

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ: KANITA DAYALI UYGULAMALAR

WOMEN'S HEALTH AND DISEASES NURSING: EVIDENCE-BASED PRACTICES

Cemre ÇELİK¹, Figen KAZANKAYA², Özlem DEMİREL BOZKURT³

¹Yüksek Lisans Öğrencisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İzmir

²Araş. Gör., Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İzmir

³Doç. Dr., Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İzmir

Özet

Kadın sağlığı sadece kadınlar için değil özünde tüm toplum için önemlidir. Kadın sağlığı kavramı, birçok farklı parametreyi içererek kadın yaşamının her evresinde kadınların hayatına farklı şekillerde yön vermektedir. Kadınlar, kadınlara özgü farklı yaşam evrelerinden geçerken ya da karşılaştıkları sağlık sorunlarında/hastalıklarda sık sık sağlık hizmetlerine başvurumaktadırlar. Tüm hasta grubuyla olduğu gibi kadınlarla da en çok zaman geçiren sağlık profesyoneli olan hemşireler, uyguladıkları bakım ile kadınların sağlık düzeyini arttırmada ve devam ettirmede, sağlığını kaybetmiş olan kadınlara ise yeniden sağlıklarının kazandırılmasında önemli rol oynamaktadır. Kanıta dayalı uygulamalar, var olan bilimsel literatürdeki tüm bilgileri en iyi şekilde özümseyerek mesleki standartların yükseltilmesine yardımcı olur ve bakımın kalitesini artırır. Bilgi ve karar verme arasındaki ilişki hemşireliğin profesyonelleşmesinde en belirleyici unsurdur. Kanıta dayalı uygulamalar hemşirelik uygulamalarının bilimselleşmesini sağlar. Kadın sağlığı alanında kanıta dayalı uygulamaların gerçekleştirilmesi ile sağlık profesyonelleri tarafından güvenli, standart ve nitelikli bakımın verilmesi amaçlanır. Böylece profesyonel hemşirelik hizmeti verilerek önce kadın, dolaylı yoldan da tüm toplum refaha kavuşturulmuş olur. Pelvik ağrı, pelvik organ prolapsusu, üriner inkontinans, endometriyozis, infertilite, menopoz gibi sık karşılaşılan kadın sağlığı sorunları, jinekolojik kanser taramaları ve doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönem gibi kadın sağlığının birçok yönüne ait kanıta dayalı uygulamalara yer verilen bu derlemenin amacı, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaların önemini kavrayarak, aktif uygulanması adına farkındalık yaratmaktır. Literatür taraması yapılarak oluşturulan bu derlemede çeşitli kılavuzların önerileri, kanıt düzeyi yüksek araştırmalar ve Cochrane Kütüphanesi'nden yararlanılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, kadın sağlığı, kanıta dayalı uygulama

Abstract

Women's health is important not just for women but, in essence, for the whole community. The concept of women's health directs women's lives in different ways at every stage of female life by incorporating many different parameters. Women resort to healthcare services when they are going through different periods in their life stages or in health problems/diseases they face. Nurses, who are health professionals who spend the most time with women as well as with the entire patient group, play an important role in reintroducing their healthy woman to society by increasing the level of health of women through the care they administer. Evidence-based practices best absorb all the information in the scientific literature that exists, raising professional standards and improving the quality of care. The relationship between knowledge and decision-making is the most decisive element in the professionalization of nursing. Evidence-based practices allows nursing practices to become scientific. In the field of women's health, evidence-based practices is intended to deliver safe, standard and qualified care by health professionals. By providing professional nursing services, the entire community will be welcomed indirectly. The aim of this review, which features evidence-based practices of many aspects of women's health, such as pelvic pain, pelvic organ prolapse, urinary incontinence, endometriosis, infertility, menopause, frequent women's health issues, gynecological cancer screenings and prenatal, birth and postpartum period, is for nurses to understand the importance of evidence-based practices. This compilation, created by a literature scan, drew on recommendations of various guidelines, evidence-level research and the Cochrane Library.

Keywords: Nursing, women health, evidence-based practice

ORCID ID: C.Ç. 0000-0003-2781-8745; F.K. 0000-0001-5028-0563; Ö.D.B. 0000-0002-7212-9140

Sorumlu Yazar: Figen Kazankaya, Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İzmir

E-mail: fgnrdgn@hotmail.com

Geliş tarihi/ Date of receipt:12.05.2022

Kabul tarihi / Date of acceptance:14.09.2022

GİRİŞ

Kadın sağlığı kavramı, kadınların yaşamları boyunca fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarına odaklanır (1). Kadınların sağlık sorunları, bu sorunların nedenleri, sağlık sorunlarıyla başetme düzeyleri ve sağlık bakım gereksinimleri erkeklerden farklılık göstermektedir. Bu farklılığın nedenleri fizyolojik durum dışında eğitim düzeyi, toplumsal statü, sosyo-ekonomik faktörler, çalışma ortamı, sosyal ve aile içi ilişkiler, kültürel değerler gibi birçok faktörden oluşmaktadır (2).

Amerika Birleşik Devletleri Kadın Sağlığı Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireleri Derneği (The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses-AWHONN) kadın sağlığı hemşireliği uygulamalarını birey, aile ve toplumun sağlık problemlerinin değerlendirilmesi, teşhis ve tedavi için uzmanlık bilgisi gerektiren, özerk rollere sahip, uygulamalı bir sağlık alanı olarak tanımlamıştır. Hemşirelerin kadınların yaşamlarının tüm dönemlerinde, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesinde eğitim, danışmanlık, araştırma ve bilimsel bilgi üretimi, kanıt temelli profesyonel bakım, bakımın maliyetini azaltma ve toplum memnuniyetini artırma rolleri vardır (3,4).

Tıp literatüründe giderek artan kanıta dayalı tıp uygulamaları, hemşirelik üzerinde de etkili olmuştur. Kanıta dayalı uygulamalar (KDU) ile hasta bakımını güncel ve en iyi kanıtlar yardımıyla gerçekleştirilip, hastayı sağlığına kavuşturmak hedeflenmektedir (5). Sağlık hizmetinin kalitesini artırıp, hastaların sağlıklarına kavuşmasında KDU kilit rol oynamaktadır (6). Hemşirelerin daha etkin, güvenli, son literatür doğrultusunda bakım verebilmeleri için kanıta dayalı uygulamalara gereksinim vardır. Son yıllarda sağlıkta maliyet artışı, malpraktis sorunları, literatürün sürekli gelişmesi, hatalı uygulamalarda artış, hastaların bilgi isteği artışı gibi nedenler kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını ihtiyaç haline getirmiştir (7).

Türkiye’de kanıta dayalı hemşirelik farklı evrelerden geçip günümüzdeki yerini almıştır. İlk olarak Kırım Savaşı sırasında Florence Nightingale ile başlayan bu süreç, devamında T.C Sağlık Bakanlığının 2007 yılında belirlediği hedef 19 kapsamında “Bütün Ülkeler Bilimsel Kanıta Dayalı Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Geliştirilmesi Mekanizmalarına Sahip Olmalıdır” amacıyla ilerlemiş, ardından 2010 yılında Hemşirelik Yönetmeliğinde değişiklik gelmiş, bu gelişmeyi Uluslararası Hemşireler Birliğinin (International Council of Nurses-ICN), 2012 yılında kanıta dayalı hemşireliğin kullanımını önermesi takip etmiştir (8). Resmi gazetede 8 Mart 2010 tarihinde yayınlanan hemşirelik yönetmeliğinde hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları (Madde 6,1a bendi), “Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler” şeklinde ifade edilmiştir (9).

Sistematik incelemeler, kanıta dayalı uygulama rehberleri, kanıta dayalı internet kaynakları (Cochrane vb) sayesinde kanıta dayalı uygulamalara ulaşılabilmektedir (7). Kanıt düzeyi sınıflaması; sistematik inceleme ya da randomize kontrollü çalışmaların meta analize ise öneri derecesi A (kanıt düzeyi: 1a, kanıt gücü: düzey 1), en az bir randomize kontrollü çalışma (kanıt düzeyi: 1b) ya da iyi tasarlanmış çalışmanın (kanıt düzeyi: 2a) öneri düzeyi B’dir (kanıt gücü: düzey 2). İyi tasarlanmış en az bir deneysel çalışma C düzeyi (kanıt düzeyi: 2b, kanıt gücü: düzey 3), iyi tasarlanmış deneysel olmayan tanımlayıcı çalışmalar (korelasyon/karşılaştırmalı/vaka çalışmaları) öneri düzeyi D olup (kanıt düzeyi: 3, kanıt gücü: düzey 4), uzman komite raporları ya da otoritelerin görüşleri iyi uygulama noktası önerileri (kanıt düzeyi: 4,

kanıt gücü: rehberi geliştiren grubun görüşü) şeklinde yapılmaktadır (10).

Literatür taraması yapılarak, çeşitli kılavuzların önerileri (World Health Organization-WHO, The American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG, The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists-RCOG, National Institute for Health and Care Excellence-NICE, American Society for Reproductive Medicine-ASRM), kanıt düzeyi yüksek araştırma (sistemik incelemeler) ve kanıta dayalı uygulamalara ulaşılabilen veri tabanları (Cochrane, Pubmed) kullanılarak, kadın sağlığı hemşireliği alanında yol gösterici olması amacıyla bu derleme oluşturulmuştur. Hazırlanan bu belgede sık karşılaşılan kadın sağlığı sorunlarından pelvik ağrı, pelvik organ prolapsusu, üriner inkontinans, endometriyozis, infertilite konuları ele alınırken, jinekolojik kanserlerden serviks kanserini taramaya yönelik öneriler, jinekolojik onkoloji cerrahisinde ve obstetride (antepartum, intrapartum, postpartum dönem) kanıta dayalı uygulamalar ele alınmıştır.

Sık Karşılaşılan Kadın Sağlığı Sorunlarına Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalar

Bu bölümde kronik pelvik ağrı, pelvik organ prolapsusu, üriner inkontinans, endometriyozis ve infertilite gibi literatürde daha az ele alınan konu başlıklarında kanıta dayalı uygulamalara yer verilmiştir.

Kronik Pelvik Ağrı (KPA): En az altı aydır devam eden, döngüsel olmayan, pelvis, umblikusun altında anterior abdominal duvar, bel veya kalçaya lokalize olan, fonksiyonel kısıtlılık yaratacak veya tıbbi tedavi gerektirecek kadar şiddetli ağrı ACOG tarafından KPA olarak tanımlanmıştır (11). Değerlendirmede, özellikle abdominal ve pelvik nöromüsküler yapıyı kapsayacak şekilde, ayrıntılı bir tıbbi öykü ve fizik muayene önerilir (Kanıt C). Disparoni ve KPA tedavi yönetiminde pelvik taban fizik tedavisi, seks terapisi veya bilişsel davranışçı terapi uygulamaları tek başlarına ya da kombinasyon halinde önerilir (Kanıt B). Değerlendirmede rutin laparoskopi önerilmez (Kanıt A).

Opioidler KPA tedavisinde önerilmez (Kanıt B). Kas-iskelet sistemi kaynaklı KPA'nın tedavisi için akupunktur ve yoga düşünülebilir (Kanıt C) (12). Endometriyozis kaynaklı pelvik ağrısı bulunan kadınlarda, menstrual siklusun GnRH analogları, levonorgestrel salgılayan rahim içi araç (LNG-RİA) sistemi ve danazol ile baskılanması faydalı olduğu için önerilebilir (13).

Steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar, endometriozisli adölesanlar için ağrı kesmede temel tedavi olarak önerilir. Dismenore veya kronik ağrı veya her ikisi için tanısal laparoskopi yapılıyorsa, ağrıyı en aza indirmek için laparoskopi sırasında LNG-RİA yerleştirilmesi önerilebilir (14). Endometriyozis kaynaklı ağrı yönetiminde ilk basamak olarak kısa süreli (örneğin 3 ay) parasetamol veya nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, (NSAİİ) tercih edilmesi önerilir (15). Adölesanlara, uzman bir ağrı yönetimi ekibi dışında, endometriyozisi yönetmek için uzun dönemde narkotik reçete edilmemelidir (14).

Pelvik Organ Prolapsusu (POP):

Pelvik organları destekleyen yapılarıdaki anatomik ve işlevsel bozukluklar nedeniyle pelvis içindeki yapıların (mesane, uterus, rektum) vajina içine veya vajinadan dışarı sarkması POP olarak adlandırılır (16, 17). Dünyada milyonlarca kadını etkileyen, mortaliteye neden olmayan ancak hayat kalitesini önemli ölçüde bozabilen jinekolojik bir sorundur (16). Prolapsus cinsel işlev bozukluğu gibi rahatsız edici semptomlara neden oluyorsa, alt üriner sistem sorunları (inkontinans gibi) tedavi edilmelidir (Kanıt B). Tedavide kadınlara cerrahiye alternatif olarak vajinal peser önerilmelidir (Kanıt B). Prolapsus derecesinin değerlendirilmesi için tedaviden önce pelvik organ prolapsusu evreleme (Pelvic Organ Prolapse Quantification, POP-Q) sistemi muayenesi önerilir (Seviye 3) (18). Antosh ve ark'nın (19), prolapsus cerrahisi öncesi ve sonrası cinsel aktivite ve işlev üzerine etkisini araştırdıkları sistemik incelemede, disparoni prevalansının azaldığı, cinsel aktivite oranının arttığı bulunmuştur.

Üriner İnkontinans (Üİ): Uluslararası Kontinans Derneği'nin (International Continence Society-ICS) ilk standardizasyon raporunda (2002) Üİ, sosyal ve hijyenik sorunlara yol açan ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma durumu olarak tanımlanırken (20), güncellenmiş son raporda (2009) ise, her türlü idrar kaçırma durumu olarak ifade edilmiştir (21). Bireyin hayatını tehdit eden bir hastalık olmasa da Üİ, birçok psikososyal sorunlara ve yaşam kalitesinde bozulmaya neden olmaktadır. Ayrıca inkontinans sorunu yaşayan kadınların günlük yaşam aktiviteleri ve cinsel yaşamları da etkilenmektedir (22).

İnkontinanslı kadınların ilk değerlendirmesinde idrar tahlili yapılması (Güçlü Düzey Öneri) ve en az üç günlük mesane günlüğü doldurmaları önerilmektedir (Güçlü Düzey Öneri). İdrar yolları enfeksiyonu varsa tedavi sonrası tekrar değerlendirilmesi önerilir (Güçlü Düzey Öneri). Yaşlı kadınlarda asemptomatik enfeksiyonun tedavisi rutinde önerilmemektedir (Güçlü Düzey Öneri) (23).

Endometriyozis: Endometriozis, üreme çağındaki kadınların %10'unu etkileyen ve sık karşılaşılan jinekolojik hastalıklardan biridir. Bu hastalık önemli bir infertilite ve pelvik ağrı nedenidir. Endometriozis tanısı alan hastaların %50-80'i semptomatik olup, dismenore, disparoni ve infertilite şikayetleri yaşamaktadırlar (24). Hastalığa ilişkin bu semptomlar, kadınların günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitelerini ciddi ölçüde etkilemektedir. Hastaların yaşam kalitesinin artırılması ve hastalığın negatif etkilerinin azaltılması için endometriozis tedavisinde multidisipliner ekip yaklaşımı uygulanmalıdır (25).

Endometrioziste medikal yaklaşım olarak kombine oral kontraseptifler (KOK) ideal olarak sürekli formda kullanılmalıdır ve ilk seçenek ajan olarak tercih edilmelidir (kanıt düzeyi: 1a). Progestinlerin tek başına kullanımı da (oral, intramusküler veya subkutan) ilk seçenek tedavi olarak önerilir (kanıt düzeyi: 1a) GnRH-agonistleri (GnRH-a) veya LNG-

RIA ikinci basamak tedavi olarak düşünülmelidir (kanıt düzeyi: 1a) Östrojen ve progesteron ile hormonal tedavi GnRH-a başladığı andan itibaren birlikte kullanılmalıdır (kanıt düzeyi: 1a). İlk basamak medikal tedavi veya cerrahi tedavi öncesinde klinisyenler NSAİİ'den opioidlere kadar birçok değişik analjezik kullanabilirler (kanıt düzeyi: 3a) (26).

Endometriyozisli kadınlarda doğurganlık sorunlarını gidermek için cerrahi tedavi önerilir. Endometrial doku odaklarının kaldırılması gebelik şansını artırır. Endometriyoziste laparoskopik tedavi ve eksizyon önerilir (Kanit seviyesi: düşük). Endometriyozisli kadınlarda doğurganlığı iyileştiren hiçbir tıbbi tedavi (KOK, NSAİİ, Progestin, Çin bitkisel kaynaklı ilaçlar) önerilmez (Kanit seviyesi: düşük) (13).

Endometriozise bağlı ağrıyı azaltmakta hormonal kontraseptifler, progestinler, anti-progestinler, GnRH analogları ve aromataz inhibitörlerinin kullanımı önerilir (kanıt seviyesi: yüksek). Endometriozis ile ilişkili dismenorenin azaltılmasında kombine oral kontraseptiflerin kullanımı önerilir (orta düzey öneri). Endometriozis ile ilişkili disparoni ve non-menstrüel pelvik ağrının azaltılmasında kombine oral kontraseptifler kullanılabilir (düşük düzey öneri). Endometriozis ile ilişkili ağrının azaltılmasında levonorgestrel salınlı intrauterin sistemin etkin olduğu belirtilmiş ve kullanımı tavsiye edilmiştir (orta düzey öneri). Laparoskopi esnasında endometriozis saptandığında cerrahi olarak tedavi edilmesinin ağrıyı azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir (kanıt seviyesi: yüksek) (26).

İnfertilite: İnfertilite, bir yıl veya daha uzun süre düzenli korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanmaktadır. Çiftin hayatını tehdit eden bir sağlık sorunu olmamasına rağmen, tıbbi ve psikososyal sorunları beraberinde getiren, kültürel ve dini yönleriyle yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir deneyimdir (27). İnfertilite değerlendirmesi, 35 yaşın altındaki kadınlarda, bir yıllık korunmasız cinsel ilişkiden sonra gebe kalmamışlarsa, 35 yaşın

üzerindeki kadınlarda ise, altı aylık korunmasız cinsel ilişkiden sonra gebe kalmamışlarsa yapılmalı kadının tanısı değerlendirilmesine erkek partnerin değerlendirilmesi de eşlik etmelidir. İnfertilite değerlendirmesi, kapsamlı anamnez ve fizik muayene içermelidir (28).

Olası doğurganlık sorunları olan kadınların tiroid hastalığı olma olasılığı genel popülasyondan daha fazla olmamakla birlikte, tiroid fonksiyonunun rutin ölçümü önerilmemektedir. Tiroid fonksiyon testleri, tiroid hastalığı semptomları olan kadınlarla sınırlandırılmalıdır. Doğurganlık tedavisinde gecikmeyi önlemek için, doğurganlıklarından endişe duyan kadınlara en son servikal smear testinin zamanlaması ve sonucu hakkında özel bir sorgulama yapılmalıdır. Servikal kanser tarama programı rehberlerine uygun olarak servikal kanser taramalarının yapılması önerilmektedir (29). Uterus boyutu, şekli, konumu, hareketliliği, hassasiyeti dikkatli değerlendirilmelidir (30). Doğurganlıklarından endişe duyan kadınlara prolaktin ölçümü için kan testi önerilmemektedir. Bu test yalnızca ovulasyon bozukluğu, galaktore veya hipofiz tümörü olan kadınlara yapılmalıdır. Düzensiz adet döngüsü olan kadınlara, serum gonadotropinlerini (folikül uyarıcı hormon ve lüteinizan hormon) ölçmek için bir kan testi önerilmelidir (28, 29).

Ovulasyonu doğrulamak için bazal vücut ısısı çizelgelerinin kullanılması ovulasyonu güvenilir bir şekilde tahmin edemediği için önerilmemektedir. Doğurganlıklarından endişe duyan kadınlara prolaktin ölçümü için kan testi önerilmemektedir. Bu testin yalnızca ovulasyon bozukluğu, galaktore veya hipofiz tümörü olan kadınlara yapılması önerilir. Düzenli adet döngüleri olsa bile ovulasyonu doğrulamak için sikluslarının orta-luteal fazında (28 günlük bir döngünün 21. günü) serum progesteronunu ölçmek için bir kan testi önerilmelidir (29).

Serum progesteron tayinleri, döngüde uygun zamanda elde edildikleri sürece, ovulasyon için güvenilir ve objektif bir ölçüm sağladığı için önerilmektedir (28).

Komorbiditeleri (pelvik inflamatuvar hastalık, önceki ektopik gebelik veya endometriozis gibi) bilinmeyen kadınlara tubal tıkanıklık taraması için histerosalpingografi (HSG) önerilmelidir. Uterus anormalliklerinin cerrahi tedavisinin gebelik oranlarını iyileştirmedeki etkinliği belirlenmediği için, klinik olarak belirtilmedikçe, kadınlara ilk değerlendirmenin bir parçası olarak tek başına histeroskopi önerilmemektedir (29). Erkeklerde ise, semen analizi sonuçları Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kriterlerine göre normal ise bir test yeterlidir. En az iki testte semen analizi anormal olduğunda ileri tetkikler yapılmalıdır (24). İlk semen analizinin sonucu anormal ise, tekrar doğrulayıcı bir test önerilmelidir (29).

Açıklanamayan infertilite tedavisinde, doğal sıklıta intrauterin inseminasyon (IUI) yapılması önerilmemektedir. Over stimülasyonu (OS) IUI'ya kıyasla daha az etkilidir ve bekleme yaklaşımına göre daha etkili değildir (A düzeyi Kanıt, Güçlü Öneri). Açıklanamayan infertilite tedavisinde zamanlı koitle birlikte klomifen sitrat kullanımı önerilmemektedir (B düzey kanıt, Orta düzey Öneri). Açıklanamayan infertilitesi olan çiftlerin tedavisinde klomifen sitrat kullanımı ile IUI önerilmektedir (A düzeyi Kanıt, Güçlü Öneri). Açıklanamayan infertilitesi olan çiftler için (tipik olarak en az 3-4 siklus) oral ajanlarla OS-IUI tedavisi önerilir. Oral ajanlarla OS-IUI tedavisi başarısız olursa; gonadotropinlerle OS-IUI tedavisi yerine IVF önerilir (B düzeyinde Kanıt, Orta düzey öneri). Geleneksel doz gonadotropinlerle IUI önerilmemektedir (A düzeyinde Kanıt, Güçlü Öneri). Ovulasyon indüksiyonu ile IUI yapılan tedavilerde; HCG enjeksiyonunu takiben 0-36 saat içinde tek seferlik IUI uygulanması önerilir (B düzeyinde Kanıt, Orta düzey öneri) (31).

Jinekolojik Kanser Taramalarında Kanıta Dayalı Uygulamalar

Günümüzde aktif tarama programı olan tek jinekolojik kanser serviks kanseridir. Dünyada görülme sıklığı açısından serviks kanseri, jinekolojik kanserler arasında ikinci sırada yer almaktadır. Preinvaziv dönemde

asemptomatik serviks kanseri smear testi ile saptanabilmektedir. Serviks kanserinde erken tanı sonrası tedavi şansı yüksek olduğundan tanı testleri önem kazanmaktadır (32).

Serviks Kanser Tarama Önerileri

Amerika Önleyici Hizmetler Görev Gücü (United States Preventive Services Task Force, USPSTF) Önerileri; Kadınlara 21-29 yaşları arasında sadece servikal sitoloji ile üç yılda bir serviks kanseri taramasının yapılması, 30-65 yaşları arasında olanlar için her üç yılda bir yalnızca servikal sitoloji ile ya da beş yılda bir tek başına kombinasyon halinde Human Papilloma Virüs (HPV) tarama testi yapılması önerilmektedir (Öneri Düzeyi A). Yaşı 21'den küçük olan kadınlara herhangi bir tarama önerilmemektedir (Öneri Düzeyi D). Histerektomi geçirmiş ve yüksek riskli prekanseröz lezyon (CIN 2 veya CIN3) öyküsü olmayan kadınlara tarama yapılmaması önerilmektedir (Öneri Düzeyi D). Yeterli serviks kanseri taraması yapılmış ve yüksek riskli lezyon öyküsü olmayan 65 yaş üstü kadınlarda taramanın kesilmesi önerilir (Öneri Düzeyi D) (33).

Avrupa Kanser Derneği (American Cancer Society, ACS) önerileri ise, tarama yaşı 25 olarak başlayıp her beş yılda bir tek başına birincil HPV testi (Food and Drug Administration-FDA onaylı) önerilir (Güçlü Öneri). 25 ila 65 yaşları arasındaki kadınlar ise her beş yılda bir çift test (sitoloji ile HPV testi) veya üç yılda bir tek başına sitoloji ile taranması önerilir (Güçlü Öneri). 65 yaş ve üzeri kadınlarda önceki taramalarda yeterli negatif çıkarsa (son 10 yıl içinde iki ya da üç ardışık sitolojik negatif test) taramayı sonlandırmasını, tarama kaydı olmayan 65 yaş üstü kadınlarda bırakma kriterleri karşılanana kadar taramaya devam edilmelidir (Güçlü Öneri) (34).

Jinekolojik / Onkoloji Cerrahisinde Kanıt Dayalı Uygulamalar

Pre-op Dönem

Kadınlara preoperatif bilgi verilip, danışmanlık sağlanmalıdır (Kanıt seviyesi: Düşük, Öneri Düzeyi: Güçlü). Sigara kullanımı operasyondan dört hafta önce bırakılmalıdır (Kanıt seviyesi: Yüksek, Öneri Düzeyi: Güçlü). Alkol tüketimi, uygulanacak operasyondan dört hafta önce durdurulmalıdır (Kanıt seviyesi: Orta, Öneri Düzeyi: Güçlü). Anemi sorunu, operasyon öncesi tanımlanmalı, nedeni araştırılmalı, düzeltilmelidir (Kanıt seviyesi: Yüksek, Öneri Düzeyi: Güçlü). Bağırsak rezeksiyonu yapılacak olsa bile mekanik bağırsak hazırlığı rutin olarak uygulanmamalıdır (Kanıt seviyesi: Orta, Öneri Düzeyi: Güçlü). Anestezi induksiyonu öncesi iki saate kadar berrak sıvılar, altı saate kadar da katı gıdalara izin verilmelidir (Kanıt Seviyesi: Yüksek, Öneri Düzeyi: Güçlü). Postoperatif insülin direncini azaltmak amacıyla karbonhidrat rutin olarak kullanılmalıdır (Öneri Düzeyi: Güçlü). Preoperatif anksiyeteyi azaltmak amacıyla rutin sedasyondan kaçınılmalıdır (Kanıt Seviyesi: Düşük, Öneri Düzeyi: Güçlü). Venöz tromboembolizm (VTE) riski taşıyan kadınlar, düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) veya heparin ile profilaksi almalıdır (Kanıt seviyesi: Yüksek, Öneri Düzeyi: Güçlü). Kadınlara operasyon öncesi hormon replasman tedavisi (HRT) durdurma ya da alternatif yollar tavsiye edilebilir (Kanıt seviyesi: Düşük, Öneri Düzeyi: Güçsüz). Kadınlara operasyon öncesi oral kontraseptifleri bırakmaları ve başka forma geçmeleri önerilebilir (Kanıt seviyesi: Yüksek, Öneri düzeyi: Güçlü). İntravenöz (IV) antibiyotikler (1. kuşak sefalosporin) cilt insizyonundan önce 60 dakika içinde rutin olarak uygulanmalıdır; uzun süreli operasyonlar, şiddetli kan kaybı ve obez hastalara ek dozlar verilmelidir (Kanıt seviyesi: Yüksek, Öneri düzeyi: Güçlü) (35).

Post-op Dönem

Jinekolojik/onkoloji cerrahisinden sonraki ilk 24 saat içinde düzenli bir diyet önerilir (Kanıt seviyesi: Yüksek, Öneri Düzeyi: Güçlü). Ameliyattan sonraki 24 saat içinde IV

sıvılar kesilmelidir; dengeli kristaloid çözeltiler, %0.9 normal saline tercih edilir (Kanıt seviyesi: Orta, Öneri Düzeyi: Güçlü). Postoperatif ileusu önlemek için sakız çiğneme ve laksatif kullanımı önerilmektedir (Laksatif kullanımı için Kanıt düzeyi: Düşük, Öneri düzeyi: Düşük; Sakız kullanımı için Kanıt düzeyi: Orta, Öneri düzeyi: Düşük). Tromboemboli riskine karşı profilaksi için tam oturan kompresyon çorapları giymeli ve aralıklı pnömatik kompresyon uygulamalıdır. Abdominal veya pelvik maligniteler için laparotomi yapılmışsa kadınlara genişletilmiş profilaksi (28 gün) verilmesi önerilmektedir (Kanıt düzeyi: Yüksek, Öneri düzeyi: Güçlü). Kan şekeri düzeylerinin perioperatif dönemde <180-200 mg/dL olması, sonuçlarda iyileşme sağlayacağı için önerilmektedir (Kanıt düzeyi: Yüksek, Öneri düzeyi: Güçlü). Postoperatif analjezi yönetiminde kontrendikasyon yoksa NSAİİ/asetaminofen, gabapentin ve deksametazon kullanımını içeren analjezik yaklaşım önerilmektedir. Vajinal histerektomi sonrası ağrı yönetiminde paraservikal sinir bloğu veya intratekal morfin kullanılabilir (Kanıt düzeyi: Düşük, Öneri düzeyi: Düşük). Açık genel jinekoloji cerrahi sonrası ağrı yönetiminde intratekal morfin ile spinal anestezi (Kanıt düzeyi: Orta, Öneri düzeyi: Güçlü), torasik epidural analjezi (Kanıt düzeyi: Yüksek, Öneri düzeyi: Güçlü) önerilir. Jinekolojik cerrahi operasyon sonrası ilk 24 saatte hastaların mobilizasyonu sağlanmalıdır (Kanıt düzeyi: düşük, Öneri düzeyi: Güçlü). Lenfadenektomi veya bağırsak ameliyatı geçiren hastalar dahil olmak üzere jinekolojik /onkoloji cerrahisinde periton drenajı rutin olarak önerilmemektedir (35).

Obstetride Kanıt Dayalı Uygulamalar

Bu bölümde antenatal dönem (doğum öncesi /gebelik dönemi), intrapartum dönem (doğum) ve postpartum döneme (doğum sonrası dönem/lohusalık) yönelik kanıt dayalı uygulamalara yer verilmiştir.

Antenatal Döneme Yönelik Kanıt Dayalı Uygulamalar

Gebelik döneminde sağlıklı beslenme, fiziksel olarak aktif olma, aşırı kilo alımını engelleme hakkında danışmanlık verilmesi önerilir. Düşük doğum ağırlıklı yenidoğan riskini azaltmak için gebe kadınlara günlük enerji ve proteini artırmaya yönelik beslenme eğitimi verilmesi önerilir. Yetersiz beslenen popülasyonlarda, yüksek protein takviyesi, maternal ve perinatal sonuçları iyileştirmek için önerilmez. Maternal anemi, sepsis, düşük doğum ağırlığı, erken doğum riskini önlemek için günlük demir (30-60 mg) ve folik asit (400 g=0.4 mg) kullanımı önerilmektedir. Diyetle kalsiyum alımının düşük olduğu popülasyonlarda, günlük kalsiyum takviyesi (1.5-2.0 g) gebelerde preeklampsi riskini azaltmak için önerilir (37). Gebelerde, A vitamini desteğinin (700 mikrogramın üzerinde alım) teratojenik olabileceği ve bu nedenle kaçınılması gerektiği konusunda bilgi verilmelidir. A vitamini içeren gıdaların tüketilmesi önerilmez (38). 700 mikrogramdan (µg) fazla A vitamini içeren besinlerin tüketimi fetüsün sinir sistemine zarar verebileceği için A vitamininden zengin ciğer ve türevleri sıkça tüketilmemelidir (39).

Gebelerde maternal ve perinatal sonuçları iyileştirmek mikro besin takviyesi ve B6, E, C vitaminleri önerilmemektedir (37). 2015 yılındaki Cochrane incelemesinde ortaya konan veriler erken doğumun veya preeklampsinin önlenmesi için tek başına veya diğer takviyelerle kombinasyon halinde rutin C vitamini takviyesini desteklememekte olup kapsamlı araştırmalara ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (40). Ancak C vitaminin özellikle alımı önerilmese de D vitamininin emilimini arttırdığı için günlük alımı sağlanabilir (39).

Anemiyi teşhis etmek için tam kan sayımı önerilmekte olup, tam kan sayımının yapılamadığı durumlarda hemoglobinometre ile hemoglobin testi yapılarak hemoglobin renk skalasının kullanılması önerilir.

Gebelikte D vitamininin etkinliğini değerlendirmek için ise yeterli kanıt yoktur. Eksiklik yoksa rutinde önerilmez (37, 41).

Gebelik boyunca görülebilecek hipergliseminin DSÖ kriterlerine göre gestasyonel diyabet ve diabetes mellitus açısından değerlendirilmesi önerilir (37). Risk faktörü değerlendirilmeli, eğer risk faktörü mevcut ise (BKİ:30 üzeri olması, önceki gebelikte makrozomik bebek öyküsü, önceki gebelikte gestasyonel diyabet öyküsü, ailede diyabet öyküsü gibi) oral glikoz tolerans testi'nin (OGTT) 75 gramlık olarak, gebeliğin 24+0 ile 28+0 arasında yapılması önerilmektedir (42).

Gebelerde tütün kullanımı geçmiş öyküleri ve pasif içiciliğe maruziyetleri, alkol kullanım durumlarının sorgulanması tüm antenatal bakım için önerilmektedir (37).

Gebeliğin 24. haftasına kadar sadece gebelik yaşı değil, fetal anomali ve çoğul gebelik varlığını saptamak için de ultrasonografi önerilmektedir (37). Gebeliğin 24. haftası itibarıyla fetüsün hareketlerinde bir yavaşlama olması ya da endişesi bile olması durumunda sağlık kuruluşuna başvurulması önerilir (38).

Rutin doppler ultrasonografi maternal ve perinatal sonuçları iyileştirmek için önerilmemektedir. Gebelerin aşı durumu öğrenilmeli, aşı durumu belirsiz olanlara doğum öncesi iki doz tetanoz aşısı rutin olarak uygulanması ve üçlü inaktif influenza aşısı önerilmektedir (Yüksek kanıt düzeyi, güçlü öneri) (37). Gebelik dönemi şikayetleri için, mide bulantısının giderilmesi için zencefil, B6 vitamini ve akupunktur önerilmektedir (37, 42).

Mide sorunlarını gidermek ya da hafifletmek için diyet ve yaşam tarzı değişiklikleri, bacak krampları için magnezyum, kalsiyum, konstipasyon sorunları içinse buğday, kepekli ürünlerin kullanılması önerilmektedir (37).

Furber ve ark.'nın (43), Cochrane veri tabanında obez kadınlarda gebelik sonuçlarını iyileştirmek için kilo vermeye yönelik antenatal müdahaleleri kapsayan sistematik

incelemesinde, kilo alımının ise 5-9.1 kg arasında olması önerilmiştir.

Doğum öncesi dönemde yaşanabilen sorunlardan biri de erken doğum (preterm eylem) riskidir. Preterm eylemi engellemek için DSÖ kortikosteroid kullanımını önermektedir (Yüksek kanıt, düşük öneri). İntramüsküler (IM) olarak deksametazon veya betametazon kullanımı önerilmektedir (Yüksek kanıt, düşük öneri). Tokoliz tedavisi preterm eylem riski olan kadınlar için önerilmez (düşük kanıt, özel öneri). Preterm eylem riski olan kadınlarda doğumda serebral palsi riskini önlemek için 32. haftadan itibaren Magnezyum Sülfat tedavisi önerilir (Yüksek düzey kanıt, güçlü öneri) (44).

McGoldrick ve ark.'nın (45), erken doğum riski taşıyan kadınlarda yaptıkları çalışmada, fetal akciğer olgunlaşmasını hızlandırmak için antenatal kortikosteroid kullanımı desteklemektedir. Gebelere antenatal bakım sürecinde çeşitli konularda eğitim verilmesi önerilmekte olup, doğum ve doğum sonrası süreç için faydalı olduğu düşünülmektedir (38).

Lumbiganon ve ark.'nın (46) emzirme süresini uzatmak için doğum öncesi emzirme eğitiminin etkinliğini araştırdıkları sistematik incelemede, antenatal eğitimi destekleyen kanıtlara ulaşamamıştır. Randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğu bildirilmiştir. Hong ve ark.'nın (47), 23 çalışmayı kapsayan sistematik inceleme ve meta analizinde, doğum öncesi eğitimin maternal stresi azaltıp, öz yeterliliği arttırdığı, sezaryen doğum oranını düşürebildiği ve epidural anestezi kullanımını azaltabildiğini göstermiştir. Doğum öncesi eğitimin standartlaştırılması önerilmiştir.

Gebelikte COVID-19'a Yönelik Öneriler

Royal Obstetrik ve Jinekoloji Koleji (RCOG), şüpheli ya da doğrulanmış Koronavirüs hastalığı (Coronavirus Disease 2019, COVID-19) olma durumu, bireysel ya da ev halkı ile toplu karantina durumları olmadıkça kadınlara rutin doğum öncesi bakımlarına devam etmelerini tavsiye etmektedir. National Institute for Health and

Clinical Excellence (NICE), doğum öncesi bakımın nerede ne şartta olursa olsun sunulması gerektiğini söylemektedir. Sağlık çalışanları için, COVID-19 enfeksiyonunun yüksek riskli bulunduğu yerlere gitmek yerine online görüşme uygunsuzsa gebe ile o şekilde görüşülmesi önerilebilir (48). Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) (2021), gebelere, COVID-19 aşısı konusunda kendi kararlarını vermekte özgür olmalarını önermekte olup istemeleri doğrultusunda aşı yaptırmalarını önermektedir. Aşıdan sonra ateşi olan gebe kadınlara asetaminofen almaları önerilmelidir. İki dozluk serilerini aynı aşı ürünü ile tamamlamalıdır. Başka bir aşının yapılmasından itibaren 14 gün içinde COVID-19 aşıları yapılmamalıdır. Aşığı yaptırmaya ya da yaptırmama kararlarına bakılmaksızın, kadınlara el yıkama, mesafe ve maske takma gibi diğer önlemlerinin anlatımı önerilmektedir (49).

İntrapartum Döneme Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalar

Doğum Eyleminin 1. Evresi

Ağrılı uterus kontraksiyonlarının olduğu, serviks değişiminin bulunduğu ve dilatasyonun beş cm'e kadar olduğu evreyi DSÖ, doğumun latent fazı olarak kabul etmez. Aktif faz ise düzenli uterus kontraksiyonlarının yaşandığı, servikal silinme ve dilatasyonun beş cm'den tam açıklığa kadar olan evre olarak sınıflandırmaktadır. Ayrıca latent fazın standart bir süresi olmadığı, ancak aktif fazın ilk doğumu olan kadında 12 saati, sonraki doğumlarda ise 10 saati geçmemesini önermiştir (50).

Doppler ultrason cihazı ya da fetal stetoskop kullanılarak fetal sağlığı değerlendirmek için aralıklı oskültasyon önerilmektedir. Aktif fazda dört saatte bir vajinal muayene önerilmektedir. Kadınlara tercihine bağlı ağrı kesici amaçlı epidural anestezi önerilmektedir. Rutin perine/pubik tıraşı, lavman uygulaması önerilmemektedir. Klorheksidinle rutin vajinal temizlik, erken oksitosin ve amniyotomi önerilmez. Düşük risk altındaki kadınlarda oral sıvı, yumuşak gıda

alımı önerilir. Masaj veya sıcak su torbası uygulaması gibi manuel teknikler önerilmektedir. Gevşeme teknikleri (progresif kas gevşeme, nefes alma, müzik, dikkat dağıtma vb) yöntemler önerilmektedir (50).

Doğum Eyleminin 2. Evresi

DSÖ tarafından servikal dilatasyonun tamamlanmasından fetüsün doğumuna kadar geçen evre doğumun ikinci evresi olarak tanımlanmaktadır. İlk doğum için üç saat, sonraki doğumlarda iki saat içinde gerçekleşmesi önerilir. Dik konumlar da dahil olmak üzere, kadının tercihine göre doğum pozisyonu belirlenmesi önerilir. İkinme için kendi ıkinma dürtüleri geldiğinde ıkinmalarının teşvik edilmesi önerilir. Manuel fundal bası ve rutin epizyotomi önerilmez. Perineal travmaları önlemek için perineal masaj, sıcak uygulama, perineyi elle destekleme önerilmektedir (50).

Perine masajının, perineal kasların esnekliğini artırabileceği ve dolayısıyla kas direncini azaltabileceği, bu da perinenin yırtılmadan veya epizyotomiye ihtiyaç duymadan doğumda gerilmesini sağlayacağı öne sürülmektedir. Bekmann ve Hisse'nin (51), Cochrane sistematik incelemesinde antenatal perineal masajın perineal travma etkisi değerlendirilmiştir. Gebeliğin 35. haftasından itibaren antenatal dijital perineal masaj, sütür gerektiren perineal travma insidansını (epizyotomi oranını) azalttığı ve kadınlara postpartum üçüncü ayda perineal ağrı bildirme olasılıklarını düşürdüğü bulunmuş olup, perineal masajın kullanımı önerilmektedir. RCOG günlük perine masajının 35 haftadan itibaren ılık banyo sonrası, rahat bir pozisyonda, E vitamini yağı, badem yağı ya da zeytin yağı kullanılarak uygulanmasını önermiştir (52).

Doğum Eyleminin 3. Evresi

Doğum sonrası kanamayı önlemek için DSÖ, profilaktik amaçlı uterotonik kullanılmasını rutin kullanımda önermektedir. Oksitosin (10 IU, IM/IV), uygunsuzsa ergometrin/metilergometrin veya oral

misoprostol kullanılması önerilmektedir. Gecikmiş kord klemplenmesi önerilmektedir. Son atım beklenip doğumdan bir dakika sonra kord klemplenmesi bebek sağlığı için önerilmektedir. Eğer annede kan kaybında azalma veya üçüncü evrenin süresindeki azalma önemliyse, vajinal doğumlarda kontrollü kord traksiyonu önerilir. Doğum sonu 30 dakika içinde plasentanın çıkmış olması gereklidir (50).

COVID-19 ile enfekte gebeler T.C Sağlık Bakanlığının uygun gördüğü negatif basınçlı odalarda takip edilmelidir, doğum eyleminde doğum şekli hakkında bir kısıtlama yoktur. Maternal ateş, saturasyon, solunum oranı, nabız, tansiyon sıkı gözlenmelidir. Oksijen saturasyonu $\geq 95\%$ tutulmalı, fetal kardiyotokometre takibi sürekli olarak yapılmalıdır. Hastanın sekresyonları veya vücut çıkartılarının aerosolizasyonuna neden olabileceğinden solunum maskeleri (N95, FFP2-Filtering Face Piece) ve yüz koruyucu kullanılmasına özen gösterilmelidir. Şüpheli veya doğrulanmış COVID-19'lu gebenin epidural veya spinal blok alamayacağına yönelik bir görüş olmayıp vajinal doğum ve sezaryen için öncelikle bölgesel anestezi tercih edilmelidir. Hastanın durumu ağırlaşırsa vajinal doğumdan sezaryen doğuma geçiş konusunun değerlendirilmesi önerilmektedir (53).

Postpartum Döneme Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalar

Lohusaya Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalar

Doğum evde gerçekleşiyse, sağlık kuruluşuna ilk postpartum ziyaret mümkünse doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde olmalı, tüm anne ve yenidoğanlara ek olarak en az üç postpartum bakım daha önerilmektedir (Bunlar; doğumdan sonraki ilk üç gün içinde (48-72 saat), doğumdan sonraki 7-14. günler arasında ve doğumdan sonraki altıncı haftada). Doğumdan sonra ilk haftadaki ev ziyaretleri anne ve yenidoğanın bakımı için önerilmektedir (Güçlü öneri, anne için kanıt

düzeyi düşük, yenidoğan için kanıt düzeyi yüksek) (50).

Uterus atonisinin teşhisi için postpartum abdominal uterin tonus değerlendirilmesi tüm kadınlara önerilir (düşük kanıt düzeyi, güçlü öneri). Profilaktik oksitosin alan kadınlarda postpartum hemorajiyi önlemek için uterus masajı önerilmemektedir (düşük kalite, koşullu öneri). Komplike olmayan vajinal doğum sonrası, rutin antibiyotik uygulanması önerilmez (düşük kanıt, güçlü öneri). Yenidoğan ve lohusanın birlikte, doğum sonrası ilk 24 saat içinde sağlık kuruluşunda sağlık hizmeti alması önerilir (düşük kalite, zayıf öneri) (50).

Annede herhangi bir enfeksiyon belirtisi ve bulgusu yoksa, maternal ateşin rutin değerlendirilmesi önerilmemektedir. Enfeksiyon şüphesi olduğunda ateş ölçülmeli ve kaydedilmelidir. Eğer ateş 38°C ve üzerinde ise 4-6 saat içinde tekrar ölçülmelidir. Eğer ikinci ölçümde ateş 38°C üzerinde kalırsa ya da sepsisin gözlenebilir/ölçülebilir belirtileri ve bulguları varsa ileri değerlendirme yapılması önerilir (kanıt düzeyi: 4, kanıt gücü: rehberi geliştiren grubun görüşü) (54).

Anne, doğum sonu mümkün olan en kısa sürede mobilize edilmelidir. Derin venöz trombozu riskine karşı tek taraflı baldır ağrısı, kızarıklık ve şişlik değerlendirilmelidir. Solunum yetersizliği ya da göğüs ağrısı varsa pulmoner tromboembolizm için kadının değerlendirilmesi önerilir (kanıt düzeyi: 4, kanıt gücü: rehberi geliştiren grubun görüşü) (54).

Doğum sonu yapılan muayenelerde, perineal ağrı, rahatsızlık hissi, oturamama, kötü kokulu akıntı ve disparoniye içeren perineal değerlendirme yapılmalıdır (kanıt düzeyi: 4, kanıt gücü: rehberi geliştiren grubun görüşü) (54).

Her postpartum ziyarette lohusada baş ağrısı varlığı sorgulanmalıdır (Kanıt C). Şiddetli ya da inatçı baş ağrısı varlığı değerlendirilmeli ve preeklampsi şüphesi yönünden dikkatli olunmalıdır (Kanıt A) (54).

Doğum sonu altı saat içinde kadının idrar yapıp yapmadığı değerlendirilmelidir.

İdrar, doğum sonu altı saat içinde yapılmadıysa idrar yapmayı kolaylaştırmak için ılık banyo ya da duş önerilmelidir. Miksiyonu uyarıcı girişimler başarılı olmadıysa, mesane volümü değerlendirilmeli ve kateterizasyon düşünülmelidir (kanıt düzeyi: 4, kanıt gücü: rehberi geliştiren grubun görüşü) (54).

Doğum sonu üç gün içinde defekasyon durumu sorgulanmalıdır. Konstipe ve rahatsız olan kadının diyeti ve sıvı alımı değerlendirilmeli ve diyetlerini nasıl iyileştirecekleri konusunda öneriler sunulmalıdır (kanıt düzeyi: 4, kanıt gücü: rehberi geliştiren grubun görüşü). Diyet önlemleri etkili değil ise hafif bir laksatif önerilebilir (Kanıt A) (54).

Anne bebek iletişimini başlatması ve yenidoğan sağlığına faydaları açısından emzirmenin erken başlatılması önerilmektedir (Kanıt A) (54). Emziren kadınların önceliklendirme gruplarına göre aşı yaptırma kriterlerini karşıladıklarında ACOG, COVID-19 aşısının uygulanmasını önermektedir (49). RCOG, yenidoğanın ek tıbbi bakım gerektirmediği durumlarda şüpheli ya da doğrulanmış COVID-19 olan annelerin, bebekleri ile ten tene temasta bulunup bakımlarının sağlanmasını önermektedir. Emzirmeyi isteyen kadınlara şüpheli ya da doğrulanmış COVID-19 olsalar bile emzirmeleri için teşvik edilmesini önermektedir (48).

Doğum sonu 2-8. haftalarda değerlendirilmesi gereken önemli bir konu da annenin ruh sağlığıdır. Doğum sonu depresyonu tanılama Edinburg Depresyon Tanılama Ölçeği'nin kullanılması önerilmektedir (Kanıt düzeyi: 1a) (55).

Son olarak doğum sonu tehlike belirtileri konusunda annenin uyarılması, anne-yenidoğan bağlanmasının geliştirilmesi için ev ziyaretlerinin artırılması ve annelerin sosyal destek ağlarının geliştirilmesi önerilmektedir (Kanıt B) (55).

Yenidoğan Bakımına Yönelik Kanıt Dayalı Uygulamalar

Berrak amniyotik sıvı ile doğan ve kendi kendine solunum fonksiyonuna başlayan yenidoğanlara ağız ve burun aspirasyonu yapılması önerilmemektedir (Yüksek kanıt, güçlü öneri). Komplikasyonsuz yenidoğan annesi ile hipotermiyi önlemek ve emzirmeye teşvik etmek için doğum sonu ilk bir saat içinde ten tene temasta tutulması önerilmektedir (Düşük kanıt, güçlü öneri). Düşük doğum ağırlıklı bebekler de dahil olmak üzere emebilecek tüm yenidoğanlar mümkün olan en kısa sürede emzirtilmeleri önerilmektedir (Yüksek kanıt, güçlü öneri). Tüm yenidoğanlara doğum sonrası bir saat içinde IM olarak K vitamini yapılmalıdır (Yüksek kanıt, güçlü öneri). Banyo 24 saat ertelenmelidir. Ancak kültürel nedenlerden dolayı ertelenemiyorsa en az altı saat sonra yapılmalıdır. Anne bebek ayrılmamalı 24 saat aynı odada kalması önerilmektedir. Yenidoğanın ortama uygun giydirilmesi önerilmektedir (Güçlü öneri) (50). Preterm doğum olmuşsa, 2000 gr ve üstü yenidoğanlara rutin kanguru bakımı verilmesi önerilir (anne yanında ten-tene temas) (Yüksek kanıt, güçlü öneri). Respiratuar distres sendromu (RDS) olan yeni doğanlar için pozitif hava basınçlı tedavi önerilir (Düşük kanıt, güçlü öneri). Sürfaktan tedavisi RDS'si olan yenidoğanlara önerilir (koşullu öneri) (44).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadınların sağlığının korunması sadece bireysel olarak kendilerinin değil, aynı zamanda eş ve çocuklarının dolayısıyla ailenin ve toplumun sağlığının da korunması demektir. Bu nedenle kadın sağlığının öncelikle ele alınması, korunması ve yükseltilmesi gerekmektedir. Bu derlemede, kadın sağlığında görülebilen yaygın sorunlar, jinekolojik/onkolojik operasyon öncesi-sonrası bakım, jinekolojik kanser tarama programı, kadın yaşam evrelerinde ortaya çıkan jinekolojik sağlık sorunları ile gebelik ve doğum süreçleri karşısında kanıt düzeyi yüksek/güçlü öneriler rehberler doğrultusunda ortaya koyulmuştur. Kanıt dayalı uygulamalar günümüzde tıp ve hemşirelik biliminin

gelişmesine katkı sağlayarak, bakımı standardize edip tüm kesimlerin profesyonel düzeyde doğru bakım ve tedavi almasına olanak sağlamaktadır. COVID-19 enfeksiyon sürecinin getirdiği doğum öncesi, sırası ve sonrası bakım önerilerine de bu derlemede yer verilmiştir. Geniş yelpazeli kadın sağlığı ve hastalıkları alanında uygulanan kanıta dayalı uygulamaların hemşirelik bakımında yol gösterici olup, öncelikle sağlıklı kadın sonrasında ise sağlıklı toplumu inşa ettiğine inanıyor, bu uygulamaların desteklenmesi ve standardize edilerek her kadına ulaşması gerektiğini düşünüyoruz.

Ayrıca, teknolojinin hızla ilerlemesi ile bilimsel değişimler sonucu yeni tedaviler, yeni tanı yöntemleri ve koruyucu önlemler ortaya konulduğu göz önünde bulundurulduğunda, rehberlerin bilimsel gelişmelere uygun olarak gözden geçirilmesi ve tüm sağlık personelinin günceli takip etmesi gerekmektedir. Hemşirelerin kanıta dayalı karar vermeye uygun bir ortam geliştirebilmeleri için araştırmalara katılan ve araştırma kanıtlarını kullanan bir ekiple çalışabilmesi gerekmektedir. Dolayısıyla kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin bu uygulamalara kliniklerde yer verebilmesi için, kurum protokollerini geliştirmeleri, ünitenin fiziksel koşullarını düzenlemeleri, sağlık personelini ve kadınları bilgilendirmeleri önemlidir.

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman Bilgisi

Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Havill NL. 21 st-century maternity and women's health nursing. In: Lowdermilk DL, Cashion MC, Perry SE, Alden KR, Olshansky E, (eds). Maternity and Women's Health Care E Book. 12th edition. United States of

- America, Elsevier Health Sciences, 2019;1-15.
2. Kızılkaya Beji N, Meram HE. Kadın sağlığına genel bakış. İçinde: Kızılkaya Beji N, editör. Hemşirelere ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2019;5-48.
3. Mc Kinney ES. The nurse's role in maternity, women's health, and pediatric nursing. In: Flannery V, Mau K, Rodrigez J, Piacenza D, (eds). Maternal-Child Nursing. Fifth edition, St. Louis, Elsevier, 2018;1-22.
4. Arslan Özkan H. Kadın sağlığına giriş. İçinde: Arslan Özkan H, editör. Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Akademisyen Kitabevi, 2019;3-16.
5. Öztürk Çopur E, Kuru N, Canpolat Seyman Ç. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalara genel bakış. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2015;2(1):51-55. doi:10.5222/SHYD.2015.051
6. Chien LY. Evidence-based practice and nursing research. The Journal of Nursing Research 2019;27(4):e29. doi: 10.1097/jnr.0000000000000346
7. Kocaman G. Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003;5(2):61-69.
8. Şenyuva E. Hemşirelik eğitimi ve kanıta dayalı uygulamalar. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2016;24(1):59-67.
9. Hemşirelik Yönetmeliği. TC Resmi Gazete 2010, 27515 <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm> adresinden alındı. Erişim tarihi: 20.05.2022
10. Dinçer Y, Şanlı Y, Kızılkaya Beji, N. İnfertilite hemşireliğinde kanıta dayalı yaklaşımlar. Androloji Bülteni 2015;17(63):289-295.

11. Andrews J, Yunker A, Reynolds WS, Likis FE, Sathe NA, Jerome RN. Noncyclic chronic pelvic pain therapies for women: Comparative effectiveness. 2012;41. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (US). Report No. 11(12)-EHC088-EF
12. Chronic Pelvic Pain: ACOG Practice Bulletin, Number 218. *Obstet Gynecol.* 2020;135(3):e98-e109. doi:10.1097/AOG.0000000000003716
13. Brown J, Farquhar C. Endometriosis: An overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;10(3):CD009590. doi: 10.1002/14651858.CD009590.pub2
14. ACOG Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. *Obstet Gynecol.* 2018;132(6):e249-e258. doi:10.1097/AOG.0000000000002978
15. Endometriosis: Diagnosis and management NICE guideline [NG73] 2017;4-24
www.nice.org.uk/guidance/ng73
adresinden alındı. Erişim tarihi: 20.05.2022
16. Yıldız E, Çakmak BD, Gencer FK, Boyama BA. Perimenopozal kadınlarda pelvik organ prolapsusu sıklığı, şiddeti ve risk faktörleri. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2018;34(2):148-153. doi: 10.5152/eamr.2018.70893
17. Baykuş Y, Deniz R, Kavak EÇ. Pelvik organ prolapsuslu olgularda semptomatoloji. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi* 2017;7(2):107-110. doi: 10.5505/kjms.2017.24654
18. Pelvic Organ Prolapse: ACOG Practice Bulletin, Number 214. *Obstet Gynecol.* 2019;134(5):e126-e142. doi:10.1097/AOG.0000000000003519
19. Antosh DD, Kim-Fine S, Meriwether KV, Kanter G, Dieter AA, Mamik MM. Changes in sexual activity and function after pelvic organ prolapse surgery: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology* 2020;922-931. doi:10.1097/AOG.0000000000004125
20. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardisation subcommittee of the International Continence Society. *Urology*, 2003;61(1):37-49. doi: 10.1016/s0090-4295(02)02243-4
21. Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *International Urogynecology Journal* 2010;21(1):5-26. doi: 10.1007/s00192-009-0976-9
22. Topuz Ş. Üriner inkontinans ve cinsellik. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;4(1):60-64. doi: 10.5505/bsbd.2015.30974
23. Burkhard FC, Bosch JLHR, Cruz F, Lemack GE, Nambiar AK, Thiruchelvam N et al. EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults, European Association of Urology 2019;8-99. <https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/media/EAU-Guidelines-on-Urinary-Incontinence-2019.pdf> adresinden alındı. Erişim tarihi: 24.05.2022
24. Unutkan A, Kukulcu K. Endometriozis ilişkili ağrının yönetimi ve ağrının yönetiminde hemşirenin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;3(2):804-814.
25. Mao AJ, Anastasi JK. Diagnosis and management of endometriosis: The role of the advanced practice nurse in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2010;22:109-116. doi:10.1111/j.17457599.2009.00475.x

26. Oral E, Aygün BK. Kronik pelvik ağrı ve endometriozis. İçinde: Oral E, Usta T, editör. Kronik Pelvik Ağrı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2016:47-60. http://dernek.endometriozisdernegei.org/konu/dosyalar/files/kitaplar/Kronik_Pelvik_Agri_Kitabi.pdf#page=55 adresinden alındı. Erişim tarihi: 15.05.2022
27. Yılmaz B, Şahin N. İnfertilite stresi ile bireysel baş etme yöntemleri: Bir sistematik derleme. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2020;7(1):84-95
doi: 10.34087/cbusbed.583933
28. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Diagnostic evaluation of the infertile female: A committee opinion. Fertility and Sterility, 2015;103(6):e44-e50. [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(15\)00224-1/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(15)00224-1/fulltext) adresinden alındı. Erişim Tarihi: 21.05.2022
29. Fertility problems: Assessment and treatment. NICE guidance: Clinical guideline [CG156] 2017 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg156/chapter/Recommendations#initial-advice-to-people-concerned-about-delays-in-conception> adresinden alındı. Erişim Tarihi: 20.03.2022
30. ACOG Committee Opinion No. 781: Infertility Workup for the Women's Health Specialist. 2019;133(6):e377-e384. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/06/infertility-workup-for-the-womens-health-specialist> adresinden alındı. Erişim Tarihi: 10.04.2022
31. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evidence-based treatments for couples with unexplained infertility: A guideline. Fertil Steril 2020;113(2):305-322.
doi: 10.1016/j.fertnstert.2019.10.014
32. Altıntaş RY, Erciyas ŞK, Ertem G. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin serviks kanseri ile Human Papilloma Virüs enfeksiyonu aşılmasına ilişkin sağlık inanç düzeylerinin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2022;15(1):40-49.
doi: 10.46483/deuhfed.792977
33. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW et al. Screening for cervical cancer US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. The Journal of the American Medical Association 2018;320(7):674-686.
doi: 10.1001/jama.2018.10897
34. Fontham ETH, Wolf AMD, Church TR, Etzioni R, Flowers CR, Herzig A et al. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline up date from the American Cancer Society. CA: A Cancer Journal for Clinicians 2020;70(5):321-346.
35. Nelson G, Altman A, Nick A, Meyer L, Ramirez P, Ahtari C et al. Guidelines for pre- and intra-operative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations — Part I. Gynecologic Oncology 2016;140(2):313-322.
doi: 10.1016/j.ygyno.2015.11.015
36. Nelson G, Altman AD, Nick A, Meyer LA, Ramirez P, Ahtari C et al. Guidelines for post operative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations — Part II. Gynecologic Oncology 2016;140(2):323-332.
doi: 10.1016/j.ygyno.2015.12.019

37. WHO recommendations on maternal health: Guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/MCA/17.10). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259268/WHO-MCA-17.10-eng.pdf?sequence=1> adresinden alındı. Erişim Tarihi: 01.05.2022
38. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Antenatal care. Nice Guideline 201, 2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/resources/antenatal-care-pdf-66143709695941> adresinden alındı. Erişim Tarihi: 20.02.2022
39. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Healthy eating and vitamin supplements. 2014. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/patients/patient-information-leaflets/pregnancy/pi-healthy-eating-and-vitamin-supplements-in-pregnancy.pdf> adresinden alındı. Erişim Tarihi: 20.02.2022
40. Rumbold A, Ota E, Nagata C, Shahrook S, Crowther CA. Vitamin C supplementation in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015;9:1-126. doi:10.1002/14651858.CD004072.
41. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Antenatal Care: Routine care for the healthy pregnant woman. Nice Clinical Guideline 2008 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21370514/> adresinden alındı. Erişim Tarihi: 22.03.2022
42. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Diabetes in Pregnancy: Management of Diabetes and Its Complications from Preconception to the Postnatal Period. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2020. doi: 10.1097/01.aoa.0000358376.87940.84
43. Furber C, McGowan L, Bower P, Kontopantelis E, Quenby S, Lavender T. Antenatal interventions for reducing weight in obese women for improving pregnancy outcome. Cochrane Database Systematic Reviews 2013. doi: 10.1002/14651858.CD009334.pub2
44. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. World Health Organization; 2015 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204270/WHO_RHR_15.22_eng.pdf?sequence=1 adresinden alındı. Erişim tarihi:22.03.2022
45. McGoldrick E, Stewart F, Parker R, Dalziel SR. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020;12. doi: 10.1002/14651858.CD004454.pub4
46. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Dec 6;12(12):CD006425. doi: 10.1002/14651858.CD006425.pub4
47. Hong K, Hwang H, Han H, Chae J, Choi J, Jeong Y et al. Perspectives on antenatal education associated with pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis. Women and Birth 2021;34(3):219-230. doi: 10.1016/j.wombi.2020.04.002

48. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. 2020
<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-10-14-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v12.pdf> adresinden alındı.
Erişim tarihi: 22.04.2022
49. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Vaccinating Pregnant and Lactating Patients Against COVID-19. 2021
<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2021/03/vaccinating-pregnant-and-lactating-patients-against-covid-19> (e-lactancia.org) adresinden alındı.
Erişim tarihi: 22.04.2022
50. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Erişim tarihi <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=36C4285429A3442886D80D78D3A52263?sequence=1> adresinden alındı. Erişim tarihi: 22.04.2022
51. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013;4:1-47. doi: 10.1002/14651858.CD005123.pub3
52. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Reducing your risk of perineal tears. 2020.
<https://www.rcog.org.uk/en/patients/tears/reducing-risk/> adresinden alındı.
Erişim tarihi: 20.04.2022
53. Mendilcioğlu İ, Demir N. Gebelikte Coronavirüs Enfeksiyonu Hakkında Görüş (3. Bilgilendirme). Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği 2020.
https://www.tmfpt.org/files/Duyurular/blglndrm_3.pdf adresinden alındı.
Erişim tarihi: 20.04.2022
54. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Postnatal Care: Nice Guideline 194, 2021
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/resources/postnatal-care-pdf-66142082148037> adresinden alındı.
Erişim tarihi: 20.04.2022
55. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 453: Screening for depression during and after pregnancy. Obstetrics & Gynecology 2010; 115:394-395.