŞ

Günümüzde göçmen, mülteci, sığınmacı gibi kavramlar birbirleri ile karıştırılmakta ve birbirlerinin yerine kullanılabilir. Ancak, her kelimenin anlamı birbirinden farklı olup, göç; bir yerden başka bir yere taşınma sürecidir. Göç etmek ise hareket etmek anlamında olup, göçmen kavramı da bir veya birden fazla nedenden dolayı göç eden kişi olarak kullanılmaktadır (Interational Organization For Migration, 2021). BM Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR)'ne göre bu yılın ilk altı ayı içerisinde; 110 milyon kişinin zulüm, çatışma, şiddet, insan hakları ihlalleri ve kamu düzenini ciddi şekilde bozan olaylar nedeniyle evlerinden zorla göç ettirildiği bildirilmektedir (United Nations High Commissioner for Refugees, 2023).

Mülteci; dini, milliyeti, siyasi düşünceleri vb. sebeplerle zulüm gören veya görme korkusu ile vatandaşı olduğu ülkesinden ayrılan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen, vatansız kişiye statü belirleme işlemleri sonrasında verilen statüyü ifade etmektedir. Sığınmacı ise mülteci olduğu iddiasıyla ülkesini terk eden ama mültecilik statüsü başvurusu henüz sonuçlanmayan kişilere denir (Göç İdaresi Başkanlığı, 2013). Küresel Mülteci

Nüfusu'na (2023) göre mülteci nüfusunun 36.4 milyona ulaştığı ve bir önceki yıla oranla %3 artış gösterdiği bildirilmektedir. Aynı zamanda uluslararası korumaya ihtiyaç duyan 5.3 milyon kişinin daha bulunduğu belirtilmektedir. En fazla mülteci nüfusuna sahip olan ülkeler ise İran ile Türkiye olup, her biri 3.4 milyon mülteciye ev sahipliği yapmaktadır. Almanya 2.5 milyon ile en fazla mülteci barındıran üçüncü ülke olmuştur. Bu mültecilerin %76'sını kadınlar ile çocuklar oluşturmaktadır (UNHCR, 2023).

Mülteci kadınlar, özellikle kamplarda yaşayanlar sık sağlık sorunları yaşamaktadır. Bu sorunların başında ruhsal sorunlar, enfeksiyonlar, beslenme problemleri, öz bakım yetersizliği, şiddet ve iletişim engelleri gelmektedir (Yıldırımkaaya, 2014). Türkiye'de kayıtlı olan tüm mültecilere, Sağlık Bakanlığı ile işbirliği içinde ücretsiz sağlık hizmetleri sunulmaktadır (Sarı, 2018). 2019 yılında Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "Türkiye'de Geçici Koruma Altındaki Suriyelilere Yönelik Sağlık Hizmetleri" raporunda, Türkiye'deki mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimi ayrıntılı bir şekilde ele alınmaktadır. Geçici koruma kapsamında bulunan Suriyelilerin sağlık hizmetlerine daha rahat ulaşabilmeleri için çeşitli sağlık merkezleri ve klinikler hizmete başlamıştır. Bu kuruluşlarda özellikle kadın ve çocuk sağlığı ön planda tutulurken, dil engellerinin aşılabilmesi için tercümanlık hizmetleri ve sağlık sektörüne yönelik kültürel kalıcı eğitimler verilmektedir. ABD'deki Mülteciler, göçmenlere kıyasla daha geniş sigorta kapsamına sahip olsalar da, dil engelleri ve kültürel farklılıklar nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşmada çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Genellikle göçmenler, sağlık hizmetlerinden yerli nüfusa oranla daha az faydalanmaktadır. Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri ve düzenli bakım kontrolleri gibi alanlarda erişim sıkıntıları yaşanmaktadır. Dil engelleri ve sağlık sistemindeki bilgi eksikliği, göçmenlerin sağlık hizmetlerinin kullanma oranını düşüren önemli faktörler arasında yer almaktadır (Yalman ve Solmaz, 2025).

Mülteci kadınların cinsel ve üreme sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Fiziksel ve ruhsal sağlığın bir parçası olan cinsel ve üreme sağlığına yönelik hizmetlere çeşitli nedenlerle ulaşamama durumu, kadın sağlığını ve yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sağlık faktörüdür (Karakartal ve Şaşman Kaylı, 2022). Üreme sağlığı hizmetlerinin herhangi bir insani kriz durumunda bile kesintisiz bir şekilde sunulması gerekmektedir. Bu hizmetler o kadar önemlidir ki, acil ve olağandışı durumlarda sürdürülememesi insan hakları ihlaline sebep olmaktadır. Mülteci kadınların yaşayabileceği cinsel sağlık/üreme sağlığı risklerin bazıları şunlardır (Kocataş, 2019);

- HIV durumunda yetersiz tedavi alınması,
- Üriner sistem ve genital enfeksiyon riskinin artmış olması,
- İstenmeyen gebeliklerin olması,
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların görülmesi,
- Güvenli ve hijyenik bir doğum ve doğumhaneye ulaşamaması,
- Maternal sağlık hizmetlerine aşına olunmaması,
- Antenatal ve maternal sağlık hizmetlerine erişiminin kısıtlı olması,
- Antenatal ve postnatal takiplerin atlanması,
- Postpartum depresyona yeteri kadar önem verilmemesidir.

Literatür incelendiğinde kadınların cinsel sağlık/üreme sağlığı hizmetlerine erişimde yaşadığı problemler arasında; göç ettiği bölgenin dilini bilmemesi sebebi ile yaşadığı iletişim engelleri, tercüman kullanımında ve uyum sağlamada sağlık profesyonellerinin daha fazla zamana ihtiyacı olması gerektiği bildirilmektedir (Mengesha ve ark. 2017). Yine kültürel olarak uygun bakıma erişim eksikliği, etkili iletişimde kültürel kısıtlamalar, mahremiyetin sağlanamaması, sağlık profesyonellerinin yeterli bilgiye ve donanıma sahip olmaması gibi sebepler de yer almaktadır (Mengesha, ve ark. 2018). Ayrıca, literatürde mülteci kadınlarda adolesan evliliğin ve çocuk sayısının fazla olduğu, aile planlaması hizmeti kullanma oranlarının düşük bulunduğu, genital hijyenin büyük oranda yanlış uygulandığı ve üreme sağlığını koruyucu davranışlar açısından yetersizliklerin bulunduğu saptanmıştır (Mengesha ve ark. 2017; Gümüş ve ark., 2017). Bu bilgiler ışığında bu derlemede savunmasız grup olan mülteci kadınlarda üreme sağlığı sorunları ve ebelik yaklaşımları literatür doğrultusunda ele alınmıştır.

MÜLTECİ KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞI SORUNLARI

Gebelik, Aile Planlaması ve Doğurganlık ile İlgili Sorunlar

Mülteci kadınlar düşük eğitim seviyesi, düşük sosyoekonomik düzey, sağlık konusunda bilgi eksikliği, sınırlı karar verme yetisi, göç edilen bölgede iletişim zorluğu, sağlık sigortası yokluğu, yasal ve kültürel sınırlamalar nedeniyle doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde yeterli bakım alamayabilir (Yağmur ve Aytekin, 2018; Kılıç, 2022). Bu konuda yapılan bir çalışmada mülteci kadınların, doğum öncesi bakım yeterliliği ölçütlerinde düşük puan aldığı, gebeliğinin ikinci trimesterinde doğum öncesi bakım hizmeti almaya başladıkları ve bebeklerinin mekonyumlu doğma yüzdesinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Agbemeni ve ark. 2019). Başka bir çalışmada ise mülteci annelerin yarısından fazlasının gebelik ile ilgili komplikasyonlar yaşadığı, yalnızca

üçte birinin doğum öncesi bakım aldığı ve bebeklerinin düşük doğum ağırlıklı doğma olasılığı yerli kadınların bebeklerine göre 2.6 kat daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Hossain ve Dawson, 2022). Türkiye'de kayıtlı olan tüm mültecilere, Sağlık Bakanlığı ile işbirliği içinde ücretsiz sağlık hizmetleri sunulmasına rağmen (Sarı, 2018), Suriyeli mülteci kadınlarda; kendiliğinden düşük, isteyerek düşük ve ölü doğum yapma durumlarının da yüksek olduğu bildirilmektedir (Hacettepe Üniversitesi, 2019).

Erken yaşta yapılan evlilikler ve cinsel yaşamın daha erken başlaması ile birlikte adolesan gebelikler meydana gelmektedir. Dünyada birçok kadın, adolesan yaşta istenmeyen gebelikler sebebiyle güvenli olmayan küretajlara maruz kalmakta, gebelik ve doğumdan kaynaklanan komplikasyonlar sebebiyle ölmektedir (World Health Organization, 2019). Mülteci kadınların yarısından fazlasının adolesan yaşta evlendirildiği ve bu evliliklerin neredeyse yarısının akraba evliliği olduğu saptanmıştır. Anne ve bebek sağlığına olumsuz etkileri olan adolesan gebelikler, ülkemizde de mülteci kadınlar arasında yaygın görülen üreme sağlığı sorunlarından biridir (Hacettepe Üniversitesi, 2019). Türkiye'de bu konu ile ilgili yapılan bir çalışmada mülteci kadınlar arasında akraba evliliği oranının %56 olduğu, 18 yaş altı evlilik oranının yüksek olduğu ve doğum öncesi bakım oranının düşük olduğu belirlenmiştir (Çöl ve ark. 2020). Bu durum adolesan evliliklerin mülteci kadınlar açısından önemli bir risk olduğunu göstermektedir.

Mülteci kadınlar bilgi eksikliği, dini inançlar ve eşlerinin onayının olmamasından dolayı da aile planlaması yöntemlerini kullanmaktan kaçınmaktadır (Khan ve ark. 2021). Bu konuda yapılan bir çalışmada mülteci kadınların üçte ikisinden fazlası aile planlaması yöntemlerini kocasının izni olmadan kullanılmaması gerektiğini düşündüğünü, %40'ı aile planlaması konularını kocalarıyla tartışmaktan utandığını ve %58'i bir oğlu doğana kadar çocuk sahibi olmaya devam etmesi gerektiğini bildirmiştir (Abul Kalam Azad ve ark. 2022). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise Suriyeli kadınlarda modern bir doğum kontrol yöntemi kullanma oranı %24 ve karşılanmamış aile planlaması gereksinimlerinin ise %35 olduğu belirlenmiştir (Çöl ve ark. 2020).

Kadın Sünneti

Kadın sünneti önemli sağlık risklerine rağmen dünya çapında uygulanmaya devam eden eski bir kültürel gelenektir ve tıbbi bir endikasyonu olmadan dış genital organlara yapılan bir uygulamadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kadın sünnetini dünya çapında milyonlarca kadın ve kız çocuğunun insan haklarını ihlal eden cinsiyete dayalı bir şiddet biçimi olarak kınamaktadır (Diaz ve ark. 2023). Kadın sünneti, uygulama nedeniyle ciddi, ani ve uzun vadeli sağlık

komplikasyonlarına, gebelik ve doğumda olumsuz maternal ve fetal sonuçlara neden olabilir (Diaz ve ark. 2021). Literatürde mülteci kadınların %82'sinde kadın sünnetinin bulunduğu, sağlık sigortasının eksikliğinin ve kısıtlı dil bilgisinin tüm boyutların da üreme sağlığı hizmetlerine erişimi sınırlandırdığı bulunmuştur (Banke-Thomas ve ark. 2019).

Şiddet/İstismar/İnsan Ticareti

Mülteci kadınlar fiziksel, psikolojik veya cinsel şiddet ve cinsiyet ayrımcılığı nedeniyle bağlı oldukları ülkelerini terk etmek zorunda kalabilir. Yeni yaşam koşulları, mülteci kadınları savunmasız bırakabilmekte ve kadınlar cinsel istismara, fiziksel/psikolojik/cinsel şiddette uğrayabilmektedir (Tantet ve ark. 2019). Cinsel ve cinsiyete dayalı şiddet; kadınlara ve kız çocuklarına yönelik zarar, acı, tecavüz, cinsel istismar, zorla gebe bırakma veya evlendirme olmak üzere her türlü eylem olarak tanımlanmaktadır. Bu durum insan hakları ihlali olmasına rağmen, her üç kadından en az biri hayatı boyunca fiziksel/psikolojik şiddet, zorla cinsel ilişki veya başka şekillerde istismar edilmesi sebebi ile cinsel ve cinsiyete dayalı şiddet yaşamaktadır. Literatürde kadın mültecilerde cinsel veya cinsiyete dayalı şiddetin tahmini yaygınlığının %21.4 olduğu (Roupetz ve ark. 2020), %70'ten daha fazlasının cinsiyete dayalı şiddet yaşadığı ve %50'den fazlasının ise kocaları ile zorla cinsel ilişkiye girdiği bildirilmektedir (Hossain ve Dawson, 2022). Ancak, cinsel şiddet bildirim oranı genellikle yetersizdir. Tecavüz, utanma, tekrarını yaşama korkusu ile ilişkili sosyal damgalanma, mağdurların travmatik deneyimlerini aktarmalarına engel olmaktadır.

Mülteci kadınlar ve çocuklar bölgesel çatışmalar nedeni ile insan ticareti mağduru da olmaktadır ve dünya genelinde insan ticareti bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir (Lugova ve ark. 2020; Nazer ve Greenbaum, 2020). İnsan ticareti bir toplumun en savunmasız ve dışlanmış insanların sömürülmesine dayanan bir suçtur ve insan haklarının ihlalidir. Çocuklar, özellikle göçmen ve mülteci çocuklar risk altındadır ve insan ticareti fiziksel ve ruhsal sağlık (travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, depresyon, madde kullanım bozukluğu gibi) sorunlarına yol açmaktadır (Nazer ve Greenbaum, 2020 ; Fortuna ve Porche, 2024).

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE)

Mülteci kadınların yaşamış olduğu psikolojik ve fiziksel zorluklar kadınların bağışıklık sistemlerini zayıflatmaktadır. Düşük sosyoekonomik düzey, kontraseptif yöntem kullanmama, tecavüz ve cinsel şiddete maruz kalma, yetersiz genital hijyen, sağlık sigortasının bulunmaması ve toplumsal damgalanma korkusu gibi faktörlerin de etkisi ile mülteci kadınlar

cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından büyük risk altındadır (İslam ve Gagnon, 2016; Bükecek ve ark. 2019). Bu konuda yapılan bir çalışmada mülteci kadınların %50.8'i CYBE belirtisi gösterdiği ve cinsel olarak aktif olanların %37.8'inin herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmadığı bulunmuştur (Şimşek ve ark. 2018). DSÖ, tedavi ve önleme programları için önemli bir giriş noktası olarak CYBE ve HIV için düzenli tarama yapılmasını tavsiye etse de, gayri resmi yerleşim yerlerinde yaşayan kentli mülteciler, test ve önleme hizmetlerine erişimde benzersiz ve karmaşık zorluklarla karşılaşabilmektedir. Dil engelleri ve yoksulluk gibi faktörler, mülteci gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) hizmetlerine erişimini ve bu hizmetlerden yararlanmasını sınırlandırabilmektedir. (Culbreth ve ark., 2016; Logie ve ark. 2019). Logie ve ark.'nın (2019) yaptıkları çalışmada da mülteci kadınların yarısından azının (%43.8) bulundukları ülkedeki CYBE hizmetleri hakkında bilgisinin olduğu, kadınların dörtte birinin (%26.1) yaşam boyu CYBE testi yaptırdığı ve bunlardan %39.5'inin yaşam boyu CYBE tanısı aldığı bildirilmiştir.

Üreme Sağlığı Hizmetlerine Erişim Yetersizliği

Dünyada Mülteciler Yüksek Komiserliği'ne göre (UNHCR, 2022), mülteci sayısı 108.4 milyona ulaşmıştır (*Global Trends Reports*, 2023) ve artan mülteci kadın sayısı ile birlikte üreme sağlığı hizmetlerine erişim de olumsuz etkilenmektedir. Üreme sağlığı hizmetlerine erişimde, mülteci kadınların tek başına karar veremediği ve kendilerinin karar verici durumda olmadığı ve bu durumun da üreme sağlığı hizmetlerine ulaşmada bir engel olduğu literatürde vurgulanmaktadır (Zepro ve Ahmed, 2016; Nabieva ve Souares, 2019). Bununla birlikte mülteci kadınların yaşadıkları çevrede üreme sağlığı hakları ihlal olabilir. Örneğin; kamplarda yaşayan kadınların ve kız çocukların cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yakalanma, istenmeyen gebelikler yaşama ve düşük yapma riskleri oldukça yüksektir (Ivanova ve ark. 2018). Bunun dışında mülteci kadınlar, göç ettikleri ülkenin dilini bilmemeleri sebebiyle sağlık sistemini anlamada, tarama programlarına katılmada, sağlık personeli ile iletişim kurma konusunda çeşitli engellerle karşılaşabilmektedir. Bu durumda üreme sağlığı hizmetlerine erişimi engelleyebilmektedir (Barrio-Ruiz ve ark. 2023). Mülteci kadınların sağlık hizmetlerini kullanmalarındaki zorlukların ve deneyimlerin incelendiği başka bir çalışmada ise aşağıda yer alan maddeler dikkat çekmiştir. Bunlar (Munyanza ve Mhlongo, 2019);

- Sağlık hizmetlerinde ayrımcılık,
- Profesyonel olmayan yaklaşımlar,
- Onam/gizlilik eksikliği,

- Kötü muamele,
- Ekonomik yetersizlik,
- İçsel korku,
- Dini/kültürel hegemonya,
- Sağlık profesyonellerinin yetersizliği,
- Hastanelerin aşırı kalabalık olmasıdır.

EBELİK YAKLAŞIMI

Göçmen ve mülteci kadınların sağlığının korunması ve sürdürülmesi adına toplumsal cinsiyet eşitliğine dayalı cinsel sağlık ile üreme sağlığı, antenatal ve postpartum bakım hizmetleri, yenidoğan ve adölesan sağlığı hizmetleri kesintisiz ve tam olarak verilmelidir. Bu hizmetlerin tümü mültecilerin bireysel haklarını desteklemekte, yerinden edilmiş kişilere cinsel sağlıkları ve üreme sağlıkları hakkında karar verme özgürlüğü tanımakta, aynı zamanda kadınların kaliteli doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakıma erişimini desteklemektedir. Ebeler, mülteci kadınları gebelik döneminde tespit etmeli, düzenli takiplerini yapmalı, doğum sırasında ve sonrasında gelişebilecek komplikasyonlar için acil obstetrik bakım kriterlerini uygulayabilmelidir. Ayrıca ebeler, mülteci kadın ve ailelerine aile planlaması hizmetleri konusunda mutlaka eğitim vermeli, bilgilerin anlaşılıp anlaşılmadığını test etmeli, varsa kadınların sorularını cevaplandırmalı ve mülteci kadınların aile planlaması yöntemlerine erişiminde yardımcı olmalıdır (UNHCR, 2024).

Mülteci kadınların sağlığının korunması ve iyileştirilmesinde özellikle kadınlara en yakın konumdaki sağlık profesyonelleri grubunda olan ebelerin büyük sorumlulukları bulunmaktadır. Savunucu ve eğitici rolleri olan ebeler, kadınların yaşadığı problemlerin farkında, problemlerin çözümünde yol gösterici ve ön yargıdan uzak olmalıdır. Mülteci kadınların; sağlık hizmetlerine ulaşmada herhangi bir ayrımcılık yaşamaması için gayret gösterilmeli ve kadınların kültürüne duyarlı bir bakım sağlanmalıdır. Ayrıca kadınların mahremiyetleri korunmalı ve bakım verilen mülteci kadına gerekli güven sağlanmalıdır. Mahremiyet ve kişisel verilerin gizliliği ilkesi yeterince korunursa, kadın sağlık personeline güven duyacak ve birçok konuda çekinmeden üreme sağlığı hizmetlerinde yaşadıkları aksaklıkları kolayca paylaşabilecektir. Aynı zamanda kadın sağlığı ve hastalıkları noktasında önemli bir noktada yer alan ebeler, şiddet ve istismara uğrayan kadın ve çocuklar başta olmak üzere tüm mülteci kadınlara danışmanlık, destek ve rehabilitasyon hizmetlerini sunmalıdır (Bükecik ve ark., 2019; Söğüt ve Bilge, 2021).

Ebeler, mülteci kadınlarla iletişime geçerken mutlaka yanında bir tercüman bulundurmalıdır (Bakacak ve ark. 2019). Hemşire ve ebeler ile yapılan bir çalışmada, gebe ve lohusa kadınlara bakım verme ve bakımı sürdürmede en çok kullanılan iletişim araçlarının başında %80 oranla beden dilinin kullanıldığı belirlenmiştir. Ancak beden dili iletişim kurmada tek başına yeterli değildir. Bu sebeple tercüman desteği ebeler ile mülteci kadınlar arasındaki iletişimi güçlendirmede oldukça önem arz etmektedir (Artuğ Cansızlar ve Beydağ, 2022).

Mülteci kadınların karar verme mekanizmalarının zayıf olması sebebiyle, kadınlara eğitim ve danışmanlık verirken eşlerinin de davet edilmesi önemlidir (Bükecik ve ark., 2019). Sağlık hizmetlerine başvuran mülteci kadın ve kız çocukları, onamı alındıktan sonra fiziksel muayenesinin de yapılması, istismar ve şiddet durumlarının kontrol edilmesi, eğer böyle bir durum var ise gerekli mercilere bildirilmesi ebelerin sorumluluğundadır (Abubakar ve ark. 2018). Adölesan gebeliklerin ve evliliklerin önlenmesi için basın yayın organları ile iş birliği yapılarak toplumsal farkındalık oluşturulmalıdır (Bükecik ve ark., 2019). Üreme/cinsel sağlık hizmetlerine başvuru yapan mülteci kadınlara ihtiyaçları olan sosyal desteğin sağlanması da çok önemlidir (Dube ve ark. 2023).

Ülkemizde bulunan mülteci kampları ebeler tarafından düzenli aralıklarla ziyaret edilmeli, kamplarda yaşayan gebelerin tespiti ve izlemlerinin yapılması sağlanmalı, lohusa, yenidoğan ve çocukların düzenli izlemleri yapılmalı ve aile planlaması hakkında gerekli eğitimlerin verilmesi planlanmalıdır (Abubakar ve ark. 2018; Öztürk., 2022). Tüm bunların yanı sıra ebeler kadınlar için gerekli mesleki bilgi ve tecrübesini aktarırken ilkelerine uygun bir hizmet sunmalı, hizmet sunumunu gerçekleştirirken ırkçı tutumlardan uzak ve adil bir yaklaşım sergilemelidir (Bükecik ve ark., 2019).

SONUÇ

Mülteci kadınlar iletişim engelleri, olumsuz yaşam koşulları, istismar, ihmal, şiddet, aile içerisinde söz hakkının bulunmaması, cinsel sağlık, üreme sağlığı hizmetlerine erişememe ve bilgi yetersizliği nedeniyle sağlık sorunları yaşamaktadır. Bu nedenle kadın sağlığı hizmetlerinde doğrudan görev alan ebelerin, mülteci kadınların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırma ve sürdürülmesinde önemli rolleri bulunmaktadır. Bu doğrultuda şu öneriler sunulmaktadır:

- Ebelere mülteci kadınlar ile ilgili hizmet içi eğitimler verilmeli ve tercüman desteği sağlanmalıdır.

- Mülteci kadınların sorunlarına yönelik gerekli çalışmalar yapılarak toplumun ve sağlık profesyonellerinin farkındalıkları artırılmalıdır.
- Mülteci kadınların bakımlarına yönelik rehberler geliştirilmeli ve sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamak için gerekli ülke politikası oluşturulmalıdır.
- Mülteci kadınların kültürel farklılıklar ve benzerliklerine duyarlı yaklaşımla bakım sunulmalıdır.
- Hizmet sunumunda bireyin kültürü iyi tanımlanmalı, iletişim bozukluklarına, çatışmalara, sağlık hizmetinde eşitsizliklere, ırkçılık/ayrımcılığa neden olduğundan kültür farklılığının kaldırılması için çalışmalar yapılmalı ve eğitimler verilmelidir.

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: HT, PPK, HK; Tasarım: HT, PPK; Danışmanlık: HT, PPK; Analiz/Yorum: HT, PPK; Kaynak taraması: HT, PPK, HK; Makalenin yazımı: HT, PPK, HK; Eleştirel inceleme: HT, PPK

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

KAYNAKLAR

- Abul Kalam Azad, M., Zakaria, M., Nachrin, T., Chandra Das, M., Cheng, F., & Xu, J. (2022). Family planning knowledge, attitude and practice among Rohingya women living in refugee camps in Bangladesh: A cross-sectional study. *Reproductive Health*, 19, 105. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01410-0>
- Abubakar, I., Aldridge, R. W., Devakumar, D., Orcutt, M., Burns, R., Barreto, M. L., ... Sammonds, P. (2018). The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet*, 392, 2606-2654. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7)
- Agbemenu, K., Auerbach, S., Murshid, N. S., Shelton, J., & Amutah-Onukagha, N. (2019). Reproductive Health Outcomes in African Refugee Women: A Comparative Study. *Journal of Women's Health* (2002), 28(6), 785-793. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7314>
- Banke-Thomas, A., Agbemenu, K., & Johnson-Agbakwu, C. (2019). Factors Associated with Access to Maternal and Reproductive Health Care among Somali Refugee Women

Resettled in Ohio, United States: A Cross-Sectional Survey. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(5), 946-953. <https://doi.org/10.1007/s10903-018-0824-4>

- Bakacak, A. G., Akalın, E., Öktem, P. (2019). Türkiye'ye Farklı Ülkelerden Göç Etmiş Kadınların Sağlık Hizmetlerine Erişimi Üzerine Nitel Bir Alan Araştırması. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 36(2), 383-399. <https://doi.org/10.32600/huefd.559878>
- Barrio-Ruiz, C., Ruiz de Viñaspre-Hernandez, R., Colaceci, S., Juarez-Vela, R., Santolalla-Arnedo, I., Durante, A., & Di Nitto, M. (2023). Language and Cultural Barriers and Facilitators of Sexual and Reproductive Health Care for Migrant Women in High-Income European Countries: An Integrative Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/jmwh.13545>
- Bükecik, E., Şahin, S., Abay, H., Kaplan, S., & Düzgün, A. A. (2019). Mülteci Kadınlar ve Üreme Sağlığı: Sağlık Hizmetlerine Ulaşmalarını Etkileyen Faktörler, Engeller ve Çözüm Öneriler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4).
- Artuğ Cansızlar, G. ve Beydağ, K.D. (2022). Mülteci Gebe ve Lohusa Kadınlara Bakım Veren Ebe ve Hemşirelerin Bakım Verme ve Bakımı Sürdürmede Yaşadığı Güçlükler. *Dünya İnsan Bilimleri Dergisi*, (2), 53-72
- Çöl, M., Bilgili Aykut, N., Usturalı Mut, A. N., Koçak, C., Uzun, S. U., Akın, A., Say, L., & Kobeissi, L. (2020). Sexual and reproductive health of Syrian refugee women in Turkey: a scoping review within the framework of the MISP objectives. *Reproductive health*, 17(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00948-1>
- Diaz, M. P., Brown, A. E., Fleet, J. A., & Steen, M. (2023). What women want: A reflexive thematic analysis of the healthcare experiences of women with female genital mutilation/cutting in South Australia. *Women And Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, 36(6), e652–e660. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.06.004>
- Diaz, M. P., Steen, M., Brown, A., Fleet, J. A., & Williams, J. (2021). Female Genital Mutilation/Cutting Education for Midwives and Nurses as Informed by Women's Experiences: Protocol for an Exploratory Sequential Mixed Methods Study. *JMIR Research Protocols*, 10(10), e32911. <https://doi.org/10.2196/32911>
- Dube, M., Gao, Y., Steel, M., Bromley, A., Ireland, S., & Kildea, S. (2023). Effect of an Australian community-based caseload midwifery group practice service on maternal and neonatal outcomes for women from a refugee background. *Women and Birth*, 36(3), e353-e360. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.10.004>
- Fortuna, L. R., & Porche, M. V. (2024). Upholding the Human Rights and Well-Being of Refugee Children Through Effective Clinical Care. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 111–124. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2023.09.003>
- UNHRC Global Trends Forced Displacement In 2023 Report. (2023) <https://www.unhcr.org/media/global-trends-report-2023> Erişim tarihi: 17 Ocak 2024.
- Kocataş, S., (2019). Göç ve Sağlık. *Sağlık Sosyolojisi* (ss.231-267), Ankara: Anı Yayıncılık.
- Göç İdaresi Başkanlığı, Mülteci (2013). Erişim tarihi: 21.03.2025. <https://www.goc.gov.tr/multeci>

- Gümüş, G., Kaya, A., Yılmaz, S. Ş., Özdemir, S., Başbüyük, M., & Coşkun, A. M. (2017). Suriyeli Mülteci Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 3, 1-17.
- Hacettepe Üniversitesi, (2019). Kadın Sağlığı Danışma Merkezlerine Başvuran Suriyeli Kadınların Üreme Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Temelli Şiddet Hizmetlerine İlişkin İhtiyaçlarının Belirlenmesi. Erişim tarihi: 20 Ocak 2024, Erişim adresi: https://huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/NicelArastirma_T_R.pdf
- Islam, M.M, & Gagnon, A.J. (2016). Use of reproductive health care services among urban migrant women in Bangladesh. *BMC Women's Health*, 16, 15. <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0296-4>
- Hossain, M. A.,& Dawson, A. (2022). A Systematic review of sexual and reproductive health needs, experiences, access to services, and interventions among the rohingya and the afghan refugee women of reproductive age in Asia. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 11(1), 42-53. https://doi.org/10.4103/WHO-SEAJPH.WHO-SEAJPH_144_21
- Ivanova, O., Rai, M., & Kemigisha, E. (2018). A Systematic Review of Sexual and Reproductive Health Knowledge, Experiences and Access to Services among Refugee, Migrant and Displaced Girls and Young Women in Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1583. <https://doi.org/10.3390/ijerph15081583>
- Karakartal, Hülya & Şaşman Kaylı, Derya. (2022). Genç Mülteci Kadınların Türkiye'deki Üreme Sağlığı Hizmetlerine Yönelik Farkındalıkları. *Sözel Bildiri, Uluslararası Kadın Çalışmaları Sempozyumu, Manisa*.
- Khan, M. N., Islam, M. M., Rahman, M. M., & Rahman, M. M. (2021). Access to female contraceptives by Rohingya refugees, Bangladesh. *Bulletin of the World Health Organization*, 99(3), 201-208. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.269779>
- Kılıç, H. N. (2022). Mülteci Kadınlarda Üreme Sağlığı. *Epic Migrations*. Erişim tarihi: 20 Ocak 2024, Erişim adresi: <https://epicmigrations.com/multeci-kadinlarda-ureme-sagligi/>
- Logie C. H., Okumu M., Mwima S., et al. (2020). Sexually transmitted infection testing awareness, uptake and diagnosis among urban refugee and displaced youth living in informal settlements in Kampala, Uganda: a cross-sectional study. *BMJ Sexual & Reproductive Health*; 46:192-199. <https://doi.org/10.1136/bmjshr-2019-200392>
- Lugova, H., Samad, N., & Haque, M. (2020). Sexual and Gender-Based Violence Among Refugees and Internally Displaced Persons in the Democratic Republic of the Congo: Post-Conflict Scenario. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 2937-2948. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S283698>
- Mengesha, Z. B., Perz, J., Dune, T., & Ussher, J. (2017). Refugee and migrant women's engagement with sexual and reproductive health care in Australia: A socio-ecological analysis of health care professional perspectives. *PLoS ONE*, 12(7), e0181421. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181421>
- Mengesha, Z. B., Perz, J., Dune, T., & Ussher, J. (2018). Challenges in the Provision of Sexual and Reproductive Health Care to Refugee and Migrant Women: A Q Methodological Study of Health Professional Perspectives. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(2), 307-316. <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0611-7>
- Munyaneza, Y.,& Mhlongo, E. M. (2019). Challenges of women refugees in utilising reproductive health services in public health institutions in Durban, KwaZulu-Natal, South Africa. *Health SA = SA Gesondheid*, 24, 1030. <https://doi.org/10.4102/hsag.v24i0.1030>
- Nabieva, J.,& Souares, A. (2019). Factors influencing decision to seek health care: A qualitative study among labour-migrants' wives in northern Tajikistan. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, 7. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2166-6>
- Nazer, D.,& Greenbaum, J. (2020). Human Trafficking of Children. *Pediatric annals*, 49(5), e209-e214. <https://doi.org/10.3928/19382359-20200417-01>
- Öztürk, Y. (2022). Göçmen Kadınların Ebelik Hizmetlerine Gerekisini. *Göç Dergisi*, 9, 3, sf. 337 – 343 <https://doi.org/10.33182/gd.v9i3.838>
- Culbreth, R., Swahn, M. H., Salazar, L. & Kasirye, R. (2016). Associated Risk Factors of Sexually Transmitted Infections (STI) and HIV Co-Infection among Youth Living in the Slums of Kampala, Uganda. https://apha.confex.com/apha/144am/meetingapi.cgi/Paper/355096?filename=144am_Abstract355096.html&template=Word
- Roupetz, S., Garbern, S., Michael, S., Bergquist, H., Glaesmer, H., & Bartels, S. A. (2020). Continuum of Sexual and Gender-Based Violence Risks Among Syrian Refugee Women and Girls in Lebanon. *BMC Women's Health*, 20, 176. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01009-2>
- Sarı, Ö., (2018). Health Services To The Syrians Under Temporary Protection In Turkey. *Social Sciences Studies Journal (SSSJJournal)*, Vol:4, Issue:13 pp:202-210
- Söğüt, K.,& Bilge, Ç. (2021). Mülteci Kadınlar için Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi: Hemşirelik Yaklaşımı. *İnsan ve Sosyal Bilimler Dergisi (JOHASS)*,4(1), 192-206. <https://doi.org/10.53048/johass.879451>
- Şimşek, Z., Yentur Doni, N., Gül Hilali, N., & Yildirimkaya, G. (2018). A Community-Based Survey on Syrian Refugee Women's Health and It's Predictors in Şanlıurfa, Turkey. *Women & Health*, 58(6), 617-631. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1321609>
- Tantet, C., Delaporte, C., & Cordel, H. (2019). Violence against Migrant and Refugee Women: How to Identify Them. *La Revue Du Praticien*, 69(6), 676-678.
- Türkiye'deki Suriyelilerin Demografik Görünümü, Yaşam Koşulları ve Gelecek Beklentilerine Yönelik Saha Araştırması. (2017). Erişim tarihi: 15 Ocak 2024, <https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/25337/xfiles/17a->
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), (2023). Refugee Data Finder. Erişim Tarihi: 23.09.2024 <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>
- United Nations High Commissioner for Refugees UNHCR (2023). Mid-Year Trends. Erişim Tarihi 15 Ocak 2024, Erişim adresi: <https://www.unhcr.org/mid-year-trends-report-2023>

- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), (2024). Sexual and Reproductive Health. Erişim: 15.09.2024 <https://www.unhcr.org/what-we-do/protect-human-rights/public-health/sexual-and-reproductive-health>
- Yağmur, Y. & Aytekin, S. (2018). Mülteci Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 11(1), 56-60.
- Yalman, Y. & Özkoçak Solmaz, Ö. (2025). "Göçmen Sağlık Hizmetleri ve Türkiye'nin Kamu Harcamaları: Ekonomik ve Sosyal Yansımalar", International Social Mentality and Researcher Thinkers Journal, (Issn:2630-631X) 11(1): 156-173. <https://doi.org/10.5281/zenod.o.14751556>
- Yıldırımkaya, Gökhan. (2014)] Mülteciler ve Üreme Sağlığı Riskleri. Bedeni, Cinselliği ve Doğurganlığı ile Kadın Konferansı. Mardin Güvenli Annelik Semineri. Erişim tarihi:14 Ocak 2024, Erişim adresi: <https://silo.tips/download/grnm-ocak-mlteciler-ve-reme-sal-riskleri-bedeni-cinsellii-ve-dourganl-ile-kadn-k#embed>
- Zepro, N. B.,& Ahmed, A. T. (2016). Determinants of institutional delivery service utilization among pastorals of Liben Zone, Somali Regional State, Ethiopia, 2015. International Journal of Women's Health, 8, 705-712. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S123189>
- World Health Organization, (2019). Adolescent Pregnancy, WHO/RHR/19.15 Erişim Tarihi:23.09.2024 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329883/WHO-RHR-19.15-eng.pdf?sequence=1>

Derleme Makalesi/Review Article

Kadın Sağlığı ve Dijital Dönüşüm: Dijital Sağlık Okuryazarlığı

Tuğçe YASATEKİN¹

Women's Health And Digital Transformation: Digital Health Literacy

ÖZ

21. yüzyılda internet ve dijital teknolojiler hızla gelişmiş ve günlük yaşamda önemli bir yer edinmiştir. Bu gelişmeler sağlık alanında dijitalleşmeyi hızlandırarak dijital sağlık kavramını ortaya çıkarmıştır. Dijital sağlık, internet ve teknoloji kullanılarak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve bilgiye erişimin sağlanması anlamına gelir. Ancak, doğru ve güvenilir bilgiye ulaşmak dijital sağlık okuryazarlığı becerisiyle mümkündür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dijital sağlık yeteneklerini elektronik kaynaklardan bilgiye erişim, bu bilgiyi anlama ve çözme becerisi olarak tanımlamaktadır. Kadın sağlığı gibi ayrıntılı hizmetleri içeren alanlarda bu beceri önem taşımaktadır. Kadınlar; ürojenekoloji, jinekoloji, infertilite, menopoz ve cinsel sağlık gibi konularda yaşamlarının farklı dönemlerinde sorunlarla karşılaşmaktadır. Kadın sağlığı hizmetleri, fizyolojik, sosyal ve çevresel faktörleri içeren kapsamlı bir yaklaşımı gerektirir. Dijital sağlık teknolojilerinin yaygınlaşması, yapay zekâ, robotik cerrahi, tele-sağlık, mobil uygulamalar teknolojiler gibi araçlar yoluyla tanı, tedavi ve önleyici sağlık hizmetlerini destekleyerek sağlık profesyonellerine ulaşımı kolaylaştırmaktadır. Dijital sağlık okuryazarlığı, kadınların sağlık bilgilerine erişimini artırıp kendi sağlıklarını yönetmelerini sağlamakta, hastalıkların önlenmesine ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Ancak Türkiye'de dijital sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik çalışmaların sınırlı olması, bu alandaki gelişim ihtiyacını ortaya koymaktadır. Kadın sağlığında dijital okuryazarlığın geliştirilmesi, bireylerin sağlıklarını etkin şekilde yönetmelerine olanak tanıyarak toplum sağlığına önemli katkılar sağlayacaktır. Araştırma ve eğitim programları bu süreçte kritik bir rol oynamaktadır.

Anahtar kelimeler: Dijital dönüşüm, dijital sağlık okuryazarlığı, hemşirelik, kadın sağlığı

ABSTRACT

In the 21st century, the rapid advancement of the internet and digital technologies has significantly reshaped daily life. These developments have accelerated the digitalization of healthcare, giving rise to the concept of digital health. Digital health refers to the enhancement of healthcare services and access to information through the use of internet and technology. However, accessing accurate and reliable information is contingent upon digital health literacy. The World Health Organization (WHO) defines digital health competencies as the ability to access, comprehend, and process information from electronic sources. This skill is particularly crucial in fields that encompass detailed services, such as women's health. Women face various health-related challenges throughout different stages of their lives, including urogynecology, gynecology, infertility, menopause, and sexual health. Women's health services require a comprehensive approach that incorporates physiological, social, and environmental factors. The widespread adoption of digital health Technologies such as artificial intelligence, robotic surgery, telehealth, and mobile applications supports diagnostic, therapeutic, and preventive healthcare services, and facilitates access to health professionals. Digital health literacy empowers women by improving access to health information and enabling them to manage their health autonomously. This contributes to disease prevention and improved health outcomes. However, in Türkiye, initiatives aimed at enhancing digital health literacy remain limited, revealing a significant need for development in this area. Strengthening digital literacy in women's health would enable individuals to manage their health more effectively, thereby contributing to public health. Research and educational programs play a critical role in advancing this process.

Keywords: Digital conversion, digital health literacy, nursing, women's health

¹**Sorumlu Yazar;** Yüksek Lisans Öğrencisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul, Türkiye, **e-mail:** yasatekintugce@gmail.com, **ORCID ID:** 0009-0000-4817-9298

Geliş Tarihi: 08.05.2025, **1. Revizyon:** 11.06.2025 **2. Revizyon:** 11.06.2025 **Kabul Tarihi:** 17.06.2025 **Online Yayın Tarihi:** 31.07.2025

Atıf/Citation: Yasatekin, T. (2025). Kadın sağlığı ve dijital dönüşüm: dijital sağlık okuryazarlığı. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 11 (2) , 59-68..



This work is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International

EXTENDED ABSTRACT

In the 21st century, the rapid development of the internet and digital technologies has significantly influenced various aspects of daily life, including healthcare. The integration of digital tools into medical services has given rise to the concept of digital health, which aims to improve accessibility, efficiency, and personalization in healthcare delivery. However, the ability to effectively engage with digital health services and access reliable medical information is contingent upon digital health literacy. The World Health Organization (WHO) defines digital health literacy as the ability to access, evaluate, and interpret electronic health-related information. This competency is particularly essential in women's healthcare, as women experience distinct health challenges throughout different life stages, including urogynecology, gynecology, infertility, menopause, and sexual health. Managing these aspects requires a comprehensive approach, integrating physical, social, and environmental factors to ensure holistic healthcare solutions.

Digital health technologies play a significant role in improving healthcare accessibility and service quality. The adoption of telehealth, artificial intelligence (AI), robotic surgery, mobile health applications, and wearable technologies provides advanced solutions for diagnostics, treatment, and preventive healthcare services. Mobile applications designed for fertility tracking enable individuals to monitor their menstrual cycles and reproductive health, while AI-driven diagnostic tools enhance the early detection of gynecological diseases. Robotic surgery has improved precision in complex medical procedures, leading to better patient outcomes and shorter recovery times.

Women's access to healthcare should not be limited to medical treatment alone but should also involve access to accurate health-related information. Reliable knowledge about pregnancy, contraception, reproductive health, and chronic diseases allows women to make informed decisions about their well-being. However, misinformation and incomplete medical knowledge—particularly prevalent on social media—pose significant risks to healthcare decision-making. Additionally, cultural and socioeconomic factors can further impact women's access to credible health resources, necessitating targeted interventions to bridge the knowledge gap. One of the major challenges in digital health is the spread of inaccurate health information online. False claims and misleading data can result in harmful self-diagnoses and inappropriate treatments. Digital health literacy is therefore a crucial competency that enables individuals to distinguish between credible sources and unreliable content. The ability to critically assess digital health

information ensures that women can make evidence-based medical decisions rather than relying on unverified advice. Strengthening digital literacy programs tailored specifically for women can improve health outcomes and enhance patient autonomy. Digital platforms also serve as valuable tools for fostering health awareness and education. Online forums, support groups, and social media communities provide spaces where women can engage in discussions about healthcare topics, share experiences, and access expert advice. These virtual networks promote an informed and empowered population, encouraging active participation in personal healthcare management. Such platforms also facilitate cross-cultural knowledge exchange, allowing individuals to benefit from diverse healthcare experiences globally.

Despite the increasing availability of digital health technologies, initiatives aimed at enhancing digital health literacy remain limited in Türkiye, particularly in women's healthcare. Addressing this gap requires greater investments in education, awareness campaigns, and policies that ensure women can fully utilize digital healthcare tools. Improved digital literacy would contribute to more informed decision-making and better healthcare outcomes, ultimately reducing health disparities. The advancement of digital health literacy in Türkiye has progressed alongside the broader digitalization of healthcare. However, further investment is needed, particularly in efforts to improve women's health education and accessibility. Educational programs, awareness initiatives, and research endeavors offer important opportunities to expand digital literacy efforts. Universities and healthcare institutions can play an integral role in providing specialized courses and training on digital health literacy, equipping individuals with the skills to navigate online medical platforms effectively. Strengthening health professionals' digital competencies can enhance patient-provider interactions and contribute to the accuracy of digital health communications.

The relationship between women's health and digital transformation continues to strengthen as healthcare services increasingly adopt technology-driven solutions. The effective utilization of digital health technologies enables women to access preventive care, early diagnosis, and advanced treatment methods more efficiently. Expanding investments in digital health literacy in Türkiye will significantly empower women to manage their health independently and access evidence-based healthcare resources. The digitalization of women's healthcare not only improves individual well-being but also contributes to broader public health benefits. Digital health literacy plays a central role in modern healthcare, enabling

women to take proactive steps toward disease prevention, informed health decisions, and effective utilization of medical services. As digital health technologies continue to evolve, ensuring equitable access to healthcare information and promoting digital literacy will be essential in achieving better health outcomes and reducing disparities in women's healthcare. By integrating educational, technological, and policy-driven solutions, healthcare providers and policymakers can collectively enhance women's digital health literacy, fostering a more inclusive and effective healthcare system.

GİRİŞ

Günümüzde sosyal medya, web tabanlı tarayıcılar, mobil sağlık uygulamaları ve tele-sağlık hizmetleri gibi dijital platformlar, bireylerin sağlık konusunda bilgiye erişimini daha kolay bir hale getirmektedir. Ancak, bu kaynaklardan elde edilen bilgilerin doğruluğu ve güvenilirliği konusunda bazı belirsizlikler bulunmaktadır. Dijital alandaki bu belirsizlikleri en aza indirmek için dijital sağlık okuryazarlığı kavramı ortaya çıkmış ve büyük öneme sahip olmuştur (Chan ve Kaufman 2011). Düşük sağlık okuryazarlığı, tanı sürecinde gecikmelere, morbidite ve mortalite riskinin artmasına, hastanede yatışın uzamasına, tedavide aksaklıklara ve genel sağlık durumunda olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Dijital sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, bireylerin dijital becerilerini artırarak güvenilir kaynaklardan bilgi edinmelerini mümkün kılmaktadır (Karagöl ve ark. 2023). Yaşamları boyunca çeşitli üreme sağlığı sorunlarına maruz kalan kadınlar bu sorunları çözmek için çeşitli dijital sağlık platformlarına başvurmaktadır. Bu nedenle kadınların dijital sağlık okuryazarlığı konusunda farkındalıklarının artırılması ve bu konudaki bilgi düzeylerinin yükseltilmesi önem taşımaktadır.

Bu derlemenin amacı gelişen teknoloji ile birlikte dijital sağlık okuryazarlığının kadın sağlığı açısından önemini vurgulamak ve kadınların sağlık sorunlarında dijital uygulamaları etkin kullanmalarını teşvik ederek, farkındalık ve yönetim becerilerini geliştirmektir.

KADIN SAĞLIĞI VE DİJİTAL DÖNÜŞÜM

Kadın sağlığı, sağlık hizmetlerine ayrıntılı ve kapsamlı bir yaklaşım gerektiren fizyolojik, sosyal ve ekolojik açıdan çeşitli faktörlerin bir arada bulunduğu karmaşık bir yapıdır. Kadınlar yaşam dönemlerine bağlı olarak ürojinekoloji, jinekoloji, cinsel sağlık, perinatoloji, menopoz, meme kanseri, serviks kanseri, üreme sağlığı, ruh sağlığı gibi sorunlarla karşı karşıya gelebilmektedir. Son yıllarda, sağlık hizmetleri ve teknolojinin kesişimi, kadınların yaşam dönemlerindeki karşılaştığı zorlukların ele alınmasında odak noktası haline gelmiştir. Yenilikçi

dijital teknolojiler, üreme sağlığını güçlendirmek, anne ve doğum sonrası bakımı iyileştirmek, jinekolojik rahatsızlıkların tedavisini kolaylaştırmak, ruh sağlığına öncelik vermek ve önleyici sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak için umut verici çözümler sunmaktadır. Gelişen teknoloji, sağlık sorunlarının tanı ve tedavi süreçlerini hızlandırarak morbiditeyi azaltmakla kalmayıp aynı zamanda bu sorunların önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Karagöl ve ark. 2023).

Dünyada teknolojinin hızla gelişmesiyle birlikte internetin hayatımıza girmesiyle bilgi kaynakları da gelişmiştir. Sağlıkla ilgili bilgiye erişim, internet sayesinde daha pratik hale gelmiş, böylece bireyler ihtiyaç duyduğu bilgilere daha hızlı ve kolay ulaşabilmiştir. İnsanların interneti giderek daha fazla benimsemesi, sağlık konularında geniş bilgilere kitlelere erişmesini sağlayarak bu alandaki bilgi paylaşımını önemli ölçüde artırmıştır. Kadınlar için de bilgi kaynakları çeşitlenmiş ve gelişmiştir. Günümüzde kadın sağlığını yakından takip etmemizi sağlayan dijital medya, web tabanlı tarayıcılar, tele-sağlık hizmetleri, giyilebilir teknolojiler ve mobil sağlık uygulamaları bulunmaktadır (Tarhan ve ark. 2021).

Dijital sağlık, sağlık risklerinin kontrolü ve bireylerin refahının artırılması amacıyla tıp ve diğer sağlık alanlarında bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılmasıdır. Sağlık sistemlerini güçlendirmek için, sağlık hizmetlerini doğrudan bireylerin evlerine ve hizmete erişimi kısıtlı topluluklara ulaştırmak ve sağlık hizmetlerini daha etkili ve duyarlı hale getiren dijital araçları entegre etmek gibi çözümler önerilmektedir (World Health Organization [WHO], 2020). Dijital sağlık, giyilebilir teknolojiler, mobil sağlık uygulamaları, tele-sağlık, sağlık bilişim teknolojileri ve tele tıp gibi bir dizi unsuru bünyesinde barındırır (Tarhan ve ark. 2021).

Dijital dönüşüm, sağlık sektöründe bilgi ve iletişim teknolojilerinin yoğun kullanımıyla sağlık hizmetlerinin daha verimli, daha erişilebilir ve kaliteli hale gelmesini sağlayan kapsamlı bir süreçtir. Sağlık sektörü, teknolojik gelişmeleri en hızlı benimseyen alanlardan biri olup, dijital teknolojilerin entegrasyonu, sağlık hizmetlerinin sunumu ve kontrolünü dönüştürmektedir. Web, mobil veri, yapay zekâ, büyük veri ve tele-sağlık gibi gelişmiş teknolojiler, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırırken, maliyetleri düşürmekte ve hizmetlere erişimi kolaylaştırmaktadır (Bozbuğa ve ark. 2021).

Datareportal 2024 raporunda dünya nüfusunun %66,2'sinin interneti aktif olarak kullandığı ve %62,3'ünün aktif olarak sosyal medya kullandığı belirtilmektedir. Türkiye'de ise toplam nüfusun %88,8'i gibi büyük bir çoğunluğun internet kullanıcısı

olduğu, %66,8'inin ise sosyal medya kullanıcısı olduğu belirtilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2024; Datareportal, 2024). Mobil telefon kullanım oranı ise 2024 yılında %93,8'e ulaşmış olup, mobil cihaz dağılımı internete erişimi kolaylaştırmıştır ve mobil uygulamalarla birlikte sosyal medya kullanımı da artmıştır. Bu gelişmeler, sağlıkla ilgili dijital hizmetlerin hızla yaygınlaşmasına katkı sağlamaktadır (T.C. Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı, 2024; Faux-Nightingale ve ark. 2022).

Bu dönüşümün bir parçası olarak Sağlık Bakanlığı, erişilebilir, kaliteli ve sürdürülebilir sağlık hizmetleri sunmak ve hasta memnuniyetini arttırmak amacıyla e-sağlık uygulamaları geliştirmiştir. Bu uygulamalar arasında Sağlık-Net, e-Nabız, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS), Teletıp, Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK), Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS), e-reçete, Aşı Takip Sistemi ve Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) bulunmaktadır (Bozbuğa ve ark. 2021). Dünya genelinde ise e-sağlık hizmetleri, Dünya Sağlık Konseyinin 2005 yılında aldığı kararla yaygınlaşmıştır (WHO, 2021).

KADIN SAĞLIĞI VE DİJİTAL UYGULAMALAR

Dijital sağlık teknolojileri, bireyler ve sağlık çalışanları arasındaki mesafeyi azaltarak koruyucu sağlık hizmetlerini desteklemekte ve kronik hastalıkların yönetimini kolaylaştırmaktadır. Bu teknolojiler, hastalıkların tespiti, önlemesi, tedavisi ve uzun dönem bakımın sağlanması için etkili bir araç sunmaktadır. Özellikle yapay zekâ, robotik cerrahi, laparoskopik cerrahi ve uzaktan sağlık hizmetleri (mobil uygulamalar, tele-sağlık, tele-tıp) gibi teknolojiler, kadın sağlığında öne çıkan dijital uygulamalar arasındadır (Karagöl ve ark. 2023).

Kadın sağlığına yönelik mobil sağlık uygulamaları, prekonsepsiyonel dönemden jinekolojik hastalıkların takibine kadar geniş bir alanda sağlık hizmetleri sunmaktadır. Bu uygulamalar, kadınların sağlık hizmetlerine erişimini teşvik ederek sağlıklarını yönetmelerine destek olmaktadır (Yıldırım ve ark. 2023). Menstrual döngü takibi ve ovulasyon izleme gibi özelliklere sahip olan mobil uygulamalar, üreme sağlığını desteklemek adına yaygın şekilde kullanılmaktadır (Karagöl ve ark. 2023). Eschler ve arkadaşlarının (2019) yaptığı bir araştırmaya göre, menstrual sağlık alanındaki uygulamaların kullanım oranı son 10 yılda artmış, bu uygulamalar genellikle menstrual döngü takibi ve doğal aile planlaması yöntemleri kapsamında ovulasyon dönemlerinin izlenmesine yardımcı olduğu saptanmıştır. Gebelik ve doğum süreçlerinde elektronik gebelik testleri, dijital gebelik takibi programları, gelişmiş ultrason cihazları, gebelik takibinin izlenmesine yönelik uygulamalar, özel doğum yatakları, komplikasyon önleyici cihazlar

ve çocuk bakımı ürünleri kullanılmaktadır (Karagöl ve ark. 2023). Gebelik uygulamalarının çeşitlenmesiyle birlikte, kadınlar mobil sağlık teknolojilerini doğum öncesi bakım süreçlerine dahil etmeyi tercih etmektedir (Pinnarong ve ark. 2021). Gebeliğe bağlı komplikasyonların belirti ve bulgularına yönelik web sitesi kullanım oranları %70 olarak belirlenmiş, ulusal sağlık veri tabanı kullanım oranı ise %83,6 olarak rapor edilmiştir (Mackintosh ve ark. 2020). Bu bulgular, çevrimiçi kaynakların gebelik süreçlerini desteklemedeki önemli rolünü ortaya koymaktadır.

Mobil sağlık uygulamalarının etkilerine bakıldığında, prekonsepsiyonel dönemde sağlıklı beslenme alışkanlıklarının mobil eğitimle teşvik edildiği ve kadınların büyük bir kısmının bu değişikliklere uyum sağladığı gözlenmiştir. Ayrıca, çevrimiçi koçluk alan kadınlarda sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri görülmektedir (Van Dijk ve ark. 2020). Çevrimiçi kaynakların, hamilelik komplikasyonları hakkında farkındalığı artırarak semptomlarının öneminden emin olmayan kadınların profesyonel yardım almasını teşvik ettiği belirlenmiştir (Prescott ve Mackie 2017). Bununla birlikte, bu tür kaynakların doğruluğu ve kalitesi konusundaki endişeler, kadınların bilgileri değerlendirme yetkinliği ile erişim kısıtlamaları gibi faktörler, bazı zorluklara neden olmaktadır (Mackintosh ve ark. 2020). Örneğin, menopoza dönemine yönelik mobil uygulamalarda içeriklerin genellikle anlaşılması güç bulunmuş ve öz yönetim ile yaşam tarzı yönetimi gibi alanlarda yeterli desteğin sağlanamadığı görülmüştür (Paripoorani ve ark. 2023; Warke, 2021). Buna karşılık, jinekolojik kanserlerin tanı ve önlenmesinde dijital sistemlerin kullanımı artarken, menopoza dönemi şikayetlerinin hafifletilmesinde giyilebilir teknolojiler tercih edilmektedir. Teknolojideki bu ilerlemeler, bakım kalitesinin artmasına ve maliyetlerin düşmesine katkı sağlamaktadır (Karagöl ve ark. 2023).

Kadınların dijital sağlık uygulamalarını kullanmalarına yönelik çalışmalar, olumlu etkilerini ön plana çıkarmakta ve sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirmektedir. Örneğin, Avustralyalı kadınların katıldığı bir araştırmada, hamilelik ve ebeveynlik uygulamalarını kullanan kadınların çoğunluğunun bu uygulamalardan memnuniyet duyduğu belirtilmiştir (Lupton ve Pedersen 2016). Preeklampsili kadınların doğum sonrası bakımında mobil sağlık teknolojilerinin uygulanması üzerine yapılan bir başka çalışmada ise bu teknolojilere erişimin kolay olduğu ve faydalarının kullanıcılar tarafından güçlü şekilde algılandığı sonucuna ulaşılmıştır (Lee ve ark. 2017). Bununla birlikte, yalnızlık ve ruh sağlığı sorunları gibi sosyal zorluklar, kadınların dijital ruh sağlığı uygulamalarına erişimi sınırlandıran başlıca faktörler arasında yer almaktadır. Ancak tüm bu engellere rağmen, dijital

uygulamaların kadınların ruh sağlığını desteklemek için giderek daha fazla tercih edildiği görülmektedir (Ayobi ve ark. 2022).

Dijital uygulamalar, kadın sağlığı ve eğitiminde farkındalık yaratmak adına önemli bir araç haline gelmiştir. Örneğin, Price ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada, dijital uygulamaların ergenlerin üreme sağlığı konusunda bilgi düzeyini artırmada etkili olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca, Goberna-Tricas ve arkadaşlarının (2011) yaptığı araştırma, kadınların dijital uygulamalardan ve sağlık teknolojilerinden memnun olduklarını, bu teknolojilerin kaygılarını hafiflettiği ve doğum sonrası bakımdaki memnuniyeti arttırdığı sonucuna varılmıştır.

Altyapı eksiklikleri, düşük dijital sağlık okuryazarlığı ve cihazlara erişim sorunları gibi faktörler, tüm kadınların bu teknolojilerden eşit şekilde faydalanmasını engellemektedir (Faux-Nightingale ve ark. 2022). Dijital sağlık uygulamalarının kullanımı üzerine yapılan bir çalışmada Bangladeşli kadınların da benzer engellerden etkilendiği bulunmuştur (Jahangir, 2020). Bu engellerin aşılması adına, dijital okuryazarlığı artırmaya yönelik girişimlerin yanı sıra altyapının iyileştirilmesi ve devlet desteğinin artırılması önemli çözüm önerileri arasında yer almaktadır (Faux-Nightingale ve ark. 2022).

DİJİTAL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Dijital sağlık okuryazarlığı, dijitalleşmenin sağlık hizmetlerine entegre edilmesi ve dijital ortamda etkin bir şekilde hareket edebilmesi ile ortaya çıkan bir kavramdır. Sağlık okuryazarlığının dijital boyutu olarak değerlendirilen bu kavram, kişisel erişim, anlama ve kullanma becerilerini de kapsamaktadır. Aynı zamanda sağlık hizmeti sağlayıcılarının da dijital ve insan merkezli yaklaşımlarla hizmet sunmalarını zorunlu kılmaktadır. Dijital sağlık sistemlerinde başarılı olabilmek için, bireylerin ve sağlık profesyonellerinin dijital beceriler geliştirmeleri ve hasta odaklı çözümler sunan yaklaşımlar benimsemeleri büyük önem taşımaktadır (Palumbo ve ark. 2022).

Dünya Sağlık Örgütü, dijital sağlık okuryazarlığını, sağlık aracılığıyla elektronik kaynakları sürdürme, anlama, kavrama ve değerlendirme yeteneği olarak tanımlamaktadır (EuroHealthNet, 2024). Dijital sağlık okuryazarlığının amacı, dijitalleşme çerçevesinde kullanıcıların yalnızca pasif alıcılar olmamaları, mevcut içeriklerle iletişimde bulunarak veya sağlıkla ilgili kendi bilgilerini paylaşarak iletişime aktif bir şekilde katılmalarıdır. Bu bağlamda, dijital sağlık okuryazarlığı yalnızca mesajların alınması ve işlenmesiyle sınırlı değildir; aynı zamanda çok yönlü dijital iletişimlere etkin katılım da söz konusudur.

İnsanları sağlıkları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmaya teşvik etmek, insanların sağlıklı yaşamlarını desteklemek ve en fazla risk altında olan grupların sağlık gereksinimlerine öncelik vermek amacıyla yenilik ve ilerlemenin önemi vurgulanmaktadır (Tarhan ve ark. 2021).

Dijital Sağlık Okuryazarlığı Çerçevesi

Dijital Sağlık Okuryazarlığı çerçeveleri, bireylerin dijital sağlık kaynaklarına erişmesini, bunları etkili bir şekilde kullanmasını ve sürekli olarak faydalanabilmesini sağlayan birçok beceri ve kaynaktır. Dijital sağlık okuryazarlığı, aşağıda sıralanan yedi temel unsurdan oluşmaktadır: Bunlar;

- Bilgiyi işleyebilme yeteneği,
- Kendi sağlık yönetimine aktif katılım,
- Dijital sağlık hizmetlerinden etkin şekilde yararlanma becerisi,
- Güvenli ve kontrol altında hissetme,
- Dijital sağlık hizmetlerine erişim konusunda motivasyon,
- Mevcut dijital sistemlere erişebilme imkânı,
- Bireylere uygun dijital sağlık hizmetlerine erişimdir.

Avrupa Dijital Kapasite Komisyonu'na göre, dijital okuryazarlık beş temel unsurdan oluşmaktadır: Bilgi ve veri okuryazarlığı, iletişim ve iş birliği, dijital içerik oluşturma, güvenlik ve sorun çözme. Her biri, dijital sağlık okuryazarlığının temel yetkinliklerini oluşturan alt boyutlara sahiptir. Bu çerçeve koşulları, dijital ve sağlık okuryazarlığının çok boyutlu yapısını ortaya koyarak, dijital sağlık okuryazarlığının yeterlilik çerçevesi içerisinde ele alınmasının gerekliliğini vurgulamaktadır (Van Kessel ve ark. 2022).

Dijital Sağlık Okuryazarlığının Önemi, Etkileri ve Etkileyen Faktörler

Dijital sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini ve sağlıkla ilgili karar alma süreçlerini doğrudan etkileyen bir kavramdır. Yaş, eğitim düzeyi, sağlık durumu, dijital beceriler ve bilgi arama gibi faktörler, dijital sağlık okuryazarlığını etkileyen başlıca faktörlerdir. Özellikle sosyoekonomik açıdan dezavantajlı gruplar, yaşlılar ve düşük dijital beceriye sahip bireyler, dijital sağlık çözümlerine erişimde zorluk yaşamaktadır (Tarhan ve ark. 2021).

Dijital sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık hizmetlerine hızlı erişimini sağlayarak klinik semptomların yönetimini kolaylaştırır, sağlık davranışlarını izlemelerini destekler ve hasta ile sağlık çalışanı arasında etkili bir iletişim platformu sunar.

Sağlık çalışanlarının bu alandaki yetkinliği, doğru bilgiye erişimi artırmakta, ekip koordinasyonunu güçlendirmekte ve hasta odaklı sağlık okuryazarlığını teşvik etmektedir (Tarhan ve ark. 2021).

Yapılan araştırmalar, toplumdaki bazı kesimlerin online sağlık hizmetlerini etkin bir şekilde kullanmadığını ortaya koymaktadır. Çevrimiçi sağlık hizmetlerine erişimde en çok etkilenen gruplar arasında düşük eğitimliler, engelliler ve düşük gelir seviyesindekiler yer almaktadır (Chang ve ark. 2004; Chesser ve ark. 2016). Bu nedenle, bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımını öğretecek eğitim programları ve erişilebilir dijital çözümler geliştirilmelidir (Karagöl ve ark. 2023). Dijital sağlık okuryazarlığının artırılması, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırırken daha bilinçli kararlar almasını sağlar. Aynı zamanda, hasta ve sağlık çalışanı arasındaki iletişim ile sağlık hizmetlerinin genel kalitesini de iyileştirmektedir (Karagöl ve ark. 2023).

Dijital Sağlık Okuryazarlığını Değerlendirme Araçları

Dijital Sağlık Okuryazarlığı Aracı, Van der Vaart ve Drossaert (2017) tarafından geliştirilmiş olup, operasyonel beceriler, bilgi arama, güvenilirliği değerlendirme ve mahremiyetin korunması gibi alt boyutları kapsamaktadır. Dijital Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ise Çetin ve Gümüş (2023) tarafından hazırlanmış olup, bilgi arama, güvenilirliği değerlendirme, ilgi düzeyini belirleme, yön bulma ve içerik ekleme gibi alt boyutları içermektedir. Vatandaşlar için Dijital Sağlık Okuryazarlığı Yetkinliği Aracı, Rachmani ve arkadaşları (2022) tarafından geliştirilmiş ve sağlık bilgisi yeterliliği ile dijital yeterliliği değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Son olarak, Park ve Kwon (2021) tarafından oluşturulan Ergenler İçin Dijital Sağlık Okuryazarlığı Aracı, operasyonel beceriler, gezinme becerileri, bilgi arama, güvenilirliği değerlendirme, alaka düzeyini belirleme, web tabanlı bir uygulamaya kendi kendine oluşturulan içerik ekleme ve gizliliğin korunması gibi alt boyutlardan oluşmaktadır.

KADIN SAĞLIĞINDA DİJİTAL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Kadın sağlığında dijital sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgilerine erişim yeteneklerini arttırmak için dijital teknolojiyi kullanarak sağlıkları hakkında daha bilinçli kararlar alabilecekleri alanlardır. Son yıllarda, dijital sağlık okuryazarlığına yönelik yapılan girişimler, özellikle düşük gelirli ve dezavantajlı gruplar arasında başarılı sonuçlar elde etmiştir. Bu girişimler, sağlık bilgisine erişimi kolaylaştırmak için basit materyallerin, sayıların, fotoğrafların ve renklerin etkili kullanımı gibi unsurları içermektedir.

RizviJafree ve arkadaşlarının (2021) Pakistan'da yaptığı bir çalışma, kadınların dijital sağlık okuryazarlığını geliştirmek üzere eğitildiğini ortaya koymuş ve bu eğitim sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesinde önemli bir araç olmuştur.

Gebe ve emziren kadınlar, genellikle sağlıklarını korumayı ve bakım işlemlerinde bilgi edinmeyi web tabanlı kaynaklardan tercih etmektedir (Gourounti, 2022). Bu kapsamda, 2017 yılında Avrupa'da dijital sağlık okuryazarlığının yayılmasını hedefleyen Uluslararası Bulut Sağlık Kayıtları (ICHealth) projesi başlatılmıştır. Proje, sağlık verilerini arama, anlama ve değerlendirme becerilerini artırmayı amaçlamaktadır. Kitlesel açık çevrim içi kurslar modeli test edilerek, çocuklar, ergenler, gebe ve emziren kadınlar gibi farklı gruplara yönelik eğitimler tasarlanmış ve 35 açık erişimli kurs sunulması planlanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, kitlesel çevrimiçi sistem üzerinden sağlık bilgisi erişilebilirliği artırılmış, sağlık verilerinin anlaşılması ve değerlendirilmesinde gelişmeler sağlanmış, ayrıca sağlık öz yönetimi konusunda olumlu katkılar elde edilmiştir (Del Giudice, 2017). Alvarez-Perez ve ark. (2022), IC-Health projesi kapsamında gebe ve emziren anneler arasında dijital sağlık okuryazarlığını artırmayı amaçlayan kitlesel açık çevrimiçi bir eğitim düzenlemiş ve eğitim sonucunda annelerin dijital sağlık okuryazarlığına ilişkin algılarında önemli bir gelişme olduğu belirlenmiştir.

Gourounti ve arkadaşları (2022), Yunanistan'daki gebelerin öğrenme deneyimlerini ve dijital sağlık okuryazarlıklarını araştırmıştır. Araştırma sonuçlarına göre gebeler, öğrenme ve eğitim amaçlı dijital platformları tercih etmiş; bunun yanı sıra sağlık profesyonelleri, kitaplar, aile ve arkadaşlar gibi çeşitli kaynaklardan da faydalanmışlardır. Brezilya'da 41 adolesan ve 45 yetişkin gebenin sağlık okuryazarlığının değerlendirildiği çalışmada adolesan gebelerin %95'inde, yetişkin gebelerin ise %53'ünde yetersiz sağlık okuryazarlığı tespit edilmiştir (França ve ark. 2020).

Suudi Arabistanlı kadınlar arasında e-sağlık okuryazarlığının meme kanseri okuryazarlığı üzerindeki etkilerini inceleyen bir çalışmada üç bulgu ortaya konmuştur. Öncelikle, e-sağlık okuryazarlığının, daha genç bireyler ve yüksek eğitim seviyesine sahip kişiler arasında daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İkinci olarak, meme kanseri okuryazarlığının eğitim ve gelir düzeyiyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Son olarak, e-sağlık okuryazarlığı ile meme kanseri okuryazarlığı arasında pozitif bir ilişki olduğu ortaya koyulmuştur (Almoajel ve ark. 2022). M-sağlık programına kayıtlı 445 kadının sağlık okuryazarlığını değerlendiren bir çalışmada ise kadınların %22'sinde yetersiz, %50'sinde orta

düzeyde, %28'inde ise yeterli sağlık okuryazarlık becerileri tespit edilmiştir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı, kadınların kendi sağlıklarını yönetme konusundaki yetersizlikleriyle ilişkilendirilmiştir (Poorman ve ark. 2014).

Sağlık okuryazarlığı düşük olan kadınların, sağlık davranışlarında ve sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşadıkları, güvenilir bilgiye erişimde zorluk yaşadıkları tespit edilmiştir. Kadınların bilgi kaynağı olarak dijital platformları yaygın şekilde tercih etmeleri, bu kaynakların sağlık hizmetleriyle entegre edilmesi dijital sağlık okuryazarlığını arttırmasını mümkün kılmaktadır. Genç ve eğitim düzeyi yüksek bireylerde dijital sağlık okuryazarlığı daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir; bu durum, eğitim programlarının sağlık okuryazarlığını ve davranışlarını iyileştirmede etkili bir araç olabileceğini göstermektedir. Sonuç olarak, dijital sağlık okuryazarlığı becerilerini geliştirmeye yönelik çalışmalar, kadınların sağlık sonuçları üzerinde olumlu bir etkisi olmaktadır.

Araştırmalar, dijital ortamda sağlık bilgisi arayan kişi sayısının arttığını ve bu bilgilerin genellikle bilimsel yayınlar, doktor paylaşımları, internet ve sosyal medya aracılığıyla elde edildiğini göstermektedir (Kilit ve Eke 2019). Kanseri teşhisi alan kadınlarda internet kullanımının artmasıyla, dijital sağlık kaynaklarına olan ihtiyacın arttığı tespit edilmiştir. Ancak, dijital ortamda ilgili bilgiye ulaşmak için yüksek sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olmanın gerekliliği vurgulanmıştır (Çömlekçi ve Bozkanat 2021).

Türkiye'de yapılan bir araştırmada, kadınların büyük çoğunluğunun dijital medyayı (%83,9) ve sağlık bilgilerini (%82,9) dijital platformlardan aktif olarak kullandığı tespit edilmiştir. Ancak, sağlık okuryazarlık düzeyleri genel olarak düşük olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı ile bireylerin demografik özellikleri arasında anlamlı ilişkiler bulunmuş; kadınların doğru bilgiyi seçme ve değerlendirme konularında güçlük yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum, kadınların dijital kaynaklardan bilgi edinme alışkanlıklarının yaygın olmasına rağmen, doğru bilgiyi seçme ve değerlendirme konusunda zorluk yaşadığını göstermektedir. Özellikle yanlış bilginin yaygınlaştığı bir çağda, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, kadınların sağlık hizmetlerine erişimde önemli bir rol oynamaktadır (Tarhan ve ark. 2021).

DİJİTAL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE HEMŞİRELİK

Dijital sağlık okuryazarlığı, hemşirelik mesleğinde temel bir gereklilik haline gelmiştir. Dijital platformların yaygınlaşması, hemşirelerin bireylerle etkili iletişim kurmalarını, sağlık ihtiyaçlarını belirlemelerini ve eğitim planlarını hızlı bir şekilde

hazırlamalarını sağlamaktadır. Özellikle kronik hastalıkların yönetiminde güvenilir bilgi kaynaklarına erişim kritik önem taşımaktadır (Sharma ve ark. 2019; Efthymiou ve ark. 2017). Yapılan bir araştırma, genç hemşireler arasında dijital teknolojilere daha olumlu yaklaşıldığını ancak kıdemli hemşirelerin bu teknolojilere daha az güven duyduğunu ortaya koymaktadır. Dijital beceri seviyesinin artırılması ve uygun eğitimlerin sağlanması, hemşirelerin hastalarına rehberlik etme ve hastalık yönetiminde aktif bir rol üstlenmesi açısından önemlidir (Bumini ve ark. 2005; Karagöl ve ark. 2023; Madhuwanthi ve ark. 2022).

Dijital sağlık devrimiyle birlikte hemşirelik mesleği de adaptasyon gerektiren bir dönüşüm sürecindedir. Hemşireler, yeni teknolojilerin kullanımı ve yönetiminin yanı sıra, hastalar ve bakıcılar için teknolojik araçların kullanımını desteklemeli ve dijital hizmetlerden faydalananak uygun kişileri belirleyebilmelidir (Isidori ve ark. 2022). Dijital dönüşüm için hemşirelerin yetkinliklerini arttırmaya yönelik araçlar da geliştirilmiştir (Qin ve ark. 2024).

Acemi hemşirelerin dijital becerilerde yetkin olduğu, ancak klinik bilgisayarların ve hemşirelik bilgisinde yeterliliklerinin düşük olduğu belirtilmiştir. Hemşirelik öğrencilerinin dijital okuryazarlığına yönelik yapılan çalışmalar, dijital araçların daha etkin kullanımı için bu alandaki eğitim ihtiyacını açıkça ortaya koymaktadır (Brown ve ark. 2020; Price ve ark. 2019; Qin ve ark. 2024). Dijital sağlık alanının gelişmesinde ve bu alandaki yeniliklerin hasta bakımına entegre edilmesinde hemşirelerin farklı rolleri bulunmaktadır:

Hasta Rehberliği ve Destekleyici: Hastalar dijital sağlık teknolojilerini etkin bir şekilde benimseyebilir kullanabilirler. Teknoloji aracılığıyla hastaların sağlıklarının sorumluluğunu üstlenmelerine yardımcı olurken, dijital araçlar hakkında rehberlik sağlamakta ve temel destek sunmaktadırlar (Nezamdoust ve ark. 2022).

Eğitmen: Hemşireler sağlık uygulamaları, giyilebilir cihazlar ve tele-medikal platformların karmaşık yapılarını hastalar için basitleştirir ve bu platformların kullanımını öğretmekle hasta eğitimine odaklanır. Dijital uygulamaların sunduğu hizmetlerden kimsenin mahrum kalmaması için bilgi ve destek sağlarlar (Nezamdoust ve ark. 2022).

Veri Analisti ve Gözlemci: Dijital sağlık araçları sayesinde hasta verilerini gerçek zamanlı olarak izleyerek hasta eğitimlerini belirlerler ve kritik durumlara hızlı bir şekilde yanıt verirler. Bunun yanı sıra klinik iş akışları ve hasta ihtiyaçlarına dair bilgi birikimleriyle hasta odaklı ve kullanıcı dostu dijital çözümlerin geliştirilmesine katkıda bulunurlar (Nezamdoust ve ark. 2022).

İnovasyon Danışmanı: Hemşire klinik çalışma süreçleri ve hasta ihtiyaçları konusunda bilgi sahibi olan teknoloji geliştiricileriyle birlikte çalışabilirler. Hasta odaklı ve kullanıcı dostu dijital uygulamaların geliştirilmesine katkıda bulunabilirler (Nezamdoust ve ark. 2022).

Mobil Sağlık Uygulamaları Kullanıcısı: Hemşireler, tıbbi hataları azaltma, hasta güvenliğini artırma, yaşamsal belirtileri izleme, kronik hastalıkların yönetimi gibi pek çok alanda mobil sağlık uygulaması kullanırlar. Ayrıca, tanı süreçlerini kolaylaştırarak, bireyselleştirilmiş bakım planlarını desteklemek ve güncel bilgiye erişimi sağlamak gibi işlevlerde de teknolojiyi kullanırlar (Holtz ve ark. 2019).

Güvenlik ve Gizlilik Savunusu: Hemşireler dijital sağlık uygulamalarının güvenlik ve gizlilik alanlarına dikkat ederek hasta bilgilerinin korunmasını sağlarlar. Gizlilik, mahremiyet, güvenlik ve sorumluluk gibi unsurların teknolojik araçların tasarımında dikkate alınmasını savunurlar (Giraldo ve ark. 2018).

Kadın sağlığı hemşirelerinin de bu dijital dönüşüm süresinde önemli bir göreve sahip olmaları gerekmektedir. Bu kadar hızlı gelişen dijital sağlık teknolojileri göz önüne alındığında, kadın sağlığı hemşirelerinin bu konuda bilgi ve becerilerini güncellemeleri zorunluluk haline gelmiştir. Kadın sağlığına yönelik uygulamaların etkin şekilde kullanılabilmesi bireyin ve toplumun sağlık sonuçlarını etkilemektedir. Kadın sağlığı hemşireleri, bu dijital sağlık teknolojilerini kullanarak kadınların kendi sağlıklarını yönetmelerine rehberlik edebilir ve bakım hizmetlerinin kalitesini arttırabilirler.

SONUÇ

Sağlık hizmetlerindeki dijital dönüşüm, kadın sağlığını derinden etkilemiştir ve kadın sağlığının her alanında dijital uygulamaların etkili bir şekilde kullanıldığını ortaya koymuştur. Çeşitli çalışmalar, bu teknolojilerin kadın sağlığına olumlu katkıları olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda çalışmalar dijital sağlık okuryazarlığının kadınların sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirdiği ve karar alma süreçlerini olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir. İletişimin güçlenmesi, hizmetlerin erişilebilirliği ve kadınların sağlık üzerindeki kontrolünün artması dikkat çekmiştir. Bu nedenle, kadınların güçlenmesi ve toplumsal sağlığın iyileştirilmesi için dijital sağlık okuryazarlığı ve medya okuryazarlığını arttıran eğitimler, güvenli bilgi erişimini destekleyen programlar oluşturulmalıdır ve kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin kendilerini dijital sağlık teknolojilerinde güncellemeleri, yeni roller edinmeleri ve bu bilgileri etkin bir şekilde bizlere aktarmaları son derece önemlidir.

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: TY; Tasarım: TY; Danışmanlık: TY; Veri toplama-Veri İşlem: TY; Analiz ve/veya Yorum: TY; Kaynak tarama: TY; Makalenin Yazımı: TY; Eleştirel inceleme: TY

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

KAYNAKLAR

- Almoajel, A., Alshamrani, S., & Alyabsi, M. (2022). The Relationship Between E-Health Literacy And Breast Cancer Literacy Among Saudi Women. *Frontiers in Public Health*, 10, 841102.
- Álvarez-Pérez, Y., Perestelo-Pérez, L., Rivero-Santana, A., Torres-Castaño, A., Toledo-Chávarri, A., Duarte-Díaz, A., ... & Ic-Health Project Consortium. (2022). Co-Creation of Massive Open Online Courses to Improve Digital Health Literacy in Pregnant and Lactating Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 913.
- Ayobi, A., Eardley, R., Soubutts, E., Gooberman-Hill, R., Craddock, I., & O'Kane, A. A. (2022). Digital Mental Health and Social Connectedness: Experiences of Women From Refugee Backgrounds. *Proceedings of the ACM On Human-Computer Interaction*, 6(CSCW2), 1-27.
- Bozbuğa, N., Kurtulmuş Kosif, F. ve Öncül, M. (2021). Sağlıkta Dijital Dönüşüm. Bölüm 26. <https://doi.org/10.31807/2021.003.26>
- Brown, J., Morgan, A., Mason, J., Pope, N., & Bosco, A. M. (2020). Student Nurses' Digital Literacy Levels: Lessons For Curricula. *Cin: Computers, Informatics, Nursing*, 38(9), 451-458.
- Brumini, G., Ković, I., Zombori, D., Lulić, I., & Petrovečki, M. (2005). Nurses' Attitudes Towards Computers: Cross Sectional Questionnaire Study. *Croatian Medical Journal*, 46(1).
- Chang, B. L., Bakken, S., Brown, S., Houston, T. K., Kreps, G. L., Kukafka, R., Safran, P. Z., Stavri, P. Z. (2004). Bridging the Digital Divide: Reaching Vulnerable Populations. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 11(6), 448-457
- Chesser, A., Burke, A., Reyes, J., & Rohrberg, T. (2016). Navigating the Digital Divide: A Systematic Review of Ehealth Literacy in Underserved Populations in the United States. *Informatics for Health and Social Care*, 41(1), 1-19.
- Çetin, M., ve Gümüş, R. (2023). Research into the Relationship Between Digital Health Literacy and Healthy Lifestyle Behaviors: An Intergenerational Comparison. *Frontiers in Public Health*, 11, 1259412.

- Çömlekçi, M. F., ve Bozkanat, E. (2021). İnfodemide Dijital Ortamda Sağlık Bilgisi Edinme ve Teyit Davranışları. *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*, 41(1), 103–125. Doi:10.26650/SJ.2021.41.1.0024.
- Datareportal. (2024). Digital 2024: Deep Dive – The State of Internet Adoption. Retrieved from. <https://Datareportal.Com/Reports/Digital-2024-Deep-Dive-The-State-Of-Internet-Adoption#:~:Text=There%20are%205.35%20billion%20people,The%20first%20time%20during%202023.> Erişim Tarihi: 20.03.2025.
- Efthymiou, A., Middleton, N., Charalambous, A., & Papastavrou, E. (2017). The Association of Health Literacy and Electronic Health Literacy With Self-Efficacy, Coping, and Caregiving Perceptions Among Carers of People With Dementia: Research Protocol for a Descriptive Correlational Study. *Jmir Research Protocols*, 6(11), E8080.
- Eschler, J., Menking, A., Fox, S., & Backonja, U. (2019). Defining Menstrual Literacy With the Aim of Evaluating Mobile Menstrual Tracking Applications. *Cin: Computers, Informatics, Nursing*, 37(12), 638-646.
- Eurohealthnet. (2024). Strengthening Digital Health Literacy to Empower People in the Digital Age. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/news-room/events/item/2024/11/21/Default-Calendar/Strengthening-Digital-Health-Literacy-To-Empower-People-In-The-Digital-Age> Erişim Tarihi: 1 Şubat 2025.
- Faux-Nightingale, A., Philp, F., Chadwick, D., Singh, B., & Pandyan, A. (2022). Available Tools to Evaluate Digital Health Literacy and Engagement With Ehealth Resources: A Scoping Review. *Heliyon*, 8(8).
- França, A. S., Pirkle, C. M., Sentell, T., Velez, M. P., Domingues, M. R., Bassani, D. G., & Câmara, S. M. (2020). Evaluating Health Literacy Among Adolescent and Young Adult Pregnant Women From a Low-Income Area of Northeast Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8806.
- Giraldo, L., Schachner, B., Luna, D., & Benítez, S. (2018). Exploring Nurses' Perceptions and Expectations Toward a BCMA Implementation Using a Mobile App and Workstations as a Change Management Strategy. In *Nursing Informatics 2018* (Pp. 134-138). IOS Press.
- Goberna-Tricas, J., Banús-Giménez, M. R., Palacio-Tauste, A., & Linares-Sancho, S. (2011). Satisfaction with Pregnancy and Birth Services: The Quality of Maternity Care Services as Experienced by Women. *Midwifery*, 27(6), E231-E237.
- Gourounti, K., Sarantaki, A., Dafnou, M. E., Hadjigeorgiou, E., Lykeridou, A., & Middleton, N. (2022). A Qualitative Study of Assessing Learning Needs and Digital Health Literacy in Pregnancy: Baby Buddy Forward Greek Findings. *European Journal of Midwifery*, 6.
- Holtz, B., Vasold, K., Cotten, S., Mackert, M., & Zhang, M. (2019). Health Care Provider Perceptions of Consumer-Grade Devices and Apps for Tracking Health: A Pilot Study. *JMIR Mhealth And Uhealth*, 7(1), E9929.
- Isidori, V., Diamanti, F., Gios, L., Malfatti, G., Perini, F., Nicolini, A., & Gaudino, A. (2022). Digital Technologies and the Role of Health Care Professionals: Scoping Review Exploring Nurses' Skills in the Digital Era and in the Light of the COVID-19 Pandemic. *JMIR Nursing*, 5(1), E37631.
- Jahangir, Y. T., Arora, A., Liamputtong, P., Nabi, M. H., & Meyer, S. B. (2020). Provider Perspectives on Sexual Health Services Used by Bangladeshi Women with Mhealth Digital Approach: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6195.
- Karagöl, B., Bilmez, G., Arıöz, A., ve Şahin, S. (2023). Kadın Sağlığı Alanında Teknoloji Kullanımı ve Bakım. *Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 57-69.
- Kilit, D. Ö., & Eke, E. (2019). Bireylerin Sağlık Bilgisi Arama Davranışlarının Değerlendirilmesi: Isparta İli Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(2), 401-436.
- Lee, J., Ryu, H., Byun, A., Ko, Y., & Kim, J. (2017, July). Method for Selection of the Best Application for Women's Health. In *2017 IEEE/ACM International Conference On Connected Health: Applications, Systems and Engineering Technologies (CHASE)* (Pp. 294-295). IEEE.
- Lupton, D., & Pedersen, S. (2016). An Australian Survey of Women's Use of Pregnancy and Parenting Apps. *Women and Birth*, 29(4), 368-375.
- Mackintosh, N., Agarwal, S., Adcock, K., Armstrong, N., Briley, A., Patterson, M., & Gong, Q. S. (2020). Online Resources and Apps to Aid Self-Diagnosis and Help Seeking in the Perinatal Period: a Descriptive Survey of Women's Experiences. *Midwifery*, 90, 102803.
- Madhuwanthi, R. M., Jayathilake, M. R. S., Liyanaarachchige, N. P., & Marasinghe, R. B. (2022). Are Nurses Ready for Digital Health?. *Sri Lankan Journal of Nursing*, 1(2).
- Nezamdoost, S., Abdekhoda, M., Ranjbaran, F., & Azami-Aghdash, S. (2022). Adopting Mobile Health Applications By Nurses: A Scoping Review. *Journal of Research in Nursing*, 27(5), 480-491.
- Palumbo, R., Nicola, C., & Adinolfi, P. (2022). Addressing Health Literacy in the Digital Domain: Insights from a Literature Review. *Kybernetes*, 51(13), 82-97.
- Paripoorani, D., Gasteiger, N., Hawley-Hague, H., & Dowding, D. (2023). A Systematic Review of Menopause Apps with an Emphasis on Osteoporosis. *Bmc Women's Health*, 23(1), 518.
- Park, E., & Kwon, M. (2021). Testing the Digital Health Literacy Instrument for Adolescents: Cognitive Interviews. *Journal of Medical Internet Research*, 23(3), E17856.
- Pinnarong, R., Siangpipop, S., Harncharnchai, A., Nimmolrat, A., & Thinnukool, O. (2021). Thai Pregnant Mobile Application: Review and Development Report. *Int. J. Interact. Mob. Technol.*, 15(13), 57.
- Prescott, J., & Mackie, L. (2017). Correction:" You Sort of Go Down a Rabbit Hole... You're Just going to Keep on Searching": A Qualitative Study of Searching Online for Pregnancy-Related Information During Pregnancy. *J Med Internet Res*, 19(7), E223.
- Price, R., Miller, T., Anderson, M., & Yoost, J. (2019). 130. Use of Digital Flashcards for Reproductive Health Counseling Among Adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2024.01.137>
- Poorman, E., Gazmararian, J., Elon, L., & Parker, R. (2014). Is Health Literacy Related to Health Behaviors and Cell Phone Usage Patterns Among The Text4baby Target Population?. *Archives of Public Health*, 72, 1-9.

- Qin, S., Zhang, J., Sun, X., Meng, G., Zhuang, X., Jia, Y., & Zhang, Y. P. (2024). A Scale for Measuring Nursing Digital Application Skills: A Development and Psychometric Testing Study. *BMC Nursing*, 23(1), 366.
- Rachmani, E., Haikal, H., & Rimawati, E. (2022). Development and Validation of Digital Health Literacy Competencies for Citizens (Dhlc), an Instrument for Measuring Digital Health Literacy in the Community. *Computer Methods and Programs in Biomedicine Update*, 2, 100082.
- Rizvijafree, S., Bukhari, N., Muzamill, A., Tasneem, F., & Fischer, F. (2021). Digital Health Literacy Intervention to Support Maternal Child and Family Health In Primary Healthcare Settings of Pakistan During the Age of Coronavirus: Study Protocol for a Randomised Controlled Trial. *Bmj Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045163>
- Sharma, S., Oli, N., & Thapa, B. (2019). Electronic Health-Literacy Skills Among Nursing Students. *Advances in Medical Education and Practice*, 527-532.
- Tarhan, N., Tutgun-Ünal, A., ve Ekinçi, Y. (2021). Yeni Kuşak Hastalığı Siberkondri: Yeni Medya Çağında Kuşakların Siberkondri Düzeyleri ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi. *Opus International Journal of Society Researches*, 17(37), 4253-4297.
- T.C. Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı. (2024). Nüfusumuzun Yüzde 86,5'i Çevrimiçi, Yüzde 93,8'i Mobil. <https://sgb.uab.gov.tr/haberler/nufusumuzun-yuzde-86-5-i-cevrimici-yuzde-93-8-i-mobil>. Erişim Tarihi: 04.03.2025.
- TÜİK. (2024). Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması. Sayı:53492 [https://data.tuik.gov.tr/bulten/index?p=hanehalki-bilisim-teknolojileri-\(bt\)-kullanim-arastirmasi-2024-53492](https://data.tuik.gov.tr/bulten/index?p=hanehalki-bilisim-teknolojileri-(bt)-kullanim-arastirmasi-2024-53492). Erişim Tarihi: 13.01.2025.
- Van Der Vaart, R., & Drossaert, C. (2017). Development of the Digital Health Literacy Instrument: Measuring a Broad Spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 Skills. *Journal of Medical Internet Research*, 19(1), E27.
- Van Dijk, M. R., Koster, M. P., Oostingh, E. C., Willemsen, S. P., Steegers, E. A., & Steegers-Theunissen, R. P. (2020). A Mobile App Lifestyle Intervention to Improve Healthy Nutrition in Women Before and During Early Pregnancy: Single-Center Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 22(5), E15773.
- Van Kessel, R., Wong, B. L. H., Clemens, T., & Brand, H. (2022). Digital Health Literacy as a Super Determinant of Health: More Than Simply the Sum of its Parts. *Internet Interventions*, 27.
- Yıldırım, A., Esencan, T., Güder, A. ve Daştan, K. (2023). Ebelik Alanında Kullanılan Mobil Sağlık Uygulamaları. *Karya Sağlık Bilimleri Dergisi* 4 (2), 174-178.
- Warke, B. (2021, February). Designing Interactive Technological Interventions for Menopausal Women: Designing and Developing Interactive Technology Tools to Help Aging Women Navigate Information About Stages of Menopause to Increase Self-Awareness of Biopsychosocial Changes and Manage Lifestyle for an Improved Quality of Life. In *Proceedings of the Fifteenth International Conference on Tangible, Embedded and Embodied Interaction* (Pp. 1-4).
- World Health Organization. (2020). World Health Organization Digital Health: Transforming and Extending the Delivery of Health Services. <https://www.who.int/europe/news/item/09-09-2020-digital-health-transforming-and-extending-the-delivery-of-health-services>. Erişim Tarihi: 11.11.2024.
- World Health Organization. (2021). Global Strategy on Digital Health 2020-2025. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>. Erişim Tarihi: 03.01.2025