ULUSLARARASI HAKEMLİ KADIN HASTALIKLARI VE ANNE ÇOCUK SAĞLIĞI DERGİSİ

INTERNATIONAL REFEREED JOURNAL OF GYNAECOLOGICAL DISEASES AND MATERNAL CHILD HEALTH

ISSN 2148-4775 - ONLINE ISSN:2149-245X

(SAYI: 7 YIL: 2016 - ISSUE: 7 YEAR: 2016)

(ÖZEL DERLEME SAYISI - REVIEW SPECIAL ISSUE)

JACSD DERGİMİZ HAKKINDA GENEL BİLGİLER

1. Dergimiz hakemli ve uluslararası indeksli bir dergidir. Her yayın en az iki alan uzmanı hakem tarafından değerlendirilmektedir. İki alan hakemi tarafından olumlu "yayınlanabilir" yönünde rapor almayan yayınlar dergimizde yayınlanmaz. Bu durum karşısında hiçbir yazar(lar) dergimiz üzerinde bir hak iddiasında bulunamaz.
2. Dergi hakem ve kurullarında yer alan akademisyen ile diğer yetkililer hakkında yazar(lar) dergi sistem işleyişi sürecine dair bir talepte bulunamaz. Bulunsalar bile herhangi bir bilgi kendilerine verilmez, sistem süreci değiştirilmez. Dergimiz ile ilgili her türlü bilgi derginin web sayfasında www.jacsdergisi.com adresinden edinilebilir.
3. Dergimiz yılda üç sayı şeklinde çıkmakta her yılın "Nisan – Ağustos – Aralık" aylarının son günü derginin sayısında bulunan tüm makaleler tek cilt halinde dergi web sistemine yüklenir. Dergi web sisteminden makaleler tüm okuyucular tarafından indirilir ve ilgili eser "makale" ve dergimize atıf yapılmak koşulu ile kullanılabilir. Dergimizin tüm sayılarına okuyucular ücretsiz olarak ulaşmaktadır.
4. Dergimizde yayınlanan tüm makaleler (ISO 9001-2008 Belge No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No: 12880) kalite belgeleriyle ve (2015/03947-2015-GE-17304) Marka patent ile güvence altına alınmıştır. Yayınlanmış olan makaleler kalite, marka patent ve doi bilgileri ile ilgili çalışmanın yazarlarına eserleri hakkında her türlü hukuki hak ve uluslararası güvence sağlamaktadır.
5. Dergimiz e dergi olarak yayınlanmaktadır. Print ISSN NO: 2148-4775 numarası ile T.C. Kültür Bakanlığından dergimiz hakkında her türlü bilgiye ulaşılabilir.
6. Metin içinde (Yılmaz, 2015:1) veya (Egelioğlu vd., 2014:27) şeklinde kaynak gösterimi, kaynakçada ise ***EGELİOĞLU, N., MUSLU, G.K., ŞEN, S., GÜNERİ, S.E., BOLIŞIK, B., & SARUHAN, A. (2014).*** Ege Bölgesinde Doğum Sonu Dönemde Uygulanan Geleneksel Uygulamalar. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 22-35. doi: 10.17371/UHD.2014018935 şeklinde gösterilir. Tüm yazarlar dergimizin son güncel sayılarını takip ederek ilgili sayılarda yayınlanan makalelerdeki yazım formatını kendi çalışmalarında uygulayabilir.
7. Kaynakça Türkçe alfabe sıralamasına göre düzenlenir. Tüm yazarlar için derginin son sayısındaki yazım formatı dikkate alınmak zorundadır.
8. Dergimiz uluslararası indeksli bir dergi olup dergimizde yayınlanan tüm çalışma ve makaleler derginin yayınlandığı tarih itibariyle ilgili indekslere mail yolu ile ulaştırılır.
9. Dergimizde özgün araştırma, inceleme, derleme, olgu sunumu, proje ve kitap tanıtımı (makale formatında olmak zorundadır) türünde yayınlara yer verilmektedir.
10. Dergimize gönderilen tüm çalışmalar sisteme yüklendiği şekil ve an itibariyle başka bir dergide yayınlanmamış, değerlendirmeye alınmamış ve red edilmemiş olması gerekir. Tüm sisteme yüklenen makaleler yazar(lar) tarafından bu kurallara uyulduğunu kabul etmiş sayılır. Aksi durumda ilgili yazar(lar) hakkında dergimiz hukuki haklarını saklı tutar. Oluşabilecek olumsuzluk karşısında maddi ve manevi tüm sorumluluk ilgili yazar(lar)'a aittir. Dergimiz T.C. Kanunlarına göre hareket eder.

GENERAL INFORMATION ABOUT JACSD JOURNAL

1. Our journal is a refereed and internationally indexed journal. Each paper is evaluated by two referees who are field experts. The articles not reported as "issuable" positively by two field referees aren't published in our journal. None of the author(s) can lay a claim on our journal in this case.
2. Author(s) cannot make a demand for the journal's procedure concerning the academicians in journal's referee board and other boards and other authorities. Even if so, they aren't given any information, system process cannot be changed. All kinds of information about our journal can be obtained from the website of the journal www.jacsdergisi.com.
3. Our journal publishes three times a year, all articles in the relevant volume of journal are uploaded to the web system of the journal in one volume on the last day of the months "April – August – December". All readers can download the articles from the journal's web system and the relevant paper "article" can be used on condition that our journal is given reference. Readers can reach to all volumes of our journal for free.
4. All articles published in our journal are assured with certificate of quality (ISO 9001-2008 Doc. No: 12879 & ISO 14001-2004 Doc. No: 12880) and trademark patent (2015/03947-2015-GE-17304). Articles published provide their authors with all kinds of legal rights and international assurance regarding their articles with quality, trademark, patent and doi information.
5. Our journal has and online version. All kinds of information about our journal can be obtained from the T.R. Ministry of Culture with the number Print ISSN NO: 2148-4775.
6. Reference within the text should be (Yılmaz, 2015:1) or (Egelioğlu vd., 2014:27), in the reference part ***"EGELİOĞLU, N., MUSLU, G.K., ŞEN, S., GÜNERİ, S.E., BOLIŞIK, B., & SARUHAN, A. (2014).*** Ege Bölgesinde Doğum Sonu Dönemde Uygulanan Geleneksel Uygulamalar. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 22-35. doi: 10.17371/UHD.2014018935. All authors must follow the latest volumes of our journal and apply the print format of the published articles in their own papers.
7. References are arranged by the Turkish alphabet. The printing format in the last volume of the journal is required to be taken into account for all authors.
8. Our journal is internationally indexed journal, and all articles and papers published in our journal are sent to relevant indices via e-mail by the publication date of the journal.
9. Original research, analysis, compilation, case study, project and book introduction (have to be in an article format) and these publications are also included.
10. All papers sent to the journal shouldn't be previously published, All articles uploaded to the system are acknowledged that author(s) conform to these rules. Otherwise, our journal keeps its legal rights reserved. All material and moral responsibility regarding a negative situation belong to author(s). Our journal acts in line with the T.R. Law.

İÇİNDEKİLER

DERLEME ve LİTERATÜR

GEBELİK VE PSİKİYATRİK HASTALIKLAR ***1-20***
Hacer YALNIZ, Hülya TÜRKMEN, Birsen KARACA SAYDAM, Fatih CANAN, Ömer GEÇİCİ, M. Murat KULOĞLU

PEDİATRİK ONKOLOJİ HASTALARINDA KULLANILAN TAMAMLAYICI SAĞLIK YAKLAŞIMLARI: LİTERATÜR TARAMASI ***21-41***
Duygu YILDIZ KEMER, Ayşegül İŞLER DALGIÇ

KADIN SPORCULARDA GÖRÜLEN MENSTRÜEL DÜZENSİZLİKLER ***42-57***
Mesut HEKİM

KANSER TANISI ALAN HASTALARDA FERTİLİTE PREZERVASYONU ***58-71***
Keziban AMANAK, Aynur SARUHAN

YAŞLILIK DÖNEMİNDE KADIN CİNSELLİĞİ VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI ***72-84***
Funda TOSUN GÜLEROĞLU, Mürüvvet BAŞER

POSTPARTUM PATERNAL DEPRESYON VE HEMŞİRELİK BAKIMI ***85-97***
Duygu GÜLEÇ ŞATIR, Oya KAVLAK

İNFERTİL KADINLARIN YAŞADIKLARI ŞİDDET BOYUTLARI ***98-119***
Özge BAYDAR, Emre YANIKKEREM

EBELER LİDERLİĞİNDE DOĞUM BAKIM MODELİ : HOLLANDA ÖRNEĞİ ***120-141***
Filiz OKUMUŞ

BAŞEDİTÖR
Prof. Dr. Ümran SEVİL

EDİTÖRLER
Doç. Dr. Oya KAVLAK
Doç. Dr. Emre YANIKKEREM
Doç. Dr. Gül ERTEM
Doç. Dr. Şenay ÜNSAL ATAN

BAŞ EDİTÖR YARDIMCILARI
Yrd. Doç. Dr. Sezer ER GÜNERİ
Yrd. Doç. Dr. Özlem DEMİREL BOZKURT
Araş. Gör. Dr. Duygu GÜLEÇ ŞATIR

İNGİLİZCE DİL EDİTÖRLERİ
Prof. Dr. Feryal ÇUBUKÇU
Yrd. Doç. Dr. Gökşen ARAS

TÜRKÇE DİL EDİTÖRLERİ
Doç. Dr. Yakup POYRAZ
Yrd. Doç. Dr. Gülsemin HAZER

İSTATİSTİK VE ÖLÇME DEĞERLENDİRME EDİTÖRLERİ
Doç. Dr. Serdar TOK
Yrd. Doç. Dr. Gökhan DELİCEOĞLU

İLETİŞİM EDİTÖRLERİ
Prof. Dr. Emine DEMİRAY
Yrd. Doç. Dr. Gülsüm ÇALIŞIR

SİSTEM EDİTÖRÜ
Ercan ŞAHBUDAK

EPİDEMİYOLOJİ VE BİYOİSTATİSTİK EDİTÖRÜ
Gül KİTAPÇIOĞLU

TEKNİK EDİTÖR
Burhan MADEN

ÖZEL SAYI EDİTÖRÜ
Doç. Dr. Gül ERTEM

YAYIN KURULU
Ümran SEVİL
Oya KAVLAK
Emre YANIKKEREM
Sezer ER GÜNERİ
Gül ERTEM
Hatice BAL YILMAZ
Hafize ÖZTÜRK CAN
Şenay ÜNSAL ATAN
Sevgi ÖZKAN
Özlem DEMİREL BOZKURT

ULUSLARARASI BİLİM KURULU
Marie BERG
Mary STEEN
Peter VAN BOGAERT
Annick BOGAERTS
Katrien BEEECKMAN
Arash RASHİDİ
Azadeh DAVARİ
Paul JOHNSTON
Paul JOHNSTON
Petra RUST
Avgoustos TSIKANOS
Michail KALOGIANNAKIS
Simon STOBART
Tracy DONATH
Patrick MAFORA
Mairead KIELY
Deborah WANSBROUGH
Maria HATZIGIANNI
Adel AL-BATAINEH
William A. ALDRIDGE
Fariba KOLAHDOOZ
Jennifer BRYCE
Andrea D. BERTOLDI
Andrew S. HURSTHOUSE
Aneshkumar MAHARAJ
Brent MAWSON
Melissa McHALE
Sue CHERRINGTON
Alan BATES
Jane WALDFOGEL
Louise SWEMMER
Kay MARGETTS
Lawrence M. BERGER
Jennifer HILL
Minna AITTASALO
Matti PASANEN
Mikael FGELHOLM
Sahamsun NAHAR
John ATKINSON
Aluisio JD. BARROS
Carine RONSMANS
Henrik AXELSON
Edilberto LOAIZA
Giovanny VA FRANCA
J TIES BEORMA
Cesar G VİCTORA
Natalie DICKINSON
Gordon MACPHERSON

DERGİNİN TARANDIĞI İNDEKSLER

DİĞER DERGİLERİMİZ

1. Uluslararası Hakemli Beslenme Araştırmaları Dergisi	www.dbhadergisi.com
2. Uluslararası Hakemli Ortopedi Travmatoloji ve Spor Hekimliği Dergisi	www.otshdergisi.com
3. Uluslararası Hakemli Pazarlama ve Pazar Araştırmaları Dergisi	www.uhpadergisi.com
4. Uluslararası Hakemli Mühendislik ve Fen Bilimleri Dergisi	www.hmfdergisi.com
5. Uluslararası Hakemli Beşeri ve Akademik Bilimler Dergisi	www.uhbabdergisi.com
6. Uluslararası Hakemli İletişim ve Edebiyat Araştırmaları Dergisi	www.uhedergisi.com
7. Uluslararası Aile Çocuk Ve Eğitim Dergisi	www.aceddergisi.com
8. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi	www.khsdergisi.com
9. Uluslararası Hakemli Tasarım ve Mimarlık Dergisi	www.mtddergisi.com
10. Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi	www.uhpdergisi.com
11. Uluslararası Hakemli Müzik Araştırmaları Dergisi	www.uhmadergisi.com
12. Uluslararası Hakemli Ekonomi Yönetimi Araştırmaları Dergisi	www.uheyadergisi.com
13. Uluslararası Hakemli Akademik Sosyal Bilimler Dergisi	www.iibdergisi.com
14. Uluslararası Hakemli Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi	www.sstbdergisi.com
15. İş Güvenliği ve Çalışan Sağlığı Dergisi	www.isguvenligivecalisansagligidergisi.com

Doç. Dr. Gül ERTEM
Özel Sayı Editörü

Prof. Dr. Ümran SEVİL
Dergi Baş Editörü

Değerli Okurlarımız,

Değerli okurlarımız; Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı dergimizin yedici sayısını özel sayı olarak siz okurlarına sunmaktan dolayı mutlu ve gururluyuz. Dergimizin bu sayısında: "Gebelik Ve Psikiyatrik Hastalıklar", "Pediatrik Onkoloji Hastalarında Kullanılan Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları: Literatür Taraması", Kadın Sporcularda Görülen Menstrüel Düzensizlikler", "Kanser Tanısı Alan Hastalarda Fertilite Prezervasyonu", "Yaşlılık Döneminde Kadın Cinselliği Ve Hemşirelik Yaklaşımları", "Postpartum Paternal Depresyon Ve Hemşirelik Bakımı", "İnfertil Kadınların Yaşadıkları Şiddet Boyutları", ve "Ebeler Liderliğinde Doğum Bakım Modeli: Hollanda Örneği" isimli toplam sekiz adet bir birinden değerli makaleye yer verdik. Bu makalelerin Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı alanında hizmet veren hemşirelere ve akademisyenlere yararlı olacağını düşünmekteyiz. Siz değerli okuyucu ve yazarlarımızın da desteğiyle daha birçok sayıya imza atacağımıza olan inancımız tamdır. Dergimiz toplam dokuz ulusal ve uluslararası indeks tarafından taranmaktadır. Halen ulusal ve uluslararası birçok indekse başvurumuz devam etmektedir. Sizlerin desteği ve göndereceğiniz nitelikli araştırma makaleleri sayesinde bu dergimizin de uluslararası süreli yayınlar içerisinde SCI-E'de dizinlenen dergiler arasında yer almasını arzu ediyoruz. Bilimsel süreli yayıncılıkta hakemli bir derginin bilimsel niteliğinin geliştirilmesinde, dergi hakemlerinin ve editörün çok önemli sorumlulukları vardır. Bu güne kadar değerli zamanlarını vererek makale değerlendirmelerini titizlikle yapan hakemlerimize teşekkür ediyoruz. Ayrıca her sayımızın bir önceki sayımızdan daha iyi olması bizim öncelikli ilkelerimizden biridir. Sizlerden aldığımız önerilerle, desteklerle dergimizi daha nitelikli hale getirmeye çalışacağız. Aramıza yeni katılan bilim insanlarına ve yayınlarıyla bizleri destekleyen yazarlarımıza okuyucu ve takipçilerimize, dergide emeği geçen herkese yürekten sevgi, saygı ve şükranlarımızı sunar bir sonraki sayımızda görüşmek üzere esenlik ve mutluluklar dileriz.

(Dergimizde etik kurul raporu gerektiren her türlü çalışmada yazar(lar) editörlüğe ve derginin sistemine yayın yüklerken gerekli etik kurul rapor bilgilerini girmekle yükümlüdür. Hiçbir koşul ve şartlarda oluşan ya da oluşacak bir sorunda – problemde dergimiz, yayın kurulu, imtiyaz sahibi, yazı işleri, hakem ve bilim kurulları sorumluluk kabul etmez. Yazar(lar) bu bilgiyi dergiye yazılı olarak vermekle yükümlüdür. Bu konuda tüm sorumluluk yazar(lar) a aittir).

Basın Yayın Kanunun "5187" gereğince basılı eserler yoluyla işlenen fiillerden doğan maddi ve manevi zarar m-13-14 kapsamında dergimizde yayınlanan yayınların içeriği ve hukuki sorumluluğu tek taraflı olarak yazar(lar) a aittir. Dergimiz, yönetim, hakem, editör, bilim ve imtiyaz sahibi bu yükümlülükleri kabul etmez. Dergimizde bilimsel içerikli, literatüre katkı yapan, bilimsel anlamda değer ifade eden çalışmalar kabul edilir ve yayınlanır. Bunun dışında siyasi, politik, hukuki ve ticari içerikli fikri sınai haklar kanununa aykırılık içeren yayınlara yer verilmez. Olası bir olumsuzluk durumunda yazar(lar) doğabilecek her türlü maddi ve manevi zararı peşinen kabul etmiş ve yüklenmiştir. Bu nedenle ikinci üçüncü ve diğer şahıs ile kurumlar konusunda dergimiz yönetimi ve kurulları hiçbir sorumluluğu kabul etmez. Bu yönde dergimiz ve kurulları üzerinde bir hukuki yaptırım uygulanması söz konusu olamaz. Eserlerin içeriği ve mevcut durumu yazar(lar) ait olup dergimiz bu yayınların sadece yayınlanması ve literatüre kazandırılması aşamasında görev üstlenmiştir. Tüm okuyucu, kamuoyu ve takipçilerine ilanen duyurulur.

T.C. Üniversitelerarası Kurul Başkanlığı, Sağlık Bilimleri Temel Alanı Doçentlik Sınavı Başvuru koşulu olarak 101 nolu madde getirilmiştir. Bu maddenin, 1-Uluslararası makale bölümünün (b) şıkkında "Uluslararası alan indeksleri tarafından taranan (1a da belirtilen indeksler dışındaki indekslerde yer alan) dergilerde yayınlanmış özgün araştırma makalesi (10 puan) istenmektedir. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi (UHD) alan indeksli dergi kriterlerinde yer almakta ve değerlendirilmektedir.

Dear Readers,

We are happy and proud to introduce you the seventh volume of the International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health as a special issue. There are a total of eight valuable articles in this volume namely; "Pregnancy and Psychiatric Diseases", "Complementary Health Approaches Used in Patients of Pediatric Oncology: Literature Review", "Menstrual Disorders Observed in Female Athletes", "Fertility Preservation for the Patients Diagnosed with Cancer", "Female Sexuality in Old Age and Nursing Approaches", "Postpartum Paternal Depression and Nursing Care", "Dimensions of Violence Experienced by Infertile Women", "Birth Care Model under the Guidance of Midwifes: Netherlands Example". We are of the opinion that nurses and academicians serving in the field of Gynaecology and Maternal and Child Health will benefit from these articles. We believe that we will publish many more volumes with support of our dear authors and readers. Our journal is indexed by a total of nine national and international indices. We still continue to apply to many more indices. We hope that this journal will rank among the journals indexed in SCI-E within the international periodical publishing thanks to your support and qualified papers to be sent. Referees and the editor of the journal have significant responsibilities in improving the scientific quality of a refereed journal in scientific periodical publishing. We thank our referees who have performed the evaluation of papers diligently. Improving the content of every volume is among our priorities. We will try to make our journal more qualified with your support and suggestions. We would like to express our gratitude and respect to the scientists who have joined us lately, to authors who support us with their papers, readers, followers and to all those who contributed. Hope to meet you in the next volume and wish you the best.

(In any kind of study requiring ethical board report in our journal, author(s) is/are obliged to enter the data of necessary ethical board report while uploading their publication in editorship and journal system. Our journal, publication board, grant holder, editorial office, referee and science boards do not undertake any responsibility for a problem to occur under any circumstances and conditions. Author(s) is/are obliged to give this information to journal in written. All liability in this issue belongs to author(s).

As per the "5187" of Press Law, material and emotional damage arising from the actions via published works, the content and legal responsibility of the publications published in our journal within the scope of m14-13- unilaterally belong to author(s). Our journal, executive board, referees, editor, science board and publisher don't accept these obligations. The scientifically valuable papers with scientific content which contribute to literature are accepted and published in our journal. Apart from this, the papers with political, legal and commercial content which are against the intellectual property rights are not accepted. in case of a possible negative situation, author(s) is/are regarded as accepting and undertaking all kinds of possible material and emotional damage beforehand. Therefore, our journal's management and other boards don't accept any responsibility regarding the second, third and other persons and institutions under any condition. in this sense, a legal sanction on our journal and its boards is out of question. The content and the current status of the papers belong to author(s) and our journal only takes part in the publication of these papers and contribution to literature. Respectfully announced to all readers, public and followers by publication.

The Article No. 101 has been brought as the condition to Apply for the Eşam of Associate Professorship in the Main Area of Health Sciences by T.R. Head of Interuniversity council. In this article, 1- (b) section of the international article part states that Original research articles (10 points) published in the journals indexed by international field indices (the journals in the indices apart from those specified in 1 a) are required. International Refereed Journal of Nursing Research (UHD is included in the criteria for the journals indexed in its field and evaluated accordingly.

JACSD
ULUSLARARASI HAKEMLİ KADIN HASTALIKLARI VE ANNE ÇOCUK SAĞLIĞI DERGİSİ
International Refereed Journal of Gynaecological Diseases and Maternal Child Health

GEBELİK VE PSİKİYATRİK HASTALIKLAR [1]

PREGNANCY AND PSYCHIATRIC DISORDERS

Hacer YALNIZ [1], Hülya TÜRKMEN [2], Birsen KARACA SAYDAM [3], Fatih CANAN [4], Ömer GEÇİCİ [4], M. Murat KULOĞLU [4]

[1] Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma Uygulama Merkezi, Antalya/Türkiye
[2] Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü, Balıkesir / Türkiye
[3] Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü, İzmir / Türkiye
[4] Akdeniz Üniversitesi, Psikiyatri Bölümü, Antalya/ Türkiye

Öz: Bu makalede; gebelik sırasında görülebilecek ruh sağlığı problemlerini ayırt edebilmek ve bu konuda farkındalığın arttırılmasını sağlamak amacıyla ruh sağlığı problemi yaşayan gebelere verilecek bakım, literatür bilgisi kapsamında derlenmiştir. Gebelik sırasında mevcut psikiyatrik belirtilerde artma görülebilirken, belirtilerin gebelik döneminde ortaya çıkması da söz konusu olabilir. Biyopsikososyal değişimlerin yoğun olarak yaşandığı gebelik ve doğum sonrası dönem, anksiyete bozukluğu, depresyon, gibi psikiyatrik hastalıklara yatkınlığının artabileceği bir dönemdir. Toplum sağlığının yükseltilmesi için psikiyatrik hastalığa sahip gebeye verilecek ebelik bakımı önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Bipolar Hastalık, Şizofreni, Ebelik Bakımı

Abstract: The aim of this study is to identify mental health problems that may be seen during pregnancy, to provide care to pregnant women who experience mental health problems and to increase awareness on this issue. While exacerbation is seen in existing psychiatric symptoms during pregnancy, the first psychiatric symptoms may emerge during this period. Therefore, in gestation and postnatal periods, women's susceptibility to psychiatric diseases such as depression and anxiety disorder, increases. Consequently, since psychiatric diseases may threaten the life of both mother and fetus, the pregnancy care to be provided for pregnant women is important.

Key Words: Pregnancy, Depression, Anxiety Disorder, Bipolar Disease, Schizophrenia, Pregnancy Care

Doi: 10.17367/JACSD.2016721957

1. Sorumlu Yazar Hacer YALNIZ, Akdeniz Üniversitesi Alkol Ve Madde Bağımlılığı Araştırma Uygulama Merkezi, Antalya/Türkiye, haceryalniz@hotmail.com *Geliş Tarihi / Received: 21.03.2015/ Düzeltme Tarihi / Revised: 15.12.2015 / Kabul Tarihi/ Accepted: 19.07.2016 Makalenin Türü: Type of article (Derleme/ Review) Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yok / Non Etik Kurul Raporu/ Ethics Committee:Yok /None*

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:18 K:48
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

GİRİŞ

Gebelik, kadının yaşamında doğal bir süreç olmanın yanında önemli psikososyal değişikliklerin olduğu stres ve kaygıya neden olabilecek birçok nedenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir süreçtir (Weissman et al. 1995: 799–801). Gebelik döneminde var olan psikiyatrik belirtilerde artma olabilirken, psikiyatrik belirtiler ilk gebelikte de ortaya çıkabilir (Levy, 2004: 863-893). Bu nedenle gebelik ve lohusalık, anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıklara yatkınlığın artabileceği bir dönemdir (Andersson et al. 2003:148-154).

Gebeliği psikososyal yönden riskli hale getiren durumlar şunlardır:

1. Geçmiş hayatında şiddet, ihmal veya istismara uğramış olma,
2. Önceden var olan önemli sağlık sorunları (mental hastalıklar, alkolizm gibi),
3. Sosyo-ekonomik düzeyin düşük seviyede olması, sağlık bakımı sağlamada yetersizlik, prenatal bakım eksikliği,
4. Destekleyici sistemlerin yetersizliği,
5. Ailede ayrılık veya boşanma,
6. Rol değişiklikleri ve çatışması (yaşam düzeninde değişmeler, kariyer, sorumluluklar),
7. Gelişimsel ve durumsal krizler (adölesan gebelikler),
8. Kültürel normlara zıtlık/karşı gelme (evlilik dışı gebelikler),
9. Disfonksiyonel davranışlar (anksiyete, nevroz, depresyon, psikoz),
10. Baş etme becerilerinin zayıflığı, eksikliği (Buldukoğlu et al. 1990).

Bu makalede; gebelik sırasında görülebilecek ruh sağlığı problemlerini ayırt edebilmek ve bu konuda farkındalığın arttırılmasını sağlamak amacıyla ruh sağlığı problemi yaşayan gebelere verilecek bakım, literatür bilgisi kapsamında derlenmiştir. Makale gebelikte en fazla görülen hastalıklarla sınırlandırılmıştır.

GEBELİK ve DEPRESYON

Depresyon; derin üzgün bir duygu durumda düşünce, konuşma kabiliyeti ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, küçüklük, isteksizlik, kuvvetsizlik, karamsarlık, değersizlik, intihar gibi duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde azalma gibi semptomları olan bir hastalıktır. Farklı kültürlerde gebelik sürecinde depresyon sıklığını bulmak için yapılan araştırmalarda depresif belirti görülme sıklığı Finlandiya'da %30 (Kurki et al. 2006:1186-92), Amerika'da %20 (Marcus et al. 2003:174-181), Kanada'da %25 (Da Costa et al. 2000: 31-40), Macaristan'da %17.9 (Bödecs et al. 2009:1888-1893), olarak tespit

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:18 K:48
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

edilmiştir. Gebelerde depresyon görülme sıklığı %7-21 oranında bildirilmiştir (Bennett et al. 2004:698–709; Lee et al. 2007:1102-12). Türkiye'de yapılan çalışmalarda gebelik döneminde depresif belirti yaygınlığı %12-36 arasında bulunmuştur (Çalık et al. 2011:142-162; Sevindik 2005:26-33; Karaçam et al. 2009:344-356). Bennet ve ark., depresyon sıklığını; gebeliğin ilk trimesterinde %7.4, ikinci trimesterde %12.8 ve üçüncü trimesterde %12 olarak bulmuşlardır (2004:698–709).

Depresyona bağlı olarak gebelik döneminde kortizol ve norepinefrin düzeyleri artmaktadır. Artan kortizol ve norepinefrin seviyesi uterusa giden kan akımını yavaşlatarak gebe ve fetüste çok ciddi maternal ve neonatal sonuçlara neden olmaktadır (Muzik et al. 2009: 771–788; Diego et al. 2009: 65-7; Bowen et al. 2006: 26-30). Gebede depresyon görülme riskinin; depresyon öyküsü, genç yaş, çocuk sayısının çok olması, evlilik problemleri, artmış yaşam stresi, gebelikte yaşanan ambivalans duygular, sosyal desteğin az olması, yetersiz maternal kilo alımı, sigara, alkol, madde kullanımı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Altshuler et al. 1998:29). Gebelerdeki depresyon belirtilerinin gebeliğin fizyolojik değişimleri ve şikayetleriyle aynı özellikte olması ve subsendromal özellik görülebilmesi sebebiyle gebelik depresyonuna tanı konması zor olabilir (Marakoğlu et al. 2008:525-32; Bowen et al. 2006:26-30).

Bu nedenle sağlık profesyoneli teşhis için gebeyi fiziksel ve psikolojik açıdan ayrıntılı değerlendirmeli, depresyonun belirtilerini ve depresyonu tespit etmek için kullanılan etkili tarama yöntemlerini bilmeli, bu yöntemleri etkin olarak uygulamalıdır (Bowen et al 2006:26-30; Kim et al 2009:167-172). Gebeliğin birinci trimesterinde ki başlıca depresyon belirtileri; uyku ve iştah değişiklikleri, aşırı yorgunluk, libido kaybı, duygulanım ve anksiyete durumlarında dalgalanma, konsantrasyon yetersizliğidir. Benzer biçimde gebeliğin üçüncü trimesterinde uyku ve iştah bozuklukları, aşırı yorgunluk, doğumla ilgili kaygılar ve anksiyete görülmektedir. Bu depresyon belirtileri gebeliğin ikinci trimesterinde daha az görülebilmektedir (Marakoğlu et al. 2008: 525-32).

Maternal ve Fetal Riskler

Gebelikte görülen hipertansiyon (preeklampsi-eklampsi), abortus, spontan erken doğum, perinatal kanama, uterin arter direncinin artması, apgar skorunun düşük olması, neonatal yoğun bakım ihtiyacı olan yeni doğan, neonatal büyüme geriliği, fetal ölüm, intrauterin gelişme geriliği, antenatal ve doğum komplikasyonları, erken doğum tehditi ve artmış kortizol düzeyine sahip bebek doğurma maternal ve fetal risklerdir. Ayrıca antenatal dönemde görülen depresyon, pospartum depresyonun gelişimini etkileyen önemli bir risk faktörüdür (Muzik et al 2009:771–788; Marakoğlu et al

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:18 K:48
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

2008:525-32; Brenda et al. 2009; Bowen et al. 2006:26-30).

Gebelikte ikinci ve üçüncü trimester dönemde yaşanan depresyon ile doğum eyleminin olumsuz sonuçlanması (zor doğum, preterm eylem, cerrahi müdahalelerde artma gibi) arasında ilişki olduğu düşünülmektedir (Bennett et al. 2004:698–709; Bowen et al. 2006: 26-30). Depresyon tedavisi olmayan gebelerde irritabl bağırsak sendromu ve kardiyovasküler hastalık riski yükselmektedir (Bowen et al. 2006:26-30). Depresyonda olan gebe, iştahsızlıktan dolayı gebelik sürecinde kilo alamama problemi yaşayabilir. Ayrıca beslenme bozukluğundan kaynaklanan intrauterin gelişme geriliği de fazla görülmektedir (Çalık et al. 2011:142-162; Sidebotham, 2008:918-934).

Depresyonlu gebelerin, gebeliği sırasında sağlık profesyoneli ve ebeden daha az bakım aldığı ve kendi öz bakımına dikkat etmediği belirtilmektedir. Antenatal dönemde bu yetersiz bakım sonucu gebelerde ağrı ve rahatsızlıklar daha fazla görülebilmektedir (Muzik et al. 2009:771–788; Sidebotham, 2008:918-934; Raynor et al. 2009:679-703).

Yönetim ve Ebelik Bakımı

Gebelik depresyonunu önlemede yapılacak ilk adım riskli grubu tespit etmektir. Depresyon görülme riski yüksek olan gebenin erken dönemde (gebelik öncesinde) tespit edilmesi ve tedavi olması, gelişebilecek maternal ve fetal riskleri de azaltacaktır (Karaçam et al. 2009:344-356; Kim et al. 2009:167-172).

Ebelik bakımında dikkat edilmesi gereken konular:

- Doğum öncesi dönemde yapılacak nitelikli ev ziyaretleri ile gebelerin fiziksel muayene kadar psikolojik açıdan değerlendirilmesi, depresyonun daha erken süreçte belirlenmesine, depresyon görülme riskinin azalmasına ve perinatal bakımın niteliğinin artmasına neden olacaktır (Diego et al. 2009:65-7).
- Gebelikte depresyon tanısı için tarama yöntemleri yapılabilir. Bu tanısal tarama yöntemlerinde en sık kullanılan ölçekler Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'dir (Muzik et al 2009:771–788; Karaçam et al. 2009).
- Gebelikte depresyon da tedavi yöntemleri ise ilaçla tedavi, psikoterapi ve psikoeğitim uygulamalardır (Dimidjian et al. 2009:498-515). Ebeler bu konuda gebeleri yönlendirmelidirler.
- Tespit edilememiş ve tedavi görmeyen depresyon hastası olan gebe, maternal ve fetal açıdan risk taşır (Diego et al. 2009:65-7). Bu nedenle ebeler depresyon belirtilerini bilmeli, bu yönden dikkatli olmalı ve daha sık izlem yapmalıdır.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:18 K:48
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

- Ebelerin depresyon tanısı nedeniyle ilaç tedavisi alan gebeleri lohusalık dönemin de daha sık izlemesi gerekmektedir (Diego et al 2009:65-7; Kim et al 2009:167-172).

Gebelikte görülen depresyonunun önlenmesi, tespit edilmesi ve tedavisi açısından ebeler kilit rol oynamaktadır.

GEBELİK ve ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Anksiyete Bozukluğu (AB), iç sıkıntısı, bunaltı, kaygı gibi kelimelerle ifade edilen hayatı tehdit eden ve ya tehdit şeklinde hissedilen, huzursuz olma, endişe ve korku duygusudur. İçsel ya da dış dünyadan bir tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlikeli olarak hissedilip algılanan herhangi bir olay karşısında yaşanan duygu durumdur (Işık et al. 2006:3-29).

Genel nüfusta anksiyete bozukluklarına kadınlarda, erkeklerden daha yaygın rastlanmaktadır. Çalışmalar kadınlarda anksiyete bozukluklarının çok sık (%30) görüldüğü, özellikle depresyon ve anksiyete bozukluklarının doğurganlık döneminde en yüksek prevalansa sahip olduğu bildirilmektedir (Kocabaşoğlu et al. 2008:349-354).

Freud'a göre anksiyete tanımı, her şeyden önce bir duygulanımdır. İçsel çatışmaların merkezinde yer alan bir psikolojik yapı, hem de çeşitli psikiyatrik hastalıkların belirtilerinden biridir (Işık et al. 2006:3-29). Freud'a göre gelişimsel dönemlerde anksiyeteye neden olan durumlar beş başlık altında toplanır; Doğum anksiyetesi (erken bebeklik dönemi), Ayrılık (separasyon) anksiyetesi, Kastrasyon anksiyetesi, Üstbenlik (Süperego) anksiyetesi, Altbenlik (id) anksiyetedir (Işık et al. 2006:3-29).

Düşük eğitim düzeyi, mutsuz evlilik, perinatal stressörler, bebek için gerekli tıbbi koşulların olmaması, olumsuz yaşam koşulları, gebenin aile içi sıkıntılı ilişkileri gebelik süresince anksiyete bozukluklarının ortaya çıkma riskini arttırmaktadır (Kocabaşoğlu et al. 2008:349-354). Depresif ve anksiyete bozukluğu olan gebelerdeki bulantı, baş ağrısı, sırt ağrısı gibi somatik problemlerin normal gebelere göre anlamlı düzeyde daha fazla görüldüğü bildirmektedir (Demiryay, 2006).

Maternal ve Fetal Riskler

Gebeliğe ve perinatal stresörlere bağlı ortaya çıkan anksiyete gebelik boyunca, doğum eylemi sürecinde ve lohusalık döneminde olumsuz etkiler oluşmaktadır (Sevil et al. 2004:67- 76). Tedavi edilmemiş anksiyete bozukluğunun gebelik ve yenidoğan üzerinde düşük doğum ağırlığı ve prematüre doğum gibi olumsuz etkileri vardır (Cohen et al. 1998:18–28). Gebelik dönemi boyunca tedavi edilmemiş anksiyete; gestasyon haftasına göre düşük doğum ağırlığı, değişken APGAR skorları; fetal hemodinami ve hareket bozukluklarına sebep olabilir; preeklampsi riski 3

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:18 K:48
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

kat artar; servikal diskinezi, erken membran rüptürü ve sezaryen ile sonuçlanabilir (Kocabaşoğlu et al. 2008:349-354).

Gebelikte gözlenen fizyolojik duyumların birçoğu anksiyete belirtilerine benzer, bu sebeple anksiyete bozuklukları gebede gizlenir. Sağlık profesyonellerinin bu konuda uyanık olmaları gerekmektedir (Cloitre et al. 2004:1-16).

Yönetim ve Ebelik Bakımı

Hastalar genellikle anksiyete bozukluklarının kronik yapısı nedeniyle yıllar boyunca sürdürüm tedavisine gereksinim duymaktadırlar (Stein 2004:3-7).

Bakımda üzerinde durulması gereken durumlar:

- Tedavide; anksiyetenin, endişenin azaltılması ve kişinin anksiyeteye rağmen normal faaliyetlerini sürdürmesi hedeflenmektedir (Stein, 2004:3-7; Ünsalver et al. 2006:115-120). Gebenin günlük faaliyetlerini sürdürebilmesi için ebeler gebeleri desteklenmeli ve aileleri bu konuda bilgilendirilmelidirler.
- Anksiyetesi günlük yaşamını etkileyen gebeler için farmakolojik tedavi tercih edilmekte ve tedavi süresi uzun olacağı için güvenli ve etkili ilaçların kullanılması önem kazanmaktadır. İlaçların kullanımı hakkında gebelere detaylı ve kapsamlı bir eğitim verilmelidir (Uzbay et al. 2002:14-26).
- Gebelikte AB tedavisinde benzodiazepinler, buspiron, beta blokerler ve antidepresanlar kullanılabilmektedir (Ünsalver et al. 2006:115-120). Ebeler bu ilaçların etki mekanizması ve yan etkileri konusunda bilgi sahibi olmalı, gebeyi bu konuda bilgilendirmelidir.
- Psikoterapötik yaklaşımlar içinde en sık kullanılan ise bilişsel yaklaşımdır. Bilişsel yaklaşım, bilişsel bozuklukların neden olduğu kaygıları daha gerçekçi görmeyi sağlamakta ve bu şekilde daha iyi planlama yaparak anksiyeteyi kontrol etmenin seçeneklerini göstermektedir (Ünsalver et al. 2006:115-120). Ebeler bu konuda gebeleri yönlendirebilmeli ve bilgilendirlemelidir.
- Gebeler için ruh sağlığının korunması, geliştirmesi ve tedavi de kullanılan psikoeğitim programları hazırlanmalıdır.
- Sosyal desteği olan gebelerde, antenatal psikoeğitim programlarına gebe ile birlikte aile üyelerinin de aktif katılımı sağlanmalıdır.
- İstenmeyen gebeliklerde anksiyete düzeyi artığı için, aile planlaması hakkında danışmanlık hizmetlerinin yapılması oldukça önemlidir.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:18 K:48
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

GEBELİK ve BİPOLAR BOZUKLUK

Bipolar bozukluk kronik gidişli olabilen, belli bir sıra gözetmeden tekrarlayıcı nitelikte manik, depresif ya da her ikisinin birlikte görülebildiği karma dönemlerle seyreden bir hastalıktır. Manik ve depresif dönemler arasında, hasta eşik altı belirtiler gösterebilmekle beraber bazen hiç bulgu vermediği olağan duygu durum (ötimi) dönemlerinin de görülebildiği bilinmektedir (Öztürk, 2004:343-89). Bipolar bozukluk duygu durum, algı ve davranışlarda döngüsel değişimlerle karakterize heterojen bir grup hastalığı kapsar (Jacobson et al. 2006:302-309).

Bipolar Bozukluk görülme sıklığı 16-25 yaş arası erkeklerde daha fazla iken, erişkin yaşlarda ise kadınlarda daha yüksektir (Kennedy et al. 2005:257-262). Bipolar-I Bozukluk kadın ve erkekleri eşit olarak etkiler ve yaşam süresi prevalansı %1.3'tür. Bipolar-II Bozukluk ve benzer birçok bipolar değişken ise kadınlarda daha sıktır ve daha çok tekrarlar (Jacobson et al. 2006:302-309).

Genetik, biyolojik ve psikososyal etkenler birbirleriyle etkileşerek duygu durum bozukluklarına sebep olurlar. Hastalar dikkatle incelendiğinde, özellikle hastalığın başlangıcında hem çökkünlük hem de mani dönemlerinin ortaya çıkmasında psikososyal etkenlerin payı olduğu görülür (Öztürk, 2004:343-89). Çevresel etmenler hastalığın başlangıcında ve gidişatında daha fazla etkili olmaktadır. Yapısal ve işlevsel beyin değişiklikleri yaygınlıkla nörobilişsel ve nöroendokrin değişikliklerle birlikte görülmektedir (Kesebir et al. 2013:221-31)

Bipolar bozukluk tanısı alan vakaların birinci derece akrabalarında hastalanma riski toplumdakinin on katı fazladır. İkiz araştırmalarında eşlerin hastalanma oranını %70 bulan araştırmalar bulunmaktadır. Bipolar bozuklukta ailesel geçişi olan kadın hastalarda (ailedeki ilk hasta) erkeklere göre iki kat fazla iken, hastalığın aktarıldığı çocuklar arasında cinsiyet farkı gözlenmemektedir (Currier et al. 2006:51-60). Bipolar bozukluk tanısı alan vakaların kadınlarda birinci derece akrabaları arasında duygu durum bozuklukları, erkeklerde birinci derece akrabaları arasında alkol bağımlılığı daha fazla tespit edilmiştir (Goldstein et al. 1993:763-768).

Gebelik döneminde bipolar bozukluğun gidişatını tahmin etmek zordur (Grof et al. 2000:31-9). Tedavide kullanılan fakat gebelikte kullanımı sakıncalı olan Lityum'un aniden kesilmesi hastalığın tekrarlama riskini artırır. Bipolar bozukluğu olan kadınların doğumdan hemen sonraki dönemde hem hastalığın tekrarlanması hem de ilk kez bipolar bozukluk atağı geçirme riski yüksektir (Viguera et al. 2000:179–84). Doğumdan sonra iki hafta içinde her 1000 doğumdan 1-2'sinde bipolar bozukluk atağına rastlanır (Kendell et al. 1991:758-63).

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:18 K:48
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Maternal ve Fetal Riskler

Gebelikte bipolar bozukluğun tekrarlama riskinin azaldığını saptayan araştırma (Grof et al. 2000:31-9) olsa da, bazı literatürler bu görüşü desteklemekte (Viguera et al. 2000:179–84; Akdeniz et al. 2003:234-8) gebelikte hastalık gidişatının kötüleştiğini, tekrarlama riskinin arttığını bulmuşlardır.

Gebelik boyunca yineleyen her atağın aynı zamanda fetal sağlığı da olumsuz etkilendiği göz önünde bulundurulmalıdır (Viguera et al. 2000:179-84). Bipolar bozukluğu olan kadınlar gebe kalmayı düşündüklerinde, gebeliğin izlemi ve bipolar bozukluğun sağaltımını kapsayan bir plan oluşturulması önerilmektedir. Fakat birçok gebeliğin istenmeyen bir şekilde oluşması gebelerin tedavilerini düzenlerken zorluklara neden olmaktadır (Dodd et al. 2006:25-33).

Lohusalıktaki bipolar bozukluk dönemlerinin yarısı gebelikte başlayabilir ve gebelik dönemindeki duygu durum değişiklikleri postpartum dönemde oluşabilecek ciddi tablolaların ön görücülerinden birisidir (Halbreich, 2004:177-184).

Yönetim ve Ebelik Bakımı

Bipolar bozukluk hayatın erken dönemlerinde başlaması ve tekrarlayıcı olması sebebiyle hayat boyu ilaç kullanımı gerektirmektedir. Ancak uzun süreli ilaç kullanımı özellikle kadın hastalar için yüksek riski de beraberinde getirmektedir (Akdeniz et al. 2003:234-8).

Bipolar bozukluk tedavisi bireye göre özel oluşturulması gereken bir tedavidir. Bipolar bozukluğu olan gebelerin tedavisinde, gebelik ve doğum sonrası sürecin dışında, gebelik ihtimali yönünden de büyük önem taşır (Vega et al. 2011:663-74). Aile planlaması yöntemlerinden oral kontrasepsiyonların kullanımı ise ilaç etkileşimlerinin yanında, endokrin patoloji riskini de arttır, bu yönden dikkatle izlenmesi gerekir (Vega et al. 2011:663-74).

Bakımda yapılması gerekenler:

- Üreme çağında 15-49 yaş aralığında kadın hastaların tedavisi çok önemlidir ve gebeliklerin mutlaka önceden planlanması yapılmalıdır.
- İstenen gebelik için hastalığın durumu gözden geçirilir, olabilecekse ilaç miktarı teke düşülür, en az bir senelik iyilik dönemi amaçlanır.
- Hastanın fayda gördüğü ilacın gebelikte de fayda sağlayacağı unutulmamalıdır. Gebelik sırasında Valproat kullanımı tercih edilmemelidir. Gebelikte kullanımı güvenli olmayan ilaçların kullanılması doğru değildir. Ebeler Valproat kullanımının gebelikte sakıncalı olduğunu bilmeli ve gebeyi bu konuda bilgilendirmelidir.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:18 K:48
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

- Hastanın ve eşinin üreme sağlığının yeterli olup olmadığı (menstürasyon düzeni, hormonları incelemeleri, ovulasyon izlemi, spermiyogram) kontrol edilmelidir.
- Gebe ve ailesi gebelik ve doğum sonu süreçte hastalığın gidişatı, ilaçların teratojenik etkileri, ilaç kullanmayan gebelerde oluşabilecek riskler ve gebelik sürecinde izlem konularında bilgi verilmelidir.
- Gebelik sırasında hastanın aylık takipleri yapılmalı; ilaç kullanıyorsa her ay düzenli olarak kan düzeyi kontrol edilmelidir. Ailesine hastalık hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Erken hastalık belirtileri acil değerlendirilmelidir.
- Bipolar bozukluğu olan ve doğurganlık dönemindeki kadın hastalara aile planlaması yöntemleri, gebe olmak isteyenlere hastalık ve gebelik döneminde hastalığın seyri ve tedavisi, planlanan eğitim programında mutlaka yer almalıdır (Gülöksüz et al. 2010:155-66).

GEBELİK ve ŞİZOFRENİ

Şizofreni; davranışın bilişsel, emosyonel, algısal yönlerini kapsayan, yıkıcı psikopatolojik etkileri olan, varsanı ve sanrılara eşlik eden davranış bozukluklarının görüldüğü, kişinin kendine özgü bir içe dönme dünyasına çekildiği bir klinik sendromdur. Görünümü hastadan hastaya farklılık gösterir. Hastalığın etkisi her zaman ağırdır. Erken yaşlarda başlayarak, çoğunlukla hayat boyu devam etmektedir. Kişilik yıkılması ile birlikte kötü bir seyir göstermektedir (Nebioğlu, 2007:10-20).

Şizofreni birçok bireysel ve ekonomik bedelleri olan, dünyadaki önde gelen halk sağlığı problemlerinden biridir. Sıklık ve hayat boyu yaygınlık oranları tüm dünyada neredeyse aynıdır. Şizofreni görülme sıklığı kadınlarda erkeklerden daha azdır. Kırsal alanda şizofreni sıklığı, kentsel alana göre daha azdır. Şizofreni, gelişmiş ülkelerde, gelişmekte olan ülkelere göre daha ağır seyretmektedir (Nebioğlu, 2007:10-20).

Şizofreni görülme prevalansı çeşitli araştırmalarda %0.1-1 arasında farlılık göstermekte olup, ortalama %0.5-1 olarak kabul edilmektedir. Şizofreni yaygınlığı sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda daha yüksek olarak saptanırken; bunun yanında evli olanlarda, dul ve bekarlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Ceylan, 2001:1-3).

Şizofreni fizyopatolojisinde rol alan etiyolojik süreç ya da süreçler tam olarak bilinmemektedir (McGue, 1991: 174-181). Şizofreninin sebebine yönelik birçok etyolojik açıklama yapılmasının yanında henüz hastalığın nedeni tam bilinememektedir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, viral enfeksiyonlar, göç, stresörler, genetik yatkınlık, doğduğu mevsim, toplumsal sınıf, etyolojik kuramların çıkış noktasıdır (Arkonaç, 1999:36-148).

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:18 K:48
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Maternal ve Fetal Riskler; Araştırmacılar obstetrik komplikasyonların 3 ana grubuna ait anlamlı görüşler bulmuşlardır (Cannon et al. 2002:1080-92). Bunlar:

1. *Gebelik komplikasyonları*; Kanama, preeklampsi, diyabet ve Rh uyuşmazlığı
2. *Anormal fetal gelişim ve büyüme*; Konjenital malformasyonlar ve küçük baş çevresi, düşük doğum ağırlığı,
3. *Doğum sırasındaki komplikasyonlar*; Asfiksi, atonik uterus ve acil sezeryan seksiyo.

Viral Enfeksiyonlar; Yapılan bir çalışmada gebeliğin erken döneminde influenzaya maruz kalan ve kalmayan gebeler karşılaştırıldığında, şizofreninin gebeliğin erken döneminde influenzaya maruz kalanlarda %21 daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Çalışma neticesinde şizofreni ile prenatal dönemde kızamık, suçiçeği, polio ve kabakulak arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bazı çalışmalar ise prenatal dönemdeki kızamıkçığın nörogelişimsel bozukluklara yol açabileceğini ve bu durumun sonucunda şizofreni spektrum bozukluklarına neden olabileceğini göstermiştir (Brown et al. 2004:889-895).

Maternal beslenme; Yüksek maternal vücut kitle indeksi (MVKİ) nöral tüp defekti gibi kötü sonuçlarla birliktelik göstermektedir. Vücut kitle indeksi sonucu ortaya çıkan şizofreni riskindeki artma dikkate değerdir (Schaefer et al. 2000:275-286).

Rh Uyuşmazlığı; Rh uyuşmazlığının şizofreni için bir risk faktörü olup olmadığı araştırılmış ve Rh uyuşmazlığının ikinci veya daha sonra doğan erkek çocuklarda 2 katlık bir risk artışına neden olduğu belirlenmiştir (Hollister et al. 1999:198-215).

Maternal ve Fetal Riskler

Prospektif bir araştırmada, şizofreni hastalığı olan anne-babaların çocuklarında eşleştirilmiş grupla karşılaştırma yapıldığında fetal ve neonatal ölüm oranında artma olduğu bulunmuştur. Başka araştırmada da düşük doğum ağırlığı, prematürite, düşük APGAR skorunun mental hastalıkların kronisitesi ve şiddetiyle ilişkisi olduğu bildirilmiştir (Miller et al. 1993:373-378).

Yönetim ve Ebelik Bakımı

Şizofreni tedavisinde Elektro Konvülsif Tedavi (EKT) ve psikofarmakoloji, bireysel, aile, grup, davranış, sosyal yeti ve rehabilitasyon terapileri gibi psikososyal tedavi yöntemlerini içeren bütüncül bir yaklaşım benimsenmelidir (Merikangas et al. 1997:144-155).

Bakımda yapılması gerekenler:

- Sosyal hizmetler dahil olmak üzere uygun destek ve yeterli yardım sağlamak için gebelik erken bir aşamada tespit edilmeli,

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:18 K:48
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

gebe ve ailesi için uygun bakım hizmetleri verilmelidir (Jacobson et al. 2006:351-63).

- Genellikle gebelik sırasında sağlık hizmeti almak, şizofreni olan kadınlar için zordur. Gebeliğin önceden planlaması ve profesyonel sağlık personelleri arasında yakın bir koordinasyon kurulması bu riski azaltmaya yardımcı olacaktır (Jacobson et al. 2006:351-63).
- Gebelik sırasında nüks etkileri açısından tedaviye devam edilerek uygun bir izlem programı yapılmalıdır. Bu süreçte, hem anne hem fetüs için ciddi komplikasyonlar söz konusudur (Cantwell et al. 2006:14-20).
- Atipik antipsikotik ilaçlar kullanan şizofreni tanılı gebeler, bozulmuş glukoz toleransı ve gestasyonel diyabet riski açısından yüksek risk grubundadır (Lindenmayer et al. 2003:290-296). Bu nedenle gestayonel diyabet taramasının yapılması ve teşhis edilen gebelere bu açıdan bakım verilmesi önem taşımaktadır.
- Şizofren gebeler kendilerini ihmal edebilir ve sonuç olarak yetersiz beslenme görülebilir. Beslenme açısından gebeler değerlendirilmeli ve sık kilo takibi yapılmalıdır.
- Şizofren gebelerin diğer gebelere göre sigara ve içki içme olasılığı daha yüksektir. Gebelere riskler konusunda danışmanlık verilmelidir.

SONUÇ

Sonuç olarak; ebeler gebelerden ayrıntılı bir öykü alarak, ağır ruhsal hastalık öyküsü olanlar tespit edilmelidir.

Temelde sağlık profesyoneli arasında neyin nasıl sorulacağı veya sorulması gerektiği konusunda sıkıntı yaşanmaktadır. Tüm sağlık profesyonelleri özellikle de toplumun en ucra köşelerine ulaşabilen ebeler özel bir eğitim programına dahil edilerek; doğum öncesi bakım hizmetlerinde kadınları doğru algılamak, ruh sağlığı sorunlarını, mevcut hastalıkları tespit etmek ve gebelik bakımı ile ilgili soruları uygun şekilde sormak konusunda sağlık profesyonellerine donanım kazandırılabilir. Kapsamlı ve uygun soru formları ile toplum tabanlı tarama programları yapılabilir.

Obstetrik, psikiyatrik ve birinci basamak sağlık hizmetleri arasında yakın bir irtibat olması bu tür yüksek riskli gebeliklerin en iyi şekilde yönetilmesi için gereklidir (Cantwell et al. 2006:14–20) (Kelly et al. 2001:213–219) (Howard, 2006: 201–211).

Ruh sağlığı sorunları olan kadınların evsizlik ve sosyo-ekonomik zorluklar yaşaması muhtemeldir ve bu konu dikkatli sorgulanmalıdır.

İlaç tedavisi başlanan kadın hastaların modern, etkisi ve etkinliği yüksek bir aile planlaması yöntemi kullanması önemlidir. Bu nedenle ebelerin bu kadınları tespit ederek aile

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:18 K:48
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

planlaması konusunda eğitim vermesi gerekmektedir.

Psikotrop ilaçların birçoğu teratojenikdir ve ayrıca ilacın ani kesilmesi hastalığın alevlenmesine ve tetiklenmesine yol açar. Gebelikte bu ilaçların değişmesi ya da dozlarının ayarlanması gerekmektedir. Bu nedenle ebeler gebe kalmak isteyen kadınları gebe kalmadan önce belirleyerek psikiyatri uzmanı ve kadın doğum uzmanına yönlendirmelidirler.

Psikiyatrik hastalıklar gebelik döneminde olduğu kadar postpartum dönemde de ortaya çıkabildiği için doğum sonrasında lohusaların ilk 6 ay boyunca sıkı takip edilmesi önemlidir. Ebelerin özellikle doğum sonrası ortaya çıkan postpartum depresyon açısından lohusaları taraması gerekmektedir. Ebeler, risk bulunan kadınları psikiyatri uzmanına yönlendirmelidirler.

KAYNAKLAR

AKDENİZ, F., VAHİP, S., PİRİLDAR, S., VAHİP, I., DOGANER, I., BULUT, I., (2003). Risk factors associated with childbearing-related episodes in women with bipolar disorder. Psychopathology, 36 (5), (234-8)

ALTSHULER, L.L., HENDRİCK, V., COHEN, L.S., (1998). Course of Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and The Postpartumperiod J Clin Psychol., 59(2), (29)

ANDERSSON, L., SUNDSTROM-POROMAA, I., BİXO, M., WULFF, M., BONDESTAM, K., ASTROM, M., (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. Am J Obstet Gynecoly, 189, (148-154)

ARKONAÇ, O., (1996). Psikotik Bozukluklar ve Tedavileri. Nobel Tıp Kitabevi-İstanbul, ss. 36-148

BENNETT, H.A., EINARSON, A., TADDIO, A., KOREN, G., EINARSON, T., (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. Obstet Gyneco.,103, (698–709)

BOWEN, A., MUHAJARINE, N., (2006). Antenatal depression. Canadian Nurse Journal.,102, (26-30)

BÖDECS, T., HORVATH, B., KOVACS, L., DIFFELLNE NEMETH, M., SANDOR, J., (2009). Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. Orv Hetil., 150, (1888-1893)

BRENDA, M., LEUNG, Y., BONNIE, N.D., KAPLAN, J., (2009). Perinatal depression: prevelance, risks, and the nutrition link-a review of the literatüre. J Am Diet Assoc., 109, (1566- 1577)

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:18 K:48
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

BROWN, AS., HOOTON, J., SCHAEFER, C.A., ZHANG, H., PETKOVA, E., BABULAS, V., PERRIN, M., GORMAN. J.M., SUSSER, E.S., (2004). Elevated maternal interleukin-8 levels and risk of schizophrenia in adult offspring. Am. J. Psychiatry., 161, (889-895)

BULDUKOĞLU, K., TIRAKYA, G., (1990). Fiziksel Yönden Riskli Gebelerin Ruhsal Yönden Risk Durumlarının Belirlenmesi. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir.

CANNON, M., JONES, P.B., MURRAY, R.M., (2002). Obstetric complications and schizophrenia: Historical and meta-analytic review. Am J Psychiatry., 159(7), (1080-1092)

CANTWELL, R., COX, J.J., (2006). Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium, Current Obstetrics & Gynaecology, 16, (14–20)

CEYLAN, M. E., (2001). Biyolojik Psikiyatri, Şizofreni, İstanbul, 1(2), ss. 1-3

CLOITRE, M., YONKERS, K.A., PEARLSTEIN T ALTEMUS, M., DAVIDSON, K.W., PIGOTT, T.A., SHEAR, M.K., PINE, D., ROSS, J., HOWELL, H., & et al. (2004). Women and anxiety disorders: implications for diagnosis and treatment. CNS Spectr, 9(8), (1-16

COHEN, L.S., ROSENBAUM, J.F., (1998). Psychotropic drug use during pregnancy: weighing the risks. J. Clin Psychiatry., 59 (2), (18–28)

CURRIER, D., MANN, M.J., OQUENDO, M.A., GALFALVY, H., MANN, J.J., (2006). Sex differences in the familial transmission of mood disorders. J Affect Disord., 95, (51-60)

ÇALIK, K.Y., AKTAŞ, S., (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri Ve Tedavisi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(1), (142-162)

DA COSTA, D., LAROUCHE, J., DRITSA, M., BRENDER, W., (2000). Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. J Affect Disord.,59, (831-40)

DEMİRYAY, A., (2006). Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Afyon

DIEGO, M.A., FIELD, T., HERNANDEZ-REIF, M., SCHANBERG, S., KUHN, C., GONZALEZ-QUINTERO, V., (2009). Prenatal depression restricts fetal growth. Early Hum Dev., 85, (65-67)

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:18 K:48
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

DIMIDJIAN, S., GOODMAN, S., (2009). Nonpharmacologic intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. Clin Obstet Gynecol., 52, (498-515)

DODD, S., BERK, M., (2006). The safety of medications for the treatment of bipolar disorder during pregnancy and the puerperium. Curr Drug Saf, 1, (25-33)

GOLDSTEIN, J.M., FARAONE, S.V., CHEN, W.J., TSUANG, M.T., (1993). The role of gender in understanding the familial transmission of schizoaffective disorder. Br J Psychiatry, 163, (763-768)

GOODWIN, F.K., JAMISON, K.R., (2007). Manic Depressive Illness 2nd ed. New York: Oxford University Press., (175-176)

GROF, P., ROBBINS, W., ALDA, M., BERGHOEFER, A., VOJTECHOVSKY, M., NILSSON, A., ROBERTSON, C., (2000). Protective effect of pregnancy in women with lithium-responsive bipolar disorder J Affect Disord., 61(1-2), (31-39)

GÜLÖKSÜZ, S., AKDENİZ, F., İNCE, B., ORAL, E.T., (2010). Gebe Ve Lohusalarda İki Uçlu Bozukluğun Sağaltımı, Türk Psikiyatri Dergisi, 21(2), (155-166)

HALBREICH, U., (2004). Prevalence of mood symptoms and depression during pregnancy: implications for clinical practice and research. CNS Spectr,. 9,(177-184)

HOLLISTER, J.M., BROWN, A.S., (1999). Rhesus incompatibility and schizophrenia. In:Susser E, Brown AS, Gorman JM, Eds. Prenatal Exposures in Schizophrenia. Washington, D. C.:American Psychiatric Pres, Inc, (198-215)

HOWARD, L.M., (2006). Pregnancy in women with psychotic disorders, Clinical Effectiveness in Nursing., 9(2), (201–211)

IŞIK, E., TANER, Y., (2006). Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. Asimetrik Parelel Kitabevi, ss.3-29

JACOBSON, J.L., JACOBSON, M.A., KAYAALP, M.L., (2006) Psikiyatrinin Sırları. Doğangün B. (çev.), Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, ss,302-309,351-363

KARAÇAM, Z., ANÇEL, G., (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population.Midwifery., 25, (344-356)

KELLY, H., ZATZICK, D. F., ANDERS, T. F., (2001). The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:18 K:48
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

obstetrics. American Journal of Psychiatry., 158, (213–219)

KENDELL, R.E., ADAMS, W., (1991). Unexplained fluctuations in the risk for schizophrenia by month and year of birth. BRJ Psychiatry., 158, (758-763)

KENNEDY, N., BOYDELL, J., KALIDINDI, S., FEARON, P., JONES, P.B., VAN OS, J, MURRAY, RM., (2005). Gender differences in incidence and age at onset of mania and bipolar disorder over a 35-year period in Camberwell, England. Am J Psychiatry., 162(2), (257-262)

KESEBİR, S., İNANÇ, L., BEZGİN, Ç. H., CENGİZ, F., (2013). Kadınlarda Bipolar Bozukluk. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 5(2), (220-231)

KIM, J., LA PORTE, L.M., ADAMS, M.G., GORDON, T.E., KUENDIG, J.M., SILVER, R.K., (2009). Obstetric care provider engagement in a perinatal depression screening program. Arch Womens Ment Health., 12,(167-172)

KOCABAŞOĞLU, N., BAŞER, Z.S., (2008). Gebelik ve doğumla tetiklenen psikyatrik hastalıklar. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu Dizisi, 62, (349-354)

KURKI, T., HIILESMAA, V., RAITASALO, R., MATTILA, H., YLIKORKALA, O., (2006). Depression and anxiety Lalitpur district Nepal. Acta Obstet Gynecol Scand, 85(10), (1186-1192)

LEE, A.M., LAM, S.K., SZEMUNLAU, S.M., CHONG, C.S., CHUI, H.W., FONG, D.Y., (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. Obstet Gynecol.,110, (1102-1112)

LEVY, L., RAGAN, K., HOWERHARTLEY, A., NEWPORT, D., STOWE, Z., (2004). Psychiatric disorders in pregnancy. Neurol Clin., 22, (863-893)

LINDENMAYER, J.P., CZOBOR, P., VOLAVKA, J., CITROME, L., SHEITMAN, B., MCEVOY, J.P., COOPER, T.B., CHAKOS, M., LIEBERMAN, J.A., (2003). Changes in glucose and cholesterol levels in patients with schizophrenia treated with typical or atypical antipsychotics. American Journal of Psychiatry., 160 (2),(290–296)

MACKEY, C.E., RODDICK, E., BARRICK, T.R., LLOYD, A., ROBERTS, N., CROW, T.J. YOUNG, A.H., FERRIER, I.N., (2010). Sex dependence of brain size and shape in bipolar disorder: an exploratory study. Bipolar Disord., 12(3), (306-311)

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:18 K:48
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

MARAKOĞLU, K., ŞAHSIVAR, M.Ş. (2008). Gebelikte depresyon. Turkiye Klinikleri J Med Sci., 28, (525-532)

MARCUS, S.M., FLYNN, H.A., BLOW, F.C., BARRY, K.L., (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. J Women's Health (Larchmt)., 12, (373-380)

MCGUE, M., (1991). Gottesman II.The genetic epidemiyology of Schizophrenia and the design of link age studies. Eur Arch Clin Psychiatry,. 240, (174-181)

MERIKANGAS, K.R., SWENDSEN, J.D., (1997). Genetic epidemiology of psychiatric disorders. Epidemiol Rev., 19, (144-155)

MILLER, W.H., RESNICK, M.D., WILLIAMS, M.H., BLOOM, S.D., (1993). Pregnant psychiatric inpatient: a missed opportunity. Gen Hosp Psychiatry., 12, (373-378)

MUZIK, M., MARCUS, S.M. HERINGHAUSEN, J.E, FLYNN, H.A., (2009). When depression complicates child bearing:guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. Obstet Gynecol Clin North Am., 36, (771–788)

NEBİOĞLU, M., (2007). Şizofreni Hastalarında Anksiyete Bozukluğu Komorbiditesi Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, ss,10-20.

ÖZTÜRK, M., (2004). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 10, (343-389)

RAYNOR, M.D., OATES, M.R., (2009). Perinatal mental health. In Myles Textbook For Midwives, 15 th ed. (Eds DM Fraser, MA Cooper), London, Elsevier, ss, 679-703

SCHAEFER, C.A. BROWN, A.S., WYATT, R.J., KLINE, J., BEGG, M.D., BRESNAHAN, M.A., SUSSER, E.S., (2000). Maternal prepregnant body mass and risk of schizophrenia in adult offspring. London, Elsevier, Schizophr Bull., 26(2), (275-286)

SEVİL, D.Ü., SARUHAN, A., ERTEM, G., KAVLAK, O., (2004). Kadınların doğum öncesi ve doğum sonrası anksiyete ve depresyon düzeylerinin ve bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 18, (1), (67- 76)

SEVİNDİK, F., (2005). Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevelansı ve etkileyen faktörler (Yüksek lisans tezi). Elazığ, Fırat Üniversitesi, ss, 26-33

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:18 K:48
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

SIDEBOTHAM, M., (2008). Mental health problems. In Mayes' Midwifery: A Textbook For Midwives, (Eds C Henderson, S Macdonald): London, Elsevier,13, (918-934)

STEIN, M.B., (2004). Public health perspectives on generalized anxiety disorder, J Clin Psychiatry, 65, (3-7)

ŞAHİN, E.M., KILIÇARSLAN, S., (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27, (51-58)

UZBAY, T., YÜKSEL, N., (2002). Anksiyete Tedavisinde Kullanılan İlaçların Farmakolojisi ve Kullanım Güvenliği. Klinik Psikiyatr., 1, (14-26)

ÜNSALVER, B. Ö., BALCIOĞLU, İ., (2006). Yaygın anksiyete bozukluğu: epidemiyoloji, prognoz ve farmakolojik olmayan tedaviler, Cerrahpaşa Tıp Dergisi, 37, (115-120)

VEGA, P., BARBEITO, S., AZUA, S.R., CENGOTITABENGOA, M.M., ORTEGA, I.G., SAENZ, M., GONZALEZ-PINTO, A., (2011). Bipolar disorder differences between genders: special considerations for women. Womens Health (Long Engl), 7, (663-674)

VIGUERA, A.C., NONACS, R., COHEN, L.S. TONDO, L., MURRAY, A., BALDESSARINI, R.J., (2000). Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. Am J Psychiatry, 157(2), (179–184)

WEISSMAN, M., OLFSON, M., (1995). Depression in women: implications for healthcare research. Science, 269, (799–801)

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:18 K:48
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

EXTENDED ABSTRACT

Importance; Pregnancy is a natural part of a woman's life, as well as a process during which important psychosocial changes take place and events that increase the risk of stress and anxiety occur (Weissman, 1995: 799–801). Treatment procedures for pregnant women who experience problems with their mental health are compiled in this article with reference to the literature review, to distinguish mental health problems that may be seen during pregnancy and to raise awareness on the topic. Especially, knowledge about depression, bipolar affective disorder, anxiety disorder and schizophrenia is provided. While psychiatric symptoms that are already present may increase in number during pregnancy, the symptoms may also appear during pregnancy. Pregnancy and postpartum, during which biopsychosocial changes are experienced intensely, are the periods where susceptibility to psychiatric illnesses such as anxiety disorder and depression may increase **Aim;** The aim of this study is to identify mental health problems that may be seen during pregnancy, to provide care to pregnant women who experience mental health problems and to increase awareness on this issue. **Definition Depression**; an illness with symptoms such as slowing down of thoughts, speech and movements; thoughts and feelings of stillness, littleness, unwillingness, weakness, pessimism and insignificance; and decrease in physiological functions. In several studies conducted to determine depression rate in different cultures during pregnancy, numbers suggested 30% in Finland (Kurki, 2006: 1186-92), 20% in the United States of America (Marcus, 2003: 174-181), 25% in Canada (Da Costa, 2000: 31-40), 17.9% in Hungary (Bödecs, 2009:1888-1893).Studies in Turkey have shown that depression sign rate is between 12-36%. The main depression symptoms during the first trimester of pregnancy are changes in sleep and appetite, extreme fatigue, loss of libido, fluctuation in affect and anxiety, inability to concentrate. Similarly, changes in sleep and appetite, extreme fatigue, worrying about birth and anxiety are seen during the third trimester of pregnancy. These depression symptoms can be fewer in number during the second trimester (Marakoğlu, 2008: 525-32). Determining and treating (prepregnancy) the pregnant that has a high risk of depression will reduce maternal and fetal risks that may develop.**Anxiety Disorder (AD)** is a sense of uneasiness, apprehension and horror that are life-threatening or felt as threats characterized by words such as tediousness, anxiety, worry (Işık, 2006: 3-29). Low educational level, unhappy marriage, perinatal stressors, a lack of medical equipment for the baby, negative life environment, distressed domestic relationships of the pregnant are the causes for anxiety disorder to emerge

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:18 K:48
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

during pregnancy (Kocabaşoğlu, 2008: 349-354). Untreated anxiety disorder may result in low birth weight of the newborn and premature birth (Cohen, 1998: 18-28) Treatment for AD during pregnancy includes the use of benzodiazepines, buspirone, beta blocker, antidepressants (Ünsalver, 2006:115-120). Midwives should be instructed on the effects and side effects of these drugs and then should instruct the pregnant themselves. Mental health protection and development for pregnants should be emphasized and psychoeducational programmes that are used in treatment should be prepared. **Bipolar disorder** is an illness that can progress chronically, is repeated without any particular order; and is manic, depressive or a combined period where both is present (Öztürk, 2004:343-89). It is hard to estimate the progress of Bipolar Disorder during pregnancy (Grof, 2000: 31-9). Discontinuing Lithium that is used in treatment but dangerous to use during pregnancy increases the risk of relapse. Women with bipolar disorder have both high risks of relapse and experiencing the first bipolar disorder seizure (Viguera, 2000: 179-84). It is important to note that each seizure during pregnancy also affects fetal health negatively (Viguera, 2000: 179-84). If women with bipolar disorder consider pregnancy, it is suggested that they should develop plans to follow-up and that include Bipolar disorder treatment. **Schizophrenia;** is a clinical syndrome that includes cognitive, emotional, perceptual aspects of behavior; that has destructive psychopathological effects; in which behavioural disorders that accompany hallucinations and illusions are seen; where a person retreats to a distinctively self-created inner world (Nebioğlu, 2007: 10-20). In treatment of schizophrenia, an integrative approach that includes psychosocial treatment procedures such as Electroconvulsive Therapy (ECT) and psychopharmacology, individual, family, group, behavioural, social competence and rehabilitation therapies (Merikangas 1997:144-155). Schizophrenic pregnants are more likely to smoke and drink compared to other pregnants. Counselling about the risks should be provided to pregnants. Pregnants that are diagnosed with schizophrenia and that use atypical antipsychotic drugs are under high risk of distrupted tolerance of glucose and gestational diabetes (Lindenmayer, 2003: 290-296). Therefore, it is important for the diagnosis of gestational diabetes to be completed and those who are diagnosed to be treated. Schizophrenic pregnants may disregard their own health and as a result poor nutrition can be seen. Proper nutrition in pregnants should be emphasized and weight tracking should be done regularly. Midwife treatment that will be given to the mentally unhealthy pregnant is important in order to raise health rate in society. **In conclusion;** as midwives gather detailed data from pregnants, those with severe mental health histories should be determined. Fundamentally, what to and how to ask is a common problem among health professionals. All health professionals, especially midwives that are able to re-

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:18 K:48
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

ach out to far reaches of society should be included in a special training programme to provide them with competence to understand women correctly in prenatal care services, to determine mental health problems and present illnesses, and to correctly ask questions about pregnancy care. It is important for women patients that are undergoing drug treatment to use a modern and effective family plan. Therefore, midwives should determine these women and provide them with accurate information about family planning. The majority of psychotrophic drugs are teratogenic, and immediate discontinution will result in illness to renew and relapse. These drugs themselves or their dosages should be changed during pregnancy. Therefore, midwives should assist women who wish to be pregnant before they get pregnant and direct them to psychiatrists and gynecologists.

JACSD
ULUSLARARASI HAKEMLİ KADIN HASTALIKLARI VE ANNE ÇOCUK SAĞLIĞI DERGİSİ
International Refereed Journal of Gynaecological Diseases and Maternal Child Health

PEDİATRİK ONKOLOJİ HASTALARINDA KULLANILAN TAMAMLAYICI SAĞLIK YAKLAŞIMLARI: LİTERATÜR TARAMASI [1]

COMPLEMENTARY HEALTH APPROACHES USED ON PEDIATRIC ONCOLOGY PATIENTS: LITERATURE REVIEW

Duygu YILDIZ KEMER[1], Ayşegül İŞLER DALGIÇ[1]

[1] Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya/ Türkiye

Öz: Amaç: Bu literatür taramasında pediatrik onkoloji hastalarında kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları ve kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** "Medline, PubMed, EBSCOHOST" veri tabanlarından 2004-2014 yılları arasında yayımlanan pediatrik onkoloji hastalarında kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları ile ilgili toplam 590 yayın taranmış olup, 18 yayın bu derleme kapsamına alınmıştır. **Bulgular:** İncelenen çalışmalarda çocukların ilk sırada (%28-76.4) lösemi tanısı ile izlendiği saptanmıştır. Çalışmalarda tamamlayıcı sağlık yaklaşımı kullanım sıklığının %15.2-97.3 arasında değiştiği, en sık kullanılan (%69-95.5) yöntemin doğal bitkisel ürünler olduğu, bunu zihin-beden uygulamalarının izlediği belirlenmiştir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda pediatrik onkoloji hastalarında özellikle ısırgan otu kullanımının yaygın olduğu (%28.6-63) tespit edilmiştir. Ebeveynlerin çoğunluğu (%36.7-86) tamamlayıcı sağlık yaklaşım yöntemlerini faydalı gördüğünü ve herhangi bir yan etki yaşamadığını, %67.9-92'si de bu yöntemleri kullandıklarını sağlık personeli ile paylaşmadıklarını belirtmişlerdir. **Sonuç:** Pediatrik onkoloji hastalarında tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının kullanımının hızla arttığı görülmektedir. Hemşire, çocuk ve ailesi ile en yakın ve en sık iletişim kuran sağlık ekibi üyesidir. Kanser tanısı alan çocuk ve ailesine bakım veren hemşireler, kanıtı olmayan ya da zarar verme potansiyeli olan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları konusunda ebeveynleri bilgilendirip, tıbbi tedaviyi destekleyen yaklaşımlara teşvik etmelidirler.

Anahtar Kelimeler: Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımı, Pediatrik Onkoloji, Kanser, Hemşire

Abstract: Aim: The purpose of this literature review is to determine the factors, which affect the complementary health approaches used on pediatric oncology patients, and the usage of them. **Method**: A total of 590 publications related to complementary health approaches used on pediatric oncology patients published between 2004-2014 from the database of 'Medline, PubMed EBSCOHOST' were scanned and 18 publications were incorporated into this compilation. **Results**: In the studies examined, it is determined that children were monitored with the diagnosis of leukaemia on the first rank (28-76,4%). The frequency of use of complementary health approaches is determined to vary between 15,2-97,3% in the studies; the most frequently method is natural herbal supplements, this is followed by mind-body practices. It is determined that the use of dead nettle is especially common (28,6-63%) on pediatric oncology patients in the studies conducted in Turkey. The majority of the parents (36,7- 86%) emphasize that they find complementary health approaches beneficial and they have not experienced any side effects, 67,9- 92% of them do not share that they use these kinds of techniques with healthcare personnel. **Conclucion**: It is seen that complementary health approaches on pediatric oncology patients are increasing rapidly. A nurse is a member of the healthcare team which establishes the closest and most frequent communication with the child and his/her family. Nurses serving children with the diagnosis of leukaemia and their parents should inform parents about complementary health approaches, which are not attested and are potentially harmful, and encourage them to implement approaches which are supportive to medical treatment.

Key Words: Complementary Health Approach, Pediatric Oncology, Cancer, Nurse

Doi: 10.17367/JACSD.2016721956

1. *Sorumlu Yazar Duygu YILDIZ KEMER, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya/Türkiye, duyguyildiz@akdeniz.edu.tr Geliş Tarihi / Received: 06.03.2015/ Düzeltme Tarihi / Revised: 08.07.2015 / Kabul Tarihi/ Accepted: 16.09.2015 Makalenin Türü: Type of article (Derleme/ Review) Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yok / Non Etik Kurul Raporu/ Ethics Committee:Yok /None*

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:48 K:66
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

GİRİŞ

Ulusal Tamamlayıcı ve Integratif Sağlık Merkezi (National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH), tamamlayıcı tedaviyi genel olarak geleneksel ilaç tedavisi ile birlikte kullanılan yaklaşım, alternatif tedaviyi ise geleneksel tıp yerine kullanılan bir yaklaşım olarak tanımlamıştır. Bu konu ile ilgili olarak çeşitli kaynaklarda "tamamlayıcı ve alternatif tıp", "tamamlayıcı tıp", "alternatif tıp" ve "integratif (bütünleştirici/bütüncül) tıp" gibi kavramlar kullanılmaktadır. NCCIH tüm bu kavramlar yerine son yıllarda "tamamlayıcı sağlık yaklaşımları" (complementary health approaches) ifadesini tercih etmektedir. Bu derleme makalede de "tamamlayıcı sağlık yaklaşımları (TSY)" ifadesi kullanılmıştır. Ayrıca geçmişte konu ile ilgili yapılan çalışmalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) ifadesi aynen kullanılmıştır. NCCIH, tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını doğal ürünler ve zihin/beden uygulamaları olarak iki ana alt grupta ele almıştır. Doğal ürünler; bitkiler, vitaminler, mineraller ve probiyotikler gibi beslenme desteklerini, zihin ve beden uygulamaları ise; akupunktur, masaj terapisi, meditasyon, gevşeme teknikleri gibi uygulamaları içermektedir Bu iki ana alt sınıflandırmaya girmeyenleri de diğer tamamlayıcı sağlık yaklaşımları grubu adı altında toplamıştır (traditional healers, ayurvedic medicine, traditional Chinese medicine, homeopathy and naturopathy) (Anonim, 2015).

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) kullanımının tüm dünya genelinde giderek artış gösterdiği bildirilmektedir (Neuhouser et al., 2001:347-54; Kelly, 2004:2041-46; Landier, 2010:566–579; Heath et al., 2012:1218-21). Özellikle kemoterapinin yan etkilerine bağlı ortaya çıkan semptomları azaltmaya yönelik uygulamalarda artış olduğu bilinmektedir (Bauer-Wu, 2005:115-8). Araştırma sonuçlarına göre pediatrik onkoloji hastalarında da TAT kullanım oranının gittikçe artış gösterdiği görülmektedir. Literatürde pediatrik onkoloji hastalarında TAT kullanımının İngiltere'de %32.7 (Molassiotis ve Cubbin, 2004:50-60), Kanada'da %28.6-50.8 (Martel et al., 2005:660-8; Tomlinson et al., 2011: 1857-63; Valji et al., 2013), Meksika'da %70 (Gomez-Martinez et al., 2007:820-3), Almanya'da %35 (Laengler et al., 2008: 2233–40), Amerika Birleşik Devletleri'nde %59-90 (Post-White et al., 2009:7-15; Ladas et al., 2014:687-692), Malezya'da %84.5 (Hamidah et al., 2009:70-74), İtalya'da %12.4 (Clerici et al., 2009:599-604), Ürdün'de %65.2 (Al-Qudimat et al., 2010:591-7), Pensilvanya'da %82 (Paisley et al., 2011:1088-91), Lübnan'da %15.2 (Naja et al., 2011:38-46), Avustralya'da %30 (Heath et al., 2012:1218-21), Hollanda'da %42.4 (Singendonk et al., 2013: 31-7), İrlanda'da %57 (O'Connor et al., 2013:537-42) oranında olduğu bildirilmiştir. Türkiye'de pediatrik onkoloji hastalarında TAT kullanımını inceleyen beş farklı ilde yapılan çalışmada ise Karade-

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:48 K:66
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

niz ve arkadaşları (2007:540-3) %51.6, Gözüm ve arkadaşları (2007:38-44) %48.9, Genç ve arkadaşları (2009:159-164) %77, Koç ve arkadaşları (2011:361–371) %97.3, Karalı ve arkadaşları (2012:335-344) %73.3 oranında olduğu belirlenmiştir.

Çocukların tedavisinde TAT kullanımının yaygınlaşması ile birlikte bu tür tedavilere bağlı yan etkilerde artış görülmektedir (Martel et al., 2005:660-8; Özkan, 2007:178-180; Al-Qudimat et al., 2010:591-7). TAT ürünlerinin yanlış adlandırılması, kontrolünün yeterince yapılmaması ve hastalığa yönelik kullanılan ilaçlarla etkileşme gibi nedenlerle alerjik ve toksik çeşitli sistemik yan etkiler gelişebilmektedir (Niggemann ve Grüber, 2003:707-16). Bununla birlikte tamamlayıcı ve alternatif tedavilerde yarar-zarar değerlendirmesi, bu alanda yapılan çalışmaların kısıtlı ve bilginin eksik olması nedeni ile zordur (Barnes, 2003: 331–340). Bu durum çocuk sağlığı açısından önemli bir risk taşımaktadır. Çocuklar ilaç ve maddelerin emilimi, yıkımı, metabolizması ve atılımı konusunda yetişkinlerden farklıdır. Karaciğer ve böbrek fonksiyonları fizyolojik olarak immatür olduğu için ilaç ya da maddelerden daha fazla etkilenirler. Bu nedenle çocuklarda yan etkiler daha şiddetli ve ölümcül olabilir (Woolf, 2003:240–6). En çok bitkisel tedavilere bağlı yan etkilerin görüldüğü, ayrıca bitkisel ürünlerin, kullanılan ilaçlar ile etkileşime girmeleri sonucu çok ciddi sorunlara neden olduğu bildirilmektedir (Bauer-Wu, 2005:115-8; Post-White ve Hawks, 2005:107-114; Quimby, 2007:35-40). Literatürde iki kanser hastası çocukta kanseri tedavi etmek için köpek balığı kıkırdağı ve diyet kullanılması sonucu tümörün ilerlemesi vakaları bildirilmiştir (Coopes et al., 1998:846).

Kanser hastası çocuğu olan ebeveynler uygulanan konvansiyonel tedavinin karmaşıklığı ya da belirsizliği nedeni ile kendilerini engellenmiş hissetmektedirler. Bu durumda daha iyi kontrol edebildikleri ve karar vermeye aktif olarak katılabildikleri yeni tedavi yöntemlerinin arayışı içine girmektedirler (Muslu ve Öztürk, 2008:62-67). Pediatrik onkoloji hastaları ile yapılan çalışmalarda; ebeveynlerin TAT kullanım nedenlerine bakıldığında; tedaviye destek olmak, geleneksel tedavi yöntemlerinin yan etkileri ile baş etmek, çocuk için yapılabilecek her şeyi yapmak, çocuğu güçlendirmek, fiziksel iyileşme, ağrı ve stresi azaltmak, bağışıklık sistemini güçlendirmek, kanserin ilerlemesini önlemek gibi düşüncelerin yer aldığı görülmektedir (Kelly et al., 2000:412–6; June ve Anne, 2001; Neuhouser et al., 2001:347-54; Martel et al., 2005:660-8; McCurdy et al., 2003; Molassiotis ve Cubbin, 2004:50-60; Gomez-Martinez et al., 2007:820-3; Gözüm vd., 2007:38-44; Karadeniz vd., 2007:540-3; Laengler et al., 2008:2233–40; Genç vd., 2009:159-164; Al-Qudimat et al., 2010:591-7).

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:48 K:66
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Kanser yönetiminde tıbbi tedavinin yanı sıra ebeveynler tarafından kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının belirlenmesi, hastalığın tedavisi ve hemşirelik bakımını yönlendirmesi açısından oldukça önemlidir. Hemşire bir bütün olarak çocuk ve ailesinin kültürel yapısı, değerleri, inançları, kültürel uygulamaları ve kullandıkları herhangi bir tamamlayıcı sağlık yaklaşımı olup olmadığını değerlendirerek bakımı planlamalıdır. TSY uygulanırken mutlaka mesleki sorumluluk göz önünde bulundurulmalı, yarar zarar ilişkisi gözden geçirilmeli ve çocuk için en uygun kararın verilmesi sağlanmalıdır. Kanser tanısı alan çocuk ve ailesine bakım veren hemşireler, kanıtı olmayan ya da zarar verme potansiyeli olan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları konusunda ebeveynleri bilgilendirip, tıbbi tedaviyi destekleyen yaklaşımlara teşvik edebilirler. Hemşire, çocuk ve ailesi ile en yakın iletişim kuran sağlık ekibi üyesi olma özelliği ile toplumda hızla gelişen tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının farkında olmalı bu konuda bilgi birikimlerini artırmalı ve güncelleştirilmelidir.

Ebeveynler tarafından kanser hastalığı olan çocuklarına yönelik kullanılan TSY oranı oldukça yaygındır (Mccurdy et al., 2003; Molassiotis ve Cubbin, 2004:50-60; Friedman et al., 2005:1-6; Martel et al., 2005:660-8; Gomez-Martinez et al., 2007:820-3; Laengler et al., 2008:2233–40; Post-White et al., 2009: 7-15; Hamidah et al., 2009:70-74; Clerici et al., 2009:599-604; Al-Qudimat et al., 2010:591-7 Pasiley et al., 2011: 1088-1091; Naja et al., 2011: 38-46; Tomlinson et al., 2011: 1857-63; Heath et al., 2012: 1218-21; Valji et al., 2013; Singendonk et al., 2013:31-37; O'Connor et al., 2013: 537-42; Ladas et al., 2014:687-92). Çocuklar yetişkinlerden farklı fizyolojiye sahip oldukları için kullanılan TSY ile ilaç etkileşimleri daha şiddetli olabilir (Woolf, 2003). Ebeveynlerin büyük bir çoğunluğunun TSY kullandıklarını sağlık personelinden gizledikleri göz önünde bulundurulduğunda bu durum daha tehlikeli boyutlara ulaşabilmektedir (Gözüm vd., 2007:38-44; Karadeniz vd., 2007:540-3; Koç vd., 2011: 361–71). Bu nedenle çocuklarda TSY kullanımı ile ilgili kanıt değeri olan çalışmalara gereksinim vardır. Bu derleme pediatrik onkoloji hastalarında TSY kullanımı ile ilgili yapılacak çalışmalara ışık tutması açısından son derece önemlidir.

Bu derlemede pediatrik onkoloji hastalarında kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları ve kullanımını etkileyen faktörleri belirleyen literatürün gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu derlemede literatür taraması, "tamamlayıcı ve alternatif tedavi, pediatrik onkoloji, çocuk, kanser ve hemşire" anahtar kelimeleri ile yapılmıştır. "Medline, PubMed, EBSCO-HOST" veri tabanlarından 2004-2014 yılları arasında yayımlanan pediatrik onkoloji hasta-

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:48 K:66
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

larında kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları ile ilgili toplam 590 yayın taranmıştır.

Çalışma kapsamına, kanser hastası 18 yaş altı çocuğu olan ebeveynlerle yapılan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin incelendiği tam metnine ulaşılan toplam 19 makale alınmıştır. Çalışmaların; 5'inin Türkiye'de, 3'ünün Kanada'da, 3'ünün Almanya'da, diğerlerinin ise İngiltere, İtalya, İrlanda, Avustralya, Malezya, Ürdün, Meksika ve Lübnan'da yapıldığı belirlenmiştir.

Bu derleme kapsamına alınan çalışmalar şu özellikler doğrultusunda incelenmiştir: Araştırmanın yeri, tarihi, örneklem sayısı, örneklem özellikleri (çocuğun cinsiyeti, yaş ortalaması, kanser tipi), araştırmanın yöntemi, TAT prevalansı, yaygın kullanılan TAT türü, bilgi kaynağı, ebeveynlerin TAT kullanma nedeni ve algılanan yararı.

BULGULAR

Derleme kapsamına alınan toplam 19 makaleye ilişkin bulgular Tablo 1'de verilmiştir.

*İncelenen çalışmalardaki örneklem toplamını kanser hastası çocuğu olan 3897 ebeveyn oluşturmuştur.

*İncelenen çalışmalarda çocukların ilk sırada (%28-76.4) lösemi tanısı ile izlendiği saptanmıştır. İkinci sırada ise lenfoma ve santral sinir sistemi tümörleri yer almaktadır.

*Çalışmaların büyük çoğunluğunun çocuk onkoloji kliniklerinde izlenen çocukların ebeveynleri ile gerçekleştirildiği görülmüştür.

*Çalışmaların büyük çoğunluğunda veriler anket yöntemi ile toplanmıştır.

*Çalışmalarda tamamlayıcı sağlık yaklaşımı kullanım sıklığı %15.2-97.3 arasında değişmektedir.

*Çalışmalarda Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Sağlık Merkezi'nin son sınıflandırmasına göre; en sık kullanılan (%69-95.5) tamamlayıcı sağlık yaklaşım yönteminin doğal bitkisel ürünler olduğu, bunu zihin-beden uygulamalarının izlediği belirlenmiştir.

*Çalışmalarda ebeveynler sıklıkla çocuğunun bağışıklık sistemini güçlendirmek, yan etkileri azaltmak ve hastalığı iyileştirmek amacıyla tamamlayıcı sağlık yaklaşım yöntemlerini kullandıklarını belirtmişlerdir.

*Ebeveynlerin büyük çoğunluğunun bu yöntemlere aile, akraba ya da arkadaş önerisiyle başvurdukları belirlenmiştir.

*Ebeveynlerin çoğunluğu (%36.7-86) tamamlayıcı sağlık yaklaşım yöntemlerini faydalı gördüğünü ve herhangi bir yan etki yaşamadığını ifade etmişlerdir.

*Çalışmalarda TSY kullanan ailelerin %67.9-92 oranında sağlık personeline bilgi vermediği saptanmıştır.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:48 K:66
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

*Çalışmalarda TSY kullanımını; ebeveynlerin yaşı, eğitim, ekonomik durumu ve çocukların yaşı, cinsiyeti, tanı ve tedavi durumu gibi faktörlerin etkilemediği tespit edilmiştir.

Tablo1. Pediatrik Onkoloji Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı İle İlgili Yapılan Çalışmaların Özeti

Yazar adı/Yılı/Yapıldığı yer	n	Örneklem Özellikleri	Çalışmanın Yöntemi	TAT Prev (%)	Yaygın Kullanılan TAT Türü	Bilgi Kaynağı	Kullanma Nedeni ve Algılanan Yarar	Bulgular ve Sonuç
Malassiotis and Cubbin,2004 (İngiltere)	49	- Erkek (%55.1) -Yaş ortalaması 10.6 yıl -Lösemi (%44.9) -Beyin tümörü (%20.4) -Sarkoma (%16.3)	-Kesitsel tanımlayıcı araştırma - Posta ile anket gönderilerek	32.7	- Multivitamin (%56.3) -Aromaterapi masajı (%50) - Diyet (%37.5) - Müzik terapisi (%25)	-Medya (%69.4) -Sağlık personeli (%66.7) - Arkadaşlar (%40) -Kendi araştırması (%33.3)	-Sağlık bakımında bütün olası yöntemleri denemek (%81.3) - Çocuğunun; Genel durumunu iyileştirmek (%75) Rahatlamasını sağlamak (%56.3) Anksiyete/stresini azaltmak (%50)	- Ailelerin %62.5'i günlük, %25'i haftalık TAT kullanmıştır. - Çocukta tanı konma süresi uzadıkça TAT kullanma oranı artmıştır. - Aromaterapi masaj kullanımının çocukta anksiyete ve ağrıyı azalttığı düşüncesi fazladır. - Kullanılan diyetle immün foksiyonun arttığı düşüncesi fazladır.
Martel et al, 2005 (Kanada)	92	- Erkek (%53) -Yaş ortalaması 8.6 yıl - Akut lenfoblastik lösemi (%55) - Serebral tümör (%7.0) -Nöroblastoma (%6.0)	-Kesitsel tanımlayıcı araştırma	49.0	- Spiritual/mental tedavi (din adamı, relaksiyon, hayal gibi) (%35) :[Dua etme (%41)] - Fiziksel strateji (masaj, kriyopraktı, osteopati gibi) (%33): [Masaj (%67)] - Bitki/ homeopati/ vitaminler (%20): [Vitaminler (%56), Bitkiler (%39)]		- Semptomları iyileştirmek (%45) - Yan etkileri azaltmak (%42) - Kanseri tedavi etmek (%20) - Kanserin ilerlemesini önlemek (%2)	- Sadece bir aile TAT kullanımı nedeniyle çocuğun tedavisini ertelemiştir. - Ailelerin çoğu TAT kullanımı hakkında sağlık personeline bilgi vermiştir. -Sadece babanın eğitim düzeyi yükseldikçe TAT kullanma oranı artmıştır. -Daha önce TAT kullanan ailelerin, daha yüksek oranda çocuklarına TAT kullandığı belirlenmiştir.
Gomez-Martinez et al,2007 (Meksika)	110	- Kız (%36) -Yaş ortalaması 8.0 yıl - Akut lenfoblastik lösemi (%28) -Santral sinir sistemi tümörleri (%10) - Akut myeloblastik lösemi (%9)	-Kesitsel tanımlayıcı araştırma	70.0	- Oral olarak alınan bitkiler ve bitki özleri (%69) - Oral olarak alınan diğer ürünler (köpek balığı kartilajı gibi) (%26) - Homeopati (%25) -Beslenme destekleri (%12)	- Akrabalar (%44) - Arkadaşlar (%32) - Kanser hastası yakını olan diğer aileler (%12)	- Yan etkileri azaltmak (%53) - Kanserle savaşmak ya da durdurmak (%32) - Her ikisi birden (%14) -Ailelerin %79'u TAT kullanımının yararlı olduğunu, %8'i ise etkili olmadığını ifade etmiştir.	-Sadece %9'u kendiliğinden konvansiyonel tedavi ile birlikte tamamlayıcı tedavileri kullandığı konusunda doktoruna bilgi vermiştir. - Toplumun tipi, dini, hastalığın rölapsı, ebeveynlerin eğitim ve gelir durumu ile TAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:48 K:66
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Yazar adı/Yılı/Yapıldığı yer	n	Örneklem Özellikleri	Çalışmanın Yöntemi	TAT Prev (%)	Yaygın Kullanılan TAT Türü	Bilgi Kaynağı	Kullanma Nedeni ve Algılanan Yarar	Bulgular ve Sonuç
Karadeniz et al,2007 (Ankara/Türkiye)	95	-Erkek (%58.9) - Yaş ortalaması 10.25 yıl -Non-hodgkin lenfoma (%23.2) - Wilms Tümörü (%11.6) -Lösemi (%10.6)	-Tanımlayıcı Araştırma - Yüz yüze görüşme	51.6	- Bitki tedavisi ve biyolojik alım (%71.4) : [Isırgan otu (%28.6), Bitki esansları (%18.4), Anzer balı (%12.2)] - Dinsel uygulamalar (dua, adak, türbe ziyareti) (%40.8)	- Akrabalar (%40.8) - Arkadaşlar (%22.4) - Diğer ebeveynler (%12.3) -Tv/radyo (%10.2)	- Hastalığı iyileştirmek (%34.7) - Çocukları için her şeyi yapmak (%28.6) -Bağışıklık sistemini güçlendirmek (%18.4) -Kanserin ilerlemesinin önleme (12.2) - %36.7'sı TAT kullanımı sonucu kendini iyi hissetmiş, %36.7'si yarar sağlamamıştır.	-%46.9'u kemoterapi tedavisi sırasında TAT kullanmıştır. - %92'si TAT kullandığını doktorları ile paylaşmamıştır. -%4'ü yan etkisini görmüştür. -TAT kullanımı ile ebeveynlerin eğitim durumu, ekonomik durum, kardeş sayısı, hastalığın prognozu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
Gözüm, Arıkan ve Büyükavcı, 2007 (Erzurum/Türkiye)	88	- Erkek (%59.1) - Yaş ortalaması 8.03 yıl - Akut lösemi (%53.4) - Lenfoma (%17)	- Kesitsel tanımlayıcı araştırma -Yüz yüze bilgi verip anket formu doldurma	48.9	- Bitki tedavisi (özellikle ısırgan otu) (%90.7) - Spiritual iyileştirme (%18.6) -Diyet (%7.7) -Masaj (4.7)	- Arkadaşlar ve akrabalar (%79.1) -Diğer çocukların ebeveynleri (%14)	- Isırgan otu ve ısırgan çayı kullanan ailelerin tamamı sonuçlardan memnun	- TAT kullanan ve kullanmayan grupta sosyoekonomik özellikler (ebeveynlerin eğitim ve ekonomik durumu, çocuğun cinsiyeti, tanı süresi ve tedavi durumu) ve umutsuzluk durumları arasında fark yoktur. - TAT kullanan çocukların yaş ortalaması 3 yaş fazladır. - Uzun süredir kanser tanısı olanlarda kısa süreli tanı alanlara göre kullanım oranı fazladır . - Ailelerin %72.1'i doktor ya da hemşireye bilgi vermemiştir.
Laengler et al,2008(Almanya)	1063	-15 yaş altı kanser tanısı alan çocukların ebeveynleri	-Retrospektif araştırma -Ailelere anket gönderilerek	35.0	- Homeopati (%45.2) -Beslenme destekleri (%35.4) -Antropoloji tedavi (%26.7)	-Aile ve arkadaşları (%70.3) -Doktor dışındaki sağlık personeli (%34.6) -Medya (%26.4) -Doktor (%26.2)	-Fiziksel stabilizasyon (%69.7) -Bağışıklık sistemini güçlendirme (%66.2) - Tedavi şansını artırma (%55) - Kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavinin yan etkileri ile baş etme (%47.9)	-Yüksek sosyal statü, çocuğun hastalığının kötü prognozu ve önceden TAT kullanma durumu gibi faktörler TAT kullanma olasılığını artırmaktadır. -Ailelerin %71'i doktora bilgi vermiştir. -Kullananların %89'u diğer ebeveynlere TAT kullanımını tavsiye etmiştir.
Yazar adı/Yılı/Yapıldığı yer	n	Örneklem Özellikleri	Çalışmanın Yöntemi	TAT Prev (%)	Yaygın Kullanılan TAT Türü	Bilgi Kaynağı	Kullanma Nedeni ve Algılanan Yarar	Bulgular ve Sonuç

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:48 K:66
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Genç et al, 2009 (İzmir)	112	- Kız (%52) -Yaş ortalaması 9.21 yıl -Lösemi (%44) -Lenfoma (%27) -Diğer tümörler (%29)	- Kesitsel tanımlayıcı araştırma	77.0	-Bitkisel tedavi ve biyolojik alım (%92): [Isırgan (%63)] -Dua etme (%55)	-Komşular (%49) -Akrabalar (%43) -Medya (%22)	-Bağışıklık sistemini güçlendirme (%60) -Kanı temizleme (%20) -Hastalığı tedavi etme (%12)	-Tat kullanımı ile sosyodemografik özellikler (yaş, tanısı, ebeveynlerin eğitim ve ekonomik durumu) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. -Ebeveynlerin %26'sı TAT kullanımı hakkında doktora bilgi vermiştir.
Hamidah et al, 2009 (Malezya)	97	-Erkek (%54.6) --Yaş ortalaması 8.3 yıl -En sık lösemi (%53)	- Kesitsel tanımlayıcı araştırma	84.5	-Su tedavisi (Mekkeden zemzem kuyusundan getirilen içme kaynak suyu ve elmas kaynak suyu) (%78) - Spirulina(yosun türü) (%33) -C vitamini (%27) -Multivitamin (%23)		-İyileşmek için vücudun doğal güçlerine yardımcı olduğuna inanma (%69.5) -Çocukların yaşam kalitesini artıracağına inanma (%63.4) -TAT'ların çok güvenli oluğu düşüncesi (%60.9) -Bağışıklık sistemini güçlendirme (%59.8)	-Etnik gruba göre Malay olanlar (%93) , Malay olmayanlara (%67) göre daha fazla TAT kullanmıştır. -%40'ı tanı konulduktan 1 ay sonra TAT yöntemi kullanmaya başlamıştır. -TAT kullanan ve kullanmayanlarda çocuğun yaşı, cinsiyeti, malignite tipi, hastalık durumu, ebeveynlerin yaşı, eğitim durumu, ekonomik durumu arasında fark yoktur.
Al-Qudimat, Rozmus and Farhan,2010 (Ürdün)	69	-Kız (%58) * 6-18 yaş arası (%30.4) -Lösemi (%37.7) -Beyin tümörü ve retino blastom (%30.4) -Solid tümörler (%27.5)	- Kesitsel tanımlayıcı araştırma	65.2	-Biyolojik alım ve beslenme destekleri (%70.5): Bitkiler (%47.7) Diyet (%42.2) -Zihin-beden uygulamaları (%22.2): Hacamat (%8.9) Akupunktur ve müzik (%4.4)		-Kanseri tedavi etme (%71.1) - Bağışıklık sistemini güçlendirme (%44.4) -Stresi azaltma (%35.6) -Kanserin tekrarını önleme (%33.3) -Kanserin yan etkilerini azaltma (%26.7) -Ailelerin %45.5'i TAT kullanımının yararlı olduğunu ifade etmiş.	- TAT kullanan ailelerin %40'ı çeşitli nedenlerle TAT kullanımını bırakmış. - Ailelerin %8.9'u TAT yöntemlerini kullanırken çocukların konvansiyonel tedavilerini geciktirmiştir. -Ebeveynlerin %22.2'si TAT kullanımını hakkında sağlık personeline bilgi vermiştir. -%6.7 haftalık, %2.2 aylık ve %28.9 ihtiyaç durumunda TAT kullanmış

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:48 K:66
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Yazar adı/Yılı/Yapıldığı yer	n	Örneklem Özellikleri	Çalışmanın Yöntemi	TAT Prev (%)	Yaygın Kullanılan TAT Türü	Bilgi Kaynağı	Kullanma Nedeni ve Algılanan Yarar	Bulgular ve Sonuç
Tomlinson et al, 2011 (Kanada)	77	-Kız (%62.3) -Yaş ortalaması 8.6 yıl -Solid tümörler (%41.6) -Beyin tümörleri (%31.2) -Lösemi (%23.4)	-Tanımlayıcı araştırma	29.0	-Alternatif tıp (Homeopati, naturopati, doğal ilaçlar dahil) (%7.8) -Zihin-beden tedavileri (%6.5) -Enerji tedavileri (%6.5) -Biyolojik bazlı tedaviler(bitkiler, özel diyetler, vitaminler dahil) (%5.2)			-%11.7'si çocukları için birden fazla TAT kullanmayı düşünmüş. -%3.9'u çocukları için birden fazla TAT kullanmış. -TAT kullanımı ile çocukların yaşı, cinsiyeti, tanısı, tedavi türü, rölaps durumu, ailelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
Naja et al, 2011 (Lübnan)	125	-Erkek (%61.6) -Yaş ortalaması 9.56 yıl -0 ile 18 yaş arası lösemi tanısı alan çocuklar	- Kesitsel tanımlayıcı araştırma	15.2	-Dua etme ve dini uygulamalar (%28.6) -Çörek otu (%28.5) -Kemik suyu (%19)		-Bağışıklık sistemini güçlendirme (%42.1) -Tedavi şansını artırma (%21) -Ağrıyı azaltma (%11) -Konvansiyonel tedaviye güvensizlik (%11)	-%68.4'ü TAT kullanımı hakkında doktora bilgi vermiştir. -%100 herhangi bir yan olmadığını belirtmiştir. -%78.9'u TAT kullanımını diğer ebeveynlere tavsiye etmiştir. -Hastaların yaşı, cinsiyeti, tanı süresi, ailesinde lösemi öyküsü ile TAT kullananlar ve kullanmayanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
Koç, Tural ve Gudek, 2011 (Samsun/ Türkiye)	110	-Kız (%57.3) - Yaş ortalaması 8.41 yıl -Akut lösemi (%76.4) -Akut myeloblastik lösemi (%17.3)	-Tanımlayıcı araştırma	97.3	-Dua etme (%95.5) -Hayal etme (%41.8) -Masaj (%22.7) -Bitkisel tedavi (%14.5) -Diyet (%13.6) -Müzik terapi (%12.7)	-Komşular (%20) -Akrabalar (%18) -Radyo, TV,internet (%10)	-Psikososyal rahatlatma (%84.1) - TAT yöntemlerini faydalı bulduğu için (%47.7) -Tedavinin yan etkilerini ve kanserin semptomlarını azaltma (%45.8) -Kanseri tedavi etme (%42) -Hastalığın ilerlemesini yavaşlatma (%34.6)	- Çocukların %83.2'si TAT kullanımı sonucu kendini iyi hissetmiş, -%93.5'i TAT kullanımı hakkında herhangi olumsuzluk gözlemlememiştir. -%67.9'u TAT kullandığını sağlık personeli ile paylaşmamıştır. -TAT yöntemleri kullanımı ve cinsiyet, aile yapısı, oturduğu yer, sosyoekonomik durumu, kardeş sayısı arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:48 K:66
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Yazar adı/Yılı/Yapıldığı yer	n	Örneklem Özellikleri	Çalışmanın Yöntemi	TAT Prev (%)	Yaygın Kullanılan TAT Türü	Bilgi Kaynağı	Kullanma Nedeni ve Algılanan Yarar	Bulgular ve Sonuç
Heath et al, 2012 (Avustralya)	96	- Erkek (%57) -Yaş ortalaması 9.4 yıl -Lösemi (%36) -Beyin tümörleri (%32) -Diğer solid tümörler (%32)	-Retrospektif araştırma -Telefon ile görüşme ve anket doldurma	30.0	-Organik yiyecekler ve içecekler (n=8) -Homeopati (n=6) -Dini tedavi /Dua etme (n=6) -Vitamin (n=5)		- Kullananların %78'i TAT kullanımını çocukları için faydalı bulmuştur. -Çocuk için bahsedilen en yaygın yararları daha fazla rahatlama, daha fazla enerji, daha az ağrı, daha olumlu bir duruş, daha fazla umut ve manevi güçtür.	-%44'ü birden fazla TAT yöntemi kullanmıştır. -Yaşam sonu dönemde TAT kullanımı ile ebeveynlerin yaşı, eğitim ve ekonomik durumu, çocukların yaşı, cinsiyeti, tanısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.
Karalı, Demirkaya ve Sevinir, 2012 (Bursa/ Türkiye)	120	-Erkek (%58.3) -Yaş ortalaması 8.7 yıl -Lenfoma (%39.2) -Sinir sistemi tümörleri (%25) -Sarkoma (%13.3)	-Tanımlayıcı araştırma	73.3	-Biyolojik bazlı tedaviler (%95.5) : *Bal (%43.2) *Isırgan otu (%43.2) *Üzüm pekmezi (%28.4) *Bitki çayları (%28.4) -Zihin-beden uygulamaları (%43.2)		-Daha iyi kan değerleri elde etmek için (%26.1) -Genel durumu düzeltmek için (%22.7) -Yakınlarının/ akrabaların baskı yapması (%19.3) -Vicdanını rahatlatmak için (%13.6) - TAT kullanan ebeveynlerin %28.4'ü çocukların kan değerlerini yükselttiğini, %26.1'i çocukların iştahını artırdığını,%18.1'i genel durumunu düzeltmeye başladığını ifade etmiştir.	-TAT kullanımı ile ilgili herhangi bir yan etki gözlenmemiştir. -Sosyodemografik özellikler (çocukların yaşı, tanı/tedavi/ nüks etme durumu, kardeş sayısı, ailesinde kanser öyküsü, ebeveynlerin yaşı, eğitim ve ekonomik durumu, oturduğu yer) ile TAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
O'Connor et al, 2013 (İrlanda)	98	-Erkek (%58) -Yaş ortalaması 9.0 yıl -Lösemi (%45) -Beyin tümörü (%13) -Sarkoma/ osteosarkom (%12)	-Kesitsel tanımlayıcı araştırma	57.0	-Vitamin ve mineraller (%18) -Beslenme destekleri (%11) -Refleksoloji (%11) -Enerji tedavileri (%9) -Geleneksel şifacılar (%9) -Masaj (%8)	-Aile ve arkadaşlar (%34) -Personel (%34) -Hemşire (%9) -Doktor (%8) -İnternet (%6)	-En sık kullanılan nedeni fiziksel yönden iyi olma (%31) -Tümörü küçültmek/hastalıkla mücadele etmek (%6) -%86'sı TAT kullanımını tedavide faydalı bulmuş ve kullananların hiçbiri yan etki belirtmemiştir.	-%55'i kanser tanısı konulduktan sonra TAT kullanmaya başlamıştır. - %32'si ayda bir kez TAT kullanmış, %30'u ise günlük TAT kullanmıştır. -Konvansiyonel tedaviden memnun olan ailelerde TAT kullanımı daha fazladır. -Sosyodemografik özellikler (çocukların yaşı,tümör tipi, tedavi durumu, ebeveynlerin medeni durumu) ile TAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:48 K:66
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Yazar adı/Yılı/Yapıldığı yer	N	Örneklem Özellikleri	Çalışmanın Yöntemi	TAT Prev (%)	Yaygın Kullanılan TAT Türü	Bilgi Kaynağı	Kullanma Nedeni ve Algılanan Yarar	Bulgular ve Sonuç
Valji et al, 2013 (Kanada)	129	-Erkek (%55) -Yaş ortalaması 8.9 yıl -18 yaş altı pediatik onkoloji hastaları	-Tanımlayıcı araştırma -Anket formu Doldurma	60.5	-Multivitaminler (%86.5) -Dini tedavi (%51) - Masaj (%46.8) -C vitamini (%43.2)	-Aile üyeleri (%66.7) -TAT sağlayıcıları ve sağlıklı gıda marketleri (%37.7) - Eczaneler (%33.3) - Kitap/dergi (%30.4)		-%15.9'i konvansiyonel tedaviden önce TAT kullanmayı denemiştir. -%50.8'i çocukların konvansiyonel tedavi ile birlikte TAT kullanmayı denemiştir. -%40.8'i ilaç aldığı dönemde TAT kullanmıştır. -TAT uygulamaları kullanıcılar tarafından yararlı bulunmuştur.
Gottschling et al, 2014 (Almanya)	322	-Yaş ortalaması 8.7 yıl -Kanser tanısı alan 18 yaş altındaki çocukların ebeveynleri	-Tanımlayıcı araştırma	29	-Homeopati (%42) -Masaj (%26) - Antropoloji tedavi (%24) -Akupunktur (%12) -Bitkiler (%11) -Vitamin (%9)	-Arkadaşlar (%21) -Hastalıkla ilgili kişiler (%19)	-Tedavinin yan etkilerini azaltmak (%18) -Fiziksel stabilizasyon (%16) -Bağışıklık sistemini güçlendirmek (%15)	-Ebeveynlerin %78'i TAT kullandığını doktoru ile paylaşmıştır. - Ebeveynlerin %97'si TAT kullanımını tavsiye etmiştir. - Ebeveynlerin eğitim düzeyi ve ekonomik durumunun yüksek olması ile TAT kullanımı arasında ilişki bulunmuştur. -TAT kullananların %5'i yan etkisi olduğunu belirtmiştir.
Revuelta-Iniesta et al, 2014 (İskoçya)	74	-Erkek (%60.81) -Hematolojik kanserler (%41.8) -Solid tümörler (%39.1) -Beyin tümörleri (%13.5)	-Retrospektif araştırma	55	-Vitamin ve mineral (%53) -Masaj (%29) -Balık yağı (%29)		-Stresi azaltmak (%36) -Tedavi sırasında yaşam kalitesini artırmak (%27) - Tedavinin yan etkilerini azaltmak (%24) - Bağışıklık sistemini güçlendirmek (%15)	- Ekonomik durumun yüksek olması ile TAT kullanımı arasında ilişki bulunmuştur. - Kullananların tümü TAT'ları faydalı bulmuştur.

*TAT: Tamamlayıcı ve alternatif tedavi

TARTIŞMA

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının tüm dünyada, tüm yaş gruplarından özellikle kronik hastalığı olan çocuklarda kullanımı giderek artmaktadır (Neuhouser et al., 2001:347-54; Bauer-Wu, 2005:115-8; Kelly, 2004:2041-46; Landier, 2010:566–579; Heath et al., 2012:1218-21). Ebeveynler tarafından özellikle kanser hastası çocuklarına yönelik kullanılan TSY oranı oldukça yaygındır (Mccurdy et al., 2003; Molassiotis ve Cubbin, 2004:50-60; Friedman et al., 2005:1-6; Martel et al., 2005:660-8; Gomez-Martinez et al., 2007:820-3; Laengler et al.,

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:48 K:66
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

2008:2233–40; Post-White et al., 2009: 7-15; Hamidah et al., 2009:70-74; Clerici et al., 2009:599-604; Al-Qudimat et al., 2010:591-7; Pasiley et al., 2011: 1088-1091; Naja et al., 2011: 38-46; Tomlinson et al., 2011: 1857-63; Heath et al., 2012: 1218-21; Valji et al., 2013; Singendonk et al., 2013:31-37; O'Connor et al., 2013: 537-42; Ladas et al., 2014:687-92). Bu derlemede pediatrik onkoloji hastalarında kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları ve kullanımını etkileyen faktörleri belirleyen literatürün gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Bu derlemedeki çalışmalarda, kanser hastası erkek çocukların daha fazla (%53-61.6) olduğu görülmektedir (Molassiotis ve Cubbin, 2004:50-60; Martel et al., 2005:660-8; Karadeniz vd., 2007:540-3; Gözüm vd., 2007:38-44; Hamidah et al., 2009:70-74; Naja et al., 2011:38-46; Heath et al., 2012: 1218-21; Karalı vd., 2012:335-44; Valji et al., 2013; O'Connor et al., 2013:537-42; Revuelta-Inievta et al., 2014:197-202). İncelenen bu çalışmalarda erkek çocuk oranlarının fazla olması özellikle araştırma gruplarında yer alan çocukların lösemi tanısı ile izlendiği göz önünde bulundurulduğunda, bu sonuç literatür ile uyum göstermektedir. Literatürde löseminin özellikle erkek çocuklarda daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Zupanec ve Tomlinson, 2010:2-32; Erdemir ve Taş Arslan, 2013:765-810). Çalışmalarda TSY kullanımını ebeveynlerin yaşı, eğitim ve ekonomik durumu; çocukların yaşı, cinsiyeti, tanısı, tedavisi gibi faktörlerin etkilemediği tespit edilmiştir (Gomez-Martinez et al., 2007; Karadeniz vd., 2007:540-3; Gözüm vd., 2007:38-44; Genç vd., 2009: 159-64; Hamidah et al., 2009:70-74; Al-Qudimat et al., 2010:591-7; Naja et al., 2011: 38-46; Tomlinson et al., 2011: 1857-63; Karalı vd., 2012:335-44; Heath et al., 2012: 1218-21). Bu sonuç çocuğunun iyileşmesi için ebeveynlerin sosyo-demografik özellik gözetmeksizin ellerinden gelen çabayı sarf ettiğini göstermektedir.

Bu derleme kapsamında incelenen 19 çalışmada pediatrik onkoloji hastalarında TSY kullanım sıklığı %15.2-97.3'tür. Pediatrik onkoloji hastalarında TSY kullanımının ülkelere göre farklılık gösterdiği, Pensilvanya, Malezya, Meksika ve Ürdün'de %60 üzerinde olduğu görülmektedir. Türkiye'de de pediatrik onkoloji hastalarında TAT kullanımının yaygın olduğu ve bu oranın çeşitli çalışmalarda %48.9-97.3 arasında değiştiği belirtilmektedir (Karadeniz vd., 2007:540-3; Gözüm vd., 2007:38-44; Genç vd., 2009: 159-64; Koç vd., 2011: 361–71; Karalı vd., 2012:335-44). Türkiye'de 27 Ekim 2014 tarihinde Resmi Gazete'de "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" yayımlanmıştır (Anonim, 2015). Bu yönetmeliğin yayımlanması ile birlikte geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının kullanımı, Türkiye'de yasal hale gelmiştir. Bu durum geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları kullanımının Türkiye'de daha da yaygın-

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:48 K:66
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

laşacağının bir göstergesidir. Ayrıca pediatrik onkoloji hastalarında TAT kullanım oranının fazla olması bu alanda kanıt değeri olan çalışmaların yapılmasının önemini bir kez daha arttırmaktadır.

Bu derlemede incelenen çalışmalarda NCCIH'ın son sınıflandırmasına göre en sık kullanılan TSY yönteminin doğal bitkisel ürünler (%69-95.5) olduğu, bunu zihin-beden uygulamalarının izlediği görülmektedir (Gomez-Martinez et al., 2007; Gözüm vd., 2007:38-44; Karadeniz vd., 2007:540-3; Laengler et al., 2008:2233–40; Genç vd., 2009: 159-64; Al-Qudimat et al., 2010:591-7; Karalı vd., 2012:335-44; Heath et al., 2012: 1218-21). Kullanılan TSY yöntemi ülkeden ülkeye göre farklılık göstermektedir. Almanya'da pediatrik onkoloji hastalarında homeopati kullanımının (%37.3-45.2) yaygın olduğu saptanmıştır (Laengler et al., 2008:2233–40; Gottschling et al., 2014: 488-92). İncelenen çalışmalarda en sık yapılan uygulamanın bitki tedavisi (%47.7-92) olduğu görülmektedir (Karadeniz vd., 2007; Gomez-Martinez et al., 2007; Gözüm vd., 2007; Genç vd., 2009: 159-64; Al-Qudimat et al., 2010:591-7;). Özellikle Türkiye'de yapılan çalışmalarda ısırgan otu kullanımının yaygın olduğu (%28.6-63) tespit edilmiştir (Gözüm vd., 2007:38-44; Karadeniz vd., 2007:540-3; Genç vd., 2009:159-64; Karalı vd., 2012:335-44). Isırgan otunun; kanseri önlediği, kan yapıcı etkisi olduğu ve bağışıklık sistemini güçlendirici etkisi olduğu düşüncesiyle sadece Türkiye'de değil tüm dünyada kullanılan bir bitki olduğu belirtilmektedir (Anonim, 2014). Ayrıca Karalı ve arkadaşlarının (2012:335-44) yaptıkları çalışmada ısırgan otundan sonra en sık kullanılan ürünün üzüm pekmezi olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de, üzüm pekmezi kan yapıcı etkisi olduğu düşüncesiyle ebeveynler tarafından çocuklarına yaygın olarak verilmektedir. Özellikle demir eksikliği anemisi, talasemi ya da kanser hastası çocuğu olan ebeveynler, üzüm pekmezini daha çok tercih etmektedirler (Efe vd., 2012). İngiltere, İskoçya, İrlanda ve Kanada'da yapılan çalışmalarda ise en sık kullanılan TSY'nin vitaminler olduğu saptanmıştır (Molassiotis ve Cubbin, 2004:50-60; Martel et al., 2005:660-8; Valji et al., 2013; O'Connor et al., 2013:537-42; Revuelta-Iniesta et al., 2014:197-202).

Malezya'da Hamidah ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise (2009:70-74) ebeveynlerin %78 oranında su tedavisi (Mekke'den zemzem kuyusundan getirilen içme kaynak suyu) kullandığı tespit edilmiştir. Malezya'nın resmi dini İslam'dır. İslam dinine göre Mekke kutsal bir şehirdir. Dolayısıyla Mekke'den getirilen su da (zemzem suyu) kutsal olarak kabul edilmekte ve şifa verici etkisi olduğu düşünülmektedir. Malezya'da Müslüman kesimi oluşturan Malaylar tarafından TSY kullanım oranın fazla olması da bunu doğrular niteliktedir.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:48 K:66
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Kanser hastası çocukların ebeveynlerinin TAT kullanma nedenlerine bakıldığında; tedavi olma, tedaviye destek olma, geleneksel tedavi yöntemlerinin yan etkileri ile baş etme, çocuk için yapılabilecek her şeyi yapma, çocuğu güçlendirme ve kanserin ilerlemesini önleme düşüncelerinin ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir (McCurdy et al., 2003:125–9; Molassiotis ve Cubbin, 2004:50-60; Karadeniz vd., 2007:540-3). Çalışmalarda ebeveynlerin çocuklarda TSY kullanma nedenleri arasında sıklıkla bağışıklık sistemini güçlendirmek, yan etkileri azaltmak ve hastalığı iyileştirmek için TSY kullandıkları saptanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğunun bu yöntemlere aile, akraba ya da arkadaş önerisiyle başvurdukları belirlenmiştir. Çalışmalarda TSY kullanan ailelerin %67.9-92 oranında sağlık personeline bilgi vermediği saptanmıştır. Çocuklar yetişkinlerden farklı fizyolojiye sahip oldukları için kullanılan TSY ile ilaç etkileşimleri daha şiddetli olabilir. Ebeveynlerin büyük bir çoğunluğunun TSY kullandıklarını sağlık personelinden gizledikleri göz önünde bulundurulduğunda bu durum daha tehlikeli boyutlara ulaşabilmektedir. Bu nedenle, sağlık personelinin anamnez sırasında bu durumu göz ardı etmemeleri gerekir. Sağlık personeli öykü alırken mutlaka TSY kullanımını sorgulamalı, çocuk ve ailesi ile iletişim sağlamalıdır.

Çalışmalarda ebeveynlerin çoğunluğu TSY kullanımına bağlı yan etki yaşamadığı ve TSY kullanımını faydalı gördüğü belirlenmiştir. Bununla birlikte TSY'larda yarar-zarar değerlendirmesi bu alanda yapılan çalışmaların kısıtlı, bilginin eksik olması nedeni ile zordur (Barnes, 2003: 331–40). Bu nedenle çocuklarda TSY kullanımı ile ilgili kanıt değeri olan çalışmalara gereksinim vardır. Ayrıca hemşire, çocuk ve ailesi ile en yakın iletişim kuran sağlık ekibi üyesi olma özelliği ile kanıtı olmayan ya da zarar verme potansiyeli olan TSY konusunda ebeveynleri bilgilendirip, tıbbi tedaviyi destekleyen yaklaşımlara teşvik edebilirler.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Literatürde konu ile ilgili daha fazla yayın olmasına karşın bazılarının tam metnine ulaşılamamıştır. Ayrıca 0-18 yaş grubu sınırlandırılması nedeniyle kanser tanısını çocukluk yaş döneminde alıp erişkinlik döneminde olan olgu çalışmaları derleme kapsamına alınamamıştır.

SONUÇ

Bu derleme makalede pediatrik onkoloji hastalarında kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları ve kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlandı. pediatrik onkoloji hastalarında kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları ve kullanımını etkileyen faktörleri belirleyen literatürün gözden geçirilmesi amaçlandı. Çocukların tedavisinde TSY kullanımının yaygınlaşması ile birlikte bu tür te-

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:48 K:66
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

davilere bağlı alerjik ve toksik çeşitli sistemik yan etkiler gelişebilmektedir. Bu durum çocuk sağlığı açısından önemli bir risk taşımaktadır. Bununla birlikte tamamlayıcı ve alternatif tedavilerde yarar-zarar değerlendirmesi, bu alanda yapılan çalışmaların kısıtlı ve bilginin eksik olması nedeni ile zordur. Bu nedenle çocuklarda TSY kullanımı ile ilgili kanıt değeri olan çalışmalara gereksinim vardır. Bu derleme pediatrik onkoloji hastalarında TSY kullanımı ile ilgili yapılacak çalışmalara ışık tutması açısından son derece önemlidir. Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının pediatrik onkoloji hastalarında etkinliğini, yararlarını, olası yan etkilerini ve güvenliğini değerlendirmeye yönelik bilimsel çalışmaların yapılması ve ebeveynlere yönelik hekim ve hemşire tarafından danışmanlık hizmetlerinin öncelikli olarak verilmesi son derece önemlidir. Bu nedenle tüm sağlık personeli toplumda kullanımı hızla yaygınlaşan tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının farkında olmalı, bu konuda bilgi birikimlerini arttırmalı ve güncelleştirmelidir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda çocuk, aile ve toplumu bilgilendirerek bakım ve tedavilerine yön vermelerine yardımcı olmalıdırlar.

KAYNAKLAR

AL-QUDIMAT, M.R., ROZMUS, C.L., FARHAN, N., (2010). "Family Strategies For Managing Childhood Cancer: Using Complementary and Alternative Medicine in Jordan" Journal of Advanced Nursing, 67(3) (591-597)

BARNES, J., (2003). "Quality, Efficacy and Safety of Complementary Medicines: Fashions, Facts and the Future Part II: Efficacy and Safety" Journal of Clinical Pharmacology, 55 (331–340)

BAUER-WU, S., (2005). "Critique 1: Complementary and Alternative Medicine in Pediatric Oncology" Seminars in Oncology Nursing, 21 (115-118)

CLERIKI, C.A., VENERONI, L., GIACON, B., MARIANI, L., FOSSATI- BELLANI, F., (2009). "Complementary and Alternative Medical Therapies Used By Children With Cancer Treated At An Italian Pediatric Oncology Unit" Pediatric Blood Cancer, 53 (599-604)

COOPES, M.J., ANDERSON, R.A., EGELER, R.M., WOLF, J.E.A., (1998). "Alternative Therapies for the Treatment of Childhood Cancer" The New England Journal of Medicine, 339(12) (846)

EFE, E., İŞLER, A., SARVAN, S., BAŞER, H., YEŞİLİPEK, A., (2012). "Complementary and Alternative Medicine Use in Children With Thalassaemia" Journal of Clinical Nursing, 22 (760–769)

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:48 K:66
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

ERDEMİR, F., & TAŞ ARSLAN, F., (2013). Onkolojik Sorunu Olan Çocuk ve Hemşirelik Bakımı. In: Pediatri Hemşireliği (Ed: Conk, Z., Başbakkal, Z., Yılmaz, B.H., Bolışık, B.), Akademisyen Kitabevi, Ankara. ss.765-810

FRIEDMAN, T., SLAYTON, W., ALLEN, S., ET AL., (2005). "Use of Alternative Therapies for Children With Cancer" Pediatrics, 100 (1-6)

GENÇ, R.E., SENOL, S., TURGAY, A.S., KANTAR, M., (2009). "Complementary and Alternative Medicine Used by Pediatric Patients With Cancer in Western Turkey" Oncology Nursing Forum, 36(3) (159-164)

GOMEZ-MARTINEZ, R., TLACUILO-PARRA, A., GARIBALDI-COVARRUBIAS, R., (2007). "Use of Complementary and Alternative Medicine in Children With Cancer in Occidental Mexico" Pediatric Blood and Cancer, 49 (820-823)

GOTTSCHLING, S., MEYER, S., LANGLER, A., SCHARIFI, G., EBINGER, F., GRONWALD, B., (2014). "Differences in Use of Complementary and Alternative Medicine Between Children and Adolescents with Cancer in Germany: A Population Based Survey" Pediatr Blood Cancer, 61 (488-492)

GÖZÜM, S., ARIKAN, D., BÜYÜKAVCİ, M., (2007). "Complementary and Alternative Medicine Use in Pediatric Oncology Patients in Eastern Turkey" Cancer Nursing, 30 (1) (38-44)

HAMIDAH, A., RUSTAM, Z.A., TAMIL, A.M., ZARINA, L.A., ZULKIFLI, Z.S., JAMAL, R., (2009). "Complementary and Alternative Medicine Use by Children with Cancer in A Multi-Ethnic Southeast Asian Population" Pediatric Blood Cancer, 52 (70-74)

HEATH, J.A., LUKE, J., CLARKE, N.E., WOLFE, J., (2012). "Complementary and Alternative Medicine Use in Children with Cancer at the End of Life" Journal of Palliative Medicine, 15(11) (1218-1221)

JUNE, B., & ANNE, L., (2001). "Unconventional Therapy Use Among Children with Cancer in Saskatchewan" Journalof Pediatric Oncology Nursing, 18 (16-25)

KARADENİZ, C., PINARLI, G., OĞUZ, A., GÜRSEL, T., CANTER, B., (2007). "Complementary/Alternative Medicine Use in a Pediatric Oncology Unit in Turkey" Pediatric Blood Cancer, 48 (540-543)

KARALI, Y., DEMİRKAYA, M., SEVİNİR, B., (2012). "Use of Complementary and Alternative Medicine in Chidren with

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:48 K:66
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Cancer: Effect on Survival" Pediatric Hematology and Oncology, 29 (335-344)

KELLY, K.M., JACOBSON, J.B, KENNEDY, D.D, BRAUDT, S.M., MALLICK, M., WEINER, M.A., (2000). "Use of Unconventional Therapies by Children With Cancer at An Urban Medical Center" Journal of Pediatric Hematology/Oncology, 22(5) (412–416)

KELLY, K.M., (2004). "Complementary and Alternative Medical Therapies for Children With Cancer" European Journal of Cancer, 40 (2041-2046)

KOÇ, Z., TURAL, E., GUDEK, E., (2011). "Determining Complementary and Alternative Medicine Methods Used by Paediatric Haematology–Oncology Patients" Journal of Nursing and Health Care of Chronic Illness, 3 (361–371)

LADAS, E.J., RIVAS, S., NDAO, D., DAMOULAKIS, D., BAO, Y.Y., CHENG, B., KELLY, K.M., ANTILLON, F., (2014). "Use of Traditional and Complementary/ Alternative Medicine in Children with Cancer in Guatemala" Pediatr Blood Cancer, 61 (687-692)

LAENGLER, A., SPIX, C., SEIFERTC, G., GOTTSCHLINGD, S., GRAFD, N., KAATSCH, P., (2008). "Complementary and Alternative Treatment Methods in Children with Cancer: A Population-Based Retrospective Survey on the Prevalence of Use in Germany" European Journal of Cancer, 44 (2233 –2240)

LANDIER, W., (2010). "Use of Complementary and Alternative Medical Interventions for the Management of Procedure-Related Pain, Anxiety, and Distress in Pediatric Oncology: An İntegrative Review" Journal of Pediatric Nursing, 25 (566–579)

LANGLER, A., SPIX, C., SEIFERTC, G., EDELHAUSER, F., KAMEDA, G., KAATSCH, P., SEIFERT, G., (2011). "Use of Homeopathy in Pediatric Oncology in Germany" Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, (1-7) Doi:10.1155/2011/867151.

MARTEL, D., BUSSIERES, J., THEORET, Y., LEBEL, D., KISH, S., MOGHRABI, A., LAURİER, C., (2005). "Use of Alternative and Complementary Therapies in Children with Cancer" Pediatric Blood Cancer, 44 (660-668)

MCCURDY, E.A., SPANGLER, J.G., WOFFORD, M.M., CHAUVENET, A.R., MCLEAN, T.W., (2003). "Religiosity is Associated with the Use of Complementary Medical Therapies by Pediatric Oncology Patients" Journal of Pediatric Hematology Oncology, 25 (125–129)

MOLASSIOTIS, A., & CUBBIN, D., (2004). "Thinking Outside the Box: Complemen-

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:48 K:66
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

tary and Alternative Therapies Use in Paediatric Oncology Patients" European Journal of Oncology Nursing, 8 (50-60)

NAJA, F., ALAMEDDINE, M., ABBOUD, M., BUSTAMI, D., HALABY, R.A., (2011). "Complementary and Alternative Medicine Use Among Pediatric Patients with Leukemia: The Case of Lebanon" Integrative Cancer Therapies, 10(1) (38-46)

NEUHOUSER, M.L., PATTERSON, R.E., SCHWARTZ, S.M., HEDDERSON, M.M., BOWEN, D.J., STANDISH, L.J., (2001). "Use of Alternative Medicine by Children with Cancer in Washington State" Preventive Medicine, 33 (347–354)

MUSLU, G.K., & ÖZTÜRK, C., (2008). "Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler ve Çocuklarda Kullanımı" Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 51 (62-67)

NIGGEMANN, B., & GRUBER, C., (2003). "Side-Effects of Complementary and Alternative Medicine" Allergy, 58(8) (707-16)

O'CONNOR, N., GRAHAM, D., O'MEARA, A., DEVINS, M., JENNINGS, V., O'LEARY, D., O'REILLY, M., (2013). "The Use of Complementary and Alternative Medicine by Irish Pediatric Cancer Patients" J Pediatr Hematol Oncol, 35(7) (537-542)

ÖZKAN, A., (2007). "Çocukluk Çağı Kanserlerinde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp" Klinik Gelişim Dergisi, (178-180)

PAISLEY, M.A., KANG, T.I., INSOGNA, I.G., RHEINGOLD, S.R., (2011). "Complementary and Alternative Therapy Use İn Pediatric Oncology Patients With Failure Of Frontline Chemotherapy" Pediatric Blood Cancer, 56 (1088-1091)

POST-WHITE, J. & HAWKS, R.G., (2005). "Complementary and Alternative Medicine in Pediatric Oncology" Seminars in Oncology Nursing, 21 (107-114)

POST-WHITE, J., FITZGERALD, M., HAGENESS, S., SENCER, S.F., (2009). "Complementary and Alternative Medicine Use in Children with Cancer and General and Specialty Pediatrics" Journal of Pediatric Oncology Nursing, 26(1) (7-15)

QUIMBY, E.L., (2007). "The Use of Herbal Therapies in Pediatric Oncology Patients: Treating Symptoms of Cancer and Side Effects of Standard Therapies" Journal of Pediatric Oncology Nursing, 24 (35-40)

REVUELTA-INIESTA, R., WILSON, M.L., WHITE, K., STEWART, L., MCKENZIE, J.M., (2014). "Complementary and Alternative Medicine Usage in Scottish Children An Adolescents During Cancer Treatment" Complementary Therapies in Clinical Practice, 20 (197-202)

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:48 K:66
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

SINGENDONK, M., KASPERS, G.J., NAAFS-WILSTRA, M., MEETEREN, A.S., LOEFFEN, J., VLIEGER, A., (2013). "High Prevalance of Complementary and Alternative Medicine Use in the Dutch Pediatric Oncology Population: A Multicenter Survey" Eur J Pediatr, 172 (31-37)

TOMLINSON, D., HESSER, T., ETHIER, M.C., SUNG, L., (2011). "Complementary and Alternative Medicine Use in Pediatric Cancer Reported During Palliative Phase of Disease" Support Care Cancer, 19 (1857-1863)

VALJI, R., ADAMS, D., DAGENAIS, S., CLIFFORD, T., BAYDALA, L., KING, W.J., VOHRA, S., (2013). "Complementary and Alternative Medicine: A Survey of İts Use in Pediatric Oncology" Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, (1-8) http://dx.doi.org/10.1155/2013/527163

WOOLF, A.D., (2003). "Herbal Remedies and Children: Do They Work? Are They Harmful?" Pediatrics, 112 (240–246)

ZUPANEC, S., TOMLINSON, D., (2010). Leukemia. In: Pediatric Oncology Nursing. Advanced Clinical Handbook (Eds: Tomlinson, D., Kline N.E.), Springer Alemania, Secon edition, USA. page.2-32

İNTERNET KAYNAKLARI

"Anonim" (2015) https://nccih.nih.gov/health/integrative-health, 15.07.2015

"Anonim"(2015) http://www.resmigazete.gov.tr/, 09.02.2015

"Anonim" (2014) http://www.isirganotu.gen.tr/ , 06.02.2014

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:48 K:66
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

EXTENDED ABSTRACT

Definition and Importance: In cancer management, determination of the complementary health approach used by the parents, as well as the medical treatment, is very important in terms of treatment of the disease and the orientation of nursing care. The results of this review are believed to provide an insight for carrying out scientific studies for the assessment of effectiveness, benefits, possible side-effects and the reliability of the use of complementary health approaches in children with cancer, and to make significant contributions to the issue about dealing with the consulting services for the parents with priority. **Aim:** In this literature review, it was aimed to determine the factors that affect complementary health approaches and their use in pediatric oncology patients. **Method:** The literature review in this compilation was performed with the keywords "complementary and alternative treatment, paediatric oncology, child, cancer and nurse". 590 publications in total regarding complementary health approaches used in paediatric oncology patients published in "Medline, PubMed, EBSCOHOST" databases between 2004 and 2014 were reviewed. 19 articles that examine complementary and alternative treatment methods applied on parents with cancer patient children below the age of 18, of which full texts were obtained, were included in the scope of the study. **Findings:** In the studies examined, it was determined that children are monitored with leukaemia diagnosis in the first place (28-76.4%). Lymphoma and central nervous system tumours come in the second place. The frequency of use of complementary health approach in the studies ranges between 15.2 and 97.3%. According to the latest classification of National Centre for Complementary and Integrative Health; it was determined that the most frequently used (69-95.5%) complementary health approach method is natural herbal products, while this is followed by mind-body practices. In the studies, parents frequently indicated that they use complementary health approach methods in order to strengthen the immune system of their children, reduce the side effects and ameliorate the disease. It was determined that the majority of the parents resort to these methods upon the advice of their families, relatives or friends. The majority of the parents (36.7-86%) stated that they found complementary health approach methods beneficial and did not experience any side effects. It was detected that parents using complementary health approaches did not inform the health personnel at the rate of 67.9-92%. It was determined in the studies that factors such as the age of the parents, their educational and economical status, and the age, gender, diagnosis and treatment of the children do not affect the use of complementary health approaches. **Results:**

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:48 K:66
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

It is seen that complementary health approaches on pediatric oncology patients are increasing rapidly. A nurse is a member of the healthcare team which establishes the closest and most frequent communication with the child and his/her family. Nurses serving children with the diagnosis of leukaemia and their parents should inform parents about complementary health approaches, which are not attested and are potentially harmful, and encourage them to implement approaches which are supportive to medical treatment. **Conclusion:** Allergic and toxic various systemic side effects may develop with the expansion of the use of complementary and alternative medicine in the treatment of children depending on such treatments. This constitutes an important risk in terms of the health of the children. Nevertheless, the risk-benefit assessment in complementary and alternative treatments is hard as the studies carried out in this area are limited and the information is deficient. Thus, studies with evidence value regarding the use of complementary health approaches in children are necessary. This compilation is utterly important in that it sheds light on the studies to be carried out on the use of complementary health approaches in pediatric oncology patients.

JACSD
ULUSLARARASI HAKEMLİ KADIN HASTALIKLARI VE ANNE ÇOCUK SAĞLIĞI DERGİSİ
International Refereed Journal of Gynaecological Diseases and Maternal Child Health

KADIN SPORCULARDA GÖRÜLEN MENSTRÜEL DÜZENSİZLİKLER [1]

MENSTRUAL DISORDERS IN FEMALE ATHLETES

Mesut HEKİM

Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu, Burdur/ Türkiye

Öz: Amaç: Geçmiş yıllar ile kıyaslandığı zaman günümüzde kadınların spora katılımlarının arttığı görülmektedir. Bu durum kadınlarda spora katılımın farklı parametreler üzerine etkilerinin incelendiği araştırmaların artmasına zemin hazırlamıştır. Özellikle son yıllarda kadınlarda spora katılımın fiziksel, fizyolojik, psikolojik ve sosyal etkilerinin incelendiği birçok araştırma yapılmaktadır. Kadınlarda spora katılımın fizyolojik sonuçları üzerine etkilerinin de üzerinde sıklıkla durulduğu bir konu olduğu görülmektedir. Bu alanda yapılan çalışmaların büyük bir bölümünü de spora katılımın kadın sağlığı üzerine etkilerinin değerlendirildiği çalışmalar oluşturmaktadır. Yapılan bu derlemede kadınlarda spora katılımın menstruasyon bozuklukları üzerine etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışma kapsamında literatürde konu ile ilgili yapılan araştırmalar incelenmiştir. **Sonuç:** Yapılan literatür taraması sonunda spor yapan kadınların birçok menstrüel bozukluğa sedanter kadınlardan daha fazla maruz kaldıkları belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kadın, Spor, Menstrüel Bozukluklar

Abstract: Aim: Today, it has been seen that women's participation in sport has increased when compared with previous years. This sitution has led to the increase in the number of studies on the effects of different parameters in women's participation in sports. It has been detected that a lot of studies have been investigating physical, physiological, psychological and social effects of women's participation in sports in recent years. It is apparent that the effects of the physiological consequences on women's participation in sports have been frequently analysed. Most studies conducted in the field focus on the assessment of the effects on the health of women participating in sport. The aim of this research is to investigate the effects of women's participation in sports on menstruation disorders. **Method:** The researches in the literature concerning the subject were investigated in this study. **Conclusion:** At the end of the literature review, it has been determined that women who participate in sports are exposed menstrual disorder more than sedentary women.

Key Words: Women, Sports, Menstrual Disorders

Doi: 10.17367/JACSD.2016721963

1. *Sorumlu Yazar Mesut HEKİM, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Burdur/ Türkiye, mesut.hekim@hotmail.com* *Geliş Tarihi / Received: 21.03.2015/ Düzeltme Tarihi / Revised: 30.11.2015 / Kabul Tarihi/ Accepted: 19.08.2016 Makalenin Türü: Type of article (Derleme/ Review) Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yok / Non Etik Kurul Raporu/ Ethics Committee:Yok /None*

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:56 K:72
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

GİRİŞ

Kadınların spora katılmalarına engel olan birçok unsur bulunmakla beraber (Güner, 2015: 25), dünya genelinde son 30 yıl içerisinde kadınların spora katılım düzeylerinin sürekli olarak arttığı, kadınların sadece hafif egzersizler ile ilgilenmedikleri, performansa dayalı sporlara da yöneldikleri görülmektedir (Roupas and Georgopoulos, 2011:104). Kadınların son yıllarda spora katılımlarının artması, kadınlarda sporun fizyolojik ve morfolojik etkileri üzerine yapılan araştırmaların da artmasına neden olmuştur. Geçmiş yıllarda kadınlarda spora katılımın fizyolojik etkileri ile ilgili yeterli bilimsel veri bulunmazken, günümüzde kadınlarda sporun fizyolojik boyutları ile ilgili çok sayıda araştırma olduğu görülmektedir. Ayrıca yapılan bilimsel çalışmalara paralel olarak kadın sporcuların biyolojik verim düzeyleri ile ilgili değerlendirmeler yapılabilmektedir (Karacan ve Çolakoğlu, 2003:195).

Sporun genel sağlık üzerine yararlı olduğu belirtilmekle beraber (Keskin, 2014:1; Güner, 2015:23; Şahin, 2015:20), kadınlarda spora katılımın artmasına paralel olarak bazı sağlık problemlerinin de görülme sıklığının da arttığı bilinmektedir (Özdemir ve Ersöz, 2013:86). Menstrüel bozukluklar da kadınlarda spora katılıma paralel olarak ortaya çıkan sağlık sorunlarından birisidir. En sık görülen menstrüel bozukluklar; menstruel siklus bozuklukları, menarş yaşında gecikme, amenore, atlet üçlemesi ve dismenore'dir. Literatürde yer alan araştırmalar incelendiği zaman, sporcu kadınlarda menstrüel bozukluk görülme sıklığının sedanter kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hoch et al., (2009:421) tarafından yapılan araştırmada, sedanter kadınlarda menstrüel bozukluk görülme düzeyinin %21 olduğu, bu oranın spor yapan kadınlarda %54 gibi yüksek bir düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Torstveit ve Sundgot-Borgen (2005:141) tarafından yapılan diğer bir araştırmada da sporcu kadınlarda görülen menstrüel bozukluk sıklığının (%16.5) sedanter kadınlarda görülen menstrüel bozukluk oranından (%15.2) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde yer alan çeşitli araştırmalarda da kadınlarda menstrüel bir bozukluk olan amenore'nin spora katılıma paralel olarak artış gösterdiği, sedanter kadınlarla kıyaslandığı zaman sporcu kadınlarda menstrüel bozuklukların görülme olasılığının arttığı tespit edilmiştir (Pauli ve Berga, 2010:33).

Kadın sporcular üzerinde yapılan araştırmalarda menstruasyonun sportif performans üzerine etkilerinin de sıklıkla ele alındığı görülmektedir. Kadınlarda menstruasyonun sportif performans üzerine etkileri ile ilgili hala kesin bulgu ve kanıtlar bulunmamakla beraber (Lamina et al., 2013:2014), yapılan araştırmaların çoğunda kadınlarda menstruasyon sürecinde, menstruasyon öncesi ve sonrası dönemde sportif performansta bazı değişiklikler gözlendiği tespit edilmiştir (Bandyopadhyay and

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:56 K:72
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Dalui, 2012:25; Dubey and Nayak, 2009:211; Perciavalle et al., 2007:15; Tasmektepligil et al., 2010:195; Anderson and Babcock, 2008:475). Kadınlarda menstruasyonun sportif performansı etkilemesinin temelinde menstruasyona bağlı olarak vücudun hormonal yapısında meydana gelen değişiklikler yatmaktadır. Ancak bu dönemde kadınların sportif performanslarının sadece menstruasyon evrelerinden etkilendiğini söylemek yanlış bir yargıdır. Çünkü kadınlarda sportif performans nöromüsküler, sensomotorik ve psikomotor unsurlar ile bilişsel faktörlerden de etkilenmektedir (Frankovich and Lebrun, 2000:254). Bunun yanında menstruasyon sürecinin de kadınlarda sportif performans üzerinde herhangi bir anlamlı etkisinin olmadığını tespit eden araştırma bulguları da mevcuttur (Çakmakçı vd., 2005: 145; Vaiksaar et al., 2011:1571; Elliot et al., 2003:663; Kishali et al., 2006:1550; Teixeira et al., 2012:361; Tsampoukos et al., 2010:659).

Literatürde yer alan bilgiler değerlendirildiği zaman, kadınlarda spora katılıma bağlı olarak ortaya çıkan menstrüel bozuklukların yaygınlık oranlarının belirlenmesi, menstrüel bozukluklara neden olan unsurların saptanması, menstruel bozukluklarla mücadele konusunda kadınların bilinçlendirilmesinin oldukça önemli bir durum olduğu ortaya çıkmaktadır (Torstveit ve Sundgot-Borgen, 2005:141). Bu kapsamda yapılan bu araştırmada kadın sporcularda sıklıkla görülen bazı menstrüel bozukluk türlerinin değerlendirilmesi, menstrüel bozuklukların yaygınlık oranları ve menstrüel bozuklukların temelinde yatan nedenlerin açıklanması amaçlanmıştır.

MENSTRUASYON KAVRAMI

Menstruasyon dönemi kadınlarda üreme fonksiyonlarının çalışmaya başladığı, diğer bir ifade ile üreme yeteneğinin işlevsellik kazandığı özel bir durumdur. Menstruasyon başlangıcı, evreleri ve menstruasyon sürecinde kadınları yaşadıkları değişiklikler kişiye, organizmaya, iklimsel ve çevresel faktörlere göre farklılık göstermektedir. Bunu yanında menstruasyon süreci organizmanın doğal bir seri olarak ele alınmakta olup, herhangi bir hastalık olarak nitelendirilmemektedir (Çakmakçı vd., 2012:146). Menstruasyon öncesi dönemlerle kıyaslandığı zaman, menstruasyona bağlı olarak kadınların vücutlarında bazı fizyolojik değişiklikler görülmektedir (Teixeira et al., 2012: 361).

KADIN SPORCULARDA GÖRÜLEN BAZI MENSTRÜAL SORUNLAR

Menstrüel bozukluklar kadınların büyük bir bölümünde görülen, temelinde fizyolojik ve çevresel birçok unsurun bulunduğu bir olgudur (Mohamadirizi and Kordi, 2013: 402). Spora katılımın da menstrüel bozukluklara neden olduğu bilinmektedir. Kadın sporcularda görülen menstruasyon bozuklukları kadınların katıldıkları spor dallarına göre farklılık gös-

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:56 K:72
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

termekle beraber (Thein-Nissenbaum et al., 2012:77), bazen sporcuların sahip oldukları bireysel farklılıklarda menstruasyon bozukluklarına neden olmaktadır. Bunun yanında bazı kadın sporcularda menstruasyon öncesinde, esnasında veya sonrasında herhangi bir rahatsızlık yaşanmazken, bazı sporcularda menstruasyon sürecinde fiziksel değişiklikler veya bazı davranış bozuklukları görülebilmektedir (Karacan ve Çolakoğlu, 2003:196).

Kadın sporcularda menstrüel bozuklukların sık görüldüğü birçok araştırma bulgusu ile desteklenmektedir. Thein-Nıssenbaum et al., (2011:60) tarafından yapılan araştırmada genç kadın sporcularda menstrüel fonksiyon bozukluğu görülme oranının yüksek olduğu belirlenmiştir. Farklı spor dallarında mücadele eden kadınlar ve aynı yaş grubu sedanter kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada, menstrüel bozukluk görülme sıklığının sedanter kadınlarla (%9.4) kıyaslandığı zaman sporcu kadınlarda (%28.8) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Raymond-Barker et al., 2007:1).

Kadın sporcularda menstrüel siklus bozukluklarının görülmesinde uygulanan egzersiz programına bağlı olarak organizmada meydana gelen bazı metabolik değişikliklerin etkili olduğu düşünülebilir. Nitekim yapılan araştırmalarda kadın sporcularda egzersiz öncesi ve sonrasında bazı kan parametrelerinde ve hormonal fonksiyonlarda anlamlı değişiklikler meydana geldiği belirtilmektedir (O'Leary et al., 2013:2419; Roupas and Georgopoulos, 2011:104). Burada önemli olan nokta uygulanan egzersiz türüdür. Çünkü bazı egzersiz türleri kadın sporcuların hormonal yapı özellikleri ve kan parametreleri üzerinde herhangi bir anlamlı değişikliğe neden olmamaktadır (Okudan et al., 2005: 297).

Sedanter kadınlarla kıyaslandığı zaman sporcu kadınlarda görülen menstrüel bozukluklar, kan parametrelerinde bazı değişikliklere neden olmaktadır. Özellikle menstrüel bozukluklara bağlı olarak plazma lipoprotein düzeyinde ve kalitesinde meydana gelen azalmalar beraberinde aterosklerotik lezyonlara (damar sertleşmesi) neden olmaktadır (Łagowska et al., 2014:1).

Kadın sporcularda sık görülen menstrüel bozukluklar aşağıda belirtilmiştir.

Menstruel Siklus Bozuklukları

Kadınlarda menstrüel siklus, birçok unsurdan etkilenen kompleks bir döngü olup, özellikle kadınların gençlik yıllarında menstrüel siklus evrelerinde bazı düzensizlikler görülebilmektedir (İyibozkurt, 2011:107). Kadın sporcularda sık karşılaşılan menstruasyon bozukluklarının başında menstrüel siklus düzensizliklerinin geldiği söylenebilir. Özellikle sedanter kadınlarla kıyaslandığı zaman spor yapan kadınlarda menstrüel siklus bozuklukları görülme olasılığı daha yüksektir (Lamina

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:56 K:72
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

et al., 2013:2014). Normal seyrinde devam eden bir menstruasyon sürecinde menstrüel sikluslar arasında yaklaşık olarak 21 gün bulunmaktadır. Buna karşılık bazı egzersiz türlerine bağlı olarak menstrrüel sikluslarda düzensizlikler ortaya çıkabilmektedir (Çakmakçı vd., 2005:146). Menstrüel siklusların alt sınırı 21 iken, üst sınırı 35 gün ve ortalama gün sayısı 28'dir. Bu kapsamda menstrüel siklus dengesizliklerinden söz edebilmek için menstrüel siklusların 21 günden az veya 35 günden daha uzun süren aralıklarla görülmesi gerekir (Solmuş, 2011). Bunun yanında menstrüel siklus düzensizlikleri kadınların katıldıkları spor dallarına göre farklılık göstermektedir. Yapılan bir araştırmada menstrüel siklus bozukluklarının kayakçılarda %25, aerobik sporu yapanlarda %50, tekvando sporcularında %26.3, atletlerde %50, ritmik jimnastik sporcularında ise %70 oranında görüldüğü tespit edilmiştir (Çolakoğlu ve Karacan, 2003: 199). Sporcular üzerinde yapılan başka bir araştırmada, sporcularda menstrüel siklus bozukluğu görülme oranının %14.5 düzeyinde olduğu, ancak antrenman yükü arttırıldığı zaman sporcularda bu oranın %20.7 düzeyine yükseldiği belirlenmiştir (Kishalı et al., 2006:1550). Beals ve Manore (2002:281) tarafından yapılan araştırmada ise kadın sporcularda menstrüel siklus bozukluğu görülme oranının %31 olduğu belirlenmiştir.

Profesyonel kadın basketbol, futbol, çim hokeyi ve hentbol sporcuları üzerinde yapılan bir araştırmada sporcularda menstrüel siklus bozukluğu görülme sıklığının yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Aynı araştırmada en fazla menstrüel siklus bozuklukluğunun %41,4 ile basketbolcularda görüldüğü, en düşük menstrüel siklus bozukluğunun ise buz hokeyi oyuncularında görüldüğü belirlenmiştir. Sporcuların antrenman yapma sıklıklarının ise menstrüel siklus bozuklukları üzerinde anlamlı bir farklılığa neden olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Karacan vd., 2013:87). Profesyonel basketbolcular ile hemşirelik bölümünde öğrenim gören sedanter kadınlar üzerinde yapılan diğer bir çalışmada, sporcuların menstruasyon sürelerinin sedanter kadınlardan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Bayram, 2007:104).

Menarş Yaşında Gecikme

Normal gelişim gösteren kadınlarda menarş yaşı 9-16 yaşlar arasında olup, kadın sporcularda menarş yaşında gecikmeler olması sık karşılaşılan bir durumdur (Çakmakçı vd., 2005:146; Lamina et al., 2013:2014). Uluslararası düzeyde 50 akademik çalışmanın içerik çözümlemesinin yapıldığı bir araştırmada, kadın sporcularda en sık görülen menstruasyon bozukluklarından birisinin menarş yaşında gecikme olduğu tespit edilmiştir. Aynı araştırmada menarş yaşında görülen gecikmelerin en fazla uzun mesafe koşucularında görüldüğü belirlenmiştir (Hekim ve Hekim, 2013:123). Dušek (2001:79) tarafından ya-

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:56 K:72
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

pılan araştırmada sedanter kadınlarla kıyaslandığı zaman uzun mesafe koşucularında menarş yaşında anlamlı bir gecikme meydana geldiği tespit edilmiştir. Kishali et al., (2006:1550) tarafından yapılan araştırmada, judo, basketbol ve voleybol sporcuları ile kıyaslandığı zaman elit atletlerde menarş yaşının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bayram (2007:104) tarafından yapılan araştırmada profesyonel basketbol oyuncuları ile üniversitelerin hemşirelik bölümlerinde öğrenim gören sedanter kadınların menstruasyon düzenleri incelenmiştir. Araştırmanın sonunda sporcularda menarş yaşının sedanter kadınlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu (sporcularda 13.7±1.49 yaş, sedanterlerde 13.17±1.29 yaş) bulunmuştur. Şahin ve Ağaoğlu (2011:47) tarafından yapılan araştırmada, sedanter kadınlarla kıyaslandığı zaman yüzme, ritmik jimnastik, uzun mesafe koşu, tekvando, basketbol, voleybol ve tenis sporcusu olan kadınların menarş yaşının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Klentrou ve Plyley (2003:490) tarafından yapılan araştırmada ritmik jimnastik sporuna katılan kadınlarda menarş yaşında artış gözlendiği rapor edilmiştir.

Literatürde yer alan araştırma bulguları değerlendirildiği zaman, kadınlarda spora katılımın menarş yaşında gecikmeye neden olan bir unsur olduğu görülmektedir. Özellikle menarş yaşından önce spora başlayan kadınlarda menarş yaşında gecikme olması söz konusudur. Ancak kadınlarda menarş yaşından önce spora başlamanın menarş yaşında gecikmeye neden olmasında antrenman yükünün etkisi hakkında yeterli bilgi, kontrollü ve boylamsal bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle kadınlarda menarş yaşında görülen gecikme mutlaka uygulanan antrenman hacminden bağımsız olarak ele alınmalıdır (Mavili vd., 2013:200).

Amenore

Amenore, menarş olmama (halk arasında adet görememe) olarak adlandırılan bir menstrüel bozukluktur. Kişinin 16 yaşına kadar menarş olmaması amenorenin varlığını gösterir (Çakmak vd., 2008:132). Amenoreye neden olan temel unsurların başında %40 ile hormonal bozukluklar, %60 ile gelişim bozuklukları gelmektedir (Oral ve Aydoğan, 2011:92). Bunun yanında çeşitli spor dallarına katılım da kadınlarda amenore sıklığının artmasına neden olmaktadır. Yapılan birçok araştırma bulgusu da kadınlarda spora katılıma bağlı olarak amenore prevelansının arttığı düşüncesini desteklemektedir (Dadgostar et al., 2009:1).

Yaş ortalamaları 17-21 yıl olan sedanter kadınlar ile spor yapan kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada, sedanter kadınlarla kıyaslandığı zaman sporcu kadınlarda amenore görülme sıklığının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Dušek, 2001:79). Torstveit ve Sundgot-Borgen (2005:141) tarafından yapılan araştırmada, sedanter ka-

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:56 K:72
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

dınlarda %2 düzeyinde olan amenore yaygınlığının sporcu kadınlarda %7.3 düzeyinde olduğu tespit edilmiştir. Literatürde yer alan araştırma sonuçları değerlendirildiği zaman, sporcu kadınlarda amenore görülme sıklığının oldukça fazla olduğu söylenebilir.

Dismenore

Dismenore, özellikle gençlik döneminde bulunan kadınların menstruasyonun ağır geçtiği dönemlerde şiddetli ağrı hissetme durumudur. Dismenore'nin temelinde kandaki progesteron hormonunda meydana gelen dengesizlik ve psikolojik unsurlar yatmaktadır. Yapılan araştırmalarda kadınların yaklaşık olarak %50'sinde dismenore görüldüğü, gençlik döneminde bulunan kadınlarda bu oranın %60-85 düzeylerinde olduğu rapor edilmiştir (Puji, 2009). Hudson'a (2007) göre dismenoreye neden olan diğer bir unsur prostaglandindir. Yağ asitleri içerisinde yer alan araşidonik asit prostaglandin üretimini arttırmaktadır. Bu durum dismenore oluşumunu tetiklemektedir. Prostaglandin üretimini en fazla arttıran gıdaların içerisinde mısır, hurma, tereyağı, soya fasülyesi yağı, Hindistan cevizi, tavuk ve hindi gibi gıdalar yer almaktadır (Akt; Potur ve Kömürcü, 2013:10-11). Yaş grubu 15-21 arasında bulunan kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada, spor yapan kadınlar ile sedanter kadınların yaşadıkları menstruel bozukluklar karşılaştırılmıştır. Araştırmada sedanter kadınlarda dismenore yaygınlığının sporcu kadınlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Dušek, 2001:79). Literatürde yer alan çeşitli araştırmalarda da dismenorenin sedanter kadınlarda sıklıkla görüldüğü rapor edilmiştir (Lee et al., 2011:201; Turan ve Ceylan, 2007:50).

Sedanter bireylerde yaygın olarak görülen dismenore, sedanter bireylerle kıyaslandığı zaman sporcularda daha sık görülen bir rahatsızlıktır. Farklı spor dalları ile ilgilenen kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada, dismenore görülme sıklığının %36.9 olduğu, sporcuların %45.6'sının ara sıra ağrılı menstruasyon yaşadıkları, buna karşılık sporcuların sadece %17.4'ünün ağrılı menstruasyon yaşamadıkları tespit edilmiştir (Kishali et al., 2006:1550). Literatürde yer alan çeşitli araştırmalarda da dismonere'nin kadın sporcularda yaygın olarak görüldüğü vurgulanmıştır (Piya-Anant, 2008: 366; Greydanus et al., 2012:318).

Atlet Üçlemesi

Sporcular arasında sıklıkla görülen ve literatürde ''athlete triad'' olarak geçen atlet üçlemesi, sporcularda menstrüel bozuklukların osteoporoz ve yeme bozuklukları ile aynı anda görülmesi anlamına gelmektedir. Bu nedenle atlet üçlemesi görülen bir sporcunun performansının bu durumdan olumsuz yönde etkilenmesi kaçınılmazdır. Bununla birlikte iyi bir tedavi süreci ile atlet üçlemesi ortadan kalkmaktadır (Birch, 2005:244; Hobart and

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:56 K:72
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Smucker, 2000:3357). Sporcuların performanslarını etkilemenin yanında (Ackerman and Misra, 2011:131), atlet üçlemesinde yer alan yeme bozuklukları ve düşük kemik mineral yoğunluğu unsurları sporcuların sıklıkla kas ve iskelet sistemi sakatlıkları yaşamalarına neden olmaktadır (Rauh et al., 2010:243).

Atlet üçlemesinin temelinde genellikle sporculardaki kilo verme isteğinin yattığı belirtilmektedir. Sporcuların kilo verme isteklerine karşı bazı tedbirler alınmadığı zaman sporcularda anoreksia nervoza veya bulimia nevroza gibi beslenme bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Yeme bozukluklarını takip eden süreç içerisinde sporcularda menstruel düzensizlikler ve amenore gözlenmeye başlar. Yeme bozukluklarının uzun süremesi ve buna eşlik eden amenoreye bağlı olarak sporcularda menopoz öncesi osteoporoz ve kemik kırılmaları görülmektedir (Özdemir ve Ersöz, 2013:86). Christo et al., (2008:1127) tarafından yapılan araştırmada, amenore sıklığı yüksek olan atletlerin daha düşük kemik mineral yoğunluğuna sahip oldukları tespit edilmiştir. Hoch et al., (2009:141) tarafından yapılan diğer bir araştırmada, 13-18 yaş grubunda bulunan kadın sporcularda atlet üçlemesi görülme sıklığının %78 olduğu tespit edilmiştir.

Atlet üçlemesi yaygın olarak kilo vermenin avantaj sayıldığı bazı spor dalları (buz pateni, jimnastik, bale) ile yoğun dayanıklılık antrenmanı yapan sporcularda (uzun mesafe koşu, yüzme) görülmekle beraber (Özdemir ve Ersöz, 2012:86). Yapılan bir araştırmada antrenör ve sporcuların atlet üçlemesine neden olan unsurlar, atlet üçlemesinin önlenmesi ve atlet üçlemesinin yaygınlığı hakkındaki bilgi düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir (Brown et al., 2014:278). Bu nedenle sporcularda atlet üçlemesi görülme sıklığının en aza indirilmesinde sporcu ve antrenörlerin konu ile ilgili bilinçlendirilmeleri gerektiği söylenebilir (Özdemir ve Ersöz, 2013:86).

Psikolojik Bozukluklar

Menstruasyonun kadınlarda bazen huzursuzluk ve psikolojik sorunlar yaratan bir süreç olduğu bilinmektedir. Bu durum sporcu olmayan kadınlar için de geçerlidir (Çakmakçı vd., 2005:146; Bayram, 2007:104). Çünkü sedanter kadınlar üzerinde yapılan araştırmalarda menstruasyon sürecinin bazı psikolojik sorunlara neden olduğu rapor edilmiştir (Mohamadirizi and Kordi, 2013: 402). Kadınlarda menstruasyona bağlı olarak gözlenen psikolojik sorunların temel nedenlerinin başında premenstrual sendromun geldiği belirtilmekte olup, yapılan çeşitli araştırmalarda da bu görüşü destekleyen bulgulara ulaşılmıştır (Gümüş vd., 2012:32; Orsal et al., 2013:508).

Kadın sporcularda da menstruasyona bağlı olarak bazı psikolojik sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Karacan vd., (2013:89) tarafından yapılan araştırmada kadın sporcuların menstruasyon öncesinde yüksek düzeyde

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:56 K:72
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

sinirli bir kişiliğe büründükleri sonucuna ulaşılmıştır. Yaş ortalaması 16 olan kadınlar üzerinde yapılan diğer bir araştırmada, menstruasyon sürecinde kadınların yaklaşık olarak %44.3'ünün sinirli/kaygılı, %45.5'inin depresyona girdiği, %47.2'sinin ise stresli oldukları tespit edilmiştir. Bununla birlikte sporcu kadınlar ile sedanter kadınların menstruasyon süreçlerinde yaşadıkları psikolojik sorunları karşılaştırmalı olarak ele alan araştırma bulguları sınırlıdır. Bunun yanında kadınlarda spora katılımın özellikle pre-menstrüel sendrom üzerine olumlu etkileri olduğu da bilinmektedir (Daley, 2009:895). Bu kapsamda kadınlarda menstruasyon döneminde görülen psikolojik sorunların spora katılım ile ilişkisini değerlendirecek yeni araştırmalara gereksinim vardır.

SONUÇ

Sonuç olarak spor yapan kadınlarda olduğu gibi sedanter kadınlarda da menstruasyon süreci bazı fizyolojik değişikliklerin görüldüğü bir süreçtir. Menstruasyon sürecinde kadınların organizmalarında meydana gelen değişiklikleri birçok içsel ve dışsal unsurdan etkilenmektedir. Bu nedenle menstruasyon bozukluklarını ortaya çıkaran birçok unsurun varlığından söz edilmektedir. Yapılan bu araştırmada kadınların spora katılımlarının menstruasyon bozuklukları üzerindeki etkileri ele alınmıştır. Araştırma dahilinde yapılan literatür taramasında kadınlarda spora katılımın birçok menstrüel bozukluğu (menstruel siklus bozuklukları, menarş yaşında gecikme, amenore, dismenore, atlet üçlemesi) beraberinde getirdiği tespit edilmiştir. Buna karşılık spora katılımın kadınlarda dismenore görülme sıklığını azaltan bir unsur olduğunu tespit eden araştırma bulgularının da mevcut olduğu söylenebilir. Sporcu kadınlarda görülen menstrüel bozuklukların temelinde hangi nedenlerin yattığına ilişkin deneysel çalışmalar kısıtlı olmakla beraber, kadınlarda yaptıkları spor dalına özgü antrenman modellerinin menstrüel bozuklukları tetiklediği düşünülmektedir. Özellikle menstrüel bozuklukların ağır yüklenmeler içeren sporlarla ilgilenen kadınlarda görülmesi bu düşünceyi desteklemektedir. Bununla birlikte kadınlarda spora katılımın menstrüel bozukluklar üzerindeki etkilerini büyük örneklem grupları ve deneysel çalışmalar ile değerlendirecek yeni araştırmalara gereksinim olduğu görülmektedir.

KAYNAKLAR

ACKERMAN, K. E., MISRA, M., (2011). ''Bone Health in Adolescent Athletes with a Focus on Female Athlete Triad'', Phys Sportsmed, 1 (131-141)

ANDERSON, A. J., BABCOCK, M. A., (2008). ''Effects of The Menstrual Cycle on Expiratory Resistance During Whole Body Exercise in Females'', Journal of Sports Science and Medicine, 7 (475-9).

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:56 K:72
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

BANDYOPADHYAY, A., DALUI, R., (2012). ''Endurance Capacity and Cardiorespiratory Responses in Sedentary Females During Different Phases of Menstrual Cycle'', 40 (25-9)

BAYRAM, G. O., (2007). ''Sporcuların Premenstrual Sendrom Yönünden Sedanter Bayanlarla Karşılaştırılması'', Bakırköy Tıp Dergisi, 3 (104-110)

BEALS, K. A., MANORE, M. M., (2002). ''Disorders of the Female Athlete Triad Among Collegiate Athletes'', International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism, 12 (281-293)

BIRCH, K., (2005). ''Female Athlete Triad'', BMJ, 330 (244-246).

BROWN, K. N., WENGREEN, H. J., BEALS, K. A., (2014). ''Knowledge of the Female Athlete Triad, and Prevalence of Triad Risk Factors among Female High School Athletes and their Coaches'', J Pediatr Adolesc Gynecol, 27 (278-282)

CHRISTO, K., PRABHAKARAN, R., LAMPARELLO, B., CORD, J., MILLER, K. K., GOLDSTEIN, M. A., GUPTA, N., HERZOG, D. B., KLIBANSKI, A., MISRA, M., (2008). ''Bone Metabolism in Adolescent Athletes With Amenorrhea, Athletes With Eumenorrhea, and Control Subjects'', Pediatrics, 6 (1127-1136)

ÇAKMAKÇI, E., SANİOĞLU, A., PATLAR, S., ÇAKMAKÇI, O., ÇINAR, V., (2005). ''Menstruasyonun Anaerobik Güce Etkisi'', SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 4 (145-9)

ÇAKMAK, V., KARABULUT, N., ÇAKMAK, P., ÖZARI, N., KIROĞLU, Y., (2008). ''Primer Amenore Araştırmasında Manyetik Rezonans Görüntülemenin Yeri'', Pamukkale Tıp Dergisi, 3 (132-6)

DADGOSTAR, H., RAZI, M., ALEYASIN, A., ALENABI, T., DAHAGHIN, S. (2009). ''The Relation Between Athletic Sports And Prevalence of Amenorrhea And Oligomenorrhea in Iranian Female Athletes'', Sports Medicine, Arthroscopy, Rehabilitation, Therapy & Technology, 16 (1-7)

DALEY, A., (2009). "Exercise And Premenstrual Symptomatology: A Comprehensive Review", Journal of Women's Health, (6) (895-9)

DUBEY, R., NAYAK, A., (2009). ''Effect of Menstruatıon on Speed, Strength And Selected Physıologıcal Varıables'', Shodh, Samiksha aur Mulyankan (International Research Journal), 7 (211-3)

DUSEK, T., (2001). ''Influence of High Intensity Training on Menstrual Cycle Disorders in Athletes'', Croatian Medical Journal, 1 (79-82)

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:56 K:72
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

ELLIOT, K. J., CABLE, N. T., REILLY, T., DIVER, M. J., (2003). ‘’Effect of Menstrual Cycle Phase on The Concentration of Bioavailable 17-β Oestradiol And Testosterone And Muscle Strength’’, Clinical Science, 105 (663-669)

FRANKOVICH., R.J., LEBRUN, C.M., (2000). “Menstrual Cycle, Contraception, And Performance”, Clinics in Sports Medicine, 2 (251-271)

GÜMÜŞ, A.B., BAYRAM, N., CAN, N., KADER, E. (2012). ‘’Üniversite Öğrencilerinde Premenstruel Sendrom ve Somatizasyon: İlişkisel Bir İnceleme’’, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 13 (32-38)

GÜNER, B., (2015). “Kadınların Spor ve Serbest Zaman Etkinliklerine Katılım Sorunlarının Değerlendirilmesi”, Uluslararası Spor Bilimleri Dergisi, 1 (22-9)

GREYDANUS, D. E., SORREL, S., OMAR, H. A., (2012). “Menstrual Disorders in the Adolescent Female”, Pediatrics Faculty Publications, 101 (300-330)

GÜNER, B., (2015). ”Kadınların Spor ve Serbest Zaman Etkinliklerine Katılım Sorunlarının Değerlendirilmesi”, Uluslararası Spor Bilimleri Dergisi, 1(22-29)

HEKİM, M., HEKİM., T., (4-5 September 2014). ‘’The Effect of Menstruation on Athletic Performance and Menstrual Disorders Occurred in Female Athletes’’, IAPESGW International Gender And Sport Symposium, Abstract Book, Hacettepe University, Ankara, (123)

HOBART, J. A., SMUCKER, D. R., (2000). ‘’The Female Athlete Triad’’, American Family Physician, 11 (3357-3364)

HOCH, A. Z., PAJEVSKI, N. M., MORANSKI, L., CARRERA, G. F., WILSON, C. R., HOFFMANN, R. G., SCHIMKE, J. E., & GUTTERMAN, D. D., (2009). ‘’Prevalence of The Female Athlete Triad in High School Athletes And Sedentary Students’’, Clin J Sport Med, 5 (421-8)

HUDSON, T., (2007). “Using Nutrition To Relieve Primary Dysmenorrhea”, Alternative And Complementary Therapie, 3 (125-8)

İYİBOZKURT, C., (2011). ‘’Menstrüel Siklusun Kontrolü: Beslenme ve Reprodüktif Fonksiyon ilişkisi’’, Türk Pediatri Arşivi, 46 (107-110)

KARACAN, S., ÇOLAKOĞLU, F. F., (2003). ‘’Türk Elit Bireysel Bayan Sporcuların Menstruel Durumlarının Değerlendirilmesi’’, TSA Dergisi, 2 (194-209)

KARACAN, S., ÇOLAKOĞLU, F. F., ERSÖZ, G., (2013). ‘’Değişik Takım Sporcularındaki Türk Elit Kadın Sporcuların Menstruel Durumlarının Değerlendiril-

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:56 K:72
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

mesi'', Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 2 (82-93)

KESKİN, Ö., (2014). "Çocuklarda Beden Eğitimi ve Spora Katılımın Sosyal Gelişim Üzerine Etkileri", Uluslararası Multidisipliner Akademik Araştırmalar Dergisi, 1 (1-6)

KİSHALI, N. F., İMAMOĞLU, O., KATKAT, D., ATAN, T., AKYOL, P., (2006). ''Effects of Menstrual Cycle on Sports Performance'', Intern. J. Neuroscience, 116 (1549-1563)

KLENTROU, P., PLYLEY, M., (2003). ''Onset of Puberty, Menstrual Frequency, And Body Fat in Elite Rhythmic Gymnasts Compared With Normal Controls'', Br J Sports Med, 37 (490-4)

ŁAGOWSKA, K., KAPCZUK, K., FRİEBE, Z., BAJERSKA, J., (2014). ''Effects of Dietary Intervention in Young Female Athletes With Menstrual Disorders'', Journal of The International Society of Sports Nutrition, 11 (1-8)

LAMINA, S., EZEMA, C. I., EZUGWU, U. A., AMAEZE, A. A., NWANKWO, M. J., NGOZİ, A. F., (2013). ''Exercise And Menstrual Function: A Review Study'', Health, 12 (2014-7)

LEE, J. C., YU, B. K., BYEON, J. H., LEE, K., MIN, J. H., PARK, S. H., (2011). ''A Study on The Menstruation of Korean Adolescent Girls in Seoul'', Korean J Pediatr, 5 (201-6)

MAVİLİ, S., BOZER, Z. Ş., HAZIR, T., KARATON, S., AÇIKADA, C., (2013). ''Türk Kadın Sporcularda Antrenman ve Menarş Yaşı Etkileşimi'', Hacettepe Journal of Sport Sciences, 3 (199-208)

MOHAMADIRIZI, S., KORDI, M., (2013). ''Association Between Menstruation Signs And Anxiety, Depression, And Stress in School Girls in Mashhad in 2011-2012'', Iran J Nurs Midwifery Res, 5 (402-7)

OKUDAN, N., GOKBEL, H., UCOK, K., BALTACI, A. K., (2005). ''Serum Leptin Concentration And Anaerobic Performance Do Not Change During The Menstrual Cycle of Young Females'', Neuroendocrinology Letters, 4 (297-300)

O'LEARY, C. B.,, LEHMAN, C., KOLTUN, K., RYAN-SMITH, A., HACKNEY, A. C., (2013). ''Response of Testosterone to Prolonged Aerobic Exercise During Different Phases of The Menstrual Cycle'', Eur J Appl Physiol, 113 (2419-2424)

ORAL, A., AYDOĞAN, B., (2011). ''Primer Amenore'', Türk Pediatri Arşivi, 46 (92-6)

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:56 K:72
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

ÖZDEMİR, F. N. Ş., ERSÖZ, G., (2013). ''Kadın Sporcu Üçlemesi'', Turkiye Klinikleri Journal of Sports Sciences, 2 (86-95)

ORSAL, O., TOZUN, M., UNSAL, A., (2013). ''Relationship between Premenstrual Syndrome And Depressive Symptoms Among Nursing Students'', HealthMED, 7 (508-515)

PAULI, S. A., BERGA, S. L., (2010). ''Athletic Amenorrhea: Energy Deficit or Psychogenic Challenge?'', Annals of the New York Academy of Sciences, 1205 (33-8)

PERCİAVALLE, V., COCO, M., MAUGERI, A., & GURRISI, L., (2007). ''Relations Between Menstrual Phase And Performance of an Intense Intermittent Activity'', Acta Medica Mediterranea, 23 (15-20)

PİYA-ANANT, M., (2008). "Common Gynecologic Problems in Female Athletes", Siriraj Med J, 6 (366-7)

POTUR, D. Ç., KÖMÜRCÜ, N., (2013). "Dismenore Yönetiminde Tamamlayıcı Tedaviler", Hemşirelikte Eğitim ve Arastırma Dergisi, 1 (8-13)

PUJI, A, I., (2009). ''Efektivitas Senam Dismenore Dalam Mengurangi Dismenore Pada Remaja Putri Di Smu N 5 Semarang'' Undergraduate Thesis, Program Studi Ilmu Keperawatan, Indonesia

RAYMOND-BARKER, P., PETROCZI, A., QUESTED, E., (2007). ''Assessment of Nutritional Knowledge in Female Athletes Susceptible to The Female Athlete Triad Syndrome'', Journal of Occupational Medicine and Toxicology, 10 (1-11)

RAUH, M. J., NICHOLS, J. F., BARRACK, M. T., (2010). ''Relationships Among Injury and Disordered Eating, Menstrual Dysfunction, and Low Bone Mineral Density in High School Athletes:A Prospective Study'', Journal of Athletic Training, 3 (243-252)

ROUPAS, N. D., GEORGOPOULOS, N. A., (2011). ''Menstrual function in sports'', Hormones, 2 (104-116)

SOLMUŞ, T., (2011). "Kadınlığın "Kırılma Noktaları" ve Psikolojik Etkileri: Menstrüasyon ve Menopoz", http://biaile.com/yazar_detail.asp?id=658 Erişim tarihi: 30.04.2015

ŞAHİN, A., (2015). "Engellilerde Sosyal Gelişim Yetersizlikleri: Sosyalleşme Sürecinde Sporun Yararları", Uluslararası Multidisipliner Akademik Araştırmalar Dergisi, 2 (20-28)

ŞAHİN, F. N., AĞAOĞLU, S. A., (2011). ''Farklı Branşlardaki Kız Sporcuların

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:56 K:72
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Spora Başlama Yaşı, Menarş Yaşı ve Üreme Hormon Seviyelerinin Analizi'', Turkiye Klinikleri Journal of Sports Sciences, 2 (47-55)

TASMEKTEOLIGIL, M. Y., AGAOGLU, S. A., TURKMEN, L., TURKMEN, M., (2010). ''The Motor Performance And Some Physical Characteristics of The Sportswomen And Sedentary Lifestyle Women During Menstrual Cycle'', Scıence of Martıal Arts, 4 (195-203)

TEIXEIRA, A. L. D. S., JUNIOR, W. F., MARQUES, F. A. D., LACIO, M. L. D., DIAS, M. R. C., (2012). ''Influence of Dıfferent Phases of Menstrual Cycle on Flexıbılıty of Young Women'', Rev Bras Med Esporte, 6 (361-4)

THEIN-NISSENBAUM, J. M., RAUH, M. J., CARR, K. E., LOUD, K. J., & MCGUINE, T. A., (2011). ''Associations Between Disordered Eating, Menstrual Dysfunction, and Musculoskeletal Injury Among High School Athletes'', Journal of Orthopaedic Sports Physical Therapy, 2 (60-69)

THEIN-NISSENBAUM, J. M., RAUH, M. J., CARR, K. E., LOUD, K. J., & MCGUINE, T. A., (2012). ''Menstrual Irregularity and Musculoskeletal Injury in Female High School Athletes'', Journal of Athletic Training, 1 (74-82)

TORSTVEIT, M. K., SUNDGOT-BORGEN, J., (2005). ''Participation in Leanness Sports But Not Training Volume is Associated With Menstrual Dysfunction: A National Survey of 1276 Elite Athletes And Controls', Br J Sports Med, 39 (141-147)

TSAMPOUKOS, A., PEEKHAM, E. A., JAMES, R., NEVILL, M. E., (2010), ''Effect of Menstrual Cycle Phase on Sprinting Performance'', Eur J Appl Physiol., 109 (659-667)

TURAN, T., CEYLAN S. S., (2007). ''11-14 Yaş Grubu İlköğretim Öğrencilerinin Menstruasyona Yönelik Bilgileri ve Uygulamaları'', Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 6 (41-54)

VAIKSAAR, S., JURIMAE, J., MAESTU, J., PURGE, P., KALYTKA, S., SHAKHLINA, L., JURIMAE, T., (2011). ''No Effect Of Menstrual Cycle Phase And Oral Contraceptıve Use On Endurance Performance in Rowers'', Journal of Strength and Conditioning Research, 6 (1571-8)

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:56 K:72
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

EXTENDED ABSTRACT

Definition and Importance: Menstruation cycle is a special condition which indicates that a woman's reproductive functions are now working. The changes women go through before, during and after menstruation depend on the person, organism, and seasonal and environmental factors. On the other hand, menstruation cycle is considered a normal process, not an illness (Cakmakci et al., 2012: 146). The fact that women are physically more active in the last couple of years caused an increase in number of the studies on physiological and morphological effects of sport on women. Back in the day, there were very few studies on the physiological effects of sport on women, but today, we can find many. Furthermore, today we can conduct evaluations on the biological output of female athletes (Karacan and Colakoglu, 2003: 195). **Aim:** In this study, the aim is to evaluate menstrual disorders seen in female athletes and to explain the extensity and main reasons behind menstrual disorders. **Method:** In this study, the "literature review" method is used. It is the most commonly used method in scientific studies. In this method, literature resources regarding the subject are collected in a physical setting like a library or on the Internet. The aim is to find as many resources as one can on the subject. In this context, most up-to-date data about menstruation cycle in women, women and sports, and the impact of support on women's menstruation cycle are collected. In the second phase of the research, data on the relationship between menstruation and sport collected from the resources are examined. **Results and Conclusion:** As a result of the conducted literature review, it is determined that being active has various affects on the menstruation cycle process in women. According to the determined data from the literature review, it is seen that menstruation disorders are more common in female athletes compared to sedentary women who do not engage in any kinds of physical activities. Some studies even show that the risk of a menstrual disorder in female athletes is three times more than in sedentary women. The main reasons behind this difference are believed to be the changes occurring at metabolic and hormonal structures of active women. Type and severity of exercises are the two factors affecting the relationship between menstrual cycle and sport. In other words, the change of developing a menstrual disorder is very rare with some types of exercises. Some types of exercises and the severity of those may higher the risk of developing a menstrual disorder. Exercises that require extreme efforts such as marathons or distance races increase this risk. Menstrual cycle disorder is one of the most encountered types of menstrual disorders in women engaging into extreme sports. With the impact of the sport, the

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:56 K:72
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

period between menstrual cycles can get longer or sometimes shorter. Levels and the frequency of menstrual cycle disorders in female athletes depend on the characteristics of the engaged branches of sport. Another disorder common in active women is a delay in menarche age. This is mostly seen in teenagers who engage in extreme sports such as distance races from very young ages. However, available studies cannot completely explain the impact of exercise severity on menarche age. Another menstrual disorder commonly seen in female athletes is amenorrhea. This is usually known as the state of "not menstruating" and the most common indicator is a teenager not menstruating until the end of teen-ages. However, engaging in extreme sports is not the only reason behind amenorrhea. The risk of encountering amenorrhea is also possible in sedentary women. However, it is seen that the risk is much higher in female athletes when compared to sedentary women. Dysmenorrhea is another disorder seen in female athletes. It is a problem also known as having painful menstrual cycles and the most common indicator is extreme pain before and during the cycle. Even though it is more common in athletes, it is also commonly seen in sedentary women. Sometimes, consumed foods can cause dysmenorrhea. In female athletes, menstrual disorders can be accompanied by other health problems such as osteoporosis and eating disorders. If menstrual disorders, osteoporosis, and eating disorders are present in the same time, it is called an "athlete triad". Eating disorders usually have a negative impact on the exercise quality. Furthermore, bone discomforts due to osteoporosis can cause severe injuries. This is why, it can be said that athlete triad has multiple negative effects on an athlete's life. In accordance with the data obtained from literature review, menstrual disorders may cause psychological problems in athletes. On the other hand, some studies show that menstrual disorders are rarely seen in female athletes and that engaging in sports can help athletes cope with psychological problems related to menstrual disorders. However, these positive effects are usually seen with low-density sports. With female athletes engaging in extreme sports, the risk of encountering a menstrual disorder is higher when compared to sedentary women. An exercise with low levels of effort can only help athletes having a more comfortable menstrual cycle.

JACSD
ULUSLARARASI HAKEMLİ KADIN HASTALIKLARI VE ANNE ÇOCUK SAĞLIĞI DERGİSİ
International Refereed Journal of Gynaecological Diseases and Maternal Child Health

KANSER TANISI ALAN HASTALARDA FERTİLİTE PREZERVASYONU [1]

FERTILITY PRESERVATION IN PATIENTS DIAGNOSED WITH CANCER

Keziban AMANAK[1], Aynur SARUHAN[2]

[1] Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Aydın/Türkiye,
[2] Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bölümü, A.D. İzmir / Türkiye

Öz: Çağımızın önde gelen sağlık sorunlarından biri olan kanser, giderek daha büyük bir önem kazanmaktadır. Kanser, yüzyılın başlarında ölüme neden olan hastalıklar arasında 7. ve 8. sıralarda yer alırken, bugün dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye'de kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Artan kanser insidansına karşılık geliştirilen tedaviler sonrasında sağkalım oranları belirgin olarak artmıştır. Ancak kullanılan ilaçlar ve radyoterapi uygulamalarının en önemli yan etkilerinden biri gonadal yetmezliktir. Gonadal yetmezliğin olası sonuçları, subfertilite ya da sterilite olarak karşımıza çıkmaktadır. Ortalama kanser yaşı 60 yaşın üzerinde olmakla birlikte, yaklaşık tüm kanserlerin %4'ü 15-40 yaşlar arasında ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla bu hastaların çoğu halen ailesini tamamlamamış ve fertilite arzusu içinde olabilmektedir. Böyle bir durumda karşımıza kanser tedavisinin yanı sıra, hastanın fertilitesinin korunup korunamayacağına dair ikinci bir problem daha çıkmaktadır. Böyle zor bir dönemde hasta ve ailesi hem kanser hem de kanser tedavisinin olumsuz sonuçlarıyla baş etmeye çalışmaktadır. Burada hemşireye düşen görev hasta ve ailesini hastalık, hastalığın seyri, olası sonuçları ve izlenecek prosedür hakkında bilgilendirme ve desteklemedir. Bu makalede, kanser tedavisinin üreme fonksiyonları üzerine etkisi, kanserli hastalarda fertilite prezervasyon seçenekleri ve hemşirenin rolü ilgili literatür doğrultusunda tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Fertilite Prezervasyonu, Hemşirenin Rolü, Kanser

Abstract: Cancer is one of the leading health problems of our time, which has been increasingly important. Cancer, is one of the diseases that causes death between the 7th and 8th place in the beginning of the century, while today in many countries in the world and in Turkey it is in the 2nd place after heart disease. Survival rates have increased significantly in response to the increasing incidence of cancer after treatments have been developed. However, one of the most important side effects of drugs and radiotherapy is gonadal failure. The possible consequences of gonadal failure are encountered as subfertility or sterility. While the average age of cancer is over 60 years, nearly 4% of all cancers are diagnosed between the ages of 15-40. Therefore, most of these patients may not have given birth to a child yet and may yearn for fertility. Thus, in addition to the cancer therapies, the problem, concerning the preservation and protecting the patient's fertility is encountered as well. In such a difficult time patients and their families try hard to cope with the negative consequences of both cancer and its treatment. Here, the duty of the nurse is to inform patients and their families, about the course of the disease, and the possible consequences and procedures to be followed. In this article, the impact of cancer treatment on reproductive function, fertility preservation options and the role of nurses in cancer patients will be discussed in accordance with the relevant literature.

Key Words: Fertility Preservation, The Role Of The Nurse, Cancer

Doi: 10.17367/JACSD.2016721959

1. *Sorumlu Yazar Keziban AMANAK, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Aydın/ Türkiye,, kezibanamanak@gmail.com* *Geliş Tarihi / Received: 11.06.2015/ Düzeltme Tarihi / Revised: 15.12.2015 / Kabul Tarihi/ Accepted: 28.07.2016 Makalenin Türü: Type of article (Derleme/ Review) Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yok / Non Etik Kurul Raporu/ Ethics Committee:Yok /None*

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:81 K:86
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

GİRİŞ

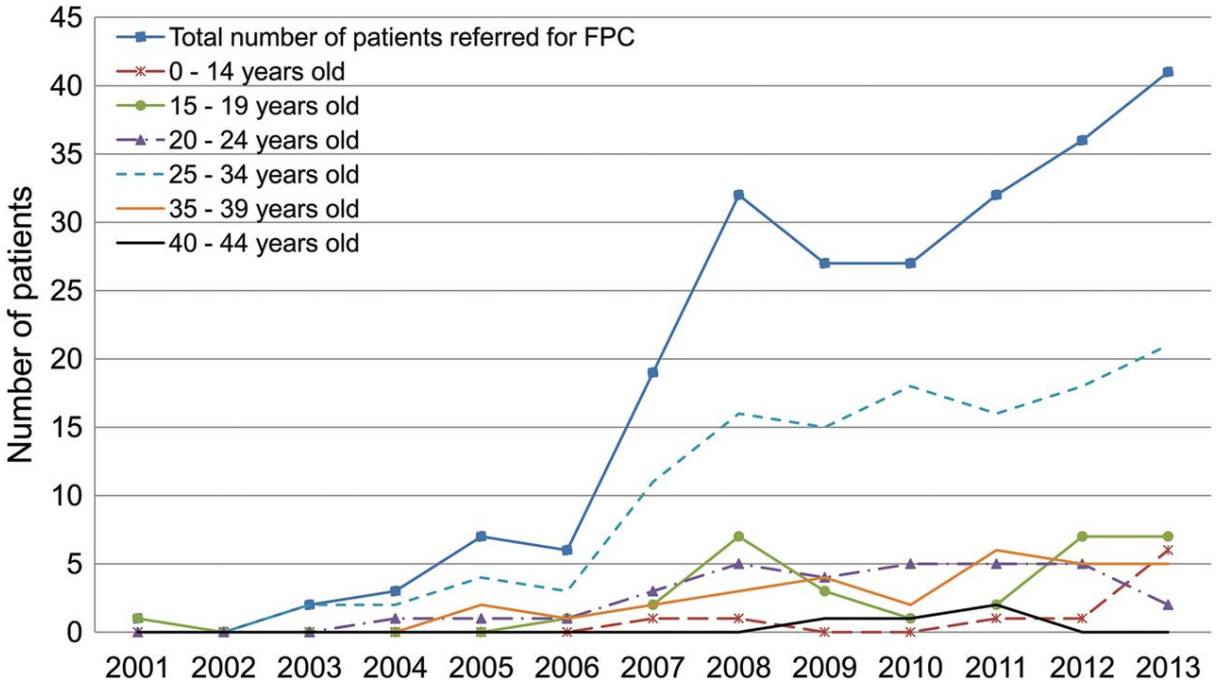
Çağımızın önde gelen sağlık sorunlarından biri olan kanser, yüzyılın başlarında ölüme neden olan hastalıklar arasında 7. ve 8. sıralarda yer alırken, bugün dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye'de kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada 2000 yılında 10.1 milyon olarak bildirilen yeni kanser vakası 2020 yılında %50'lik bir artışla 15.3 milyon rakamına ulaşacağı beklenmekte ve bu artışın ağırlıklı olarak gelişmekte olan ülkelerin hasta sayısındaki artışa bağlı olacağı bildirilmektedir (Karakaş, 2007: 1-3; Türkiye Büyük Millet Meclisi Meclis Araştırması Komisyonu, 2010). Türkiye'de kanserle yaşayan hasta sayısının yaklaşık 400 bin olduğu, her yıl 150 bin yeni kanser vakası teşhis edildiği, erkeklerde en sık görülen kanser türünün akciğer, kadınlarda ise meme kanseri olduğu belirtilmektedir. Ülkemiz açısından en önemli sorun, kanser insidansının her geçen gün yükselmesidir ki hiçbir önlem alınmazsa 2030'lu yıllarda yıllık teşhis edilen kanser sayısının 400 binlere kadar çıkacağı tahmin edilmektedir (Türkiye Büyük Millet Meclisi Meclis Araştırması Komisyonu 2010).

Günümüzde artan kanser insidansına karşılık geliştirilen tedaviler sonrasında sağkalım oranları belirgin olarak artmıştır ancak kullanılan ilaçlar ve radyoterapi uygulamalarının önemli yan etkilerinden biri gonadal yetmezliktir (Erdemli vd., 2011:1-9; Demeestere et al. 2012:1-12; Lee et al. 2008:2917-2931). Birçok kemoteröpatikler, radyoterapi ve hatta cerrahi, erektil disfonksiyona, ejakülasyon bozukluklarına, hipogonadizme, amenoreye neden olduğu gibi, kalıcı infertilite ve menapoza neden olabilmektedir. Ortalama kanser yaşı 60 yaşın üzeri olmakla birlikte, yaklaşık tüm kanserlerin %4'ü 15-40 yaşlar arasında ortaya çıkmaktadır. İngiltere'de her 10 kanser hastasından biri 15-49 yaş arasındadır (Demeestere et al. 2012:1-12; Şen ve Aydıner, 2011:30-32). Bu hastaların çoğu halen ailesini tamamlamamış ve fertilite arzusu içinde olabilmektedir, böyle bir durumda karşımıza kanser tedavisinin yanı sıra, hastanın fertilitesinin korunup korunmayacağına dair ikinci bir problem daha ortaya çıkmaktadır. Bastings ve ark. (2014:2228–2237) onkoloji hastalarının sadece %1-20 oranında fertilite prezervasyon danışmanlığı için yönlendirildiğini bildirmişlerdir. Bu oranın düşük olmasının sebeplerini ise tedaviyi düzenleyen sağlık profesyonellerinin sağ kalıma odaklanması, hastayı nereye yönlendireceklerini bilmemeleri ve tedavi için vakit kaybetmek istememeleri olarak belirtmişlerdir. Tschudin ve Bitzer (2009:587–597) yaptıkları sistematik derlemede kanser tedavisinden sonra hayatta kalan hastaların (%34), büyük bir çoğunluğunun (%72) fertilite prezervasyonu için danışmanlık aldıklarını belirtmişlerdir. Avrupa Üreme ve Embriyoloji Derneğinin bildirdiği 2001-2013 yılları arasın-

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:81 K:86
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

daki fertilite prezervasyon danışmanlığı için başvurma oranları Şekil 1'de görülmektedir. Şekilde görüldüğü üzere 2006 yılında danışmanlığa başvuranların oranında ciddi bir artış gözlenmektedir. Bu artışın nedeni 2006 yılında Avrupa Üreme ve Embriyoloji Derneğinin kanserli hastalara fertilite prezervasyonu için danışmanlık yapılması gerektiğini belirtmesidir.

Şekil 1. Fertilite Prezervasyon Danışmanlığı İçin Başvurma Oranları
(Bastings et al., 2014: 2228-2237).



Benzer şekilde 2010-2011 yıllarındaki artış ise fertilite prezervasyonunda yeni tekniklerin tanımlanması ile olmuştur (Bastings et al. 2014: 2228-2237).

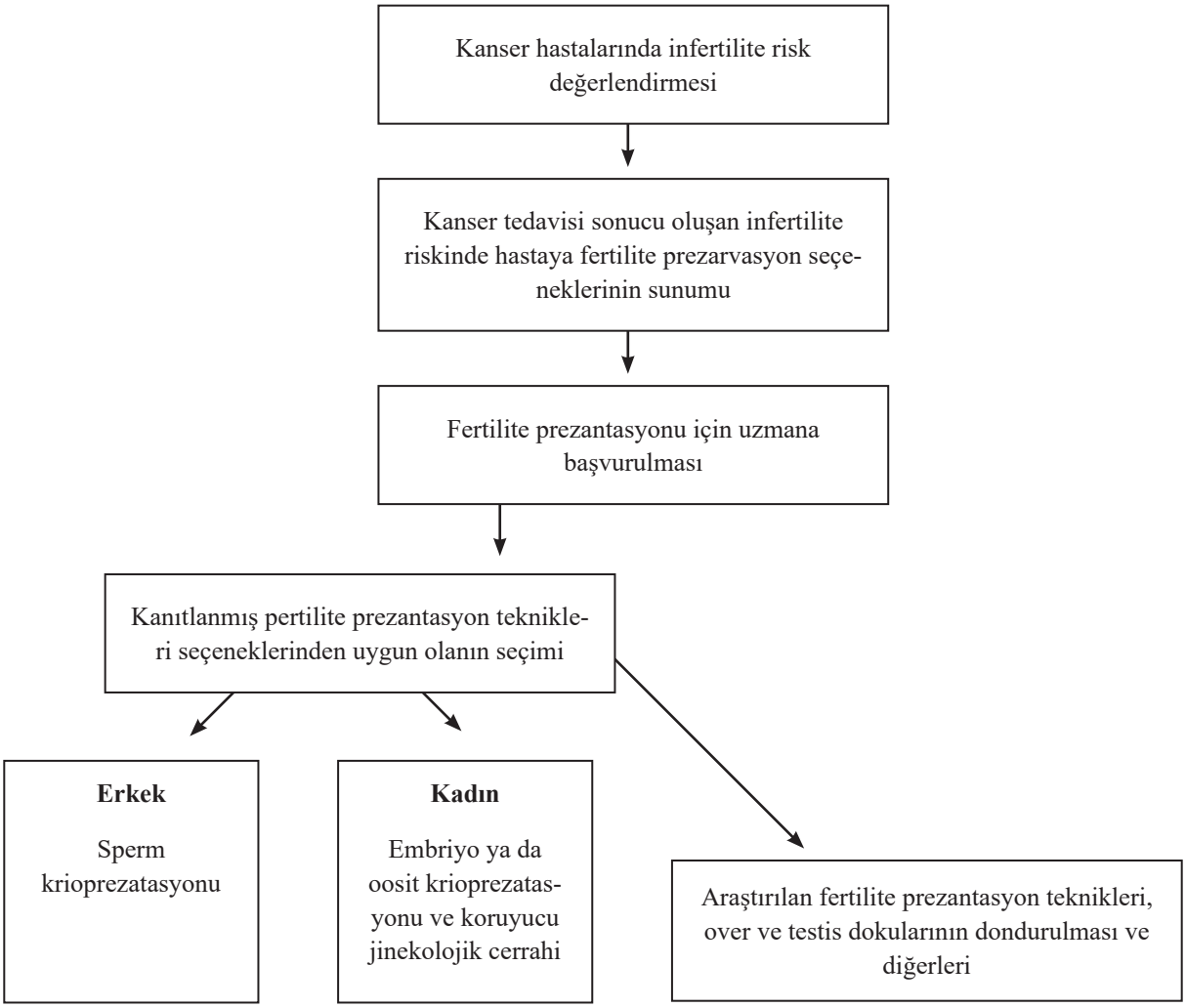
Amerika Klinik Onkoloji Birliğinin 2013 yılında fertilite prezervasyonuna ilişkin yayınladığı rehberde önerdiği uygulama basamakları Şekil 2'de görülmektedir. Şekilde de görüldüğü gibi ilk olarak kanserli hastalarda infertilite risk taramasının yapılması çok önemlidir (Alison et al. 2013). İnfertilite riski kanserin çeşidine, kişinin cinsiyetine ve tedavinin şekline göre değişmektedir. Özellikle hastalar tedavi öncesi infertilite riski açısından aydınlatılmalı, olası önerilerde bulunulmalıdır. Erkeklerde infertilite genellikle alkilan ajanlar veya gonadal bölgeye yapılan radyoterapi ve kök

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:81 K:86
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

hücre nakli hazırlığı için yapılan tüm vücut ışınlaması sonrası ortaya çıkmaktadır. Bazı erkeklerde fertilite hiç etkilenmezken, bazı erkeklerde geri dönüşlü fertilite kaybı yaşanabilmektedir. Bilateral retroperitoneal lenf nodu disseksiyonu yapılmış bazı hastalarda retrograd ejakülasyon gelişebilir. Gonadal radyoterapi almış hastalarda testesteron yapımı bozulabilir, tedavi bitiminde bu açıdan hasta değerlendirilmelidir. Kadınlarda prematüre ovaryen yetersizlik, pelvik veya spinal radyoterapiye veya bazı kemoterapötik ajanlara bağlı olarak gelişebilmektedir. Menapoz riski, kanserin cinsinden çok yapılan tedaviye göre değişir. Kadınlarda en yüksek risk, 21-25 yaşlar arasında alkilan ajanlarla birlikte infradiafragmatik radyoterapi alanlardadır. Yüksek doz kemoterapi ve alkilan ajanlar bir kadını sıklıkla infertil hale getirir. Tedaviden sonra fertilitesi devam etse bile menapoz beklenilen yaştan daha önce başlayabilmektedir. (Demeestere et al. 2012**:**1-12; Özçelik, 2008:100-106; Şen ve Aydıner, 2011:30-32; Lee et al. 2008:2917-2931; Meirow ve Nugent, 2001:535-543; Şen ve Aydıner, 2011:30-32). İnfertilite risk taraması yapıldıktan sonraki aşama multidisipliner bir ekip tarafından fertilitenin korunma seçeneklerin belirlenmesidir. Bu ekipte başta jinekolojik onkoloji uzmanı olmak üzere, patoloji, medikal onkoloji ve/veya radyasyon onkolojisi, radyoloji uzmanı, üreme endokrinolojisi uzmanı ve perinatolog yer almalıdır (Özçelik, 2008:100-106). Ekip tarafından seçenekler belirlenirken hastaya uygulanan gonadotoksik tedavinin türü (kemoterapi ya da radyoterapi), hastanın yaşı, tedavi öncesinde ne kadar vaktinin olduğu, maliğnitenin tipi, eş varlığı ve yöntemin maliyeti gibi faktörler uygulanacak yöntemin veya yöntemlerin seçiminde yol gösterici olmaktadır (Bastings et al. 2014:2228-2237; Alison et al. 2013). Bu bilgiler ışığında kanser tanısı alan hastalarda kullanılan fertilite prezervasyon yöntemleri aşağıda açıklanmıştır.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:81 K:86
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Şekil 1. Fertilite Prezervasyonu Uygulama Basamakları



Kanser Tanısı Alan Hastalarda Kullanılan Fertilite Prezervasyon Yöntemleri

Erkeklerde:

Sperm ve Testis Dokusu Dondurma: Günümüzde gelişen yardımcı üreme teknikleri sayesinde kanser teşhis edilmiş olgularda kemoterapi veya testisi etkileyecek bir radyoterapi öncesinde sperm dondurulması fertilizasyonun korunması için çok önemli bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Onüç yaş altında sperm üretimi genellikle efektif değildir, ancak semen incelenmelidir. Ejakülasyon yapamayanlar için sperm aspirasyonu düşünülmelidir. Bunun yanında hastalarda tedavi öncesi olan veya takibinde gelişen azospermi

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:81 K:86
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

varlığında 1998 yılında Schlegel tarafından tanımlanan testisten mikro disseksiyon yöntemiyle sperm bulunması ve intrasitoplasmik sperm enjeksiyonu (ICSI) tedavisi önemli bir alternatif gibi durmaktadır (Akbal vd., 2006:8-11; Burns et al. 2006:350-354; Cıncık, 2003:100-106; Şen ve Aydıner, 2011:30-32). Günümüzde birçok sperm dondurma protokolü bulunmasına rağmen standart bir protokol bulunmamaktadır. Gamet dondurma teknikleri şu anda gelişmekte olan ve üzerinde çalışmalar devam eden bir alandır. Şu anda sperm hücrelerini donma etkisinden korumak için gliserol gibi farklı saklama solüsyonları kullanılmakta ve bu hücreler koruyucu kap ile birlikte sıvı nitrojen içerisinde saklanmaktadır. Daha başarılı saklama koşulları için çalışmalar devam etmektedir (Desai et al. 2012:375-379). Clarke ve ark. (2006:721-722) 6 sperm donörden alınan örnekleri sıvı nitrojen içerisinde 28 yıl saklamışlar ve 5 örnekte IVF uygulamaları için uygun kriterlerde canlı sperm elde etmişlerdir. Başka bir çalışmada testis kanserli 1080 hastadan alınan sperm örnekleri 15 yıl saklanmış ve sonrasında üremeye yardımcı teknikler ile hastaların %46,8'inde başarı elde edilmiştir (Bizet et al. 2012:321-330).

Radyasyon koruma kalkanı: Radyoterapinin zarar verici etkilerini azaltmak için testislerin birinin veya ikisinin üstüne özel koruyucu bir kalkan yerleştirilmesi işlemidir.

Kadınlarda;

Embryo dondurma: Evli hastalara uygulanabilen bir yöntemdir. Adetin 2. veya 3. günü veya bir önceki adetin 21. günü hastaya FSH hormonu içeren ilaçlarla tedaviye başlanır ve overlerdeki oositlerin büyümesi sağlanır. Ardından oosit büyümesi ultrason ve estrogen ölçümleri ile takip edilir. Oositlerin hazır olduğu belirlenince transvaginal olarak iğne aspirasyonu ile oositler toplanır. Embriyo sperm ile döllenir ve dondurularak saklanır. İleride çocuk sahibi olmak istendiğinde embriyolar aşılamaya benzer bir prosedürle transfer edilir. Embryo dondurma işlemi en başarılı fertilite koruyucu yöntemdir. Çözülen embryo başına gebelik oranları yaklaşık %30 düzeyindedir. Ancak her hastada embryo dondurmak mümkün olmayabilir. Örneğin evli olmayan hastalarda ve çocuklarda bu işlemin yapılması mümkün değildir. İşlem bir tüp bebek uygulaması olduğu için adet kanamasının belli günü tedaviye başlanacağı ve en az 10-14 günlük bir zamana ihtiyaç duyulacağından kemoterapi veya radyoterapiye hemen başlanması gereken hastalarda yine uygun bir seçenek değildir (Erdemli vd., 2011: 1-9, Seli ve Tangir, 2005:299-308).

Oosit Dondurma: Evli olmayan erişkin hastalarda düşünülmesi gereken bir seçenektir. İşlem aynı embryo dondurmada olduğu gibidir. Tek fark yumurta toplama işleminden sonrasıdır. Embryo dondurmada sperm ile

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:81 K:86
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

döllenen yumurtalar saklanırken, burada oositler döllenmeden dondurulmaktadır. Ne var ki işlemin başarı oranı embryo dondurmadan daha düşük olup dondurulup çözülen oosit başına canlı gebelik oranı %3-6 arasındadır (Erdemli vd., 2011:1-9; Fabbri et al. 2001:411-416; Seli ve Tangir, 2005:299-308).

Overyan Doku Dondurma: Fertilite koruma yöntemlerinden biri olan overyan doku kriyoprezervasyonu, halen deneysel bir yöntem olarak kabul edilmekle birlikte, son yıllarda gelişmiş tüp bebek merkezlerinde uygulama alanı bulmaktadır. Yöntemin sonucunda 7 canlı doğum bildirilmiştir. Endikasyonları arasında pek çok çocukluk çağı kanseri, meme kanseri, bazı otoimmün hastalıklar, hematopoetik kök hücre nakli ve solid tümörler nedeniyle verilen pelvik radyoterapi yer almaktadır. Kemoterapötikler ve radyoterapi overyan rezervi azaltır ve prematür over yetmezliğine sebep olabilir. Özellikle ovulasyon indüksiyonunun etik olarak uygulanamayacağı çocuk hastalarda veya ovülasyon indüksiyon protokolleri için yeterli zamanı olmayan hastalarda overyan doku kriyoprezervasyonu geçerli tek seçenek gibi gözükmektedir. İşlem diğerlerinden farklı olarak ameliyat gerektirir. Genellikle laparoskopi ile girilerek overlerden alınan dokular küçük parçalar halinde dondurulmaktadır. Dondurulmuş-çözülmüş overyan dokuların transplantasyonu için iki yöntem vardır. Bunlar; ortotopik ve heterotopik transplantasyondur. Bu metodun avantajları yanında primer kanserin reimplantasyonu, maligniteye dönüşüm ve folikül kaybı gibi riskleri de vardır. Bu nedenle işleme başlanmadan önce eksiksiz bir danışmanlık sunulmalıdır (Erdemli vd., 2011:1-9; Seli ve Tangir, 2005:299-308; Şükür vd., 2010:159-168).

Olgunlaşmamış yumurtaları vücut dışında büyütme ve olgunlaştırma (IVM): Erişkin insanlarda overlerde bulunan yumurtaların büyük bir kısmı olgunlaşmamış durumdadır. Bu yumurtaların büyümeleri ve döllenebilmeleri için vücut dışında olgunlaştırılmaları gerekmektedir. Bu yöntemin klasik tüp bebek uygulamasına göre avantajı düzenli adet gören kadınlarda hormonal baskılama veya hormonal enjeksiyonlar gerektirmemesi, böylece yan etki ve rahatsızlığı en aza indirmesi ve dolaylı olarak stresin azalmasıdır. IVM kanser tedavisi görecek kadınlarda kullanılabilecek etkin bir yöntemdir (Demeestere et al. 2012: 1-12; Son et al. 2008:2010–2016).

Farmakolojik Koruma: Kemoterapi ve radyoterapiye bağlı olarak gelişen overial yan etkileri önlemek amacı ile oral kontraseptifler, progesteron, gonadotropin serbestleştirici hormon (GnRH) agonistleri (GnRH-a) gibi medikal tedaviler denenmiş ve primordial folikül (PMF) rezervi üzerine olumlu etkileri gösterilmiştir.

GnRH-a'ların, kemoterapi öncesi ve sırasında kullanımının, kemoterapiye bağlı overial yan

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:81 K:86
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

etkileri azalttığını gösteren klinik ve deneysel birçok çalışma mevcuttur. GnRH-a'ların gonadotropin indüksiyonunu bloke ederek foliküllerin büyümesini ve mitoz bölünmeye uğramalarını engellemektedir. GnRH'nın bu etki mekanizması, overdeki GnRH reseptörlerini direk olarak baskılayarak, gelişmiş olan foliküllerin atreziye uğramasını sağlar ve aynı zamanda küçük foliküllerin büyüyen folikül havuzuna geçişini önler. GnRH-a'lar, folikül gelişimine erken evrede etki ederek, foliküllerin kemoterapiye duyarlı evreye ulaşmasını engellediği düşünülmektedir (Blumenfeld ve Wolff, 2008:543-552; Demeestere et al. 2012:1-12; Jensen et al. 2011: 545-549).

Oral kontraseptiflerin de kemoterapi öncesi ve sonrasında kullanımın PMF rezervini artırdığına yönelik çalışmalar mevcut olmakla birlikte sayıları sınırlıdır. Bu alanda daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır (Blumenfeld ve Wolff, 2008:543-552).

Konservatif Jinekolojik Cerrahi:

Erken evre serviks kanserinin tedavisinde cerrahi ve radyoterapi uygulanabilmekte ve her iki tedavi sonuçlarının benzer olduğu bilinmektedir. Fakat her iki yöntemde de üreme kapasitesi geri dönüşümsüz olarak yok edilmektedir. Serviks kanserindeki fertilite koruyucu cerrahi girişim Radikal Vaginal Trakelektomi (RVT) olarak adlandırılmaktadır. Bu operasyonda laparoskopik pelvik lenfadenektomi sonrası, uterus korpusu korunmakta, serviks çevresindeki parametriyal dokularla birlikte serviks rezeke edilmektedir. Daha sonra ise kalan uterin korpus vajene dikilmektedir. Şu ana kadar dünyada 7 onkolojik merkez RVT sonrası onkolojik ve gebelik sonuçlarını rapor etmiştir. Uygulamanın sonuçlarına bakıldığında RVT uygulana hastalarda servikal stenoz, servikal mukus olmaması ve cerrahi adezyonlar nedeniyle infertilite gelişebilir. Gebeliğin sağlanması durumunda ise ikinci trimester düşükleri ve erken membran rüptürü gebelikte karşılaşılabilecek sorunlar arasındadır (Dursun ve Ayhan 2009).

Yumurtalık Transpozisyonu: Radyasyon alanının etkisini ve hasarını azaltmak için yumurtalıklar cerrahi bir müdahale ile karın bölgesinde daha yukarılara taşınabilir (Dursun ve Ayhan 2009).

Yumurtalık Kalkanı: Radyasyon tedavisi sırasında yumurtalıkların üzerine özel koruma kalkanları uygun hastalarda yerleştirilir (Dursun ve Ayhan 2009).

SONUÇ

Kanser, prognozu ve uzun tedavi süreci ile kuşkusuz günümüzde biyopsiko-sosyal açıdan bireyde en derin etki bırakan hastalıklardan birisidir. Kanserin karmaşık doğası hasta birey için pek çok sıkıntı verici semptomu beraberinde getirmektedir. Bu semptomlardan biride gonadal yetmezliktir. Gonadal yetmezliğin sonucu subfertilite ya da sterilite olarak

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:81 K:86
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

karşımıza çıkmaktadır. Bu dönemde hasta ve ailesi, hem kanser hem de kanser tedavisinin olumsuz sonuçlarıyla baş etmeye çalışmaktadır. Burada hemşireye düşen görev hasta ve ailesine hastalık, hastalığın seyri, olası sonuçları ve izlenecek prosedür hakkında bilgilendirme ve destektir (Demeestere et al. 2012: 1-12; Karakoç, 2008: 99-118; Şen ve Aydıner, 2011: 30-32). Kanserin olumsuz sonuçlarından olan infertilite durumunda hemşire hastanın tedavisi ile ilgili karar vermede hastaya yardım etmek, tedavinin sonuçlarına rağmen yaşamın ve kendinin başarılı yönleri üzerine odaklanmasını sağlamak, kişilerarası ilişkilerini geliştirmek ve sürdürmesini teşvik etmek gibi stratejilerin yürütülmesinde ve devamında anahtar rollere sahiptir. Hemşireler, sağlık bakım kararları için hastayı savunan, hastaya eğitimle güç veren mükemmel bir pozisyondadırlar. Ayrıca hemşireler hastalarla, fertilite koruyucu tedavi alternatiflerini tartışırlarken hastanın, eğer reşit değil ise ailesinin bu yöndeki isteğini mutlaka sorgulamalıdır. Hasta veya hasta yakınları uygulanacak bu tedavi yöntemlerinin standart yaklaşım olup olmadığı konusunda bilgilendirilmeli ve tedavi boyunca uyum içinde olup olamayacağına dair sorgulanmalıdır (Aşcı ve Beji, 2012:154-159). Fertiliteyi korumaya yönelik yaklaşımlarda unutulmaması gereken en önemli nokta, mutlak yapılması gereken işlemin kanser tedavisi olduğudur. Hiçbir zaman fertilitenin korunma kaygısı kanser tedavisinin önüne geçmemelidir (Özçelik, 2008:100-106).

Kanser tedavisinden sonra gebelik planlanması için optimal süre net değildir. Uzmanlar tedaviden sonra en az iki yıl sonra gebelik planlanması gerektiğini belirtmektedir. Tamoxifen gibi hormon tedavisi alan kadınlar için tedavi sonrası gebe kalmak için optimal süre en az beş yıl olmalıdır. Bu süre ileri yaş ve yaşla birlikte azalan fertilizasyon şansı nedeniyle problem olabilmektedir. Ayrıca kanser tedavisi sonrası oluşan gebeliklerde endişe yaratan bir durum kanser tedavisinin fetüste konjenital anomali riskini artırıp artırmadığıdır. Birçok geniş çaplı çalışma kanser tedavisinin konjenital malfarmasyonları ve çocukluk dönemi kanser riskini artırmadığını göstermektedir (Jensen et al. 2011:545-549). Hasta ve ailesini bu konularda bilgilendirme ve destek hemşirelerin önemli rolleri arasında yer almaktadır.

Ayrıca İngiltere'de İnsan Fertilizasyon ve Embriyoloji Hareketleri (The Human Fertilisation and Embriyology Act 1990) çiftlere uygun danışmanlık verilebilmesi için hemşirelere sertifika veya onay belgesi vermektedir. Bununla birlikte danışmanın en azından mental sağlık alanında ve infertilitenin birey üzerindeki psikososyal etkileri konusunda deneyimli bir kişi olması önerilmektedir. Bu bilgiler infertilite danışmanlığının özel beceri ve eğitim gerektiren yeni bir alan olarak

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:81 K:86
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

geliştiğini göstermesi bakımından önemlidir (Aşcı ve Beji, 2012:154-159).

KAYNAKLAR

AKBAL, C., TANIDIR, Y., TÜRKERİ, L., (2006). Testis kanseri ve infertilite. Üro-onkoloji Bülteni, Aralık 4, 8-11

ALISON, W.L., PAMELA, B.M., LINDSAY, N.B. et al. (2013). Fertility preservation in Patients with canser: american society of clinical oncology guideline update

AŞCI, Ö., BEJİ N.K,. (2012). İnfertilite Danışmanlığı. İ.Ü.F.N. Hem. Derg, 20 – 2, 154-159

BASTINGS, L., BAYSAL, O., BEERENDONK, C.C. et al. (2014). Referral for fertility preservation counselling in female cancer patients. Hum Reprod, 29:2228–2237

BIZET, P., SAIAS-MAGNAN, J., JOUVE E., et al. (2012). Sperm cryopreservation before cancer treatment: a 15-year monocentric experience. Reprod Biomed Online, 24:321-330

BLUMENFELD, Z., WOLFF , M.V., (2008). GnRH-analogues and oral contraceptives for fertility preservation in women during chemotherapy, Human Reproduction Update, 14, 543-552

BURNS, K.C., BOUDREAU, C., PANEPİNTO, J.A., (2006). Attitudes regarding fertility preservation in female adolescent cancer patients. J Pediatr Hematol Oncol, 28, 350-354

CINCIK, M., (2003). Sperm kriyoprezervasyonu. Gülhane Tıp Dergisi, 45, 100-106

CLARKE, G.N., LIU De, Y., BAKER, H.W., (2006). Recovery of human sperm motility and ability to interact with the human zona pellucida after more than 28 years of storage in liquid nitrogen. Fertil Steril, 86:721-722

DEMEESTERE, I., MOFFA, F., PECCATORI, F., POIROT, C., SHOLOM-PAZ, E,. (2012). Multiple approaches for ındividualized fertility protective therapy in cancer patients. Obstetrics and Gynecology International, 1-12

DESAI, N., GOLDBERG, J., AUSTIN, C, et al. (2012). Cryopreservation of individually selected sperm: methodology and case report of a clinical pregnancy. J Assist Reprod Genet, 29:375-379

DURSUN, P., AYHAN, A., (2009). Serviks kanserinde fertilite koruyucu cerrahi: radikal vajinal trakelektomi (dargent operasyonu). Türk Jinekoloji Onkoloji Dergisi, 4:81-84

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:81 K:86
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

ERDEMLİ A.E., TOPAL, F., ÖZKAVUKÇU, S., KILIÇOĞLU SERİN, S., BALCI, D., (2011). Ovaryum dokusunun, vitrifikasyon ve yavaş soğutma teknikleriyle korunurluluğunun histopatolojik yönden karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Kesin Raporu, Ankara, 1-9

FABBRI, R., PORCU, E., MARSELLA, T., ROCCHETTA, G., VENTUROLI, S., FLAMIGNI, C., (2001). Human oocyte cryopreservation: new perspectives regarding oocyte survival. Hum Reprod, 16, 411-416

JENSEN, R.J., MORBECK, D., CODDINGTON, C.C., (2011). Fertility preservation. Mayo Clin Proc, 86, 45-49

KARAKAŞ, A., (2007). Kanser hastalarının hastalığı değerlendirme biçimlerinin anksiyete depresyon ve yaşam kalitesine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 1-3

KARAKOÇ, T., (2008). Kanser hastalarında yorgunluk ve hasta bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3, 99-118.

LEE, S.J., SCHOVER, L.R., PARTRIDGE, A.H., PATRIZIO, P., WALLACE HAMISH, W., HAGERTY, K. et al. (2006). American society of clinical oncology recommendations on fertility, reservation in cancer patients. J Clin Oncol, 24, 2917-2931

MEIROW, D., NUGENT, D., (2001). The effects of radiotherapy and chemotherapy on female reproduction. Hum Reprod Update, 7,535-543

ÖZÇELİK, B., (2008). Over kanserlerinde fertilite koruyucu yaklaşımlar. Erciyes Tıp Dergisi, 30, 100-106

SELİ, E., TANGİR, J., (2005). Fertility preservation options for female patients with malignancies. Curr Opin Obstet Gynecol, 17, 299-308

SON, W.Y., CHUNG, J.T., CHIAN, R.C., HERRERO, B., DEMİRTAŞ, E., ELIZUR, S. & et al. (2008). A 38 h interval between hCG priming and oocyte retrieval increases in vivo and in vitro oocyte maturation rate in programmed IVM cycles. Human Reproduction, 23, 2010–2016

ŞEN, F., AYDINER, A., (2011). Kanser tedavisine bağlı geç yan etkiler. Klinik Gelişim, 24, 30-32

ŞÜKÜR, Y.E., ÖZMEN, B., SÖNMEZER, M., (2010). Cancer and ovarian tissue cryopreservation. Türk J Med Sci, 40, 159-168

TSCHHUDIN, S., BITZER, J., (2009). Psychological aspects of fertility preser-

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:81 K:86
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

vation in men and women affected by cancer and other life-threatening diseases. Human Reproduction Update, 15 (5): 587–597

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ., (2010). Kanser Hastalığı Konusunun Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648.pdf, Erişim Tarihi: 01.06.2015

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:81 K:86
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

EXTENDET ABSTRACT

Aim; Method: The aim of this article is to discuss the diagnosis of cancer in patients receiving fertility preservation. In this article, the impact of cancer treatment on reproductive function, fertility preservation options and the role of nurses in cancer patients will be discussed in accordance with the relevant literature. **Findings:** Cancer is one of the leading health problems of our age, which has been increasingly important. Cancer is one of the diseases that causes death between the 7th and 8th place in the beginning of the century, while today in many countries of the world and in Turkey it is in the 2nd place after heart disease. 10.1 million new cancer cases were reported by The World Health Organization in 2000 in the world. According to this data the number is estimated to reach 15.3 million figures of 50% in 2020 and there will be an increase in the number of patients in developing countries as well. The number of cancer patients in Turkey is about 400 thousand people. Each year 150 thousand people are diagnosed with cancer. Lung is the most common cancer detected in men and breast cancer in women. The most important issue for our country is that incident cancer cases are rising day by day. It is estimated that the number of cancer will reach up to 400 thousand by 2030 If no measures are not taken. Today, survival rates after treatment were developed in response to increasing incidence of cancer. But one of the major side effects of drugs and radiotherapy is gonadal failure. Many chemotherapeutic and radiation therapy and even surgery, erectile dysfunction, ejaculation disorder, hypogonadism, which caused amenorhea, can cause permanent infertility and menopause as well. While the average age of cancer is over 60 years, nearly 4% of all cancers are diagnosed between the ages of 15-40. One out of every 10 cancer patients in the UK is between the ages of 15-49. Therefore, most of these patients may not have given birth to a child yet and may yearn for fertility. Thus, in addition to the cancer therapies, the problem, concerning the preservation and protecting the patient's fertility is encountered as well. Until recently, these patients have a lot of alternatives today, thanks to increased knowledge and technological approaches to fertility preservation, detected in the early stages of cancer to be offered as an alternative to new patients. Infertility risk cancer types, vary according to sex and treatment. Directory containing the risk of infertility and the ways to deal with them with a variety of treatments was established. In particular, patients should be informed in terms of risk of infertility before the treatment. Fertility sparing surgeries, require multidisciplinary treatment approaches, such as gynecologic and oncologic approaches, particularly in the primary treatment of

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:81 K:86
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

patients, in which pathology, medical oncology and / or radiation should be in communication with oncology and radiology departments. It may not be necessary to include reproductive endocrinology specialists and perinatologists in the group, while following cancer treatments. Here, the duty of the nurse is to inform the patient and the family about the disease, the progression of the disease, and the nurse should support the patient about the possible consequences and procedures to be followed. For the patients diagnosed with cancer and who do not want to be infertile, fertility preserving treatments should be performed. Patients or relatives should be informed as to whether to apply the standard approach or not. Having informed the patient about the treatment to be carried out, if it can be achieved, it is useful to focus on problems that may arise during pregnancy. The patient's age, stage of disease, the factor of the tumor (histojik type, differentiation degree, etc.), obstetric history, family history, duration of marriage are the important parameters in the treatment to learn the fertility history. The most important point to remember in the approach is the fertility preservation. Experts suggest that when the treatment is over pregnancy should be planned at least two years later. After the treatment, the optimal time to conceive for women receiving hormone therapy such as tamoxifen should be at least five years later. This time may be a problem due to advanced age and decrease in the rate of fertilization. Cancer treatment doesn't increas the risk of congenital malformations in the fetus. In addition to canser doesn't increas the congenital and childhood malformation risk. Patients and their families should be informed and supported about these issues. **Conclusion:** One of the symptoms encountered in the treatment of cancer is due to gonadal failure in case of developing subfertility or sterility. The nurse should inform patients and their families about the disease, course of the disease, about the possible consequences and procedures to be followed.

JACSD
ULUSLARARASI HAKEMLİ KADIN HASTALIKLARI VE ANNE ÇOCUK SAĞLIĞI DERGİSİ
International Refereed Journal of Gynaecological Diseases and Maternal Child Health

YAŞLILIK DÖNEMİNDE KADIN CİNSELLİĞİ VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI [1]

FEMALE SEXUALITY IN SENILITY AND NURSING APPROACHES

Funda TOSUN GÜLEROĞLU[1], Mürüvvet BAŞER[2]

[1] Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yozgat/Türkiye

[2] Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kayseri/Türkiye

Öz: "Yaşlılık" yaşlı olma, artmış yaşın etkilerini gösterme hali olarak tanımlanmaktadır. Yaşlılık fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları ile değerlendirilmesi gereken bir süreçtir. Dünya nüfusunun hızla yaşlanmasına rağmen yaşlılarda cinsel sağlık çoğu zaman göz ardı edilmektedir. Oysa cinsel sağlık tüm yaş gruplarındaki bireylerin kişisel sağlığının önemli ve pozitif bir boyutudur. Yaşlıların cinselliği cinsiyet, yaş, kronik hastalıklar ve kültürel inançlardan etkilenmektedir. Özellikle de kadınlar söz konusu olunca yaşanan kronik hastalıkların ve kültürel faktörlerin yanı sıra üreme sağlığı ile ilgili sorunlar ve değişimler de cinsel sağlığı olumsuz etkilemektedir. Kadınlar yaşlandıkça, cinsel istekte (libido) azalma, uyarılmada ve vajinal lubrikasyonda yetersizlik, orgazma ulaşamama veya zor ulaşma ve disparoni şeklinde bazı cinsel sorunlar yaşayabilmektedirler. Bütüncül sağlık bakımı sunma sorumluluğu olan hemşireler, yaşlı bireylerin sağlıklı bir cinsel yaşama sahip olmaları için gerekli bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini sunmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Cinsellik, Yaşlılık, Kadın, Hemşirelik

Abstract: "Old Age" is defined as being old, a state of showing the effects of advanced age. Old age is a period which should be assessed with all its physical, psychological and social dimensions. Despite the fact that world population has been aging rapidly, elderly people's sexual health is ignored most of the time. Whereas sexual health is an important and positive dimension of personal health of individuals at all ages. Sexuality of elderly people is affected by gender, age, chronic diseases, and cultural beliefs. Moreover, in addition to experienced chronic illnesses and cultural factors, problems and changes related to reproductive health adversely affect sexual health of women. Women with increasing age may experience some sexual problems such as decrease in sexual desire, lack of arousal and vaginal lubrication, inability to achieve orgasm and dyspareunia. The nurses who have responsibility to provide holistic health care must provide the necessary care, education and consultancy services for the elderly individuals have a healty sexual life.

Key Words: Sexualty, Senility, Woman, Nursing

Doi: 10.17367/JACSD.2016721962

1. Sorumlu Yazar Funda TOSUN GÜLEROĞLU, Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yozgat/Türkiye, fun.da.84@hotmail.com Geliş Tarihi / Received: 15.03.2015/ Düzeltme Tarihi / Revised: 09.12.2015 / Kabul Tarihi/ Accepted: 29.07.2016 Makalenin Türü: Type of article (Derleme/ Review) Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yok / Non Etik Kurul Raporu/ Ethics Committee:Yok /None

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:87 K:89
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

GİRİŞ

Yaşlanma esas olarak intrauterin hayatta başlayan, ölüme kadar devam eden ve birçok faktörün etkisiyle ilerleyici bir şekilde organ ve sistemlerde fizyolojik işlev değişikliklerine neden olan bir süreçtir (Pehlivan ve Karadakovan, 2013:387). Dünya nüfusunun hızla yaşlanmasına rağmen (UN-DESA, 2013: 9-10; TÜİK, 2014) söz konusu yaşlılar olduğu zaman cinsel sağlık çoğu kez göz ardı edilmektedir.

Cinsel sağlık sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda cinselliğe ilişkin duygusal, zihinsel ve sosyal bir durumdur. Cinsel tepkileri baskılayan ve insan ilişkilerini olumsuz etkileyen korku, utanç, suçluluk ve yanlış inançların olmamasını, sosyal ve kişisel etikle uyumlu olarak üreme ve cinsel davranışları kontrol edebilmeyi ve bundan hoşnut olmayı da içermektedir (WHO, 2006; Tuğut ve Gölbaşı, 2010:173).

Cinsel sağlık, ulaşılabilen yüksek standartta yararlanma hakkı olan sağlığın ayrılmaz bir parçası olması ve bireyin yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olması nedeniyle de ayrıca önemlidir (Bozdemir ve Özcan, 2011:40). Yaşam kalitesini etkileyen cinsel sağlık tüm yaş gruplarındaki bireylerin kişisel sağlığının önemli ve pozitif bir boyutu olmasına rağmen yaşlılarda cinsel sağlık arka plana atılıp göz ardı edilmektedir. (Taşkın, 2009: 20).

Yaşlıların cinselliği cinsiyet, yaş, kronik hastalıklar ve kültürel inançlardan etkilenmektedir (Lusti-Narasimhana and Beard, 2013:707). Özellikle de kadınlar söz konusu olunca yaşanan kronik hastalıkların ve kültürel faktörlerin yanı sıra üreme sağlığı ile ilgili sorunlar ve değişimler de cinsel sağlığı olumsuz etkilemektedir (Aslan vd., 2003:249-50; Özel et al., 2006:14; Ertunc et al., 2009:1032; Salonia et al., 2004:1156–64).

Cinsel fonksiyon bozukluğu kadınlar için son derece özel, rahatsız edici, fiziksel ve sosyal açıdan yıkıcı etkileri olabilen bir sağlık sorunu olup, kadınların kendine olan güvenlerini ve yaşam kalitelerini düşürmekte, ruhsal durumlarını da önemli derecede etkilemektedir (Kütmeç, 2009:113).

Ülkemizde menopoz ve postmenopoz dönemdeki kadınların cinsel fonksiyonlarının ele alındığı çalışmalar son dönemlerde artmış olmasına karşın, özellikle 60 yaş sonrası kadınların cinsel fonksiyonlarının değerlendirildiği çalışmalara rastlanmamaktadır. Oysa önlenebilir ölümlerin azaltılması, sağlık hizmetlerinin gelişmesi, beslenme ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi nedenlerden dolayı yaşam süresi artmakta ve nüfus giderek yaşlanmaktadır. Türkiye'de doğuşta beklenen yaşam süresi yıllar içinde artmış ve kadınlarda bu süre 79.4 yıla ulaşmıştır. Ayrıca genel nüfus içinde yaşlıların oranı ilk kez %8'e yükselmiştir (TNSA, 2013; TÜİK, 2014). Yaşam süresinin artması

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:87 K:89
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

ve yaşlı nüfusun artmış olması, kadınların cinsel sağlığını daha da önemli hale getirmekte ve yeni bilimsel verileri ve uygulamaları gerekli kılmaktadır.

Her bireyin Cinsel Haklar Bildirgesi'nde yer alan cinsel sağlık bakımı alma hakkı olduğuna göre sağlık çalışanları bu konuda daha duyarlı ve aktif olmalıdırlar (WAS, 2014; CETAD (Bilgilendirme Dosyası-1), 2006). Hemşireler sağlık ekibinde hastalarla daha sık ve uzun zaman geçiren, yakın ve doğrudan ilişki kuran, bakım sürecinde eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunan profesyonel meslek elemanlarıdır. Bu nedenle hemşireler hastalara cinsel yaşamla ilgili sorunlarda yardım etmede anahtar role sahiptirler (Açıkgöz, 2011:305-07).

Yaşlılığın Tanımı

"Yaşlılık" sözlük anlamı olarak yaşlı olma, artmış yaşın etkilerini gösterme hali olarak tanımlanmaktadır (Beğer ve Yavuzer, 2012:1). Yaşlılık fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları ile değerlendirilmesi gereken bir süreçtir. Fizyolojik boyutuyla, kronolojik yaşla birlikte görülen değişimleri ifade ederken; psikolojik boyutuyla algı, öğrenme, psikomotor, problem çözme ve kişilik özellikleri açısından insanın uyum sağlama kapasitesinin kronolojik yaş ilerledikçe değişimini ifade etmektedir. Sosyolojik açıdan yaşlılık ise bir toplumda belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba verdiği değerlerle ilgilidir (Er, 2009:131).

Yaşlı Kadınlarda Cinsellik ve Cinsel Sorunlar

Yaşlılıkta oluşabilecek kişilik, psikolojik ve beyin işlevlerindeki değişikliklerle ilgili yoğun çalışmalar olduğu halde yaşlılık cinselliği ancak son 15-20 yıldır yoğun bir şekilde araştırılmaktadır (Diokno et al., 1990:197-200; Lindau et al., 2007:762-74; Kingsberg et al., 2013:1790-99; CETAD (Bilgilendirme Dosyası-3), 2006).

Kadınlar için cinsel aktivite, ilgi ve motivasyonu, uyarılma yeteneğini ve orgazma ulaşmayı, deneyimden zevk almayı ve kişisel tatmini gerektirir (Davis et al., 2004:83). Ancak kadınlar yaşlandıkça, cinsel istekte (libido) azalma, uyarılmada ve vajinal lubrikasyonda yetersizlik, orgazma ulaşamama veya zor ulaşma ve disparoni şeklinde bazı cinsel sorunlar yaşayabilmektedirler (Aggarwal, 2013:207-10; Çayan et al., 2004:52-7; Lindau et al., 2007:762-74; Salonia et al., 2004;1156–64).

San Diego 'da 60-89 yaş arası 1225 kadın ile yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, cinsel aktivite ve işleyiş (istek, uyarılma, vajinal darlık, kayganlaştırıcı kullanımı ve orgazm yeteneği) ile yaş arasında negatif bir ilişkili bulunmuştur (Thompson et al., 2011:1503).

Yine Amerika Birleşik Devletleri'nde 57-75 yaş aralığındaki 1550 kadın ve 1455 erkek ile yapılan bir çalışmada cinsel aktivite sıklığının yaşla birlikte azaldığı ve bu azalmanın kadın-

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:87 K:89
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

larda daha fazla olduğu belirlenmiştir. (Lindau et al., 2007:762).

Yapılan çalışmalarda, seksüel disfonksiyon prevalansının yaşla birlikte arttığı, düşük eğitim düzeyi, ek bir kronik hastalık bulunması, doğum sayısının fazlalığı, menopoz gibi faktörlerin cinsel fonksiyonları olumsuz etkilediği tespit edilmiştir (Aydoğmuş ve Yavuz, 2011:14; Çayan et al., 2004:52; Davis et al., 2004:82).

Yaşlı kadınlarda çok yaygın olarak görülebilen bir diğer sorun da inkontinanstır. Türkiye'de kadınlardaki üriner inkontinans prevalansı net olarak bilinmemektedir. Farklı yaş grubu kadınlarla yapılan çalışma sonuçlarına göre inkontinans görülme oranı %24-45 arasında değişmektedir (Bilgili vd., 2008:487; Kocak et al., 2005:634; Terzi vd., 2013:15). Dünyada ise rapor edilen postmenopozal üriner inkontinans prevalansı %21-73 arasında değişmektedir (Abha et al., 2007:157; Simeonova et al., 1999:546; Şentürk ve Kara, 2010:7). İleri yaşlarda görülme sıklığı artan bu durumda özel ped ve katater kullanma gibi uygulamalar kadının kendini daha az çekici ve mutsuz hissetmesine yol açabilmektedir (Aksu ve Şirin, 2007:247).

Bunların yanı sıra kalp hastalığı, inme gibi hastalıklar kadında ve/veya partnerde kaygıyı artırarak cinsel aktiviteyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Artritte olduğu gibi bazı fiziksel hastalıklar cinsel birleşmenin zor, yorucu veya ağrılı olmasına, alzheimer hastalığında olduğu gibi cinsel istekte azalmaya, diyabette ise vajinal enfeksiyon ve irritasyon sonucu cinsel ilişkinin rahatsızlık vermesine yol açabilir.

Yine mastektomi, histerektomi gibi cerrahi girişimler ve bunların sonucunda meydana gelen değişimler kadının kendine olan güvenini azaltarak cinsel yaşamı etkileyebilmektedir. Ayrıca kullanılan bazı ilaçlar da bireyin cinsel fonksiyonları üzerinde olumsuz etki oluşturabilmektedir (National Institute on Aging, 2013; CETAD (Bilgilendirme Dosyası-3), 2006) .

Tüm insanlarda olduğu gibi yaşlı bireylerde de cinselliğin devamını kültürel faktörler etkilemektedir (Öz, 2002:23). Toplumsal cinsiyet rollerine göre şekillenmiş cinsellik anlayışları, çeşitli toplumsal mitlerde ve yaygın deyişlerde yansıtılmakta ve bu da kadının cinselliğini etkilemektedir. Bunlara "Kadınlar doğaları gereği cinsel olarak pasiftir, erkeklerse doğaları gereği cinsel olarak aktiftir", "Kadınların cinsel dürtüleri, erkeklerin cinsel dürtülerinden daha azdır" ve "Kadının cinselliği menopozdan sonra sona erer" şeklindeki yargılar örnek olarak verilebilir (İlkkaracan, 2003:196). Ayrıca cinselliğin, cazibenin, fiziksel çekiciliğin gençliğe özgü olduğuna ait ön yargılar da yaşlanan kadının cinsel davranışı üzerinde etkilidir (İlkkaracan, 2003:196).

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:87 K:89
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Toplumumuzda yaşlının aktif cinsel yaşamının olmamasını destekleyici, bu işlevin sürmesini normal kabul etmeyen eğilim oldukça fazladır. Oysa cinsellik yaşam boyu süren bir işlevdir ve yaşlılıkta bu işlevlerin yalnızca yavaşlaması söz konusudur (Öz, 2002:23).

Yaşlıların cinsel isteğini hoş karşılamayan toplumlarda insanlar yaşlanmayla cinsel yaşamlarını daha sıklıkla noktalamaktadırlar. Cinsel hayatın durmasında en önemli etken eş yada partner yokluğudur. Eşin hastalığı veya kaybı, eşin ölümünden sonra kadınların aktif partner bulma şanslarının daha az olması ve yaşlı bir kadının biraz daha genç birisi ile evlenmesi konusunda toplumun baskısı da yaşlı kadının cinselliğini etkileyebilmektedir (CETAD (Bilgilendirme Dosyası-1), 2006; CETAD (Bilgilendirme Dosyası-3), 2006).

Hemşirelik Yaklaşımı

Cinsel sağlığın sürdürülmesinde hemşirenin, bireyin cinsel sağlığını korumak, cinsel fonksiyonu zarar görse bile bu zararı en aza indirgemeye çalışmak, cinselliği ifade etme yetisini geliştirmek, bireye yardım ve rehberlik etmek gibi görevleri vardır (Koyun vd., 2011:82).

Cinsellik bütüncül sağlık bakımı kavramının önemli bir unsuru olarak kabul edilmesine karşın, ne yazık ki çok az hemşire bu alanda değerlendirme yapabilmekte ve uygun girişimlerde bulunabilmektedir (Kütmeç, 2009:123).

Pınar (2010)'ın kanser tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon ve danışmanlığa ilişkin hemşirelik yaklaşımlarını incelediği çalışmasında, hemşirelerin %88'inin hastalara cinsellikle ilgili soru sormadıkları belirlenmiştir. Soru sormayan hemşirelerin yaklaşık %40'ı ise bunun nedeni olarak cinsel danışmanlıkla ilgili bilgi eksikliği faktörünü bildirmişlerdir. Aynı çalışmada hemşirelerin %83.5'inin cinsel disfonksiyon ve cinsel danışmanlıkla ilgili eğitim almadıkları, eğitim alanların %47'sinin ise konuyla ilgili bilgilerini yetersiz veya kısmen yeterli bulduğu belirlenmiştir (2010:242-45).

Sung ve Lin (2013)'in öğrencilere verilen cinsel sağlık bakım eğitiminin öğrencilerin bilgi, tutum ve öz yeterlilik düzeylerine etkisini incelediği çalışmasında cinsel sağlık bakımı eğitimi alan hemşirelik öğrencilerinin eğitim almayanlara göre cinsel sağlık bakımı konusundaki bilgi, tutum ve öz yeterlilik düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (2013:501-502).

Buna göre hemşirelerin cinsel sağlık bakımı ile ilgili eğitimleri mümkün olduğunca mezuniyet öncesi dönemde tamamlanmalı, bu dönemde eğitim almamış olan hemşireler için ise hizmet içi eğitim programları düzenlenerek cinsel sağlık ile ilgili eğitim ve danışmanlık faaliyetleri desteklenmelidir.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:87 K:89
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Yaşlı kadınların cinselliklerini değerlendirmek, risk faktörlerini belirlemek, varsa sorunlara yönelik uygun hemşirelik girişimlerini yapabilmek için hemşirelik sürecini kullanmak uygun olacaktır.

Hemşireler, hemşirelik süreci içerisinde yaşlı kadının sağlık öyküsünü alırken cinsel sağlığına ilişkin de kapsamlı bir öykü almalıdır. Kadınlara bu sorular sorulurken yaşam tarzı, sahip olduğu kültürel özellikler, eş/partnerin var olup olmaması gibi özel durumlar göz önünde bulundurularak sorular bireye özel olarak seçilmelidir. Ayrıca eğitim durumu da göz önüne alınarak orgazm gibi bazı kelimeler kadının anlayabileceği türden seçilmeli veya geniş şekilde açıklanmalıdır. Ayrıca yaşlıların cinselliği gençlerden farklı algılayabildikleri, onlara göre cinselliğin sarılma, romantik jestler, sıcaklık, rahatlık, sevinç ve güzellik olarak daha geniş bir kavram olarak algılandığı da unutulmamalıdır (Ayaz, 2012:1090).

Cinsel sağlık öyküsü alırken;

- Cinsel olarak aktif misiniz?
- Cinsel yaşamınızla ilgili neler hissediyorsunuz?
- Hastalıklarınız veya kullandığınız ilaçlar cinselliğinizi etkiliyor mu?
- Cinsel istek, uyarılma ve orgazm açısından sorun yaşıyor musunuz? gibi sorular sorulabilir(Ayaz, 2012:1090).

Bilindiği gibi hemşirelik sürecinin bir diğer basamağı hemşirelik tanılarının konulmasıdır. Bu hemşirelik tanıları içerisinde "Cinsel fonksiyon bozukluğu ve etkisiz cinsel yaşam yer almaktadır" (Herdman, 2011:324-5).

Hemşirelik tanıları belirlendikten sonra planlama ve uygulama aşamasında bireyin mevcut cinsel sağlık düzeyini korumaya ve iyileştirmeye yönelik girişimler yapılır. Bireyin cinsel sağlığını dolaylı olarak etkileyebilen sağlık problemlerine ilişkin özel hemşirelik girişimleri yapılmalıdır (Cinsel fonksiyonları etkileyebilen eklem ağrısının giderilmesi vb.)

Cinsel sağlığı iyileştirmek için yapılabilecek hemşirelik girişimleri çoğunlukla hemşirenin eğitim ve danışmanlık rolüne odaklanmaktadır (Ayaz, 2012:1092). Hemşire bu rolünü gerçekleştirirken;

- Bireyin cinsel endişelerini ortaya çıkaracak güven verici bir ortam oluşturulmalı,
- Soruna neden olan ya da katkıda bulunan faktörler değerlendirilmeli,
- Bireyin cinsellikle ilgili duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesi için birey cesaretlendirilmeli,
- Cinsel fonksiyon ve yaşam stresörleri arasındaki ilişki tartışılmalı,
- Bedende meydana gelen değişiklik ya da kayba uyum kolaylaştırılmalı (Menopoz ve histerektomi vb).

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:87 K:89
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

- Hastalıkların neden olduğu sınırlılıklarla baş etmek için cinsel aktivitedeki olası değişiklikler/alternatifler öğretilmeli (Pozisyon değişikliği vb.)
- Gerektiğinde cinsel endişelerin incelenmesi için uygun kaynaklara yönlendirilmelidir (Ayaz, 2012:1091; Karakoyunlu ve Öncel, 2009: 88-90).

Hemşireler eğitim ve danışmanlık rolünü gerçekleştirirken multidisipliner bir şekilde çalışması gerektiğini unutmamalı, iyileştirme ve korumaya yönelik bu sürece bu konuda özelleşmiş hekimleri, ruh sağlığı uzmanlarını ve danışmanları da dahil etmelidir (Karakoyunlu ve Öncel, 2009:90).

Sonuç

Her bireyin olduğu gibi yaşlı kadınların da cinsel sağlık bakımı alma hakkı vardır. Kronik hastalıklar, kültürel faktörler ve yanlış mitlerin yanı sıra üreme sistemi ile ilgili sorunlar kadının cinselliğini daha fazla etkilemektedir. Yaşlılık dönemindeki kadınlarda sıklıkla dispareni ve libido azalması görülmektedir.

Yaşlılık döneminde yaşanan tüm değişimlere rağmen bireyin sağlıklı bir cinsel yaşama sahip olabilmesinde hemşireler anahtar role sahiptirler. Hemşireler, yaşlı bireylere cinsel sağlık konusunda gerekli bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini sunmalıdırlar. Bunu yapabilmek için de hemşirelerin cinsel sağlık bilgilerini güncel tutmaları ve bu konuda eğitim ve danışmanlık becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir.

Ayrıca, ülkemizde yeterince ilgi görmeyen yaşlılık dönemi cinsel sorunlarına yönelik, kültürel farklılıkları da dikkate alan bilimsel çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

ABHA, S., PRITI A., & NANAKRAM, S. (2007). "Incidence and Epidemiology of Urinary Incontinence in Women" J Obstet Gynecol India, 57 (155-57)

AÇIKGÖZ, F., (2011). "Cinsel Sağlığa Yönelik Hemşirelik Yaklaşım Modelleri" Androloji Bülteni, 47 (305-07)

AGGARWAL G. G., (2013). "Sexual Desire and Sexual Activity of Men and Women Across Their Lifespan" Indian Journal of Clinical Practice, 24 (207-10)

AKSU, H., ŞİRİN, A., (2007). "Yaşlılık ve Cinsel Yaşam" Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 23 (243-53)

ASLAN, G., KOSEOGLU, H., SADIK, O., GIMEN, S., CIHAN, A., ESEN, A., (2005). "Sexual Function in Women With Urinary Incontinence" Int J Impot Res, 17 (248-51)

AYAZ, S., (2012). Cinsellik. İçinde Atabek Aştı T, Karadağ A.(Ed.), Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İs-

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:87 K:89
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

tanbul, Türkiye: Akademi basın ve yayıncılık, ss. 1083-1095

AYDOĞMUŞ, S., YAVUZ, B., (2011). "Geriatrik Yaş Grubunda Kadın Sağlığı: Yaşla Beraber Gelişen Jinekolojik ve Fizyolojik Değişiklikler" Akad Geriatri, 3 (13-16)

BEĞER, T., YAVUZER, H., (2012). "Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi" Klinik Gelişim, 25 (1-3)

BİLGİLİ, N., AKIN, B., EGE, E., AYAZ, S., (2008). "Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Risk Faktörleri" Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 28 (487-93)

BOZDEMİR, N., ÖZCAN, S., (2011). "Cinsellik ve Cinsel Sağlığa Genel Bakış" TJFMPC, 5 (37-46)

CAYAN, S., AKBAY, E., BOZLU, M., CANPOLAT, B., ACAR, D., ULUSOY, E., (2004). "The Prevalence of Female Sexual Dysfunction and Potential Risk Factors That May Impair Sexual Function in Turkish Women" Urol Int, 72 (52-57)

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD)., (2006). "Kadında Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Açısından Sağlıklı Yaşlanma" Bilgilendirme Dosyası-3 http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/16/2692011155616-bilgilendirme_dosyasi_3.pdf, 02.02.2014

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD)., (2006). "Cinsel Yaşam ve Sorunları" Bilgilendirme Dosyası-1 http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/5/2692011151611-bilgilendirme_dosyasi_1.pdf, 02.02.2014

DAVIS, S., GUAY, A., SHIFREN, J., MAZER, N., (2004). "Endocrine Aspects of Female Sexual Dysfunction" J Sex Med, 1 (82-86)

DIOKNO, AC., BROWN, MB., HERZOG, AR., (1990). "Sexual Function in The Elderly" Archives of Internal Medicine, 150 (197-200)

ER, D., (2009). "Psikososyal Açıdan Yaşlılık" Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4 (131-144)

ERTUNC, D., UZUN, R., TOK, E. C., DORUK, A., DILEK, S., (2009). "The Effect of Myoma Uteri and Myomectomy on Sexual Function" J Sex Med, 6 (1032-38)

HERDMAN, T. H., (2011). *Nursing Diagnoses 2012-14: Definitions and Classification*. John Wiley & Sons (323-25)

İLKKARACAN, İ., (2003). Müslüman Toplumlarda Kadın ve Cinsellik, Sena Ofset, İstanbul. ss.196

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:87 K:89
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

İNCESU, C., (2004). "Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozuklukları" Klinik psikiyatri, Ek 3 (3-13)

KARAKOYUNLU, F. B., ÖNCEL, S., (2009). "Cinsel Fonksiyon Bozukluklarında Kadına Ait Hemşirelik Bakım Süreci Örneği" Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12 (88-90)

KINGSBERG, S. A., WYSOCKI, S., MAGNUS, L., KRYCHMAN, ML., (2013). "Vulvar and Vaginal Atrophy in Postmenopausal Women: Findings from the REVIVE (REal Women's Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal Changes) survey" The journal of sexual medicine, 10 (1790-99)

KOCAK, I., OKYAY, P., DUNDAR, M., EROL, H., BESER, E., (2005). "Female Urinary Incontinence in the West of Turkey: Prevalence, Risk Factors and Impact on Quality of Life" European urology, 48 (634-41)

KOYUN, A., TAŞKIN, L., TERZİOĞLU, F., (2011). "Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi" Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry, 3 (67-99)

KÜTMEÇ, C., (2009). "Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Ve Hemşirelik Bakımı" Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4 (111-36)

LINDAU, ST., SCHUMM, LP., LAUMANN, EO., LEVINSON, W., O'MUIRCHEARTAIGH, CA., WAITE, LJ., (2007). "A Study of Sexuality and Health Among Older Adults in the United States" New England Journal of Medicine, 357 (762-74)

LUSTI-NARASIMHANA, M., BEARD, J., (2013). "Sexual Health in Older Women" Bull World Health Organ, 91 (707–709)

National Institute on Aging., (2013). "Sexuality in Later Life" http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/sexuality_in_later_life_0.pdf, 05.01.2015

OZEL, B., WHITE, T., URWITZ-LANE, R., MINAGLIA, S., (2006). "The Impact of Pelvic Organ Prolapse on Sexual Function in Women with Urinary Incontinence" International Urogynecology Journal, 17 (14-7)

ÖZ, F., (2002). "Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açıdan Gözden Geçirme" Kriz Dergisi, 10 (17-28)

PEHLİVAN, S., KARADAKOVAN, A., (2013). "Yaşlı Bireylerde Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Tanılaması" Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2 (385-395)

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:87 K:89
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

PINAR, G. (2010). "Kanser Tedavisi Alan Hastalarda Cinsel Disfonksiyon ve Danışmanlığa İlişkin Hemşirelik Yaklaşımları" Gülhane Tıp Dergisi, 52 (241-247)

SALONIA A., et al., (2004). "Women's Sexual Dysfunction: a Pathophysiological Review" BJU Int, 93 (1156–64)

SIMEONOVA, Z., MILSOM, I., KULLENDORFF, AM., MOLANDER, U., BENGTSSON, C., (1999). "The Prevalence of Urinary Incontinence and Its Influence on the Quality of Life In Women from an Urban Swedish Population" Acta Obstet Gynecol Scand, 78 (546-51)

SUNG, S. C., LIN, Y. C., (2013). "Effectiveness of the Sexual Healthcare Education in Nursing Students' Knowledge, Attitude, and Self-Efficacy on Sexual Healthcare" Nurse education today, 33 (498-503)

ŞENTÜRK, Ş., KARA, M., (2010). "Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Risk Faktörleri" Van Tıp Dergisi, 17 (7-11)

TAŞKIN, L., (2009). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı, 8. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara. ss. 20

TERZİ, H., TERZİ, R., KALE, A., (2013). "18 Yaş Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinans Sıklığı ve Etkileyen Faktörler" Ege Tıp Dergisi, 52 (15-19)

THOMPSON, WK., CHARO, L., VAHIA, IV., DEPP, C., ALLISON, M., & JESTE, DV., (2011). "Association Between Higher Levels of Sexual Function, Activity, and Satisfaction and Self-Rated Successful Aging in Older Postmenopausal Women" J Am Geriatr Soc, 59 (1503-8)

TUĞUT, N., & GÖLBAŞI, Z., (2010). "Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kadın Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" Cumhuriyet Tıp Dergisi, 32 (172-180)

TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (TÜİK)., (2014). İstatistiklerle Yaşlılar 2014, http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=265, 20.06.2015

TÜRKİYE NÜFUS VE SAĞLIK ARAŞTIRMASI (TNSA)., (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye 2014: 19

United Nations, Department of Economic and Social Affairs (UN-DESA), (2013). World Population Ageing 2013. United Nations, New York. 2013: 9-10 http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf, 06.09.2015

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:87 K:89
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

World Association for Sexual Health (WAS)., (2014). "Declaration of Sexual Rights" http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf 05.01.2015

World Health Organization (WHO)., (2002). "Defining Sexual Health Report of a Technical Consultation on Sexual Health" Geneva. 2006 (1-5)

YAZAR NOTU: Bu derleme Bozok Üniversitesi Geriatride Güncel Hemşirelik Yaklaşımları Sempozyumu'nda (17-19 Nisan 2014) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:87 K:89
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

EXTENDED ENGLISH ABSTRACT

Aim: This article explores the factors which affect sexual health of elderly women and nursing approaches to sexual health of elderly women and other individuals. **Definition and Importance:** Old age is a period which should be assessed with all its physical, psychological and social dimensions. Depending on the decrease in birth rate and improvements in life standards over the world; population of the elderly people has been increasing rapidly thanks to prolonged life-span. However; sexual health of the elderly people in the aging global population is often ignored. In Turkey; expected life span has increased over years and has reached up to 79.4 years among women. Also; the rate of the elderly in the general population has increased to 8% for the first time. Increased life span and increased population of the elderly make female sexual health more important and require new scientific data and practices. As women age; they may suffer from some sexual problems like reduced sexual drive, poor reduced sexual arousal, poor vaginal lubrication, inability or difficulty to achieve orgasm and dyspareunia. According to the results of a study done with 1225 women at the age of 60-89 in San Diego; a negative correlation between sexual activity and function, and age was detected. Sexuality of the elderly people is affected by gender, age, chronic diseases and cultural beliefs. Particularly, when women are in question; not only chronic diseases and cultural factors but also reproductive health problems and changes affect their sexual health negatively. The most significant symptoms seen in menopause and post-menopause periods, which affect female sexual functions most and are of particular concern to female sexuality are vaginal dryness, sexual dysfunctions and urinary continence. The incidence of urinary incontinence increases in senility. Practices such as using special pads and catheters because of incontinence may cause individuals to feel that they are less attractive and therefore to feel unhappy. Diseases such as heart diseases and strokes increase anxiety both in the elderly women and their partners and thus may affect their sexual activity negatively. Physical diseases may lead to a difficult, tiring or painful coitus as detected in arthritis; a decrease in sexual drives as seen in Alzheimer disease; an annoying sexual intercourse due to vaginal infections and irritation as detected in diabetes. Also, such surgical interventions as mastectomy, hysterectomy and the changes they create reduce self-confidence of women and thus may affect their sexual life. Some medicines too may produce negative effects upon individuals' sexual functions. Further to this, cultural factors also affect sexuality in the elderly people. For women; the problem is more serious. Sexuality perceptions/judgments shaped by

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:87 K:89
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

gender roles such as “By nature; women are sexually passive while men are sexually active.”, “Women’s sexual drives are fewer than men’s sexual drives.” and “Female sexuality ends with menopause.” affect female sexuality. Besides, the biases that sexuality, sex appeal, physical attractiveness belong to young age affect sexual behaviors of the aging women. There is too much tendency which does not accept the continuance of active sexual function of elderly people in our society. But sexuality is a lifelong function and this function only slows down in old age. **Nursing Approach:** In the maintenance of sexual health; nurses have roles such as protecting individuals’ sexual health, helping minimizing sexual function damage even if their sexual function is harmed, improving ability to express sexuality, helping and counseling individuals. Although sexuality is considered to be an important part of holistic health care concept; very few nurses are able to make evaluations and appropriate interventions for this subject. It would be appropriate using the nursing process to evaluate the sexuality of elderly women, identify the risk factors and make appropriate nursing interventions for existing problems. The story about an individual’s sexual health should be questioned and nursing diagnosis must be determined. Primary nursing diagnoses related to sexual health are sexual dysfunction and ineffective sexual life. After identifying a nursing diagnosis, nursing interventions should be performed to protect and improve individual’s current level of sexual health at planning and implementation stage. Specific nursing interventions related health problems which can affect sexual health of individuals indirectly must be performed (Elimination of joint pain which can affect sexual function, etc.). Nursing interventions which improve sexual health are based on the nurse’s training and consultancy role mostly. **Results and Conclusion:** Elderly women have the right to take sexual health care as everyone does. The existing sexual dysfunctions may be caused by hormonal factors as well as diseases, cultural factors and wrong myths. Women in geriatric age undergo dyspareunia and decreased libido. Nurses have a key role for a healthy sexualty of the individuals despite all the changes in senility. Nurses must provide the elderly people with care, education and consultancy services required about sexual health. Nurses should update their sexual health information and improve training and consultancy skills about this.

JACSD
ULUSLARARASI HAKEMLİ KADIN HASTALIKLARI VE ANNE ÇOCUK SAĞLIĞI DERGİSİ
International Refereed Journal of Gynaecological Diseases and Maternal Child Health

POSTPARTUM PATERNAL DEPRESYON VE HEMŞİRELİK BAKIMI [1]

POSTPARTUM PATERNAL DEPRESSION AND NURSING CARE

Duygu GÜLEÇ ŞATIR[1], Oya KAVLAK[1]

[1] Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir /Türkiye

Öz: Ebeveynliğe geçiş hem anne hem de babalar için yaşam içerisinde önemli bir geçiş dönemidir. Bu dönem anne ve babaları psikolojik olarak ciddi düzeyde etkiler. Kadınların doğum sonrası depresyonu üzerine literatürde çok sayıda araştırma mevcuttur. Yapılan araştırmalarda babaların da psikolojik iyilik haline değinilmiş ancak az sayıda araştırma direk babalarda görülen depresyona yönelik olmuştur. Bu araştırmalarda babalarda postpartum depresyonun %2-24 arasında ortaya çıktığı, sıklıkla 3.-6. aylar arası olmak üzere postpartum ilk 12 ay içerisinde oluştuğunu, öfke atakları, duygusal katılık, öz eleştiri, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı semptomları ile kendini gösterdiği belirtilmektedir. Postpartum paternal depresyonun nedenleri incelendiğinde annelerde depresyon varlığı, sosyal destek eksikliği, düşük sosyo ekonomik durum ile anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Depresyon babalarda yenidoğan bakımı, bağlanma, ebeveynlik davranışı üzerine olumsuz etki yaparken, çocuklarda konuşmada gecikme, anksiyete, depresyon, hiperaktivite gibi davranışsal ve duygusal sorunlara yol açmaktadır. Postpartum dönemde hemşirelerin önemli rolleri bulunmaktadır. Hemşireler bu dönemde yenidoğan sağlığını değerlendirirken babaları da depresyon açısından değerlendirmeli ve uygun şekilde yönlendirmelidirler. Bu doğrultuda bu derlemenin amacı postpartum paternal depresyonun görülme sıklığı, belirti ve bulguları, risk faktörleri, etkileri ve hemşirelik bakımının önemini değerlendirmektir.

Anahtar Kelimeler: Baba, Bebek, Bağlanma, Paternal Depresyon, Hemşirelik

Abstract: The transition to parenthood is an important period for both mothers and fathers. During this period, parents are significantly affected psychologically. There are many studies in literature about postpartum maternal depression. These studies focus on fathers' mental processes but very few studies analyse the issue of paternal depression directly. These studies indicate that postpartum paternal depression prevelance ranges from 2% to 24%, occurs within the first 12 postpartum months, with the highest rates found at 3 to 6 months postpartum, includes signs and symptoms such as anger attacks, affective rigidity, self-criticism, alcohol/drug use. The causes of postpartum paternal depression are maternal depression, and lack of social support. The postpartum paternal depression affects infant care, attachment, parental behavior in fathers negatively and causes later child psychopathology such as conduct and emotional disorders, hyperactivity, and anxiety and depression, as well as language delays. Nurses have important roles in the postpartum period. Nurses should evaluate fathers for depression and guide properly when assessing the health of the newborn, In this context this review aims to assess incidence, signs and findings, risk factors and effects of postpartum paternal depression and the importance of nursing care.

Key Words: Father, Infant, Attachment, Paternal Depression, Nursing

Doi: 10.17367/JACSD.2016721961

1. *Sorumlu Yazar Duygu GÜLEÇ ŞATIR, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir/ Türkiye, duygu.gulec@ege.edu.tr* *Geliş Tarihi / Received: 07.07.2015/ Düzeltme Tarihi / Revised: 07.10.2015 / Kabul Tarihi/ Accepted: 20.08.2016 Makalenin Türü: Type of article (Derleme/ Review) Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yok / Non Etik Kurul Raporu/ Ethics Committee:Yok /None*

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:91 K:92
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

GİRİŞ

Ebeveynliğe geçiş hem anne hem de babalar için yaşam içerisinde önemli bir geçiş dönemidir. Anne ve babaları fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak önemli düzeyde etkiler. Bu dönemde yaşanan değişikliklerin kadınlar üzerine etkisine sıkça değinilmiştir (Güleç vd., 2014:54-60). Postpartum maternal depresyona yönelik yapılmış bazı çalışmalarda babaların ruhsal iyilik haline değinilmiş ancak doğrudan postpartum paternal depresyona (PPD) yönelik az sayıda çalışma bulunmaktadır (Matthey et al., 2001:175-84; Madsen and July, 2007:26-31, Bronte Tinkew et al., 2007:61-99). Duygu durum bozuklukları postpartum dönemde sık rastlanan bir sorun olup şiddeti farklı derecelerde ortaya çıkabilir. Erkeklerde de postpartum depresyon görülebileceği ve maternal depresyonla ilişkili olduğuna yönelik bilgiler mevcuttur (Goodman, 2004;26-35 Fletcher et al., 2006:461-63; Madsen and July, 2007:26-31). Bu doğrultuda bu derlemenin amacı sık değinilmeyen PPD'ye yönelik literatür bulgularını incelemektir.

GÖRÜLME SIKLIĞI

Paternal depresyona ilişkin güvenilir verileri belirlemenin, küçük gruplarda yapılan çalışmalar, kullanılan ölçüm araçları, ölçme araçlarının kesme değerlerinin ve ölçüm zamanının farklı olması gibi sebeplerden dolayı zor olduğu belirtilmektedir (Musser et al., 2013:479-85). Literatürde postpartum paternal depresyona özgü spesifik bir ölçek olmadığı, buna rağmen yapılan çalışmalarda Beck Depresyon Ölçeği, DSM IV kriterleri, Edinburg Postnatal Depresyon skalası (EPDS), Gotland Male Depression Scale (GMDS) kullanıldığı görülmektedir (Madsen and July, 2007:26-31; Matthey et al., 2001:175-184, Pinheiro, 2006:236-232, Roubinov et al., 2014:360-8; Edmondson et al., 2010:365-68)

Postpartum paternal depresyonun görülme sıklığını değerlendiren çalışmalar incelendiğinde; Goodman (2004:26-35) 20 araştırmayı değerlendirdiği sistematik derleme çalışmasında prevalansın %1.2- 25.5 arasında değiştiğini belirtmiştir. Bir meta analiz çalışmasında ise ilk kez baba olanların yaklaşık %10'unun ilk yıl içinde depresyon deneyimlediği, 3. ve 6. aylar arasında ise oranın yükseldiği saptanmıştır (Paulson and Bazemore 2010:1961-69). Matthey ve ark. (2001:175-184) EPDS' nin babalarda geçerli ve güvenilir olduğunu belirtmiş, babalarda depresyon hızını %2.9 olarak saptamıştır. Roubinov ve ark. (2014:360-68) EPDS ile değerlendirdiği çalışmada Meksika kökenli Amerikalı babalarda depresyon insidansı %9, Madsen ve July (2007:26-31) %5, Pinheiro ve ark. (2006:230-32) ise Beck Depresyon Ölçeği kullanarak değerlendirdiği çalışmada Brezilyalı babalarda oranı %11.9 olarak saptamıştır. Türkiye'de ise Serhan ve ark.(2013:279-84) %1.8 olarak saptamıştır. Araştırma bulguları benzer olmakla birlikte

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:91 K:92
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

ülkemizde, yapılan araştırmada prevalansın daha düşük olduğu görülmektedir.

BELİRTİ ve BULGULAR

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders=DSM) doğum sonu depresyonu, doğum sonrası dört hafta içinde ortaya çıkan depresif veya üzgün duygu durum, hemen hemen tüm etkinliklere karşı ilgi kaybı, önemli kilo kaybı ya da kilo alma, uykusuzluk ya da aşırı uyku hali, psiko-motor ajitasyon ya da retardasyonun olması, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması, değersizlik duygusu veya suçluluk, konsantrasyonda güçlük, tekrarlanan ölüm duyguları olarak tanımlamaktadır (Köroğlu, 2001). Bu semptomların depresif babalarda da görülebileceği belirtilmiştir (Paulson and Bazemore, 2010:1961-69; Kim and Swain 2007:35-47).

Paternal depresyon annelerde görülen depresyondan farklı olarak daha geç oluşur ve daha az belirgin bulgu verir. Bu sebeple tanılamak zordur (Kim and Swain, 2007:35-47; Wilson and Durbin, 2010:167-180).

Babalarda sosyal ortamlardan çekilme, sık öz eleştiri yapma, içe kapanıklık, öfke atakları, duygusal katılık, sinirlilik, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı, olumsuz ebeveynlik davranışları, azalmış olumlu duygular, fazla müdahalede bulunma, geri çekilme gibi belirti ve semptomlar görülebilir (Kim and Swain, 2007: 35-47; Schumacher et al., 2008: 65-70; Piccinelli and Wilkson 2000: 486-92; Wilson and Durbin, 2010: 167-180).

RİSK FAKTÖRLERİ

Paternal depresyonun oluşması annelerde olduğu gibi babalarda da bireysel ve psikososyal risk faktörlerinden önemli düzeyde etkilenir. Çocuk sahibi olmak önemli bir yaşam olayıdır ve yeni yaşama mutluluk getirirken günlük yaşamdaki değişiklikler, yeni sorumluluklar, artan ekonomik ihtiyaçlar gibi sorunlar da getirebilir. Ebeveyn olma ile ilişkili sıkıntılar özellikle ilk kez baba olanlarda şiddetli olabilir. Çünkü, bu süreçte babalar yenidoğan bakımı ya da postpartum aile düzenindeki değişimle ilgili yeterli deneyime sahip değildirler. Bazı araştırmalarda gebelik, doğum, doğum sonrası süreçle ilgili yeterli bilgisi olmayan ve ebeveynlik öz etkililiği sınırlı olan babalarda yüksek oranda depresyon gözlenmiştir (Schumacher et al., 2008:65-70; Wee et al., 2011:358-377).

Roubinov ve ark. (2014:360-68)'nın çalışmasında ilk çocuk olmasının paternal depresyonda önemli etki olduğu saptanmıştır. Babaların yenidoğan bakımına hazırlıklı olmamaları sebebiyle bakımla birden yüz yüze gelmeleri, aile çevresinin yakınlaşarak günlük aile düzeninin değişmesine sebep olduğu ve bu durumun da onları strese soktuğu belirtilmiştir. Aynı zamanda işsizlik durumu ve kötü evlilik ilişkisinin postpartum paternal depresyon

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:91 K:92
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

oluşmasını artırdığı saptanmıştır. Benzer olarak Demontigny ve ark. (2013:44-9) paternal depresyon varlığı ile ebeveynlik stresinin arttığını ve evlilik uyumunun azaldığını saptamıştır.

Düşük ekonomik durum, buna bağlı yaşanan stres ve iş kaybı postpartum depresyon için hazırlayıcı durumdur (Bronte Tinkew et al., 2007:61-69; Parke et al., 2011:1632-56). Kültürel olarak babanın primer rolü aile geçimini sağlamak olduğundan, babalar için ekonomik kaynakların hazırlığı önem taşımaktadır (Waller, 2010:102-124). Ailenin geçimini sağlama beklentisi babalarda psikolojik baskı yaratabilir ve buna bağlı ekonomik sıkıntı yaşayabilirler. (Bronte Tinkew et al., 2007:61-69; Parke et al., 2011:1632-56). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da herhangi bir işte çalışmayan babalarda depresyon varlığının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirtilmiştir (Serhan vd., 2013:279-84). Çocuğa ait ihtiyaçların da mali yük getireceği düşünüldüğünde ekonomik yapının postpartum depresyonda önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Postpartum paternal depresyonu etkileyen bir başka faktör maternal depresyondur. Matthey ve ark. (2001:175-84) eşleri ruhsal sıkıntı yaşayan babaların EPDS puanlarını daha yüksek bulmuştur. Pinheiro ve ark. (2006:232-30) postpartum dönemde anne ve babalarda depresyon durumunu incelemiş ve şiddetli maternal depresyon oluştuğunda paternal depresyonun da aynı şekilde prevalansı artmıştır. Paulson ve Bazemore (2010: 1961-69) de meta analiz çalışmasında paternal depresyonun maternal depresyon ile pozitif korelasyon gösterdiğini saptamıştır. Bununla birlikte farklı çalışmalarda da maternal depresyonun paternal depresyonda rol oynayan faktörlerden biri olduğu belirtilmiştir (Goodman, 2004:26-35; Schumacher et al.,2008:65-70; Dudley et al., 2001:187-202).

Goodman (2004:26-35) sistematik derleme çalışmasında postpartum paternal depresyonun belirleyicisi olarak önceki depresyon öyküsü, maternal depresyon varlığı (prenatal ya da postnatal), eş ilişki kalitesinin önemli olduğunu belirtmiştir.

Dennis ve Letourneau (2007:389-95) depresif annelerin eşlerinden destek alma konusunda daha memnuniyetsiz olduğunu, iletişimlerinin zayıf olduğuna inandıklarını, eşlerini ilgisiz olarak algıladıklarını, aralarındaki ilişkide sevgi ve yakınlıkta azalma olduğunu belirtmişlerdir. Bir kadının bebeğin bakımı ve ev işleri konusunda eşine güvenememesi maternal depresyon için başka bir risk faktörü olmuştur. Maternal depresyon için bu risk faktörleri baba da depresif olduğu zaman şiddetlenir. Çünkü babanın ilişkiden kendini çekme olasılığı muhtemeldir. Babaların bu geçiş döneminde eşlerinden destek alamamaları onlarda depresyon oluşma riskini ar-

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:91 K:92
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

tırabilir (Goodman, 2004:26-35; Nazareth, 2011:1-3).

Sosyal destek eksikliği depresyonda önemli bir risk faktörüdür (Dennis and Letourneau, 2007:389-95). Bu risk faktörünün paternal depresyonda da önemli bir etki olabileceği düşünülmektedir.

Farklı risk faktörleri olarak önceki gebelikte gebelik kaybı deneyimi ve ebeveynliğe geçiş döneminde babalarda düzenli ve sürekli cinsel ilişkiye giremeyeceği algısı belirtilmiştir (Demontigny et. al., 2013:44-9; Boyce et al., 2007:718-25; Condon et al., 2004:56-64).

Ayrıca 1995-2008 yılları arasında 2137 baba ile yapılan geniş örneklemli çalışmada eşinden ayrı yaşayan ya da boşanmış, çalışmayan ve madde bağımlısı olan babalarda major depresyon prevalansı anlamlı oranda yüksek saptanmıştır. Ayrıca depresyon ile eş ilişki kalitesi arasında anlamlı düzeyde negatif ilişki saptanmıştır (Bronte-Tinkew et. al., 2007:61-69).

PATERNAL DEPRESYONUN ETKİLERİ

Ailede bir ebeveyn depresif olduğu zaman çocuk da aile içerisinde tehdit altındadır ve gelişimi de tehlikeye girer. Maternal depresyonun paternal depresyona da neden olan bir faktör olduğu düşünüldüğünde her iki ebeveynin de depresif olması çocuk gelişimi açısından daha riskli bir ortam yaratabilir.

Ebeveyn depresyonu ve ebeveyn çocuk etkileşimi arasındaki ilişkiye yönelik araştırmalar genel olarak annelerle yapılmıştır. Ancak son yıllarda küçük örneklemlerde ve az sayıda paternal depresyonun ebeveyn davranışları, çocuk gelişimi üzerine etkisine yönelik araştırmalara da rastlanmaktadır (Paulson, et al., 2009:659-68; Ramchandani, et al., 2008;390-98).

Paternal depresyonun aile, yenidoğan ve çocuk gelişimi üzerine etkisini inceleyen çalışmalarda; aile stresinde artma, ebeveyn- bebek bağlanma sorunları, duygusal sorunlar, çocuklarda davranış bozuklukları, hiperaktivite gibi ileriki dönemlerde görülebilecek psikopatolojik sorunlar olabileceği belirtilmiştir (Davis et al., 2011:612-18; Paulson et al., 2006:659-68; Ramchandani et al.,2005; Ramchandani et al., 2008:390-98; Van den Berg et al., 2009:96-103).

Wilson ve Durbin (2010:167-180) paternal depresyonun ebeveyn davranışları üzerine etkisini değerlendirdiği meta analiz çalışmasında; babalarda düşük oranda olumlu ancak yüksek oranda olumsuz ebeveynlik davranışları olduğu saptanmış, depresyonun ebeveynlik davranışları üzerine anlamlı düzeyde zararlı etkisi olduğu belirtilmiştir.

Ramchandani ve ark. (2005:2201-5)'nın 8431 baba ile yapmış olduğu prospektif çalışmada babalara sekinci hafta ve 21. ayda postpartum depresyon taraması yapılmıştır. Çocuk-

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:91 K:92
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

lar 3.5 yaşına geldiklerinde değerlendirilmiş ve duygusal sorunlar, davranışsal sorunlar ve hiperaktivite olarak üzere üç sorun alanı tespit edilmiştir. Bu üç alandaki yüksek puanlarla paternal depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Özellikle erkek çocuklarda davranışsal problemler oluşmasında riskin arttığı belirtilmiştir. Benzer olarak Ramchandani ve ark. (2008:390-98) paternal depresyonun yenidoğan ve çocuk gelişimi üzerine etkisi karşılaştırdığı çalışmasında prenatal ve postnatal depresyon yaşayan babaların çocukları üç, beş ve yedi yaşında değerlendirilmiş ve duygusal, davranışsal, hiperaktivite ve prososyal problemler yaşadıkları belirlenmiştir. Özellikle erkek çocuklarda davranış problemleri görülmesinin anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun sebebinin erkek çocukların, babalarının ebeveynlik davranışlarına karşı daha hassas olması olarak belirtilmiştir.

Paulson ve ark. (2009:254-62) PPD ile çocuklarının 24. ayında dil gelişimi arasındaki ilişkiyi değerlendirmiş ve PPD'nin çocukların anlamlı kelime kurabilmesini negatif etkilediğini saptamıştır Araştırma sonuçlarına göre PPD'nin baba-bebek arasındaki etkileşimi ve ileri dönemde çocuklarda duygusal, davranışsal ve dil gelişimini olumsuz etkilediği söylenebilir.

Van den Berg ve ark. (2009:96-103)'nın çalışmasında gebeliğin 20. haftasında paternal depresif semptomlarla doğum sonrası ikinci ayda yenidoğanın aşırı ağlaması arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu doğrultuda paternal depresyonun gebelik döneminde görülebileceği ve doğum sonrası yenidoğanı olumsuz olarak etkileyebileceği söylenebilir.

Depresif babaların çocuklarıyla olan ilişkilerinin değerlendirildiği çalışmada babaların çocuklarıyla daha az ilişki kurdukları, çocuklarına daha az hikaye okudukları ifade edilmiştir (Bronte Tinkew et al., 2007:61-99; Davis et al., 2011:612-18). Paulson ve ark. (2006:659-68) annelerde %14, babalarda %10 oranında depresyon tespit ettiği çalışmalarında anne ve babalarda depresyon semptomları ile çocuklarına karşı olumlu etkileşim aktiviteleri (hikaye okuma, hikaye anlatma, şarkı söyleme gibi) arasında negatif ilişki saptarken ebeveynlik davranışlarına ilişkin olumsuz etki ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Depresif babaların bebeklerine daha az şarkı söyledikleri ve bebekle ev dışında daha az vakit geçirdikleri saptanmışlardır. Depresif bireylerde üzgün duygu durum ve etkinliklere karşı ilgi kaybı olabilmektedir (Köroğlu, 2011). Bu tür belirtiler göz önünde bulundurulduğunda depresif babaların da çocuk ile etkileşime girmemelerinin beklenen bir durum olduğu düşünülmektedir. Bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda babalarda oluşabilecek depresyonun taranması ve önlenmesinin yenidoğan ve çocuk gelişimi sonuçları açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:91 K:92
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

HEMŞİRENİN ROLÜ

Paternal depresyonun görülme sıklığı ve etkileri düşünüldüğünde aile üyeleriyle karşılaşan, onları değerlendiren ve müdahale fırsatı olan hemşirelere bu dönemde önemli roller düşmektedir.

Antenatal dönemde yaşanan depresyonun postpartum depresyon açısından da bir risk faktörü olması sebebiyle hemşireler gebelik döneminden başlayarak bu riskli bireyleri izlemeleri gerektiğinin bilincinde olmalıdır.

Paternal depresyonun diğer risk faktörleri göz önünde bulundurulduğunda hemşireler özellikle ilk çocuğu olan, ekonomik durumu yetersiz olan, sosyal desteği olmayan, eşi depresif olan babaları gebelik, doğum ve doğum sonu süreçlerde karşılaştıklarında depresyon açısından iyi değerlendirmeli ve uygun şekilde yönlendirmelidirler.

İlk kez baba olanların gebeliğin başlangıcındaki stres kaynaklarıyla baş edebilmeleri için hemşireler babalara ebeveynlik sınıflarını önerebilir. Ebeveynlik sınıfları babalara yenidoğanın ihtiyaçlarını fark etme yollarını, beslenme ve alt değiştirme gibi fiziksel bakımlara nasıl yardım edeceklerini öğretir. Bebek bakım becerileri için babaları güçlendirmek özgüven ve motivasyonun artmasını sağlayabilirler (Genesoni and Tallandini, 2009:305-18). Maternal depresyonda destek gruplarının önemli olduğu da belirtilmiştir (Dennis and Letourneau, 2007:389-95). Babalara da kendileriyle benzer şekilde aynı deneyimleri yaşayan diğer babalarla bir araya gelerek destek grupları oluşturulması önerilebilinir.

Denniz ve Dowswell (28:1-17) postpartum depresyonun önlenmesinde psikososyal ve psikolojik görüşmelerin etkisini değerlendirdiği meta analiz çalışmasında bu dönemde hemşire ve ebeler tarafından sağlanan, bireyselleştirilmiş, yoğun ev ziyaretlerinin, eş zamanlı telefon ziyaretlerinin ve kişiler arası psikoterapiyi içeren psikososyal ve psikolojik müdahalelerin depresyon gelişmesini azaltmada etkili olduğunu belirtmiştir. Bu tür müdahalelerin babalara yönelik de yapılmasının ve özellikle ev ziyaretlerinin babaların da evde olduğu zamanlarda yapılmasının PPD oluşmasını önlemede etkili olabileceği düşünülmektedir.

Erkeklerde depresyon tedavisi için kanıta dayalı uygulamalar genellikle farmakolojik ve psikolojik terapilerin yararlarına işaret etmektedir (Nazareth, 2011:1-3). Bu tedaviler kanıta dayalı olmasına rağmen PPD ve çocuğa etkileri sebebiyle daha fazla çalışmaya gerek olduğu belirtilmektedir. En etkili tedavi planı için değerlendirmeler babada depresyonun şüpheli nedenlerine odaklı olmalıdır. Örneğin; eğer yetersiz ebeveynlik davranışları paternal depresyona sebep oluyorsa tedavi olumlu ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesine odaklı olmalıdır. Eğer depresif duygu

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:91 K:92
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

durum mevcut ise antidepresanlar ya da bilişsel davranışçı terapi uygun olabilir. (Nazareth, 2011:1-3). Hemşirelere bu tedavi planında babayı bilgilendirme, tedavi süresince destekleme, bebekle iletişim ve etkileşimi değerlendirme açısından önemli görevler düşmektedir.

Sosyal ve duygusal destek, ruhsal sıkıntı ve hastalıkların yönetiminde önemli bileşenlerdir. Çiftlere odaklanan ve olumlu eş ilişkisinin önemi vurgulanan görüşmeler faydalı olabilir. Bu sebeple hemşirelere ulaşılabilinir olmalı ve ilk defa baba olanların duygularını paylaşmalıdırlar (Halle et al., 2008: 57-70).

Postpartum dönemde anne ve çocuklara daha çok odaklanıldığı için babaların da bu dönemde depresyon yaşayabileceği, depresyonun belirti ve bulguları ve etkileri konusunda hemşirelere hizmet içi eğitimlerde bilgi verilmelidir.

SONUÇ

PPD görülme sıklığı annelere göre daha düşük olmakla birlikte etkileri önemli düzeydedir. Postpartum depresyon özellikle çocuğun gelişimi olmak üzere, aile ve dolayısıyla toplum üzerine önemli etkileri olan bir sağlık sorunudur. Özellikle ülkemizde daha fazla sayıda paternal depresyona yönelik araştırma yapılmasının bulguları güçlendirmek amacıyla önemli olduğu düşünülmektedir.

Çocuğun gelişimi açısından risk yaratan bir durum olması sebebiyle riskli ebeveynler antenatal dönemde değerlendirilmeye başlanmalı, postpartum izlemlerde babalar da depresyon açısından değerlendirilmeli, sık tarama yapılmalıdır. Depresyonun çocuk üzerine olan etkisi açısından erken dönemde teşhis ve tedavi büyük önem taşımaktadır. Bununla birlikte doğuma hazırlık sınıflarının yaygınlaştırılması, bu sınıflara baba katılımlarının artması sağlanarak babaların antenatal, doğum ve postpartum süreçle ilgili yeterli bilgilendirilmeli ve rollere ilişkin kendilerini hazırlaması depresyon eğilimini azaltabilir.

KAYNAKLAR

BOYCE, P., CONDON, J., BARTON, J., CORKINDALE, C., (2007). "First-Time Fathers' Study: Psychological Distress in Expectant Fathers During Pregnancy" Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 41 (718–25)

BRONTE TINKEW, J., MOORE, K.A., MATTHEWS, G., CARRANO, J., (2007). "Symptoms of Major Depression in a Sample of Fathers of Infants: Sociodemographic Correlates and Links to Father Involvement" Journal of Family Issues, 28 (61-99)

CONDON, J.T., BOYCE, P., CORKINDALE, C.J., (2004). "The First-Time Fathers Study: a Prospective Study of the

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:91 K:92
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Mental Health and Well Being of Men During the Transition to Parenthood" Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 38 (56–64)

DAVIS, R. N., DAVIS, M. M., FREED, G.L., CLARK, S. J., (2011). "Fathers' Depression Related to Positive and Negative Parenting Behaviors with 1-year-old Children" Pediatrics, 127(612-618)

DEMONTIGNY, F.,, GIRARD M. E., LACHARITE, C., DUBEAU, D., DEVAULT, A., (2013). "Psychosocial Factors Associated with Paternal Postnatal Depression" J Affect Disord, 15 (44-9)

DENNIS, C. L., LETOURNEAU, N., (2007). "Global and Relationship Specific Perceptions of Support and the Development of Postpartum Depressive Symptomatology" Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 42 (389-95)

DENNIS, C.L., DOWSWELL, T., (2013). "Psychosocial and Psychological İnterventions for Preventing Postpartum Depression" Cochrane Database Syst Rev, 28 (1-17)

DUDLEY, M., ROY, K., KELK, N., BERNARD, D., (2001). "Psychological Correlates of Depression in Fathers and Mothers in the first Postnatal Year" J Reprod Infant Psychol, 9 (187-202)

EDMONDSON, O.J., PSYCHOGIOU, L., VLACHOS, H., NETSI, E., RAMCHANDANI, P. G., (2010). "Depression in Fathers in the Postnatal period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a Screening Measure" Journal of Affective Disorders, 125 (365–68)

FLETCHER, R.J., MATTHEY, S., MARLEY, C.G., (2006). "Addressing Depression and Anxiety Among New Fathers" The Medical Journal of Australia, 185 (461-63)

GENESONI, L., TALLANDINI M.A., (2009). "Men's Psychological Transition to Fatherhood: An Analysis of the Literature, 1989-2008" Birth 36 (305-18)

GOODMAN, J. H., (2004). "Paternal Postpartum Depression, its Relationship to Maternal Postpartum Depression, and Implications for Family Health" J Adv Nurs 45 (26-35)

GÜLEÇ D, KAVLAK O, SEVİL Ü., (2014). "Ebeveynlerin Doğum Sonu Yaşadıkları Duygusal Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı" Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 11 (54-60)

HALLE, C., DOWD, T., FOWLER, C., RISSEL, K., HENNESSY, K., MACNEVIN, R. (2008). "Supporting Fathers in the Transition to Parenthood" Contemporary Nurse, 31 (57-70)

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:91 K:92
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

KIM, P., SWAIN, J., (2007). "Sad Dads; Paternal Postpartum Depression" Psychiatry, 4 (35-47)

KÖROĞLU, E., (2001). Ruhsal bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı. (DSM-5-TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Ankara. ss.152-153

MADSEN, S. A., JULY, T., (2007) "Paternal Depression in the Postnatal Period Assessed with Traditional and Male Depression Scales" JMHG, 4 (26–31)

MATTHEY, S., BARNETT, B., KAVANAGH, D., HOWIE P., (2001) "Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for Men, and Comparison of Item Endorsement with Their Partners" Journal of Affective Disorders ,64 (175–84)

MUSSER, A.K., AHMED, A.H., FOLI, K.J., CODDINGTON, J.A., (2013). "Paternal Postpartum Depression: What Health Care Providers Should Know" J Pediatr Health Care, 27 (479-85)

NAZARETH, I., (2011). "Should Men Be Screened and Treated for Postnatal Depression" Expert Rev Neurother, 11(1-3)

PARKE, R.D., COLTRANE S., DUFFY, S., BURIEL, R., DENNIS, J., POWERS, J., FRENCH, S., WIDAMAN, K.F., (2004). "Economics Tress, Parenting, and Child Adjustment in Mexican American and European Families" Child Development, 75 (1632–56)

PAULSON, J., KEEFE, H., LEIFERMAN, J., (2009). "Early Parental Depression and Child Language Development" Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50 (254-262)

PAULSON, J.F., BAZEMORE, S.D., (2010). "Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association with Maternal Depression:a Meta-Analysis" Journal of American Medical Association, 19 (1961-69)

PAULSON, J. F., DAUBER, S., LEIFERMAN, J.A., (2006) "Individual and Combined Effects of Postpartum Depression in Mothers and Fathers on Parenting Behavior. Pediatrics 118 (659-68)

PICCINELLI, M., WILKINSON, G., (2000). "Gender Differences in Depression. Critical Review" British Journal of Psychiatry, 111 (486–92)

PINHEIRO, R.T., MAGALHA es, P.V.S., HORTA, B.L., PINHEIRO, K.A.T., da SILVA, R.A., PINTO, R.H., (2006). "Is Paternal Postpartum Depression Associated with Maternal Postpartum Depression? Population-Based Study in Brazil" Acta Psychiatr Scand, 113: (230-32)

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:91 K:92
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

RAMCHANDANI, P., STEIN, A., EVANS, J., O'CONNOR, T.G., ALSPAC, STUDY TEAM, (2005). "Paternal Depression in the Postnatal Period and Child Development: a Prospective Population Study" Lancet, 365 (2201-5)

RAMCHANDANI, P.G., STEIN, A., O'CONNOR, T.G., HERON, J., MURRAY, L., EVANS, J., (2008). "Depression in Men in the Postnatal Period and Later Child Psychopathology: a Population Cohort Study" Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47 (390–98)

ROUBINOV, D.S., LUECKEN, L.J., CRNIC, K.A., GONZALES, N.A., (2014). "Postnatal Depression in Mexican American Fathers: Demographic, Cultural, and Familial Predictors" J Affect Disord,152-154 (360-68)

SCHUMACHER, M., ZUBARAN, C., WHITE, G., (2008). "Bringing Birth Related Paternal Depression to the Fore" Women and Birth, 21 (65-70)

SERHAN, N., EGE, E., AYRANCI, U., KOSGEROGLU, N., (2013) "Prevalence of Postpartum Depression in Mothers and Fathers and Its Correlates" J Clin Nurs 22 (279-84)

VAN DEN BERG, M. P., VAN DER ENDE, J., CRIJNEN, A.A., JADDOE, V.W., MOLL, H.A., MACKENBACH, J.P., HOFMAN A., HENGEVELD M.V.,TIEMEIER H., VERHULST, F. C., (2009). "Paternal Depressive Symptoms During Pregnancy are Related to Excessive Infant Crying" Pediatrics, 124 (96-103)

WALLER, M.R., (2010). "Viewing low- income fathers' ties to families through a cultural lens: insights for research and policy" Annals of the American Academy of Political and Social Science, 629 (102-124)

WEE, K.Y., SKOUTERIS, H., PIER, C., RICHARDSON, B., MILGROM, J., (2011). "Correlates of Ante- and Postnatal Depression in Fathers: a Systematic Review" Journal of Affective Disorders, 130 (358-377)

WILSON, S., DURBIN, C. E., (2010). "Effects of Paternal Depression on Fathers' Parenting Behaviors: A Meta-Analytic Review" Clinical Psychology Review, 30 (167-180)

Yazar Notu: Makale 18-19 Aralık 2014 tarihinde İzmir'de düzenlenen 1. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi'nde bildiri olarak sunulmuştur.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:91 K:92
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

EXTENDED ABSTRACT

Definition and Importance Transition to parenthood is an important period both for mothers and fathers within life. Mothers and fathers are physically, mentally and socially affected in a significant way. The impact of the changes on women experienced in this period has been mentioned frequently. Fathers' spiritual well-being has been mentioned in some studies conducted in relation to postpartum maternal depression, but there are a few studies directly related to postpartum paternal depression (PPD). **Aim:** The aim of this review is to investigate the literature findings related to Postpartum Paternal Depression. **Findings:** One of the studies evaluating the prevalence of postpartum paternal depression was conducted by Goodman (2004:26-35). In a meta-analysis research, it was determined that approximately 10% of those who had become fathers for the first time experienced depression within the first year and that the rate increased between 3rd and 4th months. Matthey et al. (2001:175-184) stated that EPDS is valid and reliable for fathers and determined the speed of depression as 2.9 % for fathers. While the research findings are similar, it is seen in the research done in our country that prevalence is lower. Paternal depression, as distinct from the depression seen in mothers, occurs late and has fewer explicit findings. Such signs and symptoms as social isolation, frequent self-criticizing, introversion, fits of rage, affective rigidity, irritability, alcohol and drug addiction, negative parenthood behaviours, decreased positive emotions, and making much intervention can be observed. Occurrence of paternal depression is significantly affected by individual and psychosocial risk factors in fathers, just like in mothers. In some studies, high incidence of depression has been observed in fathers who do not have enough information about prenatal, natal and postnatal processes and have limited parental self-efficacy. In the study by Roubinov et al. (2014:360-68), it has been determined that having a first child has an important effect on paternal depression. At the same time, it has been determined that unemployment and unhappy married life increase the formation of postpartum paternal depression. Low socioeconomic status and the stress experienced accordingly are preparatory for postpartum depression. Another factor affecting paternal depression is maternal depression. Also in an extensively sampled study conducted with 2137 fathers between 1995 and 2008, the prevalence of major depression was determined as meaningfully high in fathers who lived separated from their wives or divorced, were unemployed and substance addicted. In the studies that examined the effect of paternal depression on family, newborn and child development, it was stated that psychopat-

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:91 K:92
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

hological problems such as increase in family stress, parent-newborn attachment problems, emotional problems, behavioural disorders in children and hyperactivity can be seen in later years. It was determined that the occurrence of behavioural problems especially in male children is meaningfully high. Paulson et al. (2009:254-62) evaluated the relationship between PPD and language development of children in the 24th month, and determined that PPD negatively affects children in producing meaningful words. According to the research results, it can be said that PPD negatively affects the interaction between father and baby and children's emotional, behavioural and lingual development. In their studies, Van den Berg et al. (2009:96-103) determined a meaningful relationship between paternal depressive symptoms in the 20th week of pregnancy and the newborn's excessive crying in the 2nd postpartum month. **Conclusion:** Considering prevalence and effects of paternal depression, nurses, who come across with family members, evaluate them and have the opportunity to interfere, and have important roles in this period. As it is a condition that creates a risk to the child's development, risky parents should begin to be evaluated in the antenatal period, fathers should also be evaluated for depression during postpartum follow-ups and frequent scanning should be made. Early diagnosis and treatment have a great importance in terms of the effect of depression on child's development. However, childbirth preparation classes should be extended, fathers' participation to these classes should be ensured to increase, they should be adequately informed about antenatal, delivery and postpartum period and be ensured to prepare themselves in relation with the roles. Thus it may decrease the tendency of depression. Because the depression experienced during antenatal period is a risk factor for postpartum depression as well, nurses should be conscious of the necessity to follow these risky individuals starting from the pregnancy period. When considering the other risk factors of depression, nurses should evaluate and properly guide the fathers who especially have their first babies, have inadequate economic status, do not have social support and are married to depressive wives when they come across with these fathers during prenatal, birth and postnatal periods.

JACSD
ULUSLARARASI HAKEMLİ KADIN HASTALIKLARI VE ANNE ÇOCUK SAĞLIĞI DERGİSİ
International Refereed Journal of Gynaecological Diseases and Maternal Child Health

İNFERTİL KADINLARIN YAŞADIKLARI ŞİDDET BOYUTLARI [1]

DIMENSIONS OF VIOLENCE TOWARDS TO INFERTILE WOMEN

Özge BAYDAR[1], Emre YANIKKEREM[1]

[1] Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Manisa/ Türkiye

Öz: Aile içi şiddet yaygın ve küresel bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre her üç kadından biri yaşamlarının bir döneminde şiddete maruz kalmaktadır. Medikal bir sağlık sorunu olan infertilite dünyada çiftlerin yaklaşık %8 ile %12'sinde görülmektedir. Çocuk sahibi olma bazı toplumlarda önemli bir amaç olarak görülmesi nedeniyle çiftlerin ilişkilerini infertilite olumsuz etkileyebilmektedir. Özellikle erkeğin baskın olduğu toplumlarda kadın infertiliteden sorumlu tutulmaktadır. Bu derlemede, infertil kadınların yaşadıkları şiddet türleri ile ilgili 2008-2015 yılları arasında Google Akademik ve Pubmed yoluyla tam metnine ulaşılan 30 çalışma incelenmiştir. Çalışmalarda infertilitenin şiddete maruz kalmada bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Kadınların bir çoğunun infertilite tanısı aldıktan sonra ilk kez şiddete maruz kaldığı belirtilmektedir. İnfertil kadınlarda en yaygın şiddet türü psikolojik şiddet olup, İran'da %74.3, Türkiye'de %63.4 ve Nijerya'da %54.4 olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte, yapılan çalışmalarda fiziksel, duygusal, ekonomik ve cinsel şiddete uğrama infertil grupta fertil gruba göre daha yüksektir. Araştırmalar eşleri tarafından istismar edilen kadınların zihinsel ve fiziksel morbidite, intihar veya intihar girişimi riskine sahip olduklarını göstermektedir. Sonuç olarak hemşire ve sağlık bakım profesyonelleri infertil çiftlere bakım verirken aile içi şiddeti göz önünde bulundurmalı, cinsiyete bağlı eşitsizlikler konusunda toplumun farkındalığını artırmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kadın, Şiddet, İnfertilite

Abstract: Domestic violence is a widespread and global health problem. According to World Health Organization Report, across the world, one out of every three women is exposed to violence, forced for sex, or abused at some time in her life. Infertility is a medical problem which affects 8- 12% of the couples worldwide. Childbearing is an important goal in many Islamic societies and a couple's relationship can be affected negatively by infertility. Childbearing is an important goal specifically in male-dominated societies, so women are regarded as responsible for fertility. In this paper, 30 full texts published on Pubmed and Google Academic between 2008-2015 were reviewed for the dimensions of violence against infertile women. In the studies, it was stated that infertility is a risk factor for violence. Most women reported to experience domestic violence for the first time right after their diagnosis of infertility. Psychological violence is the most common type of violence among infertile women, and the rates for the prevalence of psychological violence in different countries are as follows: 74.3% in Iran, 63.4% in Turkey and 54.4% in Nigeria. Moreover, in the studies; physical, emotional, economic and sexual violence were reported to be more frequent among infertile women than the fertile ones. It was also pointed out that women abused by their partners face the risks of developing mental and physical disorders, committing or attempting suicide. Therefore, nurses and health care professionals should identify abused women while treating infertile couples and raise the public awareness of gender-related inequalities.

Key Words: Woman, Violence, Infertility

Doi: 10.17367/JACSD.2016721960

1. *Sorumlu Yazar Özge BAYDAR, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Manisa/ Türkiye ozgebydr_19@hotmail.com Geliş Tarihi / Received: 28.12.2015/ Düzeltme Tarihi / Revised:03.05.2016 / Kabul Tarihi/ Accepted: 20.08.2016 Makalenin Türü: Type of article (Derleme/ Review) Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yok / Non Etik Kurul Raporu/ Ethics Committee:Yok /None*

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:113 K:115
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

GİRİŞ

Tarihin her döneminde ortaya çıkan kadına yönelik şiddet günümüzde sıkça görülen ve gün geçtikçe daha fazla tartışılır hale gelen sosyal bir sorundur. Toplumların yapıları ve alışkanlıkları değişse de kadına yönelik şiddet tüm dünyada artış göstermektedir.

Kadına yönelik şiddet, çoğu ülkede olduğu gibi Türkiye'de de güncelliğini koruyarak sosyal bir sorun olmaya devam etmektedir. Dünya genelinde tüm kadınlar ülke, etnik köken, sınıf, din, ekonomik ve/veya sosyal statü farkı olmaksızın şiddete maruz kalma riski ile karşı karşıya kalmaktadır (Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2015). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2013 yılında bölgelere göre şiddet yaygınlığını yayımladığı raporda fiziksel ve/veya cinsel şiddetin %30 olduğu, Afrika, Doğu Akdeniz ve Güneydoğu Asya bölgelerinde şiddet yaygınlığının diğer bölgelerden daha fazla olduğu belirtilmektedir (Pallitto et al., 2013:3-9). Avrupa Birliği üyesi 28 ülkede 2013 yılında yapılan kadına yönelik şiddet araştırmasının sonuçlarına göre Avrupa Birliğine üye ülkelerde her 3 kadından birinin, 15 yaşından sonra en az bir kez fiziksel veya cinsel şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (Violence Against Women: An EU-Wide Survey, 2013). Türkiye'de araştırma sonuçlarına göre kadınların %44'ünün duygusal şiddete, %36'sının fiziksel şiddete, %30'unun ekonomik şiddete, %12'sinin cinsel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (Türkiye' de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2015).

Eşler arasında biyolojik, psikososyal, ekonomik, etik ve kültürel boyutlarda önemli sorunlara neden olan infertilite (Oğuz, 2004:1-109; Yanıkkerem vd., 2008:112) DSÖ tarafından üreme çağındaki çiftlerin en az bir yıl boyunca herhangi bir korunma yöntemi kullanmaksızın düzenli cinsel ilişkisine rağmen kadının gebe kalamaması olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2009). Dünya'da infertilite oranları ülkelere göre farklılık göstermekte ve küresel olarak 80 milyondan fazla kişiyi etkilediği öngörülmektedir (Ramezanzadeh et al., 2011:17). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2009 verilerine göre infertilite sorunu olan 2 milyon kişi olduğu saptanmıştır (Yılmaz ve Yardımcı, 2015:3).

Çocuk sahibi olma yeteneği toplumlarda kadın ve erkek için cinsel gücün bir belirleyicisi olarak görülmekte ve çoğunlukla bu yeteneğin bozulmasından kadın sorumlu tutulmaktadır (Peterson et al., 2003:65; Günay vd., 2005:107; Karaca ve Ünsal, 2012:82). Annelik toplumlarda kadın için primer görev olarak görülmekte bu nedenle infertilite durumunda en büyük baskıyı kadın yaşamaktadır. İnfertil kadınlar toplumsal eşitsizlik ve adaletsizliklerden daha fazla etkilenmekte hatta şiddete maruz kalmaktadır (Peterson et al., 2003:59-70).

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:113 K:115
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Pakistan'da 2013 yılında 378 kadın ile yapılan bir çalışmada infertilite şiddet için risk faktörü (%20) olarak bulunmuş olup (Bibi et al., 2014:123) aynı ülkede başka bir çalışmada kadınlar infertil oldukları için eşleri tarafından sözel, duygusal ve fiziksel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Mumtaz et al., 2013:3). Afrika'da yapılan bir çalışmada çiftlerin çoğunluğu çocuk olmadığında evde barış ve sevginin olmayacağını ifade etmiş aynı çalışmada aile içi şiddet görülme oranı infertil kadınlarda daha fazla bulunmuştur (Dhont et al., 2011:625). İran'da 247 infertil kadın ile yapılan çalışmada kadınların %61.8' inin aile içi şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (Ardabily et al., 2011:16)Nijerya'da 2012-2013 yıllarında 170 infertil kadın ile yapılan bir diğer çalışmada kadınların %31.2'si infertil oldukları için eşleri tarafından şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (Aduloju et al., 2015:67).

Ülkemizde 2009 yılında Ankara'da 228 infertil ve 204 fertil kadın ile yapılan bir çalışmada infertil kadınların duygusal, ekonomik ve cinsel şiddete daha fazla maruz kaldıkları bulunmuştur (Akyuz et al., 2013:286-93). Van'da yapılan bir çalışmada da yaklaşık üç kadından birinin (%33.6) aile içi şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Şiddete maruz kalan kadınların %78'i şiddete infertil tanısını aldıktan sonra ilk kez maruz kalmıştır (Yıldızhan vd., 2009:110-2).

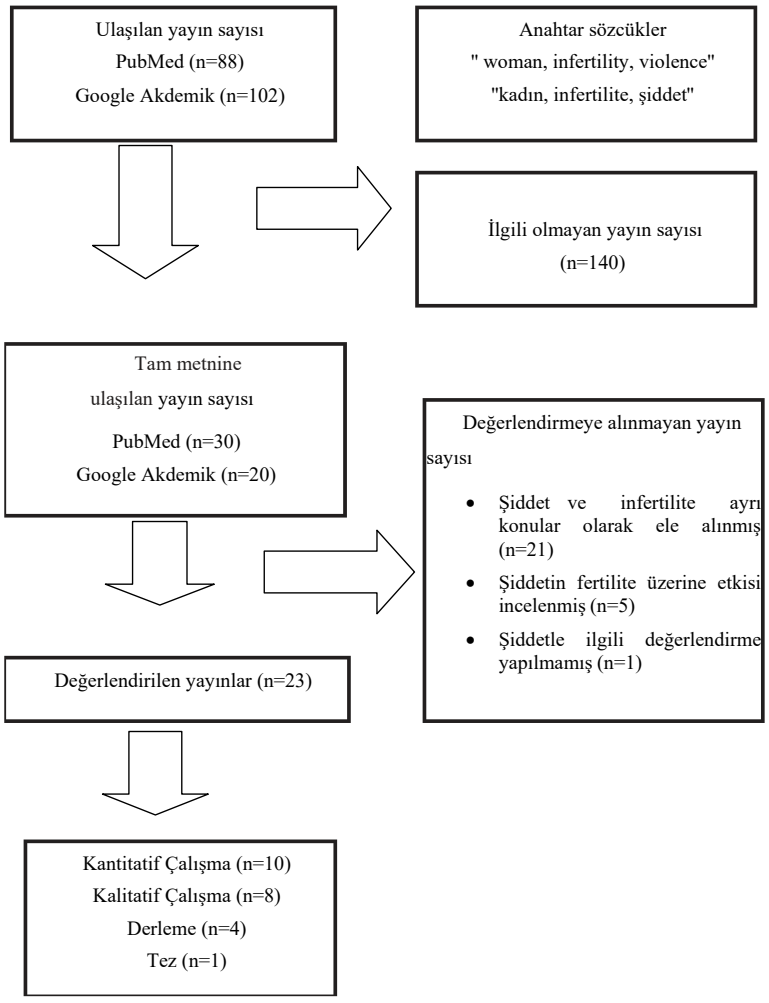
Gelişmiş toplumlarda gönüllü olarak çocuk sahibi olmama normal karşılanırken (Greil et al., 2010:146), gelişmekte olan ülkelerde (İran gibi) doğurganlık kadının kimlik kazanması olarak görülebilmektedir (Hasanpoor-Azghdy et al., 2015:410). Özellikle gelişmemiş ülkelerde anne olmak kadının statüsünü artırdığı için çocuğu olmayan kadınlar toplum tarafından baskıya maruz kalmakta ve hatta bazen ikinci sınıf insan muamelesi görebilmektedir (Yıldızhan vd., 2009:110-2). Şiddet kültür, dini inanış, ülke politikaları ve daha pek çok faktörden etkilenen bir olgu olup (Hasanpoor-Azghdy et al., 2015:410), infertil kadınlarda aile içi şiddet ile ilgili risk faktörleri yapılan araştırmalar ışığında incelendiğinde; gelir seviyesi düştükçe şiddetin artığı (Sheikhan et al., 2014:6; Hasanpoor-Azghdy et al., 2015:413), genç yaşta evli olan kadınların ileri yaştaki kadınlara göre daha fazla şiddete maruz kaldığı (Sheikhan et al., 2014:4), eşin etnik kökeni ile şiddet uygulaması arasında ilişki olabileceği (Sheikhan et al., 2014:6), zorla yaptırılan evliliklerde ve eşi işsiz kadınlarda şiddetin daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Ardabily et al., 2011:16).Kadın ve erkeğin eğitim seviyesi artıkça aile içi şiddetin azaldığını belirten çalışmalar bulunmakla birlikte (Dhont et al., 2011:625; Hasanpoor-Azghdy et al., 2015:413) eğitim düzeyi ile şiddet arasında bir ilişki olmadığını belirten (Ardabily et al., 2011:16) çalışmalarda bulunmaktadır. Dini inanışı gereği çocuk sahibi olmayı ilahi

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:113 K:115
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

boyutuyla değerlendiren ailelerde sosyo-ekonomik düzeyi düşük olsa dahi fiziksel şiddet ve damgalanmanın daha az görüldüğü de belirtilmektedir (Hasanpoor-Azghdy et al., 2015:414). Bu çalışmada ilahi boyutuyla kastedilen çocuk sahibi olmanın Yaradanın takdirine bağlı olduğudur.

İnfertil kadına yönelik şiddet kadının fiziksel ve mental sağlığı açısından ciddi sorunlara yol açabilmektedir (Akyuz et al., 2013:292; Hasanpoor-Azghdy et al., 2015:409-20). Yapılan çalışmalarda şiddete uğrayan kadınların intihara eğilimli oldukları bulunmuştur (Jackson, 2011:21; Ali et al., 2012:581). Bu nedenle infertil kadının yaşadığı şiddet boyutlar dikkate alınması gereken önemli bir konudur.

Şekil 1. Çalışmaya Dâhil Edilen ve Edilmeyen Yayınların Seçim Şeması



JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:113 K:115
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Bu derlemenin amacı, infertil kadınların yaşadıkları şiddet türleri ile ilgili 2008-2015 yılları arasında Google Akademik ve Pubmed yoluyla yapılan çalışmaların incelenmesidir. Veri tabanlarına ‘’woman, infertility, violence, ‘’ anahtar kelimeleri yazılmıştır. Şekil 1’de görüldüğü gibi 190 kaynak görüntülenmiş infertil kadınların yaşadıkları şiddet boyutları ile ilgili tam metnine ulaşılan 10 kantitatif 8 kalitatif araştırma makalesi, 4 derleme, 1 tez incelenmiştir. Yapılan araştırmalar Tablo 1 ve Tablo 2 de özetlenmiştir. Bu derlemede kadınların yaşadıkları şiddet tipleri fiziksel şiddet, psikolojik şiddet, boşanmak için tehdit edilme ve aldatılma, cinsel şiddet, ekonomik şiddet, toplumsal şiddet başlıkları altında ele alınmıştır.

1. Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet infertil kadınlar arasında psikolojik şiddetten sonra en çok uygulanan şiddet türüdür (Dhont et al., 2011:623-9; Ardabily et al., 2011:15-7; Sheikhan et al., 2014:1-9 ; Aduloju et al., 2015:66-9). Araştırmalarda genellikle cinsel şiddetle beraber görülebilen fiziksel şiddetin kadın veya eşinin ailesi tarafından uygulandığı ve kadının infertilite tedavisine uyumunu zorlaştırdığı bulunmuştur (Mumtaz et al., 2013:5; Dhont et al., 2011:623-9).

Afrika’da yapılan bir çalışmada fertil kadınlarda fiziksel şiddete uğrama oranı %16 iken infertil kadınlarda %23, fiziksel olarak yaralanma fertil kadınlarda %1 iken infertil kadınlarda %14 olarak bulunmuştur (Dhont et al., 2011:625). İran’da infertil kadınlarla yapılan bir çalışmada fiziksel şiddet %14, şiddete bağlı yaralama %6 bulunmuş (Ardabily et al., 2011:16) başka bir çalışmada fiziksel şiddete uğrayan kadın oranı %5.3 tespit edilmiştir (Sheikhan et al., 2014:4). Nijerya’da infertil kadınlarla yapılan çalışmada ise bu oran %23.3 olarak saptanmıştır (Aduloju et al., 2015:67). Pakistan’da yapılan nitel bir çalışmada kadınların çoğunluğu infertil oldukları için eşleri tarafından fiziksel şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (Mumtaz et al., 2013:5).

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde Ankara’da infertil ve fertil kadınlar ile yapılan bir çalışmada kadınların fiziksel şiddet puanları eşit saptanmıştır (Akyuz et al., 2013:288). Van’da 122 infertil kadın ile yapılan çalışmada fiziksel şiddet oranı %31.7 olarak bulunmuştur (Yıldızhan vd., 2009:111).

Yapılan çalışmalarda silah ile yaralama neredeyse hiç rapor edilmemişken bunun yerine yakma, zehirleme, sopa kullanarak şiddet uygulama, saç çekme, tokat atma ve itme gibi davranışların daha sık yaşandığı belirtilmiştir (Kalokhe et al., 2015:11; Hasanpoor-Azghdy et al., 2015:414).

Çalışmalarda görüldüğü gibi infertil kadınlarda fiziksel şiddet ülkemizde gelişmemiş ülkelerdeki sonuçlarla benzerlik göstermek-

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:113 K:115
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

tedir. İnfertil kadınlar daha fazla duygusal şiddete maruz kalmakta olup fiziksel şiddet fertil kadınlarda da aynı oranda karşımıza çıkmaktadır (Akyuz et al., 2013:288; Dhont et al., 2011:625 Yıldızhan vd., 2009:111).

2. Psikolojik Şiddet

Psikolojik şiddet çok boyutlu olup, fiziksel şiddet kadar tanımlanması kolay olmamaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde psikolojik şiddet infertil kadınlar arasında en çok uygulanan şiddet türüdür (Dhont et al., 2011:623-9; Ardabily et al., 2011:16; Sheikhan et al., 2014:5; Aduloju et al., 2015:67). İran'da infertil kadınlarda psikolojik şiddetin %33.8 (Ardabily et al., 2011:16) ve %74.3 (Sheikhan et al., 2014:4) olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde Nijerya'da yapılan bir araştırmada %54.4 oran ile en yaygın şiddet türünün psikolojik şiddet olduğu saptanmıştır (Aduloju et al., 2015:67).

Ankara'da yapılan bir çalışmada infertil kadınların fertil kadınlara göre daha fazla duygusal şiddete maruz kaldıkları belirtilmiştir (Akyuz et al., 2013:291). Van'da sözlü şiddet (%63.4), dalga geçme (%43.9), şiddet uygulayacağına yönelik tehdit (%39) en fazla yaşanan şiddet tipleri olarak saptanmıştır (Yıldızhan vd., 2009:111).

3. Boşanma, Tehdit Edilme ve Aldatılma

Derleme kapsamına alınan araştırmalarda infertil kadınlarda boşanma, tehdit edilme ve aldatılmanın yaygın olarak yaşandığı görülmektedir. Afrika'da infertil kadınlarda boşanma oranı %30 iken, fertil kadınlarda bu oran %12 bulunmuş bu durum çocuk sahibi olmayan kadınlar için boşanmanın büyük bir tehdit olduğunu gözler önüne sermiştir. Aynı araştırmada kadınlar infertil oldukları için partnerleri tarafından fiziksel olduğu kadar duygusal istismara maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Dhont et al., 2011:623-9). Erkeklerin yeniden evlilik yapmaları üzerinde farklı faktörler olduğu belirtilmiştir. Bunlar; erkeğe tekrar evlilik yapması için ailesi ve toplum tarafından yapılan baskı, infertilite tedavisinde başarısızlıklar, kadın üzerindeki psikolojik baskıyı anlamama ve yeniden evliliğe bakış açısı olarak belirtilmiştir (Hasanpoor-Azghdy et al., 2015:409-20).

Afrika'da tehdit edilme fertil kadınlarda %6 infertil kadınlarda %17, evden kovulma fertil kadınlarda %15 infertil kadınlarda %27 olarak bulunmuştur. Dört infertil kadından birinin boşanma tehdidi ile duygusal şiddete maruz kaldığı (Dhont et al., 2011:623-9) başka bir çalışmada ise aile içi ilişkilerde bozulma yaşandığı bulunmuştur (Onat ve Kızılkaya, 2012:39–52).

Dhont ve ark.'nın (2011:623-9) çalışmasında infertil kadınların eşlerinin %16'sının evlilik dışı ilişkisi olduğu belirtilirken fertil grupta bu oran %3 olarak bulunmuştur. Erkekler infertiliteye çözüm olarak başka bir partnerden

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:113 K:115
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

çocuk sahibi olmayı görmekte bunun sonucunda da infertil kadının istismarına yol açan boşanma veya çok eşli evlilikler ortaya çıkmaktadır. Bu araştırmada kadınların çoğunluğu eşlerinin sadakatinden emin olmadıklarını belirtmişlerdir.

4. Cinsel Şiddet

Bir araştırmada infertil kadınların fertil kadınlara göre daha fazla cinsel ilişkiye zorlandığı bulunmuştur (infertil çift:%12, fertil çift:%3) (Dhont et al., 2011:625). İran ve Nijerya 'da yapılan çalışmalarda psikolojik ve fiziksel şiddetten sonra cinsel şiddet (sırasıyla %8 ve %22.3) en sık görülen şiddet türü olarak bulunmuştur (Ardabily et al., 2011:16; Aduloju et al., 2015:67). Yine İran'da 400 infertil kadın ile yapılan diğer bir çalışmada cinsel şiddete uğrayan kadın oranı %47.3 saptanmıştır (Sheikhan et al., 2014:4).

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde; infertil kadınların fertil kadınlara göre cinsel şiddete daha fazla maruz kaldığı bulunmuştur (Akyuz et al., 2013:288). Van'da cinsel ilişkiye zorlama (%7.3) en fazla yaşanan şiddet tipleri arasındadır (Yıldızhan vd., 2009:111).

5. Ekonomik Şiddet

İnfertilite tedavisinin çiftler arasında ekonomik sorunlara neden olduğu çalışmalarda belirtilmektedir. Afrika'da erkeklerin infertil eşlerine yiyecek ve kıyafet almayı reddettikleri saptanmıştır. Yine Afrika'da yasalar gereği kadın eşinin mirasından infertil olduğu için yararlanamamaktadır (Dhont et al., 2011:623-9). Ankara'da infertil kadınların ekonomik şiddete maruziyeti fertil kadınlara göre daha fazla bulunmuştur (Akyuz et al., 2013:290). Van'da yapılan bir çalışmada ekonomik şiddet %29.2 oranla en fazla yaşanan şiddet türleri arasında beşinci sırada yer almaktadır (Yıldızhan vd., 2009:111).

6. Toplumsal Şiddet

Araştırmalarda infertil çiftlerde kadınların daha fazla depresyon ve intihar girişiminde bulundukları belirtilmekle birlikte bunun temel nedeni olarak toplumsal baskı gösterilmiştir (Oltuluoğlu vd., 2014:97). Bununla birlikte başka bir çalışmada şiddetin infertil kadınlarda stresi artırdığı dolayısı ile infertilitenin psikolojik boyutuyla ilişkili olabileceği bulunmuştur (Akyuz et al., 2014:75). İnfertil kadınlar sadece eşlerinden şiddet görmemekte eşlerinin ailesi tarafından da şiddete uğrayabilmektedir (Yıldızhan vd., 2009:111). Hindistan'da 2014 yılında yapılan bir araştırmada aile mahkemesi danışmanı şahit olduğu bir davada infertil bir kadının kayınvalidesi tarafından sürekli psikolojik şiddete maruz kaldığını ve oğluna boşanması için baskı yaptığını ifade etmiştir (Kalokhe et al., 2015:9). İran'da kadınların toplum tarafından damgalandıkları, infertil oldukları için ilgisizlik, suçlama ve aşağılanmaya maruz kaldıkları belirtilmiştir. Kadınların çoğu en

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:113 K:115
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

fazla yakın akrabalarından olmak üzere sosyal baskı yaşadıklarını ifade etmiş olup, bir tanesi *''çocuksuz kadın, meyvesiz ağaca benzer''* deyimini dile getirmiştir. Kadınlar eşlerinin ailesi tarafından sürekli evlenmeye zorlandığını dile getirmekte ve eğer infertilite tedavisi gebelikle sonuçlanmazsa boşanabileceklerini bu nedenle evliliklerinin sürekli tehdit altında olduğunu belirtmektedirler. Kadınlar çocukları olmadığı için aileleri tarafından ihmal edildiklerini özellikle aileye yeni gelin geldiğini ve çocuğu olduğu zaman aile üyelerinin aileye yeni gelen kadına daha fazla ilgi gösterdiğini ifade etmiştir. Bu araştırmada kadınlardan biri Aşure günü gibi kalabalık yerlere baskı nedeniyle gitmediğini ifade etmiş bu bulgu özelliklede infertil kadınların sosyal olarak izole yaşadıklarını da gündeme getirmiştir (Hasanpoor-Azghdy et al., 2015:409-20).

Pakistan ve Afrika'da yapılan çalışmalarda infertil kadınların toplum tarafından 'manhoos ' (kötü şans taşıyıcısı) olarak adlandırıldıkları bu nedenle düğün ya da yeni bir bebeğin doğumunu kutlama gibi sosyal etkinliklere davet edilmedikleri özellikle onları da infertil yapabileceği için kız çocuklarından uzak tutuldukları ifade edilmektedir (Dhont et al., 2011:623-9; Mumtaz et al., 2013:1-10). Afrika'da yapılan olgu sunumunda kayınvalidesi ile yaşayan 20 yaşındaki kadın şiddet görmemek için 11 aylık gebe olduğunu iddia etmiş, çevresindeki insanları buna inandırmıştır (Adesiyun et al., 2012:198-201).

Yasal olmamakla birlikte Türk toplumunda özellikle geleneksel kesimde kadın infertil olduğu için eşi başka bir kadınla evlendirilebilmekte ve akrabaları tarafından bu konuda baskıya maruz kalmaktadır (Koçyiğit 2012:27-38; Oltuluoğlu vd., 2014:92-8). Malatya' da yapılan bir çalışmada infertil kadının bu konuyu yansıtan ifadesi şu şekilde yer almaktadır.

Boşanma aşamasına geldik, kaynanam bu sorundan dolayı eşimi evlendirmeye çalıştı. Eşim nikâhın bende kalacağını, öbür kadından çocuğu olunca çocukların benim adıma olacağını söyledi. Bunu kabul etmedim. Eşim agresif beni istemedi, çok üzüldüm, intihar etmeyi düşündüm, yaptım da kendime yüklü miktarda insülin yaptım, ama ölmedim. Sonra pişman oldum şeker yedim. Kaynanam hep misilleme yapıyor, beni kızıyla kıyaslıyor, toplum içinde hep beni rencide ediyor, hiç topluma giremiyorum, utanıyorum, bir çocuğum olsaydı daha huzurlu olurdum (Oltuluoğlu vd., 2014:95).

Çalışma sonuçları infertil kadınların şiddete uğrama konusunda büyük risk taşıdığını göstermektedir. Bununla birlikte yapılan bir çalışmada şiddete maruz kalan kadınların sadece %2'sinin yasal olarak yardım aradığı, %50'sinin şiddete maruz kaldığını aileleriyle paylaştığı, kalan %48'inin ise sessiz kaldığı bulunmuştur (Bibi et al., 2014:122-5).

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:113 K:115
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

SONUÇ

İnfertil kadınların yaşadıkları şiddet türlerini içeren araştırma sonuçları incelendiğinde;

- ✓ İnfertilitenin şiddete uğrama konusunda risk oluşturduğu,
- ✓ İnfertil kadına yönelik şiddetin fiziksel ve mental sağlığı etkilediği ve şiddete maruz kalan kadınların intihara eğilimli olduğu,
- ✓ İnfertil kadınların en çok yaşadığı şiddet türlerinin sırasıyla psikolojik, fiziksel ve cinsel şiddet olduğu,
- ✓ İnfertil kadınların erkeklere göre daha fazla anksiyete, depresyon ve yalnızlık yaşadığı, infertil çiftler üzerinde sosyal baskının etkin olduğu,
- ✓ İnfertil kadınların sosyal izolasyona maruz kaldıkları bulunmuştur.

Bu nedenle infertil bireylere bakım hizmeti veren sağlık çalışanları bu konuda daha dikkatli olmalı ve toplumdaki cinsiyet eşitsizliğine bağlı gelişen tutum ve davranışlara karşı halkı bilinçlendirmelidir. Özellikle bireylerin her süreçte yakın etkileşimde olduğu hemşirelerin infertil çiftlerin yaşadıkları stresörleri, fiziksel ve ruhsal değişimleri saptamada, yaşam tarzı düzenlemesi ve uygun başa çıkma yöntemlerinin kullanılmasında, karar alma sürecinde etkin danışmanlık yaparak kişileri biyopsikososyal açıdan desteklemesi gerekmektedir.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:113 K:115
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Tablo 1. 2008-2015 Yılları Arasında İnfertil Kadınların Yaşadıkları Şiddet Türleri ile İlgili Kantitatif Çalışmalar

Yer	Örneklem Sayısı	Araştırma Tipi	Kullanılan Soru Formu	Şiddet Oranları	Yazar-Yıl
Nijerya	170 infertil kadın	Kesitsel	Yarı Yapılandırılmış Anket Formu	Aile içi şiddet %31.2 Psikolojik şiddet %54.4 Fiziksel şiddet %23.3 Cinsel şiddet %22.3	Adulo ju et al., 2015: 66-9.
Pakistan	378 kadın	Kesitsel	Yapılandırılmış Anket Formu	Şiddet için risk faktörleri Eşe karşı gelme/tartışma %58.3 Madde bağımlılığı %43.3 Eşin ailesi tarafından sevilmeme %24.2 İnfertilite %20	Bibi et al., 2014: 122-5.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:113 K:115
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

İran	400 infertil kadın	Kesitsel	Yapılandırılmış Anket Formu	Aile içi şiddet %34.7 Psikolojik şiddet %74.3 Fiziksel şiddet %5.3 Cinsel şiddet %47.3	Sheikhan et al., 2014: 1-9.
Ankara	139 primer infertil kadın	Kesitsel	Infertility Distress Scale(IDS) The Scale for Marital Violence Against Women (SDVW)	Kadınların yaşı, eğitim seviyesi, mesleki durumu ile şidette maruz kalması arasında ilişki bulunmamıştır. Toplam SDVW puanı 67.0 ± 8.26 bulunmuş olup, altı yıldan fazla süredir çocuk isteyen ve üç seneden fazla süredir infertilite tedavisi gören kadınlarda şiddet puan ortalaması yüksektir. Aile içi şiddetin infertil kadınlarda stres seviyesini arttırdığı bulunmuştur.	Akyuz et al., 2014: 67-76.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:113 K:115
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Ankara	228 infertil 204 fertil kadın	Tanımlayıcı	Scale for Marital Violence against Women (SDVW)	Puan ortalamaları Fertil grup İnfertil grup Fiziksel şiddet 10.38 10.46 Duygusal şiddet 15.02 16.16 Sözel şiddet 14.37 13.71 Ekonomik şiddet 12.93 14.37 Cinsel şiddet 11.84 12.53 Toplam SDVW 64.49 67.23 puan ortalama	Akyuz et al., 2013: 286-93.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:113 K:115
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Tablo 1. 2008-2015 Yılları Arasında İnfertil Kadınların Yaşadıkları Şiddet Türleri ile İlgili Kantitatif Çalışmalar (DEVAM)

Yer	Örneklem Sayısı	Araştırma Tipi	Kullanılan Soru Formu	Şiddet Oranları	Yazar-Yıl
Belirtilmemiş	104 infertil çift sağlıklı ve çocuklu 44 çift	Kesitsel	Hasta Veri Formu Çiftler (Eşler arası) Uyum Ölçeği Fertilite Sorunu Envanteri Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Hastane Anksiyete Depresyon Envanteri	Çiftlerde infertilite ile ilişkili global stres, sosyal ve cinsel stres artmaktadır.	Bodur vd., 2013: 51-62.
10 ülke,15 şehir (Bangladeş, Brezilya, Etiyopya, Japonya, Namibya, Peru, Somoa, Sırbistan ve Karadağ, Tayland, Tanzanya	17 518 kadın	Kesitsel	WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Araştırma Verileri	Afrika, Doğu Akdeniz ve Güneydoğu Asya bölgelerinde şiddet yaygınlığı diğer bölgelerden daha fazla bulunmuştur. 15 şehirden 12'sinde fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalan kadınların kürtaj oranlarının şiddete maruz kalmayan kadınlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur.	Pallitto et al., 2013: 3-9.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:113 K:115
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Afrika	312 infertil 312 fertil çift	Tanımla-yıcı (kalitatif ve kantita-tif)	Yapılandırılmış Anket Formu Odak Grup Görüşmesi	Fertil grup İnfertil grup Boşanma %12 %30 Fiziksel şiddet %16 %23 Tehdit edilme %6 %17 Aldatılma %3 %16 Cinsel Şiddet %3 %12	Dhont et al., 2011: 623-9.
İran	400 infertil kadın	Kesitsel	The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)	Aile içi şiddet %61.8 Psikolojik şiddet %33.8 Fiziksel şiddet %14 Cinsel şiddet %8	Ardabi ly et al., 2011: 15-7.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:113 K:115
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Van	122 infertil kadın	Kesitsel	A Structured Questionnaire Modified From The Abuse Assessment Screen (AAS) Questionnaire	Aile içi şiddet %33.6 Sözlü şiddet %63.4 Dalga geçme %43.9 Şiddet uygulayacağına yönelik tehdit %39 Fiziksel şiddet %31.7 Ekonomik şiddet %29.2 Cinsel şiddet %7.3	Yıldızhan vd., 2009: 110-2.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:113 K:115
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Tablo 2. 2008-2015 Yılları Arasında İnfertil Kadınların Yaşadıkları Şiddet Türleri ile İlgili Kalitatif Çalışmalar

Yer	Örneklem Sayısı	Araştırma Tipi	Kullanılan Yöntem	Şiddet Bulguları	YazarYıl
İran	25 primer veya sekonder infertil kadın	Kalitatif	Yarı Yapılandırılmış Görüşme	İnfertilitenin eş ve toplum tarafından stigmatizasyona sebep olduğu, evliliğin devamı için tehdit oluşturduğu, sosyal izolasyon ve yabancılaşmaya neden olduğu bulunmuştur.	Hasan poor-Azghdy et al., 2015: 409-20.
Hindistan	17 kişi (avukat, sosyolog, din görevlisi vb.)	Kalitatif	Kilit Bilgilendirici Görüşme Odak Grup Görüşmeleri	İnfertil kadınların sözel, duygusal, fiziksel ve ekonomik şiddet, stigmatizasyon yaşadıkları bulunmuştur.	Kalokhe et al., 2015: 1-16.
Malatya	14 infertil birey	Kalitatif	Derinlemesine Görüşme	İnfertilitenin bireylerin evlilik ilişkilerini olumsuz etkilediği ve bu olumsuzluğa erkek annelerinin daha fazla neden olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte infertil kadınların yalnızlık ve yabancılaşma yaşadıkları belirlenmiştir.	Oltuluoğlu vd., 2014: 92-8.
Pakistan	İnfertil 12 kadın ve 8 erkek	Kalitatif	Yarı Yapılandırılmış Görüşme, Gözlemler, Saha Notları ve Ses Kayıtları	İnfertilitenin sözel, duygusal ve fiziksel şiddet görme, sosyal statü kaybı, stigmatizasyon ve dışlanmaya neden olduğu bulunmuştur.	Mumtaz et al., 2013: 1-10.
Pakistan	28 kadın	Kalitatif	Odak Grup Görüşmeleri	Kadın kaynaklı infertilitenin evliliklerde çatışmaya neden olduğu sadece kız çocuk dünyaya getirmenin boşanma sebebi olarak görüldüğü bulunmuştur.	Ali et al., 2012: 577–585.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:113 K:115
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Tablo 2. 2008-2015 Yılları Arasında İnfertil Kadınların Yaşadıkları Şiddet Türleri ile İlgili Kalitatif Çalışmalar (DEVAM)

Yer	Örneklem Sayısı	Araştırma Tipi	Kullanılan Yöntem	Şiddet Bulguları	Yazar Yıl
Afrika	20 yaşında kadın	Olgu Sunumu	Anemnez, Ultrason Bulguları	Afrikalı kadının kayınvalidesi tarafından fiziksel ve sözel şiddete maruz kaldığı bulunmuş bunu önlemek için gebe taklidi yaptığı saptanmıştır.	Adesiyun et al., 2012: 198-201.
İstanbul	60 primer infertil kadın	Kalitatif	Gözlem ve Mülakat Tekniği	İnfertil kadınların suçluluk hissi yaşadıkları, horlanma, dışlanma, aldatılma, boşanma veya kuma ile tehdit edilme gibi sorunlarla karşılaştıkları ve her iki kadından birinin (%48,3), sosyal baskıya doğrudan maruz kaldığı bulunmuştur. Her iki cinsinde sosyal baskıya maruz kaldığı fakat toplumun erkek kaynaklı infertiliteyi kamufle etme görevini de kadınlara yüklediği vurgulanmıştır.	Koçyiğit, 2012:27-38.
İstanbul	İnfertilite tedavisi sonucu çocuk sahibi olmuş 16 birey	Kalitatif	Derinlemesine Görüşme	İnfertil çiftlerin çocuk sahibi olmaya ilişkin meraklı sorulara maruz kalmaları, cinsel hayatlarının gizliliğini kaybetmesi ve amacın üreme olması nedeniyle planlı cinsellik yaşamaları, çocukların olduğu ortamlardan uzaklaşmaları, toplum tarafından stigmatizasyon yaşadıkları bulunmuş olup infertilitenin evlilik ilişkileri ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisi saptanmıştır.	Onat ve Kızılkaya, 2012: 39–52.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:113 K:115
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

KAYNAKLAR

ADESIYUN, A.G., AMEH, N., BAWA, U., ADAMU, H., KOLAWOLE, A., (2012). Calabash pregnancy: a malingering response to infertility complicated by domestic violence. *The West Indian Medical Journal*, 61(2), 198-201

ADULOJU, PO., OLAGBUJI, N.B., OLOFINBIYI, A.B., AWOLEKE, J.O., (2015). Prevalence and predictors of intimate partner violence among women attending infertility clinic in south-western Nigeria. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 188, 66–69. doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.02.027

AKYUZ, A., SEVEN, M., SAHINER, G., BAKIR, B., (2013). Studying the effect of infertility on marital violence in Turkish women. *International Journal of Fertility and Sterility,* 6(4), 286-293.

AKYUZ, A., SAHINER, G., SEVEN, M., BAKIR, B., (2014). The effect of marital violence on infertility distress among a sample of Turkish women. *International Journal of Fertility and Sterility*, 8(1), 67-76

ALI, T.S., KRANTZ, G., MOGREN, I., (2012). Violence permeating daily life: a qualitative study investigating perspectives on violence among women in Karachi, Pakistan. *International Journal of Women's Health*, 4, 577-585. doi: 10.2147/IJWH.S33325

ARDABILY, H.E., MOGHADAM, Z.B., SALSALI, M., RAMEZANZADEH, F., NEDJAT, S., (2011). Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 112(1), 15-17

BIBI, S., ASHFAQ, S., SHAIKH, F., QURESHI, P.M., (2014). Prevalence instigating factors and help seeking behavior of physical domestic violence among married women of HyderabadSindh. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 30(1), 122-125

BODUR, N.E., ÇOŞAR, B., ERDEM, M., (2013). İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 38(1), 51-62

DHONT, N., VAN DE WIJGERT, J., COENE, G., GASARABWE, A., TEMMERMAN, M., (2011). 'Mama and papa nothing': living with infertility among an urban population in Kigali, Rwanda. *Human Reproduction,* 26(3), 623-629

EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS., (2014). Violence against women: An EU-Wide Survey: Main Results. http://fra.europa.eu/

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:113 K:115
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf, Accessed: 10.08.2015

GREIL, A.L., SLAUSON-BLEVINS, K., MCQUILLAN, J., (2010). The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of Health and Illness*, 32(1), 140-162

GUNAY, O., CETINKAYA, F., NACAR, M., AYDIN, T., (2005). Modern and traditional practices of Turkish infertile couples. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care,* 10(2), 105-110

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ NÜFUS ETÜTLERİ ENSTİTÜSÜ. (2015). *Türkiye' de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması.* Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Ankara, Türkiye

HASANPOOR-AZGHDY, S.B., SİMBAR, M., VEDADHİR, A., (2015). The social consequences of infertility among Iranian women: A Qualitative Study. *International Journal of Fertility and Sterility,* 8(4), 409-420

JACKSON, P. L., (2011). Mental health symptoms of women in domestic violence relationships. Unpublished Thesis, Southern Illinois University Carbondale, United States

KARACA, A., ÜNSAL, G. (2012). İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi,* 3(2), 80-85

KALOKHE, A.S., POTDAR, R.R., STEPHENSON, R., DUNKLE, K.L., PARANJAPE, A., DEL RIO, C., SAHAY, S. (2015). How well does the world health organization definition of domestic violence work for India. *Public Library of Science One*, 10(3):e0120909. doi:10.1371/journal.pone.0120909

KOÇYİĞİT, O.T., (2012). İnfertilite ve sosyokültürel etkileri. *İnsan Bilim Dergisi*, 1(1), 27-38

MUMTAZ, Z., SHAHID, U., LEVAY, A., (2013). Understanding the ımpact of gendered roles on the experiences of ınfertility amongst men and women in Punjab. *Reproductive Health,* 10, 3. doi: 10.1186/1742-4755-10-3

OĞUZ, H. D., (2004). İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul

OLTULUOĞLU, H., GÜNAY, U., & AYLAZ, R. (2014). İnfertil çiftlerin duygu durumları: Niteliksel Bir Çalışma. *Erciyes Üni-*

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:113 K:115
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

versitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 23(2), 92-98.

ONAT, G.B., KIZILKAYA, N. B., (2012). Marital relation and quality of life among infertile couples. *Sexuality and Disability,* 30 (1), 39-52

PALLITTO, C.C., GARCIA-MORENO, C., JANSEN, H.A., HEISE, L., ELLSBERG, M., WATTS, C., (2013). Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the who multi-country study on women's health and domestic violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 120(1), 3-9

PETERSON, B.D., NEWTON, C.R., ROSEN, K.H., (2003). Examining the congruence between couples perceived infertility- related stress and ıts relation ship to depression and marital adjustment in infertil men and women. *Family Process*, 42(1), 59-70

RAMEZANZADEH, F., NOORBALA, A.A., ABEDINIA, N., RAHIMI FOROOSHANI, A., NAGHIZADEH, M.M., (2011). Psychiatric intervention improved pregnancy rates in infertile couples. *The Malaysian Journal Of Medical Sciences*, 18(1), 16-24

SHEIKHAN, Z., OZGOLI, G., AZAR, M., ALAVIMAJD, H., (2014). Domestic violence in Iranian infertile women. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 28 (1), 1023-1031

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sexual and reproductive health, http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/, Accessed: 01.07.2015

YANIKKEREM, E., KAVLAK, O., SEVİL, Ü., (2008). İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4), 112-120

YILDIZHAN, R., ADALI, E., KOLUSARI, A., KURDOGLU, M., YILDIZHAN, B., SAHIN, G., (2009). Domestic violence against infertile women in a Turkish setting. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics,* 104(2), 110-112

YILMAZ, F.Ç., YARDIMCI, H., (2015). Beden kütle indeksinin infertilite üzerine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1, 1-6

YAZAR NOTU: Bu çalışma, 2.Uluslararası Farklı Şiddet Boyutları ve Toplumsal Algı Kongresi, 3-4 Eylül 2015, İstanbul'da sözel bildiri olarak sunulmuştur.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:113 K:115
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

EXTENDED ABSTRACT

Definition and Importance: Domestic violence is an important community health problem commonly observed in all cultures and worldwide. According to a report from the World Health Organization (WHO), one in every three women faces domestic violence at some time in her life. Infertility is defined as not conceiving while regularly engaging in unprotected sexual intercourse for one year. The WHO estimates that 8% to 12% of couples worldwide experience difficulty conceiving a child. Childbearing is an important goal for couples in some countries. Thus, infertility is one of the most important causes for a crisis, as it negatively affects a couple's relationship. Infertile women are prone to domestic violence or some women are exposed to domestic violence because of infertility. Having children is an essential phase of a married life but being unable to get pregnant leads women into depression. Moreover, domestic violence against an infertile woman has been linked to substantial mental and physical morbidity. In some cultures, the woman is consistently regarded responsible for a couple's infertility, and she is often punished socially and economically as a consequence. For example, infertile women are abused, excluded and labeled in their marriage, within the household and at the social level, while men are only troubled slightly by their friends. Childbearing is considered highly desirable in Islamic countries, where the absence of children by a first wife may lead husbands to take a second wife with or without divorcing the first one. After an infertility diagnosis, the couple begins to have physical, psychological and financial problems. They experience a stressful period that often encompasses their sexual life. Domestic violence against infertile women is a considerable yet unreported problem. **Aim**: The aim of the study was to evaluate the dimensions of violence against infertile women reported in the published papers. In this paper, 30 full texts published on Pubmed and Google Academic between 2008-2015 were reviewed for the dimensions of violence against infertile women. **Results:** According to the studies' findings, there was a statistically significant difference between infertile and fertile women for the total score of violence in marriage. In a study in Pakistan, it was found that infertility was a risk factor for violence. Another study in Turkey showed that 78% of women experienced domestic violence for the first time following their diagnosis of infertility. In the studies the most common type of violence is psychological violence and it is common among the 74.3 % of the women in Iran, 63.4 % of those in Turkey and 54.4% of the ones in Nigeria. Physical violence is the most widely practiced form of violence following psychological violence. In a

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:113 K:115
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

study in Africa, it was found that physical violence among infertile couples (23% and 14%) was reported to be more frequent when compared with the cases among fertile couples (16% and 1%). The emotional, economic and sexual violence were more frequent among infertile couples than among the fertile ones. Researchers reported that sexual violence against infertile women in the form of being forced to have sexual intercourse was more frequent than against fertile women. The prevalence of intimate partner violence against women with female infertility was reported to be 61.8% (2011) and 34.7% (2014) in Iran, 33.6% in Turkey, 31.2% in Nigeria. Generally, in the majority of cases of domestic violence toward infertile women the perpetrator is husband and husband's relatives. Also, in some societies, infertile women were considered as 'manhoos' (bad luck carriers) and kept away from young girls to prevent them from contracting infertility. Despite the high rates of domestic violence towards women, it was not common to seek for help from an intuition. In a study, it was found that only 2% women sought social and legal help by the police while 50% just complained to their parents and 48% remained silent after physical violence. Infertile couples face considerable social pressure and infertile women have greater risk of being exposed to violence. Studies similarly suggest that women abused by their partners have an important risk for suicide and suicide attempts. **Conclusion:** Although infrequently reported, domestic violence against infertile women is a problem that should not be ignored by the public and health providers. Health professionals should identify the abused women and provide them with medical care and supportive counseling. Prompt evaluation, counseling of the couple, as well as early both treatment and prevention of infertility is necessary to avoid the problem and domestic violence. Both violence and infertility can be influenced by social and cultural differences. So, these differences should be considered in the treatment of infertility. Therefore, nurses and health care professionals should consider domestic violence while treating infertile couples and raise public awareness of gender-related inequalities.Actually, this sensitive issue is the responsibility of state, society and health care providers and they are supposed to plan and implement both preventive and treatment strategies in order to help women experiencing domestic violence.

JACSD
ULUSLARARASI HAKEMLİ KADIN HASTALIKLARI VE ANNE ÇOCUK SAĞLIĞI DERGİSİ
International Refereed Journal of Gynaecological Diseases and Maternal Child Health

EBELER LİDERLİĞİNDE DOĞUM BAKIM MODELİ : HOLLANDA ÖRNEĞİ [1]

MIDWIFERY-LED MODELS OF CARE FOR CHILDBEARING WOMEN: THE NETHERLANDS AS AN EXAMPLE

Filiz OKUMUŞ

İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Ebelik Bölümü, İstanbul /Türkiye

Öz: Türkiye'de gebelik, doğum ve doğum sonu hizmetler birinci basamakta aile hekimleri, ikinci ve üçüncü basamakta jinekolog hekimler tarafından yürütülmektedir. Sistemin hekimler üzerinden yürütülmesi, ebelere gebelik, doğum ve doğum sonu süreçlerde sorumluluk verilmemesi, ekip çalışmasının ve işbirliğinin gelişmemiş ve rutin bir çalışma sisteminin benimsenmiş olması ebelerin ve hekimlerin işlerinden duydukları memnuniyetsizliğin artmasına ve iş tatmininin azalmasına neden olmaktadır. Bu durum doğum esnasında gebeye yansımakta ve bundan dolayı kadınların sezaryene yönelmeleri daha belirgin hale gelmektedir. Türkiye'de sezaryen oranlarının azaltılması için gebelik, doğum ve doğum sonu bakım hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasına ve ebelik sisteminin kurulmasına ihtiyaç vardır. Hollanda, kadınların doğumlarını evde ya da hastanede yapmak konusunda özgür oldukları tek Batı Avrupa ülkesidir. Görev dağılımının net olması ve farklı tabakalar arasında karşılıklı işbirliği Hollanda sağlık sisteminin gücünü oluşturmaktadır. Hollanda'da gebelik, doğum ve doğum sonu bakım hizmetleri ebeler liderliğinde yürütülmekte, ebelerin risk tespit etmesi durumunda hizmetler, hekimlerle işbirliği halinde devam etmektedir. Ayrıca Hollanda, sezaryen oranları Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği düzeydedir. Hollanda'da ebeler, işlerinden memnuniyet duymaktadır. Türkiye'de ebelerin sorunlarının çözümü, sezaryen oranlarının azaltılması ve aile hekimleri, jinekolog hekimler ve ebelerin iş tatmininin artması için Hollanda'daki gibi bir sistemin temel oluşturacağı düşünülmektedir. Bu derlemenin amacı; ebeler liderliğinde devam eden doğum bakım modeline sahip Hollanda ebelik sistemi hakkında bilgi ve deneyimlerimizi paylaşmaktır.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, Sezaryen Oranı, İş Doyumu

Abstract: In Turkey, maternal health services are conducted by general practitioners at the primary healthcare and by gynecologists at the second and third healthcare. In case the system is operated through physicians, midwives are not given responsibility during the maternal health services, the collaboration and team work is not encouraged, and routine working system is not specified, the job dissatisfaction of midwives and gynecologists increases and their job satisfaction decreases. This affects the pregnant women and thus they prominently prefer cesarean section (c-section). In Turkey, maternal health services should be restructured and midwife system should be established in order to decrease the c-section rate. Netherland is the only western European country where pregnant women are free to give birth at home or in the hospital. The clear distribution of tasks and mutual cooperation between different layers of the medical system constitute the power of the health system of Netherland. In Netherland, maternal health services are conducted by midwives. In case midwives determine a risk, they can give health care in collaboration with gynecologists. Furthermore, the c-section rate is at a level recommended by the World Health Organization in Netherland. Midwives who are working in Netherland are satisfied with their work. The system of Netherland can be taken as a base in order to decrease c-section rate and increase the job satisfaction of midwives, general practitioners, and gynecologists in Turkey. The aim of the review is to share our knowledge and experiences about Dutch midwifery-led continuity model of care.

Key Words: Midwifery, Caesarean Section Rate, Job Satisfaction

Doi: 10.17367/JACSD.2016721958

1. *Sorumlu Yazar Filiz OKUMUŞ İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Ebelik Bölümü, İstanbul /Türkiye, fokumus@medipol.edu.tr, filizokumush@gmail.com* *Geliş Tarihi / Received: 19.02.2016 / Düzeltme Tarihi / Revised: 22.04.2016 / Kabul Tarihi/ Accepted: 14.08.2016 Makalenin Türü: Type of article (Derleme/ Review) Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yok / Non Etik Kurul Raporu/ Ethics Committee:Yok /None*

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:121 K:96
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1998 yılında Kopenhag'da düzenlenen DSÖ 48. Avrupa Bölge Komite Toplantısı'nda Herkese Sağlık, "Sağlık 21" başlığı altında 2020 yılına kadar herkese ulaşılabilir en iyi sağlık hizmetini sunma hedefi ile birlikte anne ve bebek sağlığı hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılması konusu önem kazanmıştır (WHO 1999). Bunun sonucu olarak Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın gayretli çalışmaları sayesinde bebek ölüm hızı binde 7.6'ya, anne ölüm hızı yüzbinde 15.2'ye düşmüştür (HÜNEE 2014). Sağlık göstergelerimizde önemli iyileşmeler olmasına rağmen sezaryen oranları için tam tersi bir durum söz konusu olmuştur. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre Türkiye'de sezaryen oranı 2002 yılında %21 iken 2013'de %50'ye kadar yükselmiştir (SB 2014a). Şu anda Türkiye, OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) ülkeleri arasında en yüksek sezaryen oranına sahip ülke olmakla birlikte ikinci sırada yer alan İtalya, %36 ile Türkiye'nin oldukça gerisindedir (OECD 2015). Dünya Sağlık Örgütü, 1985 yılında anne ve bebek sağlığı açısından sezaryen oranını %10-15 olarak önermiş ve 2015 yılında oranları yeniden değerlendirerek bu öneriyi yinelemiştir. Hatta sezaryen oranı %30'un üzerinde olan ülkelerde anne ve bebek ölüm oranlarındaki iyileşmenin sezaryen oranlarındaki yükseklikle değil ekonomik durumdaki iyileşme ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (WHO 2015). Türkiye'de anne ve bebek ölüm hızlarının düşmüş olması sezaryen oranlarındaki artışa bağlanmamalıdır. Kadınların eğitim, kültür ve ekonomik düzeyi yükseldikçe sağlık hizmetlerine ulaşımın artması bunun sonucu olarak da sağlık göstergelerinin iyileşmesi beklenen bir sonuçtur.

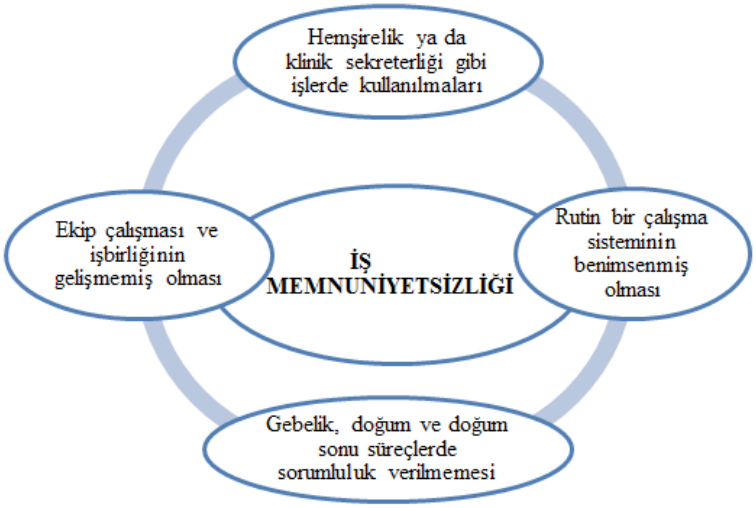
Türkiye, son on yılda hızla gelişen ve kadınların sosyo-kültürel ve ekonomik düzeyinin yükseldiği bir ülkedir. Bu süreçte kadınların sağlık bakım hizmetleri için sağlık kuruluşlarında faydalanma oranları yükselmiştir (HÜNEE 2014). Türkiye'de gebelik, doğum ve doğum sonu hizmetler birinci basamakta aile hekimleri, ikinci ve üçüncü basamakta jinekolog hekimler tarafından yürütülmektedir. Gebelik, doğum ve doğum sonu hizmetlerin hekimler tarafından yürütüldüğü ülkelerde sezaryen oranları yüksektir (Brick and Layte 2009:7; Euro-Persistat Project 2010). Gebeliği döneminde hekime başvuran kadınlar büyük oranda sezaryene yönelmektedir (Okumuş and Sohbet 2013: 37). Türkiye'de yapılan bir araştırmada gebelikleri sırasında dört veya beş kez hekime başvuranların %43.7'si, altı kez başvuranların %56'sı, on ve daha fazla başvuranların ise %77.5'i sezaryen olmuştur (Borlu 2008:43). Türkiye'de kadınların %14'ü kendi isteği, %36'sı hekim isteği ile sezaryen olurken tıbbi endikasyonlarla sezaryen olan kadın oranı %49'dur (SB 2014b).

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:121 K:96
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Kadınların, sezaryen olmak istemelerinin temel nedeni; doğum korkusudur (Saisto and Halmesmaki 2003: 206; Sydsjö et al. 2012: 46; Ryding et al. 2015:51; Hildingsson 2014:78). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin eskiye göre daha iyi olmasına rağmen doğum korkusunun artmış olması dikkat çekicidir. Kadınlar, çoğunlukla doğum ve doğum sonu süreçlerden dolayı endişelenmekle beraber doğum esnasında sağlık çalışanlarının nazik olmayan yaklaşımlarından dolayı da doğum korkusu yaşamaktadır (Melender 2002:102; Matinnia et al. 2015:1125; Duman et al. 2007: 8; Serçekuş and Okumuş 2009:158). Türkiye'de ebelere gebelik, doğum ve doğum sonu süreçlerde sorumluluk verilmemesi, hemşirelik ya da klinik sekreterliği gibi işlerde kullanılmaları, ekip çalışmasının ve işbirliğinin gelişmemiş olması ve rutin bir çalışma sisteminin benimsenmiş olması ebelerin işlerinden duyduğu memnuniyetsizliğin artmasına neden olmaktadır (Şekil 1). Bu durum, ebelerin klinik çalışmaları esnasında gebeye yansımakta ve hizmet kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır. Taşçı (2007:29)'nın yaptığı araştırmada 320 annenin %49'u doğum esnasında sağlık personelinin yaklaşımının kötü olduğunu, %29.4'ü şikayet etse de değişen bir durum olacağına inanmadığını ifade etmiştir. Pınar ve Pınar (2009:135) tarafından yapılan araştırmada yeni doğum yapmış annelerin %41.9'u doğum esnasında sağlık personelinin içten davrandığına tam olarak katılırken %30.6'sı hiçbir şekilde katılmadığını ifade etmiştir. Kitapçıoğlu vd. (2008:52) tarafından yapılan araştırmada, kadınların doğumla ilgili endişeleri, çeşitli derecelerde incelenmiştir. Bu araştırmaya göre kadınlar, birinci derecede; doğum esnasında sağlık çalışanlarının davranışlarına yönelik endişelerinden dolayı doğum korkusu yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Türkiye'de gebelik, doğum ve doğum sonu bakım hizmetlerinin hekimler tarafından yürütülmesi, doğum esnasında kadınlara yeterince destek verilmemesi ve olumlu olmayan yaklaşımlara maruz bırakılmaları doğum korkusunun artması ve dolayısıyla sezaryen oranlarının yükselmesine neden olmaktadır.

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:121 K:96
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)



Şekil 1. Türkiye'de Ebelerin İşlerinden Duyduğu Memnuniyetsizliğin Artmasına Neden Olan Faktörler

Türkiye'de gebelik, doğum ve doğum sonu bakım hizmetlerinin iyileştirilmesine ve ebeler liderliğinde bir bakım modeline ihtiyaç vardır. Sağlık Bakanlığı, gerek sezaryen oranları gerekse anne ve bebek ölüm hızlarının düşürülmesinde yoğun çalışmalar gerçekleştirmekte olsa da Türkiye'de ebeler liderliğinde bir bakım modelinin hayata geçirilmeden sağlık göstergelerimizin Avrupa ülkelerindeki oranlara ulaşması mümkün görünmemektedir. Hollanda, gebelik, doğum ve doğum sonu bakım hizmetlerinin ebeler liderliğinde yürütüldüğü ve sezaryen oranlarının DSÖ tarafından önerilen seviyede olduğu bir Avrupa ülkesidir. Bu derlemede; yazarın, 2014 yılı Nisan ayında Hollanda'nın Rotterdam şehrinde ebelik ofisi ve hastane ziyareti neticesinde edindiği izlenimler, literatür doğrultusunda ele alınmıştır. Makale, Türkiye'de Hollandalı ebelerin çalışma sistemlerinin geniş kapsamlı olarak ele alındığı ilk çalışma olma özelliğine sahiptir. Derlemenin amacı; ebeler liderliğinde doğum bakım modeline sahip Hollanda ebelik sistemi hakkında bilgi ve deneyimlerimizi paylaşmaktır.

Ebeler Liderliğinde Sürekli Bakım Modeli

Bugün dünyada ebeler, doğum hizmetlerinde birincil bakım sağlayan sağlık çalışanları olarak kabul edilmektedir. Avustralya, Yeni Zelanda, Hollanda, İngiltere ve İrlanda gibi ülkelerde gebelik, doğum ve doğum sonu hizmetler, ebeler liderliğinde kesintisiz olarak yürütülmektedir. Bakımın ebeler liderliğinde yürütüldüğü yerlerde başlangıçtan postnatal döneme kadar bakım hizmetlerinin planlanması, organize edilmesi ve sunulmasına ebeler liderlik eder. Komplikasyon durumunda

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:121 K:96
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

ebeler, hekime danışarak hizmeti yürütür. Bu yaklaşımda ebeler, kadınların haklarını savunur ve onun ihtiyaçlarını değerlendirerek bakımını planlar ve gerekli durumlarda sevkini gerçekleştirir. Ebe liderliğinde devam eden bakım, hem toplumsal alanda hem de hastanede komplikasyonsuz veya düşük riskli gebelerin bakımını gebelik, doğum ve doğum sonu süreçte kesintisiz devam ettirir. Ebelik bakımı, gebeliği ve doğumu doğal, fizyolojik bir yaşam deneyimi olarak kabul eder. Ebe, gebeliği boyunca kadının fiziksel, psikolojik, spirituel bakımdan muayene ve izlemini yapar ve gerekli önerilerde bulunur. Bakım; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kesintisiz olarak devam eder ve bireyselleştirilmiş doğum öncesi bakım ve eğitim hizmetleri, doğumda teknolojik müdahalelerin azaltılması gibi hizmetleri içine alır (Sandal et al 2015:3). Yapılan çalışmalarda, ebeler liderliğinde yürütülen bakım hizmetlerinde daha az ağrı kesici kullanıldığı, epizyotomi oranlarının azaldığı ve spontan doğum oranlarının arttığı, kadınların doğumda kontrol hissinin ve memnuniyetin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca gebelik ve doğumda ebe desteği, doğumda korku hissini azaltmakta ve kadınlar daha az sezaryen olmaktadır (McLachlan et al. 2016:472; Hatem et al. 2008: 3; Forster et al. 2016:6; Kashanian et al. 2010:199; Hodnett et al. 2013:9-13; Soltani and Sandal 2012:147). Ebelik bakım modeli ile tıbbi bakım modeli arasındaki farklılıklar tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Doğumda Ebelik Bakım Modeli ile Tıbbi Bakım Modelinin Karşılaştırılması

Ebelik Bakım Modeli	Tıbbi Bakım Modeli
Doğumda kadın başroldedir	Sağlık çalışanı başroldedir
Doğum, doğal bir yaşam olayıdır	Doğum, patolojik bir olaydır
Doğum yeri kadının ihtiyacına ve tercihlerine göre şekillendirilir.	Doğum yeri politikalar ve sağlık çalışanlarının tercihlerine göre şekillendirilir.
Müdahaleler, sadece gerekli olduğunda kullanılır	Müdahaleler rutin olarak kullanılır
Kadın, yapılacak müdahalelerde karar vericidir	Sağlık çalışanı yapılacak müdahalelerde karar vericidir
Sağlık spirituel, mental ve fiziksel iyiliğe odaklanır	Sağlık, hayatta kalmaya odaklanır.

Hollanda Sağlık Sistemi

Hollanda, 16 909 016 kişilik nüfusu ile Avrupa'nın en kalabalık fakat yüzölçümü bakımından en küçük ülkesidir (CBS 2015). Avrupa Birliği'nde yer alan en gelişmiş, en yüksek prim üretimi ve kişi başı prim gelirine sahip ülkelerden biridir. Sağlık Bakanlığı bütçesi, vergi gelirleri ile finanse edilir ve finansman tüm sağlık harcamalarını kapsamaktadır. Hollanda sağlık sistemi oldukça

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:121 K:96
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

gelişmiş birinci basamak sağlık hizmetine dayanmaktadır. Birinci basamakta aile hekimleri, ebeler, fizyoterapistler, eczacılar, dişçiler, sosyal çalışmacılar, uygulama hemşiresi ve evde bakım sunucuları hastaların ikinci ve üçüncü basamağa geçişinde eleme görevi yapmaktadır. Halkın çoğunluğunun tıbbi şikayetler için ilk başvuracakları nokta, "huisarts" denilen genel pratisyenler yani aile hekimleridir. Aile hekimi, sağlık sisteminde merkezi bir role sahiptir. Hollanda'da birinci basamak hizmetlerde diğer önemli profesyoneller "verloskundige" (doğum uzmanı) denilen ebelerdir. Ebeler, düşük riskli gebeler için özelleşmiş uzmanlardır. Bir gebe, gebelik testi yaptıktan sonra aile hekimine başvurmadan kendisine en yakın ebe ofisine giderek kaydını yaptırabilmektedir. Hollanda, kadınların doğumlarını evde ya da hastanede yapmak konusunda özgür oldukları tek Batı Avrupa ülkesidir. Görev dağılımının net olması, risk seçimi ve farklı tabakalar arasında karşılıklı işbirliği Hollanda sağlık sisteminin gücünü oluşturmaktadır (Schäfer et al.2010:14-29; KNOV 2015). Hollanda'da birinci basamakta ebe, bağımsız medikal profesyoneldir ve sağlıklı gebeliği olan (düşük riskli) kadınlar için gebelik, doğum ve doğum sonrası sekiz hafta boyunca bakım sağlar, ayrıca eylem ve kararlarında özerktir. Ebe, normal gebe izlemleri sırasında bir komplikasyon tespit ettiğinde ikinci ya da üçüncü basamak hastanelerde jinekoloğa danışabilmekte ve gerekirse hastaneye sevk edebilmektedir. Hastanede kadının bakımına klinik ebeler, jinekolog sorumluluğunda devam etmektedir Warmelink et al. 2015b:1).

Hollanda'da Ebelik Eğitimi

Hollanda eğitim sistemi öğrencilerin yetenek, zeka ve öğrenme düzeylerin uygun şekilde yönlendirildikleri güçlü bir ortaöğretim sistemine dayalıdır. Ortaöğretim; genel eğitim ve mesleki eğitim olmak üzere iki temel öğrenim alanına ayrılır. Genel eğitim; "Yükseköğrenime Hazırlayan Genel Ortaöğretim" ve "Yüksek Genel Ortaöğretim" olmak üzere iki şekildedir. Hollanda'da yüksek öğrenim ise üniversitelerde verilen akademik yükseköğretim ile üniversite kapsamına girmeyen meslek yüksekokullarında verilen mesleki yükseköğretim ve açık üniversite tarafından yürütülen uzaktan yükseköğretim şeklinde yürütülür (Canatan vd. 2015:12-20). Yükseköğrenimde Ebelik Bölümü'ne müracaat için fen branşında yüksek genel ortaöğretim mezuniyeti şartı aranır. Ebelik bölümü için başvuran öğrenciler, en iyi adayların seçildiği geniş bir değerlendirmeden geçerler. Öğrenci ilk önce yazılı müracaatta bulunur. Yazılı müracaattan sonra kura çekilişi ve ardından mülakat için davet edilir. Mülakattan sonra başvuru yapan öğrencinin neden ebe olmak istediğine dair bir başvuru mektubu yazması istenir. Başvuru mektubu yeterli bulunan be-

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:121 K:96
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

lirli sayıdaki kişiler ebelik bölümüne kabul edilir.

Hollanda'da Amsterdam, Rotterdam ve Maastricht olmak üzere üç şehirde ebelik okulu bulunmaktadır. Ülke çapında her yıl 190 öğrenci kayıt yaptırmaktadır. Ders yükü 240 AKTS ve 6800 saattir. Sağlık kuruluşlarında staj, toplam 100 AKTS'dir, bunun en az 60 AKTS'si birinci basamak bir ebe kliniğinde staj olarak yapılması öngörülmüştür. Geri kalan zaman teori, beceri eğitimi ve lisans tezi için kullanılır. Toplamda iki yıl teorik eğitim verilir, bir yıl birinci basamakta bir yıl da ikinci ve üçüncü basamakta staj yapılır. Öğrencilerin staj yaptıkları yerlerde çalışan ebeler, öğrencilerin eğitiminden birebir sorumludur. Öğrenciler öncelikle birinci basamakta bağımsız ebe olmak üzere eğitilir. Hükümet tarafından belirlenen öğrenim ücreti 2015-16 eğitim öğretim yılında Hollandalı öğrenciler için 1951 avrodur (KNOV 2015). Hollanda'da ebelik eğitimi direk girişli dört yıllık yüksekokul düzeyindedir. Eğitimin üniversite düzeyine (Türkiye'ye göre fakülte düzeyi) yükseltilmesi için ebe akademisyenlerin ve ebelik örgütlerin ortak çalışmaları devam etmektedir. Ebeler, eğitim düzeyinin yükseltilmesinin hekimlerle aynı dili konuşabilmeleri açısından önemli olduğunu düşünmektedir. Eğitim düzeyinin yükselmesini aynı zamanda güçlü özerk konumlarını korumak ve düşük riskli kadınların yüksek seviyede bakımı için önemli görülmektedirler. Ebelerin özerk konumda oldukları ülkelerde dahi ebelerin, bu özerk konumlarını korumak için örgütlenmeye önem verdikleri görülmektedir. Ayrıca bu ülkelerde akademik alanda çalışan ebe akademisyenler, ebelerin çalışma alanları ile ilgili bilimsel araştırmalar yaparak ülkede ebelik bakımına katkı sağlamaktadır.

Hollanda'da Ebelik

Hollanda'da ebelik bölümü öğrencileri okulu tamamladıktan sonra hangi alanda çalışacakları kendi kararına bağlıdır. Çoğu ebe, kariyerine vekil ebe olarak başlar. Vekil ebelik, birinci basamakta topluma dayalı hizmet veren ebe ofisinde yapılır ve buradan sonra klinik ebeliği için ikinci basamağa geçilebilir veya birinci basamakta devam edilebilir. Birinci basamakta çeşitli kariyer değişiklikleri yapmak mümkündür. Örneğin ultrason operatörü, prenatal tarama görevlisi veya prekonsepsiyonel danışman gibi görevlerde de yoğunlaşabilir. Ayrıca ebe, intrapartum bakım vermeyip prenatal ya da postnatal hizmetlerde branşlaşabilir. Aynı zamanda birinci basamağı bırakmak suretiyle akademik alanda araştırmacı ya da öğretim görevlisi olarak çalışabilir veya tümden ebelik mesleğini bırakabilir (Warmelink et al. 2015b:2).

Hollanda'da ebelik, toplum ebeliği pratiğine dayalıdır. Toplum ebeleri, birinci basamak bakımda çalışan bağımsız medikal profesyonellerdir. Serbest çalışan olarak semtlerde tek başına ya da iki veya üç meslektaşı ile ortak-

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:121 K:96
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

laşa "Verloskundigenpraktijk" adı verilen bir ebelik ofisi açabilir. Ayrıca kendisine ait olmayan bir ebe ofisinde işçi olarak çalışabilir. Hastanede çalışan klinisyen ebeler, jinekolog hekime bağlı olarak çalışmaktadır. Klinisyen ebeler, birinci basamak ebelikte vekil ebe olarak deneyim kazanmış kişilerdir. Hastanede hekim denetiminde bakım verirler. Birinci basamak ebelerden farklı olarak ultrason ve elektronik fetal izlem yapma yetkisi bulunmaktadır. Hollanda'da birinci basamak ebeler de mezuniyet sonrası 1-2 yıllık bir eğitim neticesinde sertifika aldıktan sonra kendi çalıştıkları ofiste gebe takiplerinde ultrason taraması yapabilmektedirler. Gebe takiplerinde leopold manevralarını yoğun olarak kullanmakta ve bebeğin takibi için leopold manevralarını daha güvenli bulmaktadırlar. Ancak bazı durumlarda ultrasona ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca Hollanda sağlık sisteminde hizmet paketinin içerisinde gebe takibi esnasında iki veya üç ultrasona yer yerilmiştir.

Hollanda'da 2980 aktif ebe vardır. Hastanede çalışan klinisyen ebe oranı 2011 yılında %27 iken 2014'te %29'a yükselmiştir (KNOV 2015). Her ne kadar klinik ebeliğine rağbet artmış gibi görünse de Hollanda'da son yıllarda ebe sayısında artış olması birinci basamak bağımsız ebe sayısının da artmasına neden olmuştur. 2011 Ocak ayından itibaren birinci basamakta 311 vekil ebe haricinde 1599 ebe bulunmaktadır. Hollanda'da doğurgan yaştaki (15-39 yaş arası) her 100 000 kadına 2000 yılında 4.3 ebe, 2004 yılında 5.3 ebe düşmekte iken 2011 yılında 6 ebe düşmektedir. Son yıllarda ebe ofislerinin sayısı 2004 yılında 452 iken 2011 yılında 519'a yükselmiştir (Wiegers et al. 2014:992).

Toplum ebelerinin verdiği her bakımdan elde ettiği miktar; gebelik dönemi; 472,37 avro, doğum; 513,56 avro, doğum sonrası; 285,31 avro ve toplam 1271,24 avrodur. Ücretler yıllık olarak Hollanda sağlık bakım yetkilileri tarafından belirlenir. Hollanda'da bağımsız çalışan bir ebenin mali mesuliyet sigortası yaptırması zorunludur. Yılda 500 avrodan 2.500 avroya kadar sigortalanabilir. Bu sigortalama, verdiği hizmet ile ilgili malpraktis davalarında ebeyi korumaktadır. Hollandalı hakimler, böyle bir konu hakkında dava almaya isteksiz oldukları gibi böyle bir davanın açıldığı da çok nadirdir (KNOV 2015). Hollandalı ebeler, her ebenin meslek hayatı boyunca bir kez dava edilebildiğini düşünmektedir. Örneğin; onbeş yıldır ebelik yaptığı halde hiç dava edilmeyen ebeler olduğu gibi nadir de olsa bir kez dava edilmiş ebeler de bulunmaktadır.

Hollanda'da her kadın, gebeliğinin ilk 6-10 haftaları arasında evine en yakın yerde bulunan ebelik ofisine başvurur. İlk başvuruda ebe, geniş çaplı bir anamnez alarak risk taraması yapar. Bu ilk muayenenin amacı; risk tespiti yapmak ve gerekli olursa gebeyi bakı-

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:121 K:96
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

mın, jinekolog hekim sorumluluğunda devam edeceği ikinci basamağa sevk etmektir. Ebe, ilk muayenede risk tespit etmemiş ise gebe, sağlıklı ve düşük risk konumunda kabul edilir ve antenatal takip planı hazırlanır. Gebe, bu plan çerçevesinde düzenli antenatal takipler için ebelik ofisine başvurmaya devam eder. Takipler esnasında bir risk tespit ettiğinde ebe, ortak çalıştığı hastanede bulunan jinekolog hekime danışma ve sevk etme hakkına her zaman sahiptir. Hollanda'da toplum ebeleri, gebelerin ikinci ve üçüncü basamağa geçişinde adeta bir bekçi konumundadır. Ebe, aktif uygulamaları ile ilgili olarak hastanede uzmanlardan oluşan bir ekibe danışabilir. Bu ekip belli zamanlarda toplanır ve ebeler danışmak istedikleri gebe ile ilgili dosyalarını da alarak bu toplantılara katılır. Bu toplantılarda diğer ebelerin danıştığı farklı vakalar hakkında da bilgi sahibi olma şansları vardır. Ayrıca Hollanda'da ebeler, gebe takiplerini bir otomasyon sistemi üzerinden yürütmektedir. Bu otomasyon sistemi sayesinde günlük çalışma planları ve o gün hangi gebeleri ziyaret etmeleri gerektiği otomatik olarak ekrana düşmektedir. Aynı şekilde doğumu yaklaşan gebeler de günlük çalışma planında yer almaktadır. Gebe, başka bir semte taşındığında ya da takiplerine başka bir ofiste devam etmek istediğinde gebenin bilgileri otomasyon sistemi sayesinde diğer ebelik ofisi ile paylaşılmaktadır. Bu sistemdeki hareketleri hastane jinekolog hekimi de izleyebilmektedir.

Hollanda ebelik ofis sisteminde doğum bakımı amniyon zarı rüptüre olduğunda ya da uterus kasılmaları başladığında başlar. Doğum, ne kadar sürerse sürsün veya kadın ebenin bakımı altında kalsın ya da sevk edilsin bakımın ücreti daima aynıdır. Eğer gebe ev doğumunu seçerse ebe, doğumu takip eder, bu esnada 'kraamverzorgster' denilen uygulama hemşiresi, ebeye yardım eder ve doğum sırasında kadına destek olur. Eğer bir komplikasyon oluşursa ebe, lohusayı jinekolog ya da pediatrist hekime sevk edebilir. Hollanda'da her hastane, birinci basamaktaki ebenin sevkini kabul eder. Ebe, yüksek risk ve acil durumlar için ambulans kullanabilir. Bu ambulans ortalama on dakikada hastaneye ulaşmalıdır. Doğumda tıbbi ağrı kesici ihtiyacı hekime danışılması gereken bir konudur. Ebe, bu konu hakkında antenatal dönemde gebeyi bilgilendirir ve eğer analjezi talebi olmuşsa hekimden bir randevu alınması gerekmektedir (KNOV 2015). Bu kez doğum, hekimin sorumluluğunda olsa da klinisyen ebeler travay takibi ve doğumu yönetmekte, doğum hemşireleri ise doğumhanedeki hemşirelik hizmetlerini yerine getirmektedir. Gebe, riskli bir doğum olduğunda veya sezaryen yapıldığında antenatal takipleri yapan primer bakım ebesinin herhangi bir sorumluluğu bulunmamaktadır. Ancak Hollandalı ebeler, bu kadınları hastanede ziyaret etmek ve psikolojik destek olmak gibi etik sorumluluk hissi duymaktadır.

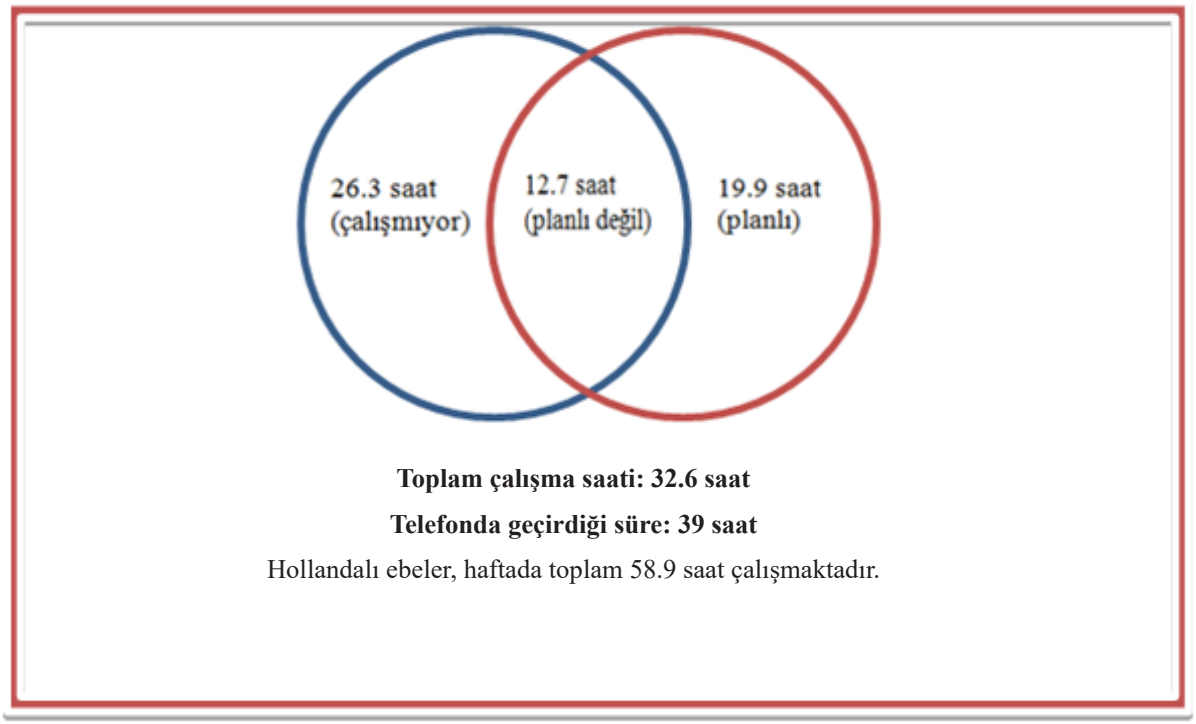
JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:121 K:96
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Hollanda halkı bilir ki Hollandalı ebeler, gebelik ve doğumu müdahale edilmesi gereken bir hastalık olarak gören tıp dünyası içinde güvenli ve sağlıklı doğumlar için çalışan tıbbi bakım profesyonelleridir (De Vries 2010:7). Hollanda'da yapılan retrospektif bir çalışmada birinci basamak ebe gözetiminde başlayan doğumlarda, jinekolog gözetiminde başlayan doğumlara göre müdahale oranının ve ayrıca neonatal ve intrapartum mortalite hızının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Wiegerinck et al. 2015:1175). Doğum ebe katılımında gerçekleşsin veya gerçekleşmesin doğum sonrası ebe bakımı, 7-8 gün ve günde 15 dakika ile 1 saat arasında planlanarak evde devam etmektedir. Bu dönemde 'kraamverzorgster' denilen hemşireler lohusalık bakımı konusunda ebeye yardım eder (De Vries 2010:6). Kraamverzorgster'ın çalışmalarını ebe, ev ziyaretleri sırasında denetler.

Hollandalı Ebelerin İş Yükü

Hollanda'da çoğunlukla bağımsız olarak çalışan ebelerin belirli bir iş yükü tanımı yoktur. Çünkü onlar serbest çalışandır ve bunun anlamı müşterisi için ne kadar zaman ayıracağı kendisine bağlıdır. Ortalama bir ebe, çalışma süresinin üçte ikisi direk hasta ile ilgili nedenler, üçte biri ise mali yönetim, organizasyon, toplantı ve diğer aktiviteler için harcamaktadır. Çalışma zamanının çoğunluğu (19.9 saat=%61) planlıdır. Her ebe ofisi, çalışma saatleri dışında dahi müşteri aramalarına cevap vermek ve gerekirse evini ziyaret etmek durumundadır. Ortalama bir ebe haftada 39 saat telefondadır ve bu 39 saatin 12.7saatinde çalışıyordur, diğer 19.9 saati ise planlı çalışma saatleridir (Şekil 2). Bu demek oluyor ki bir ebe gerçekte haftada 32.6 saat çalışıyor gibi görünse de 58.9 saat çalışmaktadır (Wiegers et al. 2014:994).

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:121 K:96
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)



Şekil 2. Hollanda Birinci Basamak Ebelerin İş Yükü (2010 Yılı)

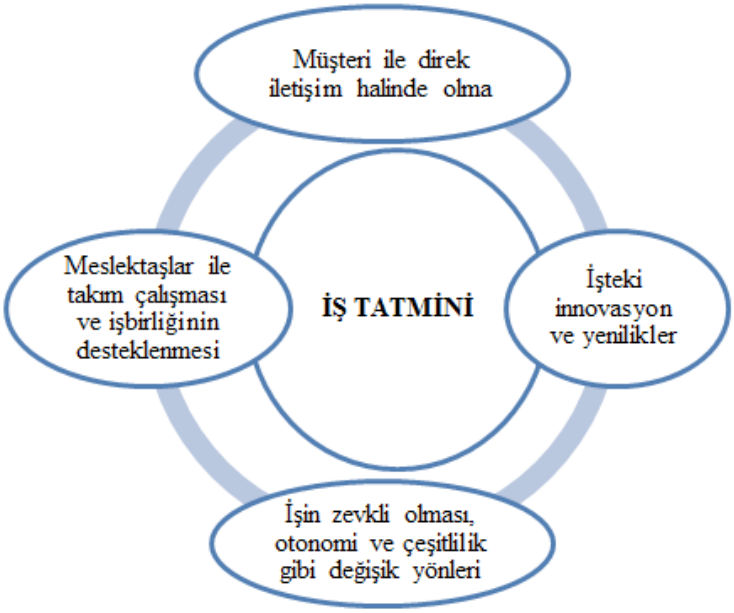
*Wiegers TA, Warmelinks JC, Spelten ER, Klomp T, Hutton EK. (2014) Work and workload of Dutch primary care midwives in 2010. Midwifery 30 (12): 995

Hollanda'da ebeler için tam zamanlı ya da yarı zamanlı gibi bir tanım bulunmasa da hizmet ücretini hesaplamak için bir iş paketi baz alınmıştır. Ebelik ofisi için bir "bakım ünitesi" gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem boyunca bir müşterinin alacağı bakıma eşittir. Günümüzde Hollandalı bir ebe, yılda ortalama 105 bakım ünitesi iş yüküne sahiptir. Yani yılda 105 kadına gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçler için standartları belirlenmiş bir bakım vermektedir (Wiegers et al. 2014:992). Hollanda'da ebelerin akademik gelişimleri de yüksek düzeyde desteklenmektedir. Ebelerin, görevlerine devam edebilmeleri için yılda belli bir performans puanını doldurmaları gerekmektedir. Bu puanlama sistemi ise ebelerin yılda katıldığı mesleki eğitim, kongre ve konferanslara göre belirlenmektedir.

Genel olarak Hollanda'da birinci basamak bağımsız ebeler, işlerinden memnundur. Bir

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:121 K:96
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

kalitatif araştırmada ebelerin direk hasta ile iletişim halinde olmak, işbirliği ve takım çalışmasının desteklenmesi, otonomi sahibi olarak ve bağımsız çalışmak ve işlerinde değişik deneyimler yaşamaktan dolayı işlerinden memnuniyet duyduklarını ifade etmişlerdir (Şekil 3). Buna ilaveten birinci basamak ebelerin bazı talepleri de bulunmaktadır. Müşterilerinin bireysel ihtiyaçlarına zaman ayırmak ve ebelik bakımını en iyi seviyede yerine getirmek için kağıt işleri ve toplantı gibi aktivitelere ayrılan zamanın azaltılmasını istemektedirler. Ayrıca ikinci basamaktaki veya sağlık bakım sistemindeki diğer partnerleri ile dayanışma ve işbirliğinin geliştirilmesi konusunda çalışmalar yapılmasını talep etmektedirler (Warmelink et al. 2015a:486).



Şekil 3. Hollandalı Ebelerin İş Tatminini Artıran Faktörler

Hekim ve Ebe İşbirliği

Hollanda'da gebelik, doğum ve doğum sonu bakım hizmetleri; ebeler, jinekolog hekimler, aile hekimleri ve pediatrist hekimlerin işbirliği ile yürütülmektedir. Hollanda'da ebelerin ve jinekologların farklı meslek birlikleri vardır. Hekimler 1887 yılında kurulan Hollanda Jinekologlar Birliği (NVOG) üyesi, ebeler ise 1898'de kurulan Hollanda Ebelik Örgütü (KNOV) üyesidir (van der Lee 2014:125). Çağdaş obstetrik bakımda ebeler ve jinekologlar iyi kalitede obstetrik bakım sağlama amacıyla birçok seviyede işbirliği halindedir. Hollanda'da her jinekolog için 5-6 ebe vardır

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:121 K:96
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

(De Vries 2010:7). Hollanda'da ebeler, risk değerlendirme ve ikinci basamağa bilgi akışı için önemli bir rol oynamaktadır. Hastalarının durumları hakkında gerekirse hekimden danışmanlık alır ya da ikinci basamak bakım için hastaneye sevk ederler. İkinci basamakta hekimler çoğunlukla jinekolojik bakım vermekten ve aynı zamanda bütün obstetrik patolojilerle ilgilenmekten sorumludur. İkinci basamakta jinekolog hekim ile birlikte klinisyen ebeler, riskli doğumların bakımı ile ilgilenmektedir (van der Lee 2014:124-125).

Obstetrik el kitabı (Verloskunding Vademecum) anne ve bebek ile ilgili sağlık çalışanlarının mesleki kuruluşları tarafından onaylanmış bir kılavuzdur. Bu kılavuz, obstetrik bakımın verimi ve kalitesi için işbirliği kurallarını ve anlaşmaları içerir. Risk seçimi ve sevk sürecini kolaylaştırmak için bu kılavuzda sevk endikasyonları, "Obstetrik endikasyon listesi (VIL)" başlığı altında sıralanmıştır. Bu endikasyonlar, bilimsel kanıtlara dayalı olarak geliştirilmiş ve birinci, ikinci ve üçüncü basamak bakım profesyonelleri arasında iletişim için formüle edilmiştir (van der Lee 2014:126; Wiegers and Hukkelhoven 2010:2; KNOV 2015). Bu rehberde sağlık profesyonellerinin özerk karar verme hakkına sahip olduğu özellikle belirtilmiştir. VIL'a göre gebenin sevkine neden olan bazı durumlar KNOV (2015)'da şöyle bildirilmiştir;

A Önceki düşük, önceki prematür doğum (>33 hafta). Sistit

B Anemi, PID, psikiyatrik hastalık, hepatit C

C Diyabet hastalığı, gebeliğin 37. haftasından önceki CS, >24 saat rüptüre olmuş membran, mekonyumlu amnion sıvı, makat doğum, çoğul gebelik, üçüncü veya dördüncü derece yırtık

D Önceki PPH (>1L), önceden plasentanın elle çıkarılması

Hollanda'da ebeler ve hekimler her ne kadar işbirliği içinde çalışsalar da bazen rekabet ettikleri alanlar bulunmaktadır. Örneğin; doğumun birinci evresinin yönetimi hakkında iki farklı görüş vardır. KNOV tarafından hazırlanan kılavuz, doğumda partogram kullanımını tavsiye ederken hekimler ise doğumun aktif yönetiminde O'Driscoll tarafından 1973'te ilk kez tanıtılan Proaktif Doğum Desteği kullanımını desteklemektedir. Proaktif Doğum Desteği her saat için bir cm servikal dilatasyon olmasını öngörür. Saatte bir cm'den daha yavaş dilatasyon olduğunda oksitosin ile doğumun indüklenmesi ve amniyotomi yapılmasını tavsiye eder (Offerhaus et al. 2015:70).

Hollanda'da son yıllarda tartışılan konu perinatal mortalitenin diğer Avrupa ülkelerinden yüksek olmasıdır (van der Lee et al. 2014:123; van der Lee et al. 2016:72). PRN 2013'e göre 5.3 olan perinatal mortalite oranı

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:121 K:96
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

Hollanda sağlık sistemine alarma geçirmiştir. Ayrıca sezaryen oranı da son yıllarda %17'ye yükselmiştir. Hollanda'da perinatal mortalite ve sezaryen oranlarındaki artışı değerlendirmek için geniş çaplı çalışmalar yürütülmektedir. Özellikle toplum ebelerinin çalışmaları yakın takip altına alınmıştır. Literatürde Hollanda'da düşük riskli obstetrik komplikasyonları olan kadınlarda ebe bakımının güvenli olmadığına dair kanıtların yeterli olmadığı, düşük riskli gebeler için ebe bakımının daha faydalı olduğu bildirilmiştir. De Jonge tarafından birinci basamak ebe bakımı alan 529 888 ve 743 070 düşük riskli kadında olmak üzere yapılan iki ayrı çalışmada planlanmış ev doğumunun perinatal mortalite ve morbiditeyi artırmadığı belirlenmiştir (de Jonge et al. 2015:728; de Jonge et al. 2009:1184).

Perinatal mortalite oranlarındaki artışın nedenleri arasında; bazı kadınların profesyonel rehberlerde belirtilenden daha geç gebelik haftasında ve daha az sayıda ebe ziyareti yaptığı bildirilmiştir. Ayrıca prenatal bakım hizmetlerinin sağlıksız yaşam tarzına sahip olan kadınlar için yeniden dizayn edilmesi ve sağlık profesyonellerinin risk gruplarının farkında olması ve prenatal bakım hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamaları, fizik değerlendirme, eğitim ve akran desteği programlarının artırılması gerektiği tavsiye edilmiştir (Feijen-de Jong et al. 2015:93). Günümüzde Hollanda'da perinatal mortalite oranlarının düşürülmesi konusunda özellikle hekim-ebe işbirliğinin güçlendirilmesi üzerinde çalışılmaktadır (Posthumus et al. 2013:1983-1986; Schölmerich et al. 2014:145).

SONUÇ

Hollanda, güçlü birinci basamak sağlık hizmetlerine sahip bir Avrupa ülkesi olmakla birlikte sezaryen oranları da DSÖ tarafından önerilen seviyelerdedir. Türkiye'de ebelerin birinci basamakta aile sağlığı elemanı olarak çalışması ve güncel bir ebelik yasasının bulunmaması en temel sorunlar arasındadır. Bu temel sorunlar, sezaryen oranlarının dünya ortalamasının üzerinde artmasına neden olmuştur. Ebelikte temel sorunların çözümü ile birlikte Hollanda ebelik sisteminin Türkiye'ye uyarlanması Türkiye'de sezaryen oranlarının azaltılması ve gebelik, doğum ve doğum sonu bakım hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin iş doyumunun artması açısından önemli ve gerekli olduğu düşünülmektedir. Bu sayede sezaryen oranının Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen seviyede azaltılacağı, doğumda anne ve bebeklerinin iyilik hali ve konforunun artacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

BORLU A., (2008). Kayseri kentsel alanda seçilmiş bir sağlık ocağı bölgesinde doğum yapan kadınların doğum şekli konusunda düşünce ve davranışları. Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:121 K:96
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

BRICK, A., LAYTE, R., (2009). Recent trends in the caesarean section rate in Ireland 1999-2006. https://www.esri.ie/ working paper No.309, 1-35

CANATAN, K., YÜKSELEN A., SERBEST F., OKUMUŞ, F., (2015). 2014 yılı hollanda insan hakları raporu. islamofobi ve entegrasyon arasında azınlıklar. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, ss.12-20

DUMAN, Z., KOKEN, GN., SAHIN, FK., COSAR, E., ARIOZ, DT., ARAL, I., (2007). The opinion of health workers regarding vaginal labor and cesarean section, Perinatal Journal, 15 (1), 7-11

DE VRIES, C., (2010). Birth in an ordinary instant. J Perinat Educ, Summer, 19 (3),4-7

DE JONGE, A., VAN DER GOES, B., RAVELLI, A., AMELINK-VERBURG, M., MOL, BW., NIJHUIS, JG., BENNEBROEK GRAVENHORST, J., BUITENDIJK, S.E., (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. BJOG, 116 (9), 1177-1184

DE JONGE, A.L., GEERTS, C.C., VAN DER GOES, B.Y, MOL., B.W., BUITENDIJK, S.E., NIJHUIS, J. G., (2015). Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. BJOG, Apr;122 (5), 720-728

EURO-PERISTAT PROJECT **(2010)** with scpe and eurocat. European Perinatal Health Report: the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010

http://www.europeristat.com/our-indicators/euro-peristat-perinatal-health-indicators-2010.html [Erişim: 17th January 2016]

FEIJEN-DE JONG, EI., JANSEN, DE., BAARVELD, F., BOERLEIDER, AW., SPELTEN, E., SCHELLEVIS, F., REIJNEVELD, S, A., (2015). Determinants of prenatal health care utilisation by low-risk women: A prospective cohort study. Women and Birth, 28 (2), 87-94

FORSTER, D, A., MCLACHLAN, H, L., DAVEY, M., BIRO, M, A., FARRELL, T., GOLD, L., FLOOD, M., SHAFIEI, T., WALDENSTRÖM, U., (2016). Contiunity of care by primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. BMC Pregnancy and Childbirth, 16 (28), 1-13

HATEM, M., SANDALL, J., DEVANE, D., SOLTANI, H., GATES, S., (2008). Midwife-led versus other models of care

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:121 K:96
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev, 8 (4), CD004667

HODNETT, E, D., GATES, S., HOFMEYR, G, J., SAKALA, C., (2013). Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Review, doi:10.1002/14651858.CD003766

HILDINGSSON, I., (2014). Swedish couples' attitudes towards birth, childbirth fear and birth preferences and related to mode of birth – A longitudinal cohort study. Sexual & Reproductive Healthcare, 5(2), 75-80

KASHANIAN, M., JAVADI, F., HAGHIGHI, M., (2010). Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. Int J Gynaecol Obstetric, 109 (3), 198–200

KİTAPÇIOĞLU, G., YANIKKEREM, E., SEVİL, Ü., YÜKSEL, D., (2008). Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi,* 9 (1), 47-54

KNOV (2015). The Royal Dutch Organisation of Midwives (KNOV) 2014" Midwifery in the Netherlands. http://www.knov.nl/fms/file/knov.nl/knov_downloads/526/file/Midwifery_in_The_Netherlands_2015.pdf?download_category=overig [Erişim: 24.01.2016]

MARTIN, J,A., HAMILTON, B,E., OSTERMAN, MHS., CURTIN, S,C., MATHEWS, T,J., (2013). Births: Final Data for 2012. National Vital Statistics Reports, 62 (9), 1-68

MATINNIA, N., FAISAL, I., HANAFIAH JUNI, M., HERJAR, A,R., MOEINI, B., OSMAN, Z,J., (2015). Fears related to pregnancy and childbirth among primigraviae who requested caesarean versus vaginal delivery in Iran. Matern Child Health J., 19 (5), 1121-1130

MCLACHLAN, H,L., FORSTER, D,A., DEVEY, M,A., FARRELL, T., FLOOD, M., SHAFIEI, T., WALDENSTRÖM, U., (2016). The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: results from the COSMOS randomised controlled trial. BJOG, 123, 465-474

MELENDER, H,L. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. Birth, 29 (2),101-111

OECD (2015). Caesarean sections Total, Per 1 000 live births, 2013 https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm [Erişim 11.02.2016]

OFFERHAUS, P, M., OTTEN, W., BOXEM-TIEMESSEN, JCG., DE JONGE, A., VAN DER PAL-DE BRUIN, KM.,

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:121 K:96
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

SCHEEPERS, P, L., LARGO-JANSSEN, A, L., (2015). Variation in intrapartum referral rates in primary midwifery care in the Netherlands: A discrete choice experiment. Midwifery 31 (4), e69-78

OKUMUŞ, F., SOHBET, R., (2013). Antenatal care before caesarean section in rural Turkey. British Journal of Midwifery, 21 (1), 32-39

POSTHUMUS, A, G., SCHÖLMERICH, V, L., WAELPUT, A, J., VOS, A,A., DE JONG-POTJER, L, C., BAKKER, R., BONSEL, G, J., GROENEWEGEN, P., STEEGERS, E, A., DENKTAS, S., (2013). Bridging between professionals in perinatal care: towards shared care in the Netherlands. *Matern Child Health J.*, Dec;17 (10), 1981-1989

PINAR, G., PINAR, T., (2009). Yeni doğum yapmış kadınların empatik iletişim beklentilerinin ebe/hemşireler tarafından karşılanma durumu. Tıp Araştırmaları Dergisi, 7 (3), 132-140

RYDING, E, L., LUKASSE, M., PARYS, A, S., WANGEL, A, M., KARRO, H., KRISTJANSDOTTIR, H., SCHROLL, A, M., SCHEI, B.; BIDENS GROUP., (2015). Fear childbirth and risk of caesarean delivery: a cohort study in six European countries. Birth, 42 (1), 48-55.

SAISTO, T., HALMESMAKI, E., (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. Acta Obstet Gynecol Scand, 82 (3), 201–208

SCHÖLMERICH, V, L., POSTHUMUS, A, G., GHORASHI, H., WAELPUT, A, J., GROENEWGEN, P., DENKTAS, S., (2014). Improving interprofessional coordination in Dutch midwifery and obstetrics: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth, 15 (14), 145

SOLTANI, H., SANDALL, J., (2012). Organisation of maternity care and choices of mode of birth: a worldwide view. Midwifery, Apr;28(2), 146-149

CBS STATISTICS NETHERLANDS (2015) - Centraal Bureau voor de Statistiek.

http://www.cbs.nl/en-GB/menu/themas/bevolking/cijfers/default.htm?Languageswitch=on [Erişim: 24.01.2016]

SCHÄFER, W., KRONEMAN, M., BOERMA, W., VAN DEN BERG, M., WESTERT, G., DEVILLE, W., VAN GINNEKEN, E., (2010). "The Netherlands: Health system review" Health Systems in Transition, 12 (1), 1-229

SANDALL, J., SOLTANI, H., GATES, S., SHENNAN, A., DEVANE, D., (2015). Midwife-led continuity models versus

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:121 K:96
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews, 15 (9), 1-4

SYDSJÖ, G., SYDSJÖ, A., GUNNEVIK, C., BLADH, M., JOSEFSSON, A., (2012). Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. Acta Obs tet Gynecol Scand, 91 (1), 44-9

SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ YILLIĞI 2013 (2014a). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı Ankara, Türkiye http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-97020/h/saglik-istatistik-yilligi-2013.pdf [erişim 15.04.15]

SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KADIN SAĞLIĞI ARAŞTIRMASI (2014b). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, http://www.sagem.gov.tr/kadin_sagligi_arastirmasi_28_04_2014.pdf [erişim 03.05.15]

SERÇEKUŞ, P., OKUMUŞ, H., (2009). Fear associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. Midwifery, 25 (2), 155-162

TAŞÇI, D, K., (2007). Doğum yapan hastaların aldıkları bakımı hasta hakları açısından değerlendirmeleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10 (3), 26-33

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ NÜFUS ETÜTLERİ ENSTİTÜSÜ. (2014). 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitisü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye

VAN DER LEE, N., DRIESSEN, E, W., HOUWAART, E, S., CACCIA, N, C., SCHEELE, F., (2014). An examination of the historical context of interprofessional collaboration in Dutch obstetrical care. Journal of Interprofessional Care, 28 (2), 123-127

VAN DER LEE, N., DRIESSEN, EW., SCHEELE, F., (2016). How the past influences interprofessional collaboration between obstetricians and midwives in the Netherlands: Finding from a secondary analysis. J. Interprof. Care, 30 (1), 71-76

WARMELINK, J,C., HOIJTINK, K., NOPPERS, M., WIEGERS, T,A., DE COCK, T,P., KLOMP, T., HUTTON E,K., (2015a). An explorative study of factors contributing to the job satisfaction of primary care midwives. Midwifery, 31 (4), 482-488

WARMELINK, J,C., WIEGERS, T,A., DE COCK, T,P., SPELTEN, E,R., HUTTON, E,K., (2015b). Career plans of primary care midwives in the Netherlands and their intentions to leave the cur-

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:121 K:96
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

rent job. Hum Resour Health, 13 (29), 1-10

WHO, (1999). Health 21 The health for all policy framework fort he WHO European Region European Health for All Series ; No. 6

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf [Erişim 11.02.2016]

WHO, (2015). World Health Organization. "WHO statement on caesarean section rates" http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1 [Erişim: 17th January 2016]

WIEGERS, T,A., HUKKELHOVEN, CWPM., (2010). The role of hospital midwives in the Netherlands. BMC Pregnancy and Childbirth, 10 (80), 1-9

WIEGERS, T,A., WARMELINKS, J,C., SPELTEN, E,R., KLOMP, T., HUTTON, E,K., (2014). Work and workload of Dutch primary care midwives in 2010. Midwifery, 30 (9), 991-997

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:121 K:96
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

EXTENDED ABSTRACT

Definition and Importance: Turkey is a rapidly developing country where women's socio-cultural and economic levels have risen. The perinatal mortality rate has reduced to 7.6 per thousand, and the maternal mortality rate has reduced to 15.2 per one hundred thousand thanks to the efforts of the Ministry of Health. However, women have clearly tended to opt for caesarean sections recently. Turkey's Ministry of Health's Health Statistics Yearbook reports that the caesarean section rate in Turkey has increased from 21% in 2002 to 50% in 2013. Today, the caesarean section rate in Turkey is higher than that of many countries in the world. The increase in the caesarean section rate is closely related to the women's request for caesarean sections. In Turkey, maternity care services are carried out by general practitioners at the primary care and gynecologists at the secondary and tertiary care. The fact that the system involves only physicians has increased the job dissatisfaction of general practitioners at the primary care and gynecologists at the secondary and tertiary care. The majority of the women who consult a physician tend to choose caesarean sections. In Turkey, not giving responsibility to midwives in the maternity care processes, making them work as nurses or clinical secretaries, not developing teamwork and cooperation, and adopting a routine work system cause an increase in the job dissatisfaction of midwives. Although the Ministry of Health of Turkey is making an effort to reduce both caesarean section rates and maternal and perinatal mortality rates, it is not possible for the health indicators in Turkey to achieve the rates in European countries without implementing a midwife-led continuity care for childbearing women the maternity care processes. **Aim:** In the Netherlands, maternity care services are led by midwives, and the caesarean section rates are at the level recommended by WHO. This article addresses the impressions of the author from his visits to a midwifery office and a hospital in Rotterdam in April, 2014. This is the first article in Turkey to address the work systems of midwives in the Netherlands comprehensively. The aim of the review is to share our knowledge and experience about Dutch midwifery-led continuity model of care. **Results:** Midwives are the primary care providers for maternity care services in the world. Midwives lead the planning, organization and delivery care from initial booking to the postnatal period in the places where midwife-led continuity care is practiced. Midwives consult with physicians when there are complications. Studies report that when care services are led by midwives; less analgesia is used and episiotomy rates decrease, and spontaneous delivery rates increase, women's sense of control is higher during delivery, and the women are

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:121 K:96
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

happier. In addition, the support of midwives during pregnancy and delivery reduce the fear of childbirth, and fewer women have caesarean sections. The Netherlands is very densely populated but the smallest country in the Europe. It is called the Netherland because it lies on flat terrain, more than half of which is under the sea level. Of its population, 20% are minorities, and Turkish immigrants are the most populous group among them. The Netherlands is one of the most developed countries in the European Union with the highest premium production and per capita premium income. The budget of the Ministry of Health are financed by tax revenues for all health expenses. The health system of the Netherlands is based on primary health care service. Midwifery training in the Netherlands involves four years of bachelor's degree with direct entry. Midwives choose their field after completing the department of midwifery. Most midwives start their career as a locum (substitute) midwife. Locum midwifery is completed in a community midwifery office at the primary care, and then midwives can take the secondary care for clinical midwifery or continue in the primary care. Midwifery is based on community midwifery in the Netherlands. Community midwives are independent medical professionals working in primary healthcare. If the midwives do not detect a risk in the first examination, the pregnant women are deemed to be healthy and at low risk and an antenatal care plan is prepared. The pregnant women continue to consult the midwifery office for regular antenatal care within the framework of this plan. Midwives' practices are always supported by an expert team in the hospital. In contemporary obstetric care, midwives and gynecologist cooperate at many levels to ensure good quality obstetric care. At the secondary care, gynecologist are mostly responsible for gynecological care and care of all obstetric pathologies. Along with gynecologists, clinical midwives provide care of complications at the secondary care. Clinician midwives have experience as locum midwives during their community midwifery. They provide care in hospitals under the supervision of gynecologists. The perinatal mortality rate has increased to 5.3%, and the caesarean section rate has increased to 17% in the Netherlands recently. Among the most important causes for this is that some women visit midwives less and at later gestational weeks than indicated by professional guidelines. Work on reducing the perinatal mortality rate continues in the Netherlands. Models are being developed to improve midwives' education levels and cooperation with gynecologists. However strong is the position of midwives in maternity care services, they are responsible for protecting and promoting their profession. Therefore, midwives in the Netherlands deem it important to be organized, and all midwives are members of the Royal Dutch Organization of Midwives (KNOV) established in 1898. **Conclusion:** Taking the Netherlands model as an example for maternity care services will increase the

JACSD
www.jacsdergisi.com
Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi
Eylül 2016 Derleme Özel Sayısı Sayı: 07
International Refereed Journal of Gynaecology And Maternal Child Health
Compilation September 2016 Special Issue Number: 07
ID:121 K:96
ISSN Print: 2148-4775 Online 2149-245X
(ISO 9001-2008 Belge No / Document No: 12879 & ISO 14001-2004 Belge No / Document No: 12880)
(MARKA PATENT NO: TRADEMARK)
(2015/03947-2015-GE-17304)

job satisfaction of both physicians and midwives in Turkey. This model is expected to reduce the caesarean section rate in Turkey to the level recommended by World Health Organization and to increase the well-being and comfort of mothers and infants during delivery.

DERGİ HAKKINDA

Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi, 2014 yılı itibariyle yayın hayatına girmiştir. Dergimizde literatüre kaynak sağlayacak nitelik ve değerde olan yayınlara yer verilmektedir. Dergimiz uluslararası hakemli bir dergi olup, yılda **ÜÇ** sayı çıkarmaktadır. Dergimizin sayıları **NİSAN, AĞUSTOS ve ARALIK** aylarında sistem üzerinden yayınlanmaktadır. Dergimiz gerek basılı, gerekse de internet üzerinden ulaşılabilen bir dergidir. Dergimizde **Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Araştırmaları** içerisinde değerlendirilebilecek her türlü yayına yer verilebilmektedir. Dergimizin baş editörü **Dr. Ümran SEVİL** olup, dergi yönetim kurulunun aldığı kararlar doğrultusunda faaliyetlerini gerçekleştirmektedir. Yönetim kurulu başkanı derginin o anki en üst unvana sahip hocası olup yönetim kurulunun %51' inin aldığı kararlar uygulanmaktadır. Gönderilen her yayın kendi alanında uzman iki hakemin onayından geçerek hakemler tarafından yayınlanabilir görüşüne sahip olmalıdır. Aynı sayı içerisinde yazarın bir yayınına yer verilir. Birden fazla hakem ve yönetim kurulu onayından geçen çalışmalar sıraya alınarak ilerleyen sayılarda yayınlanır. Hiçbir yazar hakem ve yönetim kurulu üyeleri üzerinde etkili değildir. Dergimizde yayınlanmak üzere sisteme yüklenen çalışmalar için **yayın telif hakkı sözleşmesi** istenmez. Sisteme yüklenen çalışmalar dergiye devredilmiş olarak kabul edilir. Yazar ya da yazarlar bu durumu kabul etmiş ve derginin yayın kabul şartlarına uygun hareket etmeyi teyit ederek bu sisteme dahil olmuş sayılırlar.

Dergimiz hakem ve bilim kurullarında yer almak isteyen akademisyen ve bilim araştırmacılarının mutlaka Dr. unvanı almış ve alanında bilimsel çalışmalar yapmış olması şartı aranır. Dr. Unvanına sahip olmayan ve alanında yayın yapmayan hiç kimse bilim, danışma ve hakem kurullarında yer alamaz. Dergi yönetim kurulu derginin en üst karar ve yürütme mekanizmasını oluşturur. Yönetim kurulunun aldığı her türlü karar kesin ve değiştirilemez niteliktedir. Yönetim kurulu kararı olmaksızın hiçbir koşul ve şartta dergi üzerinde işlem gerçekleştirilemez ve uygulamaya gidilmez. Dergi baş editörü hakem onayına gönderilmeyen çalışmaların dergide kabul edilip edilmeyeceğine, hakem sürecine gönderilip gönderilmeyeceğine karar verebilir. Bu karar sürecinde yönetim kuruluna bilgi vermek zorunda değildir. Dergimiz bünyesinde hakem, bilim ve danışma kurulunda yer almak isteyen bilim insanlarının katılımına ancak yönetim kurulu karar verebilir.

Dergimizde bazı ulusal ya da uluslararası kongrelerde yayınlanmış sözlü ve hakem onayından geçmiş çalışmalar için özel sayılar şeklinde çalışmalar da gerçekleştirilmektedir. Bu tip özel sayılar ancak anlaşma yapılan kongrelerde sunulmuş sözlü bildiriler için geçerlidir. Bu bildirilerin mutlaka kongre bilim kurulundan onay almış hakem değerlendirmesi yapılmış olmalıdır. Hakem değerlendirilmesi yapılmamış hiçbir çalışma yayına alınmaz. Yayınlanmak için gönderilen çalışmalar dergi hakem onayına gönderilir. Her iki hakemden olumlu dönüş alan çalışmalar yayına alınır. Ayrıca sözlü sunulan bildirilerin mutlaka basılı materyali ile hakem

onay raporları dergimiz yönetim kuruluna ve baş editörüne sunulmuş olmalıdır. Bu bilgi ve materyallere sahip olmayan bildirilere dergimizde yer verilmez. Dergimizde işlem sürecine dair bilgiler yazar ve yazarlara yazılı olarak dergi internet adresinden bildirilir. Ayrıca dergimize üye olup sisteme giriş yapan her bir yazar süreç ile ilgili bilgileri derginin web sayfasından kendisi izleyip gelişmeleri takip edebilir. Dergimizdeki koşul ve şartlar her bir yazar ve yazarlar için aynıdır. Hiçbir kimse için bu kurallar ve koşullar değiştirilmez. Farklılık sağlanması istenemez talep edilemez. Dergimiz bünyesinde yayınlanması istenen eserlerin mutlaka derginin yayın kabul ettiği alanlardan olması şartı aranır. Bu özellikleri taşımayan hiçbir yayına dergimizde yer verilemez. Hakem sürecine dair işleyiş baş editör kontrolünde gerçekleştirilir. Baş editör yayının dergide hakem sürecine dair işleyişine yönelik bilgi ve karar verme yetkisine sahip bulunur. Baş editörün uygun bulmadığı ya da kabul etmediği bir yayın dergide sürece dahil edilmez. Bu konuda yazar ya da yazarlar dergi ile diğer organlar üzerinde bir yükümlülük oluşturamaz. Hakem onayından geçse bile editörler ya da yönetim kurulu mevcut çalışmanın yayınlanmasına olumlu görüş bildirmemesi veya makale sistemde yayına alınsa bile kurulların kararı ile iptal edilebilir. Böyle bir durumda yazar ya da yazarlar dergiye bir yaptırım uygulamaz. Her türlü yetki tek taraflı olarak dergi yönetim ve editörler kuruluna aittir.

Dergimiz T.C. hukuk kuralları çerçevesinde "5846" sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanun ve Hükümleri'ne tabi hareket eder. Bu kanunun gerekliliklerini yerine getirmeyen yazar ya da yazarlar hakkında dergimiz tek taraflı olarak hukuki haklarını korumaya sahiptir. Dergimizde yayınlanması amacıyla gönderilen çalışmalarda yapılan ilgili kanunlara uygun olarak gerçekleştirilmeyen alıntılar, intihal gibi konularda yazar ya da yazarlar tek taraflı olarak sorumludur. Bu konuda dergimiz üzerinde hiçbir kurum, kişi ya da diğer yetkili olanlar yaptırım uygulayamaz. Dergimiz online olarak hareket eden bir yayın organıdır. Akademik alanda hazırlanan çalışmaların yer aldığı bir materyal olarak bilimsel araştırma yapan kurum ve kişilere fayda sağlamak amacıyla toplumsal hizmet sunan sosyal bir organdır. Dergimiz paralı bir dergi olmayıp, hiçbir yazara ya da yazarlara basılı materyal göndermek zorunda değildir. Dergimizde kabul edilen ve basıma hak kazanan çalışmalar dergi yayın kabul şartları ve yazım kurallarına uygun olarak mizanpajı yapılır ve sisteme yüklenir. İhtiyacı olan yazar ya da yazarlar ile okuyucular sistemden bu sayıyı indirerek ihtiyacını giderebilir. Mizanpaj yazar tarafından örnek makale baz alınarak yapılmaktadır.

ABOUT THE JOURNAL

"International Refereed Journal of Gynaecology and Maternal and Child Health" has started to publish articles as of 2014. Our journal includes valuable and qualified articles which will provide sources for the literature. Our journal is an international refereed journal, and published three times a year. The issues of our journal are published on **APRIL, AUGUST** and **DECEMBER**. Both online and hard versions of the journal are available. Our journal welcomes all types of articles on **Gynaecology and Maternal and Child Health Research**. Editor-in-Chief of the journal is **Doctor Ümran SEVİL (MD)** who carries out their activities in accordance with the decisions taken by the Executive Board of the journal. Editor-in-Chief is the member of the board who has the highest rank, and decisions taken by 51% of executive board are implemented. Each submitted article is approved by two referees who are experts in their fields, and is expected to be granted with positive opinions of referees as to being eligible for publishing. Within the same issue, single article of the author is published. If the author has more than one article which is approved by referees and the executive board, those are lined up for the following issues. No author has any kind of power on referees and executive board. **Copy right agreement** is not demanded for articles which have been uploaded to the system for publishing. Rights of articles which have been uploaded to the system are considered to be transferred to the journal. Author or authors are regarded to have agreed on this and have been included in this system by committing to act in accordance with the publishing conditions of the journal.

Academicians and researchers who would like to become a member of referees and scientific boards of the journal are required to hold Ph. D. degree and be granted with the title of Doctor and to be experts in their fields. In addition, one of the conditions is to have carried out scientific studies. No one who has not published works in his/her field and does not have the titles of Doctor or Expert cannot become a member of referees and advisory boards. Executive board of the journal is the senior decision and executive mechanism of the journal. Each and every decision of the executive board is absolute and irreversible. Without the decision of the executive board, nothing can be carried out or performed under no circumstance. The Editor-in-Chief of the journal can decide on whether works which have not been sent to the approval of referees can be accepted or not, whether they can be included in the process of referees' approval. Editor-in-Chief does not have to inform the executive board on this process. Executive board takes decisions regarding the participation of scientists in the referees, scientific and advisory boards of the journal.

In our journal, special issues can be prepared for works which have been presented orally in some national or international congresses and which have been approved by a referee. Such special issues are just valid for oral presentations in agreed congresses. Such works have to be

approved by scientific board of the congress and evaluated by referees. No work can be published without referee assessment and approval. Works which are sent for publishing are submitted to referees for their approvals. Works which are evaluated positively by the two referees are published. In addition, printed versions of the orally-presented works and their referee approval reports should be submitted to executive board of the journal as well as editor-in-chief. Works lacking this information and printed material cannot be accepted for our journal. Information regarding the process are provided for author and authors in a written format in the web page of the journal. Each author who registers to our journal and logins the system can follow up the process on the web page of the journal. All conditions and principles are eligible and same for each and every author. These conditions and rules cannot be changed for anyone. Any change or difference cannot be requested. Works sent to be published in the journal have to be related to the fields that the journal accepts. If a work does not hold such features, it is not published in the journal. Procedure regarding refereeing process is under the control of editor-in-chief. Editor-in-chief has the authority to decide on the procedure of refereeing process for a work. A work which has not been found appropriate or not been accepted by the editor-in-chief cannot be included in the refereeing process of the journal. Under such circumstances, author or authors cannot form any liability for the journal and other bodies. Even if a work is approved by a referee or accepted in the system to be published, its publication can be cancelled due to negative opinion of editors or executive board regarding the publication of the work or related decision of the boards. Under such cases, author or authors cannot impose sanctions on the journal. Any kind of authority belongs unilaterally to editors and executive board of the journal.

Our journal acts in accordance with Law numbered “5846” on Intellectual and Artistic Works and its provisions within the frame of Turkish Republic legal rules. Our journal has the right to protect its legal rights unilaterally against author or authors who do not fulfil the necessities of this law. Author or authors are held responsible unilaterally regarding quotations which are not in accordance with related rules, and plagiarism. Our journal does not charge any fee thus does not have to send printed material to author/authors. Page-setting of the works which have been accepted and granted to be published in our journal is carried out according to the journal’s publication and writing rules, and then uploaded to the system. Works can be downloaded from the system by author/authors and readers so that their needs are met. Page-setting is performed by authors based on the sample work provided for them.

YAYIN İLKELERİ

1. JACSD “Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlı Dergisi” 4 ayda bir yayınlanan akademik ve bilimsel nitelikli uluslararası hakemli bir dergidir. Ancak derginin özel durumlarda ara dönem içerisinde de yayın çıkarma hakkı bulunmaktadır.

2. Dergide, Kadın sağlığı ve hastalıkları, anne-çocuk sağlığı ve ebelik alanlarındaki sorunları ele alıp inceleyen, bilimsel ve özgün nitelikli çalışmalar yer almaktadır. Çalışmaların bilimsel ilkeler doğrultusunda yazılmış olması, alana katkıda bulunacak nitelikte olması, alandaki önemli kaynakları referans göstermesi, önyargı ile yazılmamış olması, slogan niteliğinde cümleler içermemesi, anlaşılır bir dile sahip olması beklenir. Ayrıca tarama, araştırma, bildiriden geliştirilme vb. niteliklerinden birine sahip olmalıdır.

3. Derginin yazım kurallarına uymayan, özetsiz ve kaynakçasız yazılar için hakem süreci başlatılmaz.

4.Birden fazla yazarın bulunduğu çalışmalarda iletişimden sorumlu yazar muhatap kabul edilir ve bu yazarın sisteme giriş yapması gerekmektedir.

5. Kullanılan kaynaklar derginin yayın kurallarına uygun şablona göre hazırlanmalıdır.

6. Düzenleme ve çalışmanın dizgisi dergi sistemimizde yer alan son sayıya göre hazırlanmalı, çalışma içerisinde kaynak gösterimi bu şekilde düzenlenmelidir.

7. Yazıların değerlendirilmesi aşamasında öncelikle hakem ve yazarların aynı kurumdan olmamasına özen gösterilir. Hakem ve yazarların isimleri titizlikle saklanır ve hiçbir şekilde açıklanmaz. Hakem Kurulu her sayıda değişir ve yazıların konusuna göre oluşturulur. İnterdisipliner nitelikli yazıların hakemleri ilgili oldukları alanlara göre belirlenir.

8. Her yazının alanına göre ilk aşamada iki hakem tayin edilir. Hakem raporlarından birinin “Yayınlanamaz”, diğerinin “Düzeltilerek Yayınlanabilir” ya da “Yayınlanabilir” olması durumunda ilgili alandan 3. hakem tayin edilebilmekte ve onun raporu beklenebilmektedir. Yazardan sadece üç defa düzeltilmesi istenir. Her üç düzeltmede de istenilen düzeltmeler gerçekleştirilmemiş ise yayın, sistem tarafından reddedilir.

9. Yazarların, kendilerinden istenen düzeltmelere titizlikle ve ivedilikle uymaları, yazının son şeklini düzeltilmiş haliyle dergiye 15 gün içinde göndermeleri beklenir. Düzeltmeler konusuna yeterince uyulmadığı anlaşılırsa bu durum yazara bildirilir. Belirtilen sürede düzeltilmiş olarak geri gönderilmeyen yazılar yayınlanacaklar listesine alınmaz.

10. Dergimizin yayın dili Türkçe’dir. Fakat farklı durumlarda ve prensiplerde hazırlanan çalışmalar İngilizce olarak da kabul edilmektedir. Bu durumda yayın kurulu insiyatif kullanma

hakkına ya da red hakkına tek taraflı hakka sahiptir. İlgili yazar bu konuda dergimiz üzerinde etkili olamaz.

11. Dergiye yayınlanmak üzere gönderilen yazıların, daha önce başka bir yayın organında yayınlanmamış olması ya da yayın için değerlendirme aşamasında bulunmaması gerekmektedir.

12. Daha önce akademik alanda ulusal ya da uluslararası nitelikli bilimsel toplantı, kongre, konferans ya da sempozyumda sunulmuş olan bildiriler, başka bir dergi ya da yayında yayınlanmamış olması ve makale formatına ve içeriğine dönüştürülmesi koşulu ile kabul edilebilir ve hakem sürecine alınır.

13. Çeviri metinler, eğer o metin Türkçe'de ender bulunabiliyorsa, çevirisinin alana katkı sağlayacağı düşünülüyorsa editör ve yayın kurulunun onayı ile kabul edilir ve hakem süreci başlatılır. Ancak her sayıda yayınlanacak çeviri sayısı sınırlıdır. Özgün metinler tercih nedenidir.

14. Yazıların yayınlanması konusunda son karar baş editöre aittir. Baş editörün yazı hakkındaki değerlendirmesi, yazar(lar)a en kısa zamanda hakem raporlarıyla birlikte iletilir.

15. Dergiye gönderilen yazılar, yayınlansın veya yayınlanmasın geri gönderilmez.

16. Yazıların tüm sorumluluğu yazar(lar)ına aittir.

17. Yayımlanan çalışmaların yayın ve telif hakkı dergimize aittir. Sisteme yüklenen her bir çalışmanın yayın hakkı yazar tarafından otomatik olarak dergiye devredilir. Bu işlem için hiçbir yazardan telif hakkı sözleşmesi imza etmesi istenmez. Sisteme yüklenen çalışma için yazar bu şartları peşinen kabul etmiştir. İtiraz hakkı bulanmamaktadır.

18. Yazar(lar) ulusal ve uluslararası akademik bilgi paylaşımını desteklemek amacıyla yazılarının tam metin olarak ticari niteliği bulunmayan elektronik veri tabanlarında yer almalarını onaylarlar. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi bu anlayışla, tam metin olarak Genel Kamu Lisansı şeklinde ayrıca internette de yayınlanabilir.

19. JACSD "e" elektronik sistemle çalışan bir dergi olup, basılı olarak da yayınlanmaktadır. Basılı yayın almak isteyen kişilerin dergi bedelini ilgili basım yapan firmaya ödemesi karşılığında temin etme hakkı bulunmaktadır. Dergimiz hiçbir yazara veya bireye, kuruma basılı dergi vermek zorunda değildir. Yine dergimize gönderilen çalışmalar için yıllık üyelik ücreti ilgili basım firmasına ödenmelidir. Bu ücret sadece derginin yıllık basım ve diğer giderleri için basım evinin yaptığı harcamalara istinaden alınır. Ayrıca dergi giderleri için yazarlardan ücret talep edilebilir.

20. Sisteme yüklenen çalışmaların değerlendirme süresi iki aydır. Bu süre içerisinde değerlendirilmeyen ve hakkında ilgili bilgi raporu alınmayan çalışmalar farklı bir hakeme daha gönderilir.

21. Yazar(lar) uygulama içerikli “DENEYSEL”, “VAKA” ve “KURUMSAL” içerikli araştırmalarda ETİK KURUL raporu gerektiren çalışmalarında mutlaka çalışmanın sisteme yüklenmesi durumunda ETİK KURUL raporunun “TARİHİ” ve “RAPOR BİLGİSİ – RAPOR NUMARASI” çalışma sisteme yüklenirken sistemde bulunan “ETİK KURUL RAPOR BİLGİSİ” kısmına gerekli bilgileri yazmak zorundadır. Olası bir olumsuzluk ve eksiklik durumunda dergimiz ulusal ya da uluslararası hukuk kuralları çerçevesinde bir sorumluluk yüklenmez. Bu konuda her türlü sorumluluk yazar(lar) aittir. Etik kurul raporu ve araştırmaya ilişkin resmi bilgiler bulunmakta ise mutlak surette bu bilgiler çalışma sisteme yüklenirken girilmelidir. Bu konuda, dergi editörleri, sistem editörleri, yayın kurulu, imtiyaz sahibi, yayın yönetmeni, hakem kurulu ve değerlendirme yapan hiçbir hakem yükümlülük ve sorumluluk altında değildir. Oluşabilecek her türlü maddi, manevi ve hukuksal bir olumsuzlukta yazar(lar) sorumludur. DERGİMİZ ADINA OLUŞABİLECEK HER TÜRLÜ MADDİ, MANEVİ VE HUKUKİ BİR DURUMDA “OLUMSUZLUKTA” DERGİMİZ TEK TARAFLI OLARAK HUKUKİ HAKLARINI ULUSAL VE ULUSLARARASI OLARAK SAKLI TUTAR.

YUKARIDA BELİRTİLEN 21 MADDELİK YAYIN İLKESİ VE BİLGİLERİ SİSTEME DÂHİL OLAN YAZAR veya YAZARLAR TARAFINDAN KABUL EDİLMİŞ SAYILIR. HİÇ BİR YAZARIN BU YAYIN İLKELERİNE İTİRAZ ETME HAKKI YOKTUR. DERGİMİZ YAYIN İLKELERİ ve ÇALIŞMALARIN YAYINLANMASI, DEĞERLENDİRİLMESİ veya RED EDİLMESİNDE TEK TARAFLI HAKKA SAHİPTİR. BU HAK HİÇ BİR KOŞUL ve ŞARTA BAĞLI OLMAKSIZIN DEĞİŞTİRİLEMEZ. İLGİLİ İLKELER veya KURALLAR ÇERÇEVESİ DIŞINDA HAREKET EDEN YAZAR/YAZARLAR HAKKINDA DERGİMİZ İLGİLİ KANUN VE YÜKÜMLÜKLER ÇERÇEVESİNDE KANUNİ HAKKINI TEK TARAFLI OLARAK KULLANMA HAKKINA SAHİPTİR. SİSTEME DÂHİL OLAN HERKES BUNLARI PEŞİNEN KABUL ETMİŞTİR.

PUBLICATION PRINCIPLES

1. **"International Refereed Journal of Gynaecology and Maternal and Child Health" (JACSD)** is an international refereed journal which publishes academic and scientific articles every four months. But the journal has the right to publish special issues out of these periods under certain circumstances.

2. Scientific and authentic works which deal with issues and problems in the field Nursing Research are included in the journal. Works are expected to have scientific concerns, to contribute to the field, to cite and refer important sources within the disciplines, not to have prejudice, not to include slogan-like sentences, and to have been written in a developed language. In addition, they also must have one of the qualities of review, research, and developed version of presented papers, etc.

3. Refereeing process is not initiated for works which do not follow the writing instructions, which do not have reference list and abstract.

4. In the case of works with more than one author, the corresponding author name who entered the system written in the work is regarded as addressed.

5. Sources used in the works must be prepared according to the publication principles.

6. Organization and page-setting of the work as well as in text citation must be prepared in journal's last volume style.

7. In the process of evaluating articles, ultimate attention is shown to the fact that referee and author are not from the same institution. Names of referees and authors are kept secret and never revealed. The Referee Board varies in every issue and is reestablished depending on the topic of the issue. Referees of interdisciplinary works are determined according to the relative fields.

8. Initially two referees are assigned for each work according to the field. Another third referee can be assigned and his/her report is required if one of the referee's report states "It cannot be published", and the other one states "It can be published after corrected" or "It can be published". Authors are asked to carry out corrections only three times. If necessary corrections are not realized in each correction request, work is rejected by the system.

9. Authors are expected to carry out correction in time and meticulously, and to send the final version to the journal within 15 days. If it is found out that corrections are not made as expected, authors are informed about this situation. Works which are not corrected and sent back to the journal in time are not included in the list of works to be published.

10. Publication language of our journal is Turkish. However, works which are prepared under different circumstance with differing principles can be accepted in English. In such cases, editorial board has the unilateral right to use initiative or refuse the work. Author of work cannot have power over our journal.

11. Works which are submitted to the journal for publication are expected not to have been published somewhere else or not to be in the evaluation process of another publication organ.

12. Papers which have been presented in an academic national or international scientific meeting, congress, conference or symposium can be accepted and included in the referee process on condition that they have not been published in another journal or publication and they are appropriate to turn into an article format and content.

13. Translated texts are accepted and referee process is initiated with the approval of editor(s)-in-chief and publication board if that text is very rare in Turkish and it is believed that its translation will contribute to the literature. However, the number of translated works in each issue is limited and authentic works are preferable.

14. Final decision on publication of works belongs to editor(s)-in-chief. Opinions of editor(s)-in-chief on the work together with referee reports are conveyed to author(s) as soon as possible.

15. Works sent to the journal are not sent back to authors whether they have been published or not.

16. All responsibility of works belongs to author(s).

17. Publication and copy rights of published works belong to our journal. Publication right of each work uploaded to the system is automatically transferred to the journal by the author. For this, there is no need to ask for signing of any copy right agreement with the author. Author(s) are considered to have acknowledged this when they have uploaded their work to the system. They do not have any right to object.

18. Author(s) approve that full versions of their works are uploaded to non-commercial electronic data bases to support national and international information exchange. Within this scope, International Refereed Journal of Nursing Research has Public License which enables full text publication of articles on internet.

19. JACSD is an electronic journal but is also published in paper version. Individuals who would like to get printed version of the journal can obtain it by paying the necessary fee to the relevant printing company. Our journal does not have to provide printed version of the journal to any author or individual. Annual membership fee should also be sent to relevant printing

company for works sent to our journal. This membership fee is collected for only annual printing and other costs of the journal. You may also be charged to the authors magazine costs.

20. Evaluation process of works uploaded to the system is two months. Works which are not evaluated within this period of time and about which information report is not received are sent to a different referee.

21. Author(s) has to upload "DATE OF REPORT", "REPORT INFORMATION-REPORT NUMBER" to "ETHICS BOARD REPORT INFORMATION" part of the publication sub¬mission system of the journal in "EXPERIMENTAL, CASE STUDY and INSTITUTIONAL" works requiring ETHICS BOARD report. Our journal is not held liable within the framework of national or international legal rules in case of possible unfavourable and deficient situati¬on. In such cases, every responsibility belongs to author(s). If ethics board report and official information related to the research is available while uploading the work to the system, such information must be entered into the system. In such case, editors of the journal, system editors, editorial board, publisher, editorial director, referees board and any referees evaluating works cannot be held liable and responsible. Author(s) are held responsible in any possible material, moral and legal unfavourable situation. OUR JOURNAL UNILATERALLY RESERVES ITS LEGAL RIGHTS NATIONALLY AND INTERNATIONALLY IN CASE OF ANY MATE¬RIAL, MORAL AND LEGAL "UNFAVOURABLE" SITUATION WHICH MAY OCCUR AGAINST OUR JOURNAL.

IT IS CONSIDERED THAT ABOVEMENTIONED 21 ITEMS OF PUBLICATION PRINCIP¬LES GUIDELINE ARE ACCEPTED BY AUTHOR or AUTHORS WHO ARE INVOLVED IN THE SYSTEM. NO AUTHOR HAS THE RIGHT TO OBJECT TO THESE PRINCIPLES. OUR JOURNAL HAS UNILATERAL RIGHT IN TERMS OF PUBLICATION PRINCIP¬LES, and PUBLISHING, EVALUATION or REFUSAL OF WORKS. THIS RIGHT CANNOT BE CHANGED UNDER ANY CIRCUMSTANCES AND CONDITIONS. OUR JOURNAL HAS THE RIGHT TO USE ITS LEGAL RIGHTS WITHIN THE FRAMEWORK OF RELE¬VANT LAWS AND LIABILITIES IN CASE OF AUTHOR/AUTHORS WHO DO NOT ACT IN ACCORDANCE WITH RELEVANT PRINCIPLES and RULES. EVERYBODY WHO IS INVOLVED IN THE SYSTEM HAS AUTOMATICALLY AGREED ON THESE POINTS IN ADVANCE.

ULUSLAR ARASI HAKEMLİ KADIN HASTALIKLARI VE ANNE ÇOCUK SAĞLIĞI DERGİSİ (JACSD)

YAZARLARA BİLGİ

1.Dergimizin yazım dili Türkçe'dir. Dergimizde özgün araştırma, inceleme, derleme, olgu sunumu, proje ve kitap tanıtımı "makale formatında olmak zorundadır" türünde yayınlara yer verilmektedir.

2. Farklı dillerde hazırlanan yayınlar ve çalışmalar editör başta olmak üzere derginin yönetimi onay vermesi durumunda kabul edilir. Bu durum tek taraflı olarak dergimize aittir.

3. Dergimiz e dergi olarak yayınlanmaktadır. Dergi web sisteminden makaleler tüm okuyucular tarafından indirilir ve ilgili eser "makale" ve dergimize atıf yapılmak koşulu ile kullanılabilir. Dergimizin tüm sayılarına okuyucular ücretsiz olarak ulaşmaktadır.

4. Dergimiz sistemine üye olmadan yayın kabul edilmez.

5.Hiçbir yazar dergimiz üzerinde bir hak iddiasında bulunamaz.

6. Yapılan her bir çalışmanın etik ve biyoistatistiksel sorumluluğu tek taraflı olarak yazara/yazarlara aittir. Dergimiz bu konuda bir yükümlülük altına alınamaz, sokulamaz.

7. Dergimiz bünyesinde değerlendirilmek koşulu ile gönderilen çalışmaların, her hangi bir nedenle bir başka yerde kullanılmamış veya değerlendirmeye gönderilmemiş olması gerekir. Böyle bir olumsuzluk ile karşılaşılması durumunda tekzip yayınlanması koşulu ile çalışma reddedilir ve yazar hakkında hukuki işlem başlatılır.

8. Her bir çalışma, alanında uzman iki hakem tarafından değerlendirilip, iki hakemden olumlu görüş alan çalışmalar sıraya alınmak koşulu ile yayına alınır. Dergimizin yayınları değerlendirme süresi hakemlerden gelen dönüşlere göre iki aydır. İki ay içerisinde dönüş alınamayan çalışmalar bir başka hakeme yönlendirilir. Bu durumda süre uzayabilir ve bir talep oluşturulamaz. Yazar bu durumda hiçbir hak iddiasında bulunamaz, makaleyi sistemden çekemez.

9. Hiçbir çalışmanın bir başka çalışmadan farklılığı veya üstünlüğü yoktur. Her bir yazar ve çalışma aynı hak ve eşitliğe sahiptir. Her hangi bir ayrıcalık tanınmaz.

10.Yazarlar çalışmalarının hangi hakemler tarafından değerlendirildiğini bilemez ve bilmeyi isteme hakkına sahip olamaz. Bu durum sadece sistem yöneticisi ve editör tarafından bilinir ve gizli tutulur.

11. Sisteme yüklenen yayınlar öncelikle editör tarafından değerlendirilir. Yazım kurallarına uymayan yayınlar için editörlüğümüzce düzeltme talebinde bulunulmaktadır. Yazım kurallarına uygun düzenlenen makaleler hakem değerlendirmesine gönderilmektedir. Hakem tarafından istenen düzeltmeler sistemden görülebilmekte ve iletişimden sorumlu yazara mail yolu ile bilgi verilmektedir. Her bir

hakem, yayın için iki kez düzeltme isteme hakkına sahiptir. Her iki talep doğrultusunda istenen düzeltmenin yapılmaması durumunda çalışma otomatik olarak "RED" alır. Hakem önerileri doğrultusunda düzenlenen yayınlar tekrar editör tarafından değerlendirildikten sonra "KABUL" ya da "RED" kararı verilir. Bu durum sistemden ve mail yolu ile iletişimden sorumlu yazara iletilir.

12. Tez, sunum ve bildiri şeklinde daha önce kullanılmış çalışmalar makaleye dönüştürülüyor ise mutlaka daha önceki kullanımına yönelik bilgi makalenin dipnotunda bulundurulmalı ve açıklanmalıdır. Aksi durumda intihal olarak kabul edilir ve dergimiz bu yükümlülüğü kabul etmez.

13. Dergimizin yayın kabul ettiği alanları dışında yapılan çalışmalar ilgili yönetim veya editör tarafından tek taraflı olarak kabul edilir veya red edilir. Bu durumda yazar bir hak iddiasında bulunamaz.

14. Dergimize yüklenen çalışmaların her türlü hakkı yazar tarafından dergiye verilmiştir. Bu işlem için yazardan bir imza ve onay bilgisi istenmez. Sisteme yüklenen çalışmalar her hakkı ile dergimize devredilmiş olur.

15. Dergimiz bünyesinde değerlendirmeye alınan çalışmalarda, iletişimden sorumlu yazar muhatap alınır, diğer yazarlarla bir ilişki içerisinde bulunulmaz ve bilgi verilmez, bilgi verme zorunluluğu yoktur.

16. Çalışmaları değerlendiren hakemler tamamen bağımsız hareket ederler. Bu konuda dergimizin hakemler üzerinde bir yaptırımı ve özel talebi oluşmaz, oluşturulamaz.

17. Dergimizin yayın süresi yılda üç defa olmak üzere; Nisan, Ağustos ve Aralık aylarına gelen süredir. Bu süreler derginin yayın sistemine bağlı olarak kaymalar oluşturabilir. Bu nedenle dergimiz hiçbir talep ve sorumluluk altında bulunmaz.

18.Yayın değerlendirmesine ilişkin hakem görüş raporu, sistem üzerinden görülebilir ve iletişimden sorumlu yazara mail yolu ile bildirilir. Her iki hakem değerlendirmesi tamamlandıktan sonra, sistem üzerinden ve mail yolu ile düzeltme talebinde bulunulur. Bundan önce yapılacak düzeltmelerin sisteme yüklenmesine izin verilmez. Düzeltilmiş makalenin kayıtlı olduğu ID numarası üzerinden tekrar yüklenmesi gerekmektedir. Düzeltme istenen çalışmaların düzeltme süresi 15 gündür. Bu süre içerisinde düzeltmesi yapılmayan çalışmalar sistemden çıkarılıp reddedilir. Bu durumda yazar dergimiz hakkında bir yaptırım hakkına sahip olamaz.

19. Yazım Kuralları:

• Kaynakça, Türkçe alfabe sıralamasına göre düzenlenir. Tüm yazarlar için derginin son sayısındaki yazım formatı dikkate alınmak zorundadır.

• Dergiye gönderilecek yazılar, MS Word Programı kullanılarak, Times New Roman karakterinde, ana metin 12 Punto, özet, abstract, tablolar, dipnotlar 10 punto olmalı ve tüm içerik 1 satır aralığında yazılmalıdır.

• Sayfanın üst, alt, sol ve sağ taraflarında 3'er cm'lik boşluklar olmalıdır.

• Yazılar 15-20 sayfa aralığında olmalı, toplam 20 sayfayı geçmemeli ve alt ortada sayfa numarası verilmiş olmalıdır.

• Sayfa yapısı, başlıklar, özet, abstract ve tablolar tek sütun, ana metin ve kaynaklar **iki sütun halinde**, metin iki yana yaslı, satır başı verilmeden, başlık ve paragraf sonlarında 12nk aralık bırakılarak, Genişletilmiş İngilizce Özet (Extended English Abstract) kaynaklardan sonra 12 punto ve tek sütun olacak şekilde hazırlanmalıdır.

• İlk sayfada, Türkçe başlık altında yapılandırılmış Özet ve Anahtar Kelimeler, İngilizce başlık altında yapılandırılmış Abstract ve Key Words bölümleri bulunmalıdır. Özet ve Abstract, 150-200 kelimeyi geçmeyecek şekilde ve 10 punto olarak hazırlanmalıdır. **Özet**, Amaç, Yöntem, Bulgular, Sonuç ve Anahtar Kelimeler şeklinde yapılandırılmalıdır. **Abstract,** Aim, Method, Results, Conclusion ve Key Words alt başlıklarından oluşmalıdır. Özetlerin altında 3-7 arasında Anahtar Sözcük(Ler)/Key Words ilk harfleri büyük olacak şekilde yer almalıdır. Ayrıca, **anahtar kelimelerin sistemdeki ilgili bölüme, ilk harfleri büyük ve aralarında virgül olacak şekilde girilmesi gerekir.**

• Makale bir kongrede bildiri olarak sunulmuş ise, kaynakçadan sonra "Yazar notu" başlığı altında sunum yapılan kongre, tarihi, yeri ve bildiri türü belirtilmelidir. **Örnek: YAZAR NOTU:** Bu çalışma, 1.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, 19-20 Aralık 2014, İzmir'de sözel bildiri olarak sunulmuştur.

• Metin üzerinde **başlıktan sonra yazar adları ve kurumları belirtilmemeli, bu bilgiler web üzerinden kayıtlı olunan sisteme girilmelidir**.

• Araştırma makaleleri için bilimsel etik ilkelere uyulduğu belirtilmiş olmalı ve **etik kurul rapor bilgisi** (Rapor alınan kurum adı, tarihi ve rapor sayı numarası) **sisteme eklenmelidir.** Ayrıca etik kurul raporu ve kurum izni belgesinin taranıp mail yolu ile editörlüğümüze iletilmesi gerekmektedir. Etik kurul izni olmayan yayınlar için etik kurul izni olmadığına dair imzalı belgenin mail yolu ile editörlüğümüze iletilmesi gerekmektedir.

• Ana Metin kısmı, Giriş, Yöntem, Bulgular, Tartışma, Sonuç, Kaynaklar, Teşekkür (*eğer var ise araştırmaya katılmamış, ancak destek sağlamış olan kişi ve kuruluşlara burada teşekkür edilebilir*) ve Genişletilmiş İngilizce Özet (Extended English Abstract) bölümlerinden oluşmalıdır. Genişletilmiş İngilizce Özet (Extended Abstract), 750-1000 kelime olacak şekilde, Türkçe özet dışında hazırlanmalıdır. Kaynakçadan sonra makaleye eklenmelidir. Başlık (Extended English Abstract) büyük harflerle, bold ve ortalı, metin iki yana yaslı, satır başı verilmeden, 12 punto ve tek sütun olacak şekilde hazırlanmalıdır. Genişletilmiş İngilizce Özet içerisinde; Definition and Importance (*sadece bu bölümde kaynakça yer alabilir*), Aim, Method, Findings, Results and Conclusion başlıkları altında makaleye ilişkin bilgilere yer verilmesi gerekmektedir.

• Tablo ve figürler metin içinde olması gereken yere yerleştirilmelidir. Tablo/figür numara ve başlıkları tablonun üstünde, **kelimelerin ilk harfleri büyük olacak şekilde, 10 punto, kalın (bold), iki yana yaslı** hazırlanmalıdır. Tablo numarası ve başlık arasına nokta konmalıdır. **Tablolar sadece yatay çizgi içermelidir.** Metin içinde her bir tabloya atıf yapılmış olmalıdır. **Tablo içi 1 satır aralığında ve 10 punto olmalıdır. Tabloya ait açıklamalar ve kaynak gösterimi, tablonun altında 10 punto ve başına * işareti konularak belirtilmelidir.** Örnek: ***Saraçoğlu, 2004:416-21.** Başka kaynaktan alınan tablo ve figürlerin altında parantez içerisinde kaynak tam olarak belirtilmelidir. Kısaltmalar ile ilgili açıklamalar tablo ve figür altında "*,**" ya da "a, b" kullanılarak 10 punto ile açıklanmalıdır. Tablo ve figür sayısı 6'yı geçmemelidir.

• **Derleme** yazıları Türkçe ve İngilizce Başlıklar, Özet, Abstract, Metin, Kaynaklar ve Genişletilmiş İngilizce Özet (Extended English Abstract) bölümlerini içermelidir. Sayfa yapısı Başlıklar, Özet ve Abstract bölümleri 10 punto ve tek sütun; Metin, Kaynaklar 12 punto ve iki sütun, metin iki yana yaslı, satır başı verilmeden, başlık ve paragraf sonlarında 12nk aralık bırakılarak hazırlanmalıdır. Metin amaç çerçevesinde bir yapı içermeli, Sonuç bölümü ile tamamlanmalıdır. Genişletilmiş İngilizce Özet (Extended English Abstract) 750-1000 kelime olacak şekilde yazılmalıdır. Genişletilmiş özet, Türkçe özet dışında hazırlanmalıdır. Kaynakçadan sonra makaleye eklenmelidir. Başlık (Extended English Abstract) büyük harflerle, bold ve ortalı, metin iki yana yaslı, satır başı verilmeden, 12 punto ve tek sütun olacak şekilde hazırlanmalıdır. Genişletilmiş İngilizce Özet içerisinde; Definition and Importance, Aim, Results and Conclusion başlıkları altında makaleye ilişkin bilgilere yer verilmesi gerekmektedir.

• **Olgu sunumları** Türkçe ve İngilizce Başlıklar, Özet, Abstract, Giriş, Olgu Sunumu, Tartışma, Kaynaklar ve Genişletilmiş İngilizce Özet (Extended English Abstract) verilerek yazılmalıdır. Sayfa yapısı Başlıklar, Özet ve Abstract bölümleri 10 punto ve tek sütun; Giriş, Olgu Sunumu, Tartışma, Kaynaklar 12 punto ve iki sütun halinde, metin iki yana yaslı, satır başı verilmeden, başlık ve paragraf sonlarında 12nk aralık bırakılarak hazırlanmalıdır. Genişletilmiş İngilizce Özet (Extended English Abstract), 750-1000 kelime olacak şekilde Türkçe özet dışında hazırlanmalıdır. Kaynakçadan sonra makaleye eklenmelidir. Başlık (Extended English Abstract) büyük harflerle, bold ve ortalı, metin iki yana yaslı, satır başı verilmeden, 12 punto ve tek sütun olacak şekilde hazırlanmalıdır. Genişletilmiş İngilizce Özet içerisinde; Definition and Importance, Aim, Method, Findings, Results and Conclusion başlıkları altında makaleye ilişkin bilgilere yer verilmesi gerekmektedir. Olgu sunumu fotoğraf ve akış şemaları ile desteklenebilir. Fotoğraf ve akış şemaları için gerekli izinler alınmalı ve altında "*" simgesi eklenerek 10 punto olacak şekilde kaynak belirtilmelidir. Örnek: ***Saraçoğlu, 2004:416-21.**

MAKALE İÇİ REFERANSLAR:

• Yazılarda referans gösterim yöntemi olarak yalnızca dergi sistemimizde yer alan örnek makale kullanılır. Yani kullanılan kaynakçalar ana metinin yanında, parantez içinde, yazarın adı, basım yılı ve sayfa numarası ile belirtilir. (Soyad, Yayın Yılı: Alıntı Yapılan Sayfa Numarası)

• İçeriğe ilişkin ekstra açıklamaların dipnotları ve diğer açıklamalar sayfa altında verilmelidir. Metnin içinde numaralandırılan notlar, sayfa altında numara sırası ile ve yanında açıklaması ile yerini alır.

• Bir kaynaktan yapılan alıntılar metin içinde çift tırnak içinde gösterilir.

• Alıntılar 30-40 kelimeden uzun olduğunda, tırnak kullanılmadan girintili (indent) paragraf olarak verilir.

• Referans gösterirken, yazar ismi metin içinde geçmiyorsa paragraf sonunda parantez içinde yazarın soyadı, yayın tarihi ve alıntı yapılan sayfa numarası belirtilir: (Korkmaz, 2007:2345)

• Yazar ismi metin içinde geçiyorsa, parantez içinde yalnızca kaynağın yayın tarihi ve alıntı yapılan sayfa numarası yazılır: Oskay ve ark.'nın (2005:36) çalışmasında …….

• İki yazarlı kaynaklarda, her iki yazarın soyadı da kullanılır. Türkçe yayınlarda "ve", İngilizce yayın ise "and" ile ayrılır (Morley and Robins, 2007:20)

• İkiden fazla yazarlı kaynaklarda Türkçe ise "vd." ibaresi yer alır: (Yücel vd., 2012:236).

• İkiden fazla yazarlı kaynaklarda İngilizce ise "et al." ibaresi yer alır: (Hossain et al., 2007:156).

• Aynı yazarın, aynı yıl yayınlanmış birden fazla eseri kullanılıyorsa, basım yılına a, b, c, gibi harfler eklenerek birbirinden ayrılır: (Ortaylı, 1999a:25) (Ortaylı, 1999b:43) gibi.

• Metin içinde aynı konuda birden çok kaynağa referans verilecekse kaynaklar birbirinden noktalı virgül ile ayrılır: (Geray, 2005:33; Moran, 2006:36)

KAYNAKÇA YAZIM METODU:

Kaynaklar listesinde sadece yazıda göndermede bulunulan kaynaklara yer verilmeli ve bu kaynaklar yazar soyadına göre alfabetik olarak sıralanmalıdır. Bir yazarın birkaç çalışması kaynakçada yer alacaksa, yayın tarihine göre (eskiden yeniye doğru) bir sıralama yapılmalıdır.

• Makalede bulunan yazar sayısı 6 ve daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 6 isim yazılıp yayın Türkçe ise "vd.", İngilizce ise "et al." İbaresi yer almalıdır. Son yazardan sonra,"vd." veya "et al." ibarelerinden önce "&" simgesi yer almalıdır.

• İnternette yazarı belli olmayan yazılar kaynak olarak gösterilmemelidir.

*** Kitap**

SEVİL, Ü., & YANIKKEREM, E. (2006). Kadına yönelik aile içi şiddet. İzmir, Türkiye: İzmir Güven Kitabevi, ss.36-66.

***Kitap Bölümü**

TAŞKIN, L. (2014). Aile planlaması. İçinde *Kadın Sağlığı Hemşireliği,* 12. Baskı, Ankara, Türkiye: Özyurt Matbaacılık, ss.527-545.

SEVİL, Ü. (2008). Adölesan dönemi. İçinde A. Şirin (Ed.), *Kadın Sağlığı* , İstanbul, Türkiye: Bedray Basın Yayıncılık, ss.57-90.

BAYIK, A. (2004). Hemşirelik disiplini ve araştırma. İçinde İ. Erefe (Ed.), *Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri*, 3. Baskı, İstanbul, Türkiye: Odak Baskı Ofset, ss.13-26.

BURGHARDT, G.M. (1984). On the origins of play. In P. K. Smith (Ed.), *Play in Animals and Humans,* Oxford, England: Basil Blackwell, pp.5-42.

*** TNSA Kaynak Gösterimi:**

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ NÜFUS ETÜTLERİ ENSTİTÜSÜ. (2014). *2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA).* Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye

*** Çeviri Kitap**

DÖLEN İ., & ÖZDEĞİRMENCİ Ö. (2006). Diyabetes Mellutus ve gebelik. İçinde N.M. Çiçek, C. Akyürek, Ç. Çelik, A. Haberal (Çev.) *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi,* Ankara, Türkiye: Güneş Kitabevi, ss.435-450.

*** Üç Yazarlı Kitap**

ATALAY, M., ALPAR, Ş., & ÇAKIRCALI, E. (1997). Hemşirelik esasları el kitabı. İstanbul, Türkiye: Birlik Ofset.

*** Dergide Makale**

AKYÜZ, A., KAYA, T., & ŞENEL, N. (2007). Annenin Emzirme Davranışının ve Emzirmeyi Etkileyen Durumların Belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6*(5), 331-335.

EGELİOĞLU, N., MUSLU, G.K., ŞEN, S., GÜNERİ, S.E., BOLIŞIK, B., & SARUHAN, A. (2014). Ege Bölgesinde Doğum Sonu Dönemde Uygulanan Geleneksel Uygulamalar. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 1*(1), 22-35. doi: 10.17371/UHD.2014018935

TOSUN, N., OFLAZ, F., AKYÜZ, A., KAYA, T., YAVA, A., YILDIZ, D., & vd. (2008). Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinin intörn eğitim programından beklentileri ile program sonunda kazanım ve önerilerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, *50*(3), 164-171.

ŞEN, E., GÜNERİ, S.E., YANIKKEREM, E., HADIMLI, A., KAVLAK, O., ŞİRİN, A., & et al. (2012). Determination of knowledge requirements and health practices of adolescent pregnant women. *International Journal of Caring Sciences*, *5*(2), 171-178.

*** Yayınlanmamış Tez**

ER, N. (2012). Riskli erken doğumda antenatal risk faktörlerinin analizi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Edirne

FIRAT, A. (2005). Preterm eylem tedavisinde nifedipin'in etkinliğinin araştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi, İstanbul

ÇAM, E. (2009). Erken doğuma neden olan risk faktörleri. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Zonguldak

*** İnternette Yazarı Belli Olan Yazı**

ERİŞİM TARİHİ MUTLAKA BELİRTİLMELİDİR!

TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU. (2015). İstatistiklerle Kadın, 2014. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18619, Erişim Tarihi: 06.05.2015

KELLNER, D. (2012). Cultural studies and philosophy: Intervention. http://pages.gseis.ucla.edu/faculty/kellner/essays/culturalstudiesphilosophy.pdf , Accessed: 12.03.2012

SANTORO, K., SCHOENMAN, J., SCHMIDT, E., & SHEPPARD, M. (2010). Preventing adolescent injury: The role of health plans. CSN/NIHCM Issue Brief. http://www.nihcm.org/pdf/InjuryIssueBrief.pdf, Accessed: 30.11.2014

SİSTEME GİRİŞ

• Dergi web sayfasına makale yüklenirken, **tüm yazarlar isim sıralamasına göre sisteme yazılmalı, yazar soyadları mutlaka büyük harfle yazılmalı** ve yazar isimleri virgül ile birbirinden ayrılmalıdır.

• Sırasıyla **her bir yazarın kurum bilgileri ilk harfleri büyük olacak şekilde yazılmalı** ve aralarına virgül konulmalıdır.

• İletişimden sorumlu yazarın adı soyadı ve mail adresi yazılmalıdır. Bu bilgi, dergide makale altında dipnot şeklinde belirtilecektir.

• Yüklenilen makaleler için ayrıca kapak sayfasının yüklenmesine gerek yoktur.

• Yanında "*" simgesi bulunan bölümlerin doldurulması zorunludur.

• Etik Kurul Rapor bilgisinin kurum adı, tarihi ve rapor sayı numarası ile girilmesi gerekmektedir. Etik Kurul Raporu olmayan makaleler için "Etik Kurul Raporu yoktur" şeklinde belirtilmesi gerekmektedir.

• Hakem değerlendirmeleri sistem üzerinden görülebilmektedir.

• Her iki hakem değerlendirmesi tamamlandıktan sonra, sistem üzerinden ve mail yolu ile düzeltme talebinde bulunulur.

• Tüm yazarlar dergimizin son güncel sayılarını takip ederek ilgili sayılarda yayınlanan makalelerdeki yazım formatını kendi çalışmalarında uygulayabilir.

INTERNATIONAL REFEREED JOURNAL OF GYNAECOLOGICAL DISEASE AND MATERNAL CHILD HEALTH (JACSD)

INFORMATION FOR AUTHORS

1. The language of the journal is Turkish. The journal accepts such publications as original research, analysis, compilation, case report, project and book introduction, "prepared in the article format".

2. If the editorial board and the administrative board approve, papers prepared in different languages are accepted. The journal acts unilaterally.

3. The journal is published as an e-journal. Articles can be downloaded by readers from the web system and the relevant paper "article" can be used on condition that the journal is cited. Readers can get access to all volumes for free.

4. Papers are accepted on condition that the author is registered to be a member of the journal.

5. None of the authors can assert legal rights on the journal.

6. The author(s) is/are responsible for the articles in ethical and biostatistical terms unilaterally. The journal cannot be held responsible for the papers

7. The papers, submitted to the journal, should not be sent to another journal previously and under consideration of another journal for publication simultaneously. If such cases occur, the article is rejected on condition that refutation is published and the journal imposes the required sanctions on the author(s).

8. Each study is evaluated by the two referees, and the approved papers by the two referees are saved to be published in the following issues. Evaluation process is two months according to the feedback of referees. Articles not concluded within two months are submitted to another referee. In this case the process can be longer and there cannot be any claim for the publication process. The author(s) cannot assert any right regarding this matter; the author(s) cannot withdraw the article from the system.

9. None of the studies and authors has privileges in the journal. Each of the authors and the studies has the same rights and they are equal. No privilege is granted.

10. The names of the referees-experts-will not be revealed to the authors. Information concerning the authors is known only by the system manager and the editor. It is kept confidential.

11. Papers uploaded to the system are firstly evaluated by the editor. A correction is required by the editorial board for the papers not complying with the writing rules. Articles prepared in line with the writing rules are sent to the referees for evaluation. Corrections demanded by the referee can be seen on the system and the corresponding author is informed via e-mail. Each referee can demand

corrections for the paper twice. In case the required correction isn't made, the paper is automatically "REJECTED". Papers amended in line with the referee suggestions are re-evaluated by the editor and can be "ACCEPTED" or "REJECTED". Contact author is informed regarding this case via the system and e-mail.

12. If the article is produced from the thesis, presentation, and so on, it should be stated and explained in the footnote. Otherwise the author is accused of plagiarism. The journal cannot be held responsible for this situation.

13. If the paper is not within the scope of the journal, it is the editors and the administrators who will accept or reject the paper unilaterally. The author cannot assert any legal rights.

14. The uploaded study belongs to the journal with its exclusive rights. For this reason, it is not necessary for the authors to sign any other documents. The studies uploaded to the system are regarded as transferred to our journal with all rights.

15. The corresponding author is addressed regarding the studies evaluated in the journal, other authors aren't informed and they don't get information or the journal doesn't have such an obligation.

16. The referees act independently in the journal. Authors cannot exercise power over the referees or cannot demand anything from the referees.

17. The journal is published three times a year as April, August and December. However, there might be changes in the periods depending on the publication process. The journal cannot be held responsible for this.

18. Referee reports regarding the evaluation can be seen on the system and the corresponding author is informed via e-mail. After the evaluation of both referees, a correction is required via the system and e-mail. Corrections to be made before the evaluation are not allowed to be uploaded to the system. Corrected papers must be uploaded again with the registered ID number. The authors should make the required corrections in 15 days. If the corrections are not made in 15 days, the article is rejected by the system automatically. None of the authors can impose sanctions on the journal in this case.

19. Writing Rules:

• References are arranged alphabetically in Turkish. All authors are required to take into account the writing rules in the last volume of the journal.

• The main text of papers that will be sent to the journal must be written in MS Word Program, with Times New Roman in 12 pt and single spaced; abstract, tables and footnotes must be in 10 pt. and single spaced.

• Page layout must be with 3 cm margin in the top, bottom, left and right.

• Texts must be between 15-20 pages, they must be no longer than 20 pages and page number must be indicated at the bottom of the page.

• Page layout must include the titles, özet, abstract and tables written in **one column**, the main text and the references should be given in **two coulumns**, justified and without indentation, spacing 12nk below the titles and paragraphs. Extended Abstract must be provided after the references in 12 pt and **one column**.

• On the first page, Özet and Anahtar Kelimeler in Turkish must be below the Turkish heading, Abstract and Key Words must be below the English heading. Abstract in Turkish and English must be no longer than 150-200 words in 10 pt. Sub-headings must include Abstract, Aim, Method, Findings, Conclusion and Key Words. Anahtar Sözcük(Ler)/Key Words must be given in 3-7 words below the Abstracts by capitalizing the first letters of each word. In adition to this, key words must be written in the space provided by the system by capitalizing the first letters of each word and by separating each word by comma.

• If the article has been presented in a conference, the title of the conference, the date and the place of the conference and the type of the presentation must be provided below the "Author's note," after the References part. **For example, AUTHOR'S NOTE:** This study has been presented at "1.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi," on 19-20 December 2014, in İzmir as an oral presentation.

• The names and the affiliations of the authors must not be given on the text below the title; this information must be uploaded to the system on the web site.

• It should be stated that research articles have been prepared according to the scientific ethical principles and **ethical board report information** (Name of the institution from which report is received, its date and the serial number of report) **must be added to the system**. It is also necessary to scan the ethical board's report and the institution's permit document and to send to our editorial office via e-mail. For the papers without ethical board report, a signed document indicating that it doesn't have the ethical board report must be sent to the editorial board via e-mail.

• The main text must include such parts as Introduction, Method, Faindings, Discussion, Conclusion, References, Acknowledgement (persons and institutions not participated in the study but contributed to the development of the study should be acknowledged here) and Extended Abstract. **Extended English Abstract** must be no longer than 750-1000 words. Extended abstract must be prepared apart from Turkish abstract. It must be added to the paper after the references. The title (Extended English Abstract) must be written in capital letters, bold and centered, and the text must be justified without indentation, in 12 pt and one column. Below the titles of Definition and Importance (references can be given only in this part), Aim, Method, Findings, Results and Conclusion, data concerning the article must be provided.

• Tables and figures must be placed in the text appropriately. Numbers and headings of tables/figures must be above the table; **sentence case must be used in 10 pt., bold and justified.** There must be a full stop between the table number and heading. **Tables must only contain horizontal line**. Each table must be referred to within the text. **Items in the table must be in 1 line spacing and 10 pt. Explanations of the tables must be indicated below the table in 10 pt and by putting * before it**. E.g.: ***Saraçoğlu, 2004:416-21.** The references taken from other sources must be indicated below the tables and figures as footnotes. Explanations about the abbreviations must be stated below the table and figure by using "*,**" or "a, b" in 10 pt. The number of tables and figures must be no longer than 6.

• **Reviews** must incorporate Turkish and English Headings, Abstract, Text, References and Extended English Abstract. Text should include a structure within a purpose, Conclusion parts must be completed. Headings, Abstract must be in one column; Text, References and Extended English Abstract must be in two columns, justified without indent and with 12 nk spacing in heading and at the end of the paragraph. **Extended English Abstract** must be no longer than 750-1000 words. Extended abstract must be prepared apart from Turkish abstract. It must be added to the paper after the references. The title (Extended English Abstract) must be written in capital letters, bold and centered, and the text must be justified without indentation, in 12 pt and one column. Below the titles of Definition and Importance (references can be given only in this part), Aim, Method, Findings, Results and Conclusion, data concerning the article must be provided.

• **Case reports** must include Turkish and English headings, Abstract, Introduction, Case Report, Discussion, References and Extended English Abstract. Headings and Abstracts must be 10 pt and in one column; Introduction, Case Report, Discussion, References must be 12 pt and in two columns justified without indent and with 12 nk spacing in heading and at the end of the paragraph. **Extended English Abstract** must be no longer than 750-1000 words. Extended abstract must be prepared apart from Turkish abstract. It must be added to the paper after the references. The title (Extended English Abstract) must be written in capital letters, bold and centered, the text must be justified without indentation, in 12 pt and one column. Below the titles of Definition and Importance (references should be included only in this part), Aim, Method, Findings, Results and Conclusion, data concerning the article must be provided.

Reports can be supported with photos and flow charts. Necessary permissions must be taken for photos and flow charts and references must be indicated in 10 pt. with "*". E.g.: *Saraçoğlu, 2004:416-21.

REFERENCES WITHIN PAPER:

• The sample article in the system must be used for citation rules. In other words, references are indicated with the name of author, the year of publication and page numbers in parentheses beside the main text. (Surname, Year of Publication: Cited Page Number)

• Footnotes of extra explanations about the content and other explanations must be given below the page. Notes numbered in the text are located below the page by numbers with the explanations.

• Citations made from a source are indicated between double quotes in the text.

• Citations longer than 30-40 words are given as an indented paragraph without using quotes.

• While providing references, if the name of the author isn't within the text, the surname of the author and date of publication and the cited page are indicated in parenthesis: (Korkmaz, 2007:2345)

• If the name of the author is in the text, only the publication date of source and page number are given in parenthesis: Oskay et al.. (2005:36) in his/her study…….

• In sources with two authors, the surnames of both authors are indicated. If it is an English publication, it is separated with "and" (Morley and Robins, 2007:20)

• If it is Turkish, in sources with more than two authors, "vd." is indicated: (Yücel vd., 2012:236).

• If it is English, in sources with more than two authors, "et al." is indicated: (Hossain et al., 2007:156).

• If more than one study from the same author published in the same year must be used, the sources are separated by adding the letters like a, b, c: Such as (Ortaylı, 1999a:25) (Ortaylı, 1999b:43).

• If more than one source about the same subject is cited within the text, sources are separated with a semicolon: (Geray, 2005:33; Moran, 2006:36)

WRITING REFERENCE LISTS:

Only the sources cited in the text must be included in the references and those sources must be put in order alphabetically by the surnames of authors. If more than one study belonging to the same author is included in the references, it must be sorted by the date of publication (from old to new).

• If the number of the authors is 6 or less, all the authors must be listed, if it is 7 or more, the first 6 authors must be listed and "vd.", for Turkish articles and "et al." for English articles must be used. After the last author, "&" must be used before "vd." or"et al."

• Anonymous writers from Internet sources must not be cited.

*** Books**

SEVİL, Ü., & YANIKKEREM, E. (2006). Kadına yönelik aile içi şiddet. İzmir, Türkiye: İzmir Güven Kitabevi, ss.36-66.

***Chapters in a Book**

TAŞKIN, L. (2014). Aile planlaması. İçinde *Kadın Sağlığı Hemşireliği,* 12. Baskı, Ankara, Türkiye: Özyurt Matbaacılık, ss.527-545.

SEVİL, Ü. (2008). Adölesan dönemi. İçinde A. Şirin (Ed.), *Kadın Sağlığı* , İstanbul, Türkiye: Bedray Basın Yayıncılık, ss.57-90.

BAYIK, A. (2004). Hemşirelik disiplini ve araştırma. İçinde İ. Erefe (Ed.), *Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri*, 3. Baskı, İstanbul, Türkiye: Odak Baskı Ofset, ss.13-26.

BURGHARDT, G.M. (1984). On the origins of play. In P. K. Smith (Ed.), *Play in Animals and Humans,* Oxford, England: Basil Blackwell, pp.5-42.

*** TNSA References:**

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ NÜFUS ETÜTLERİ ENSTİTÜSÜ. (2014). *2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA).* Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye

*** Translated Books**

DÖLEN İ., & ÖZDEĞİRMENCİ Ö. (2006). Diyabetes Mellutus ve gebelik. İçinde N.M. Çiçek, C. Akyürek, Ç. Çelik, A. Haberal (Çev.) *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi,* Ankara, Türkiye: Güneş Kitabevi, ss.435-450.

*** Books with Three Authors**

ATALAY, M., ALPAR, Ş., & ÇAKIRCALI, E. (1997). Hemşirelik esasları el kitabı. İstanbul, Türkiye: Birlik Ofset.

*** Articles in a Journal**

AKYÜZ, A., KAYA, T., & ŞENEL, N. (2007). Annenin Emzirme Davranışının ve Emzirmeyi Etkileyen Durumların Belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6* (5), 331-335.

EGELİOĞLU, N., MUSLU, G.K., ŞEN, S., GÜNERİ, S.E., BOLIŞIK, B., & SARUHAN, A. (2014). Ege Bölgesinde Doğum Sonu Dönemde Uygulanan Geleneksel Uygulamalar. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 1*(1), 22-35. doi: 10.17371/UHD.2014018935

TOSUN, N., OFLAZ, F., AKYÜZ, A., KAYA, T., YAVA, A., YILDIZ, D., & vd. (2008). Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinin intörn eğitim programından beklentileri ile program sonunda kazanım ve önerilerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, *50*(3), 164-171.

ŞEN, E., GÜNERİ, S.E., YANIKKEREM, E., HADIMLI, A., KAVLAK, O., ŞİRİN, A., & et al. (2012). Determination of knowledge requirements and health practices of adolescent pregnant women. *International Journal of Caring Sciences*, *5*(2), 171-178.

*** Unpublished Thesis**

ER, N. (2012). Riskli erken doğumda antenatal risk faktörlerinin analizi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Edirne

FIRAT, A. (2005). Preterm eylem tedavisinde nifedipin'in etkinliğinin araştırılması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi, İstanbul

ÇAM, E. (2009). Erken doğuma neden olan risk faktörleri. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Zonguldak

*** articles from Internet with an author**

ACCESS DATE MUST BE GIVEN!

TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU. (2015). İstatistiklerle Kadın, 2014. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18619, Erişim Tarihi: 06.05.2015

KELLNER, D. (2012). Cultural studies and philosophy: Intervention. http://pages.gseis.ucla.edu/faculty/kellner/essays/culturalstudiesphilosophy.pdf , Accessed: 12.03.2012

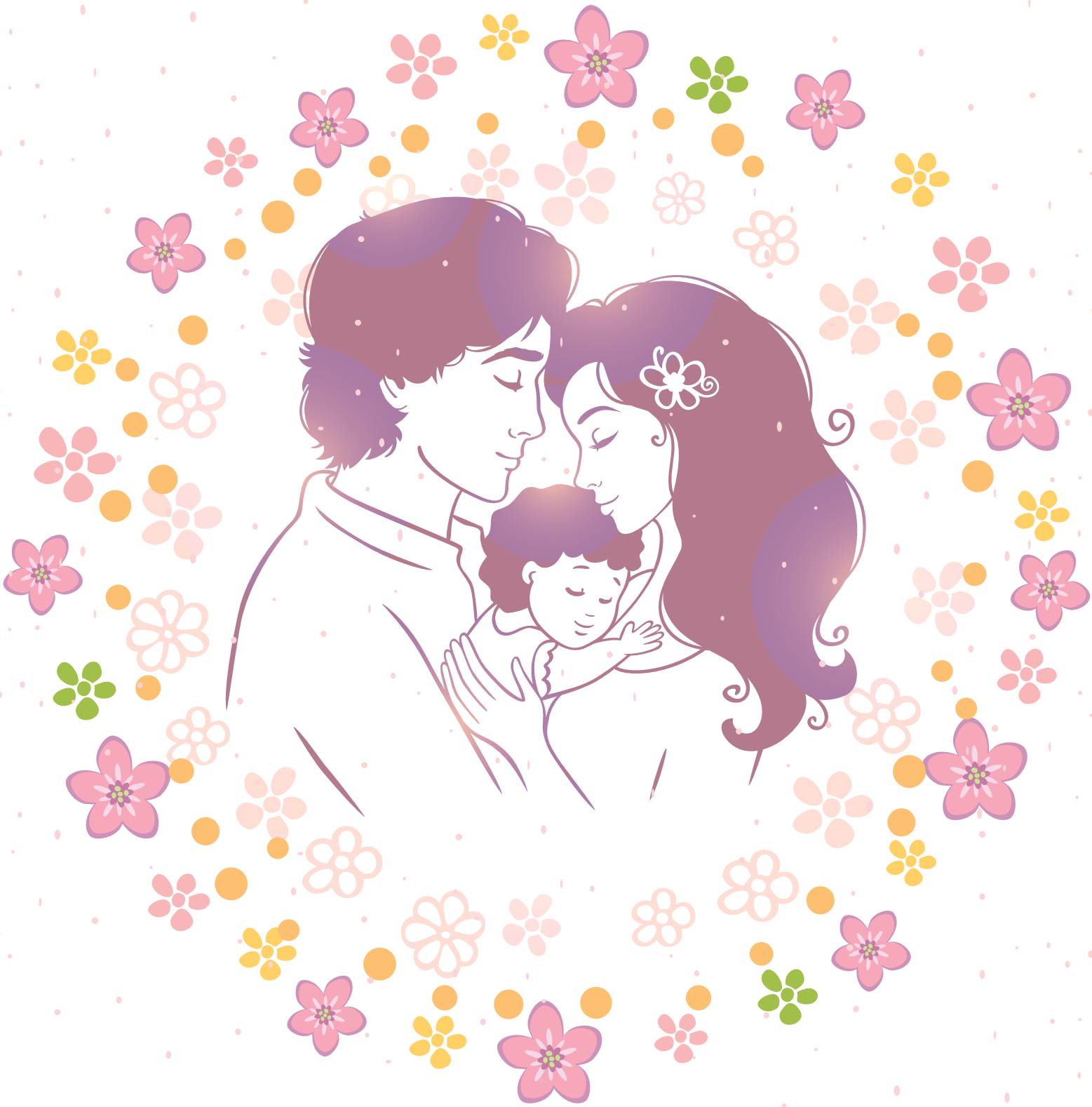
SANTORO, K., SCHOENMAN, J., SCHMIDT, E., & SHEPPARD, M. (2010). Preventing adolescent injury: The role of health plans. CSN/NIHCM Issue Brief. http://www.nihcm.org/pdf/InjuryIssueBrief.pdf, Accessed: 30.11.2014

LOGGING IN THE SYSTEM

• **All authors must be written alphabetically and surnames must be written with capital letters in the system** while uploading the paper into the journal's web page, and the names of authors must be separated with comma.

• **Institutional information of each author must be respectively stated with initials in capital letters** between commas**.**

- Name, surname and e-mail addresses of the corresponding author must be stated and given as footnote in the paper.
- There is no need for a separate title page for the uploaded papers.
- It is obligatory to fill in the sections having "*" symbol.
- Ethical Board Report must be added with the name of the institution, date and serial number. For the papers without an ethical board report, it should be indicated that "it doesn't have the ethical board report".
- Referee evaluations can be seen on the system.
- A correction is required via the system and e-mail after the evaluation of both referees is completed.
- All authors can follow the last volumes of our journal and apply the writing format in the published papers to their own articles.



JACSD - Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne çocuk Sağlığı Dergisi

Atakent Mah. Akasya 1 Evleri C2-23 Blok
Kat 4 Daire 17 Halkalı,Küçükçekmece-İstanbul

www.jacsdergisi.com
jacs.dergi@gmail.com