



HALK SAĞLIĞI, EBELİK VE HEMŞİRELİK

Alanında Güncel Yaklaşımlar



Editörler:
Dr. Sümeyye Altıparmak
Dr. Ayşe Nur Yılmaz

HALK SAĞLIĞI, EBELİK VE HEMŞİRELİK ALANINDA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

EDİTÖR

Dr. Sümeyye ALTIPARMAK

Dr. Ayşe Nur YILMAZ

YAZARLAR

Prof. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Nur YILMAZ

Dr. Öğr. Üyesi Deniz Aslı DOKUZCAN

Dr. Öğr. Üyesi Esmâ DEMİREZEN

Dr. Öğr. Üyesi Gamze GÖKE ARSLAN

Dr. Öğr. Üyesi Nursel ÜSTÜNDAĞ ÖCAL

Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ALTIPARMAK

Aruzhan ALDABERGEN

Gül Beyza YILMAZ

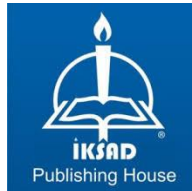
Hanne Nur TÜRKER

Leyla ŞAHİN

Ulpan ALDABERGEN

Zehra KARADENİZ

Zeynep KALKAN



Copyright © 2024 by iksad publishing house
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced,
distributed or transmitted in any form or by any means, including
photocopying, recording or other electronic or mechanical methods,
without the prior written permission of the publisher, except in the
case of brief quotations embodied in critical reviews and certain other
noncommercial uses permitted by copyright law. Institution of
Economic Development and Social Researches Publications®
(The Licence Number of Publicator: 2014/31220)

TÜRKİYE TR: +90 342 606 06 75

USA: +1 631 685 0 853

E mail: iksadyayinevi@gmail.com

www.iksadyayinevi.com

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.
Iksad Publications – 2024©

ISBN: 978-625-378-044-9

Cover Design: Atabek MOVLYANOV

November / 2024

Ankara / Türkiye

Size = 16x24 cm

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....1

BÖLÜM 1

KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ VE ÖNLEM KABUL SÜRECİ MODELİ

Dr. Öğr. Üyesi Esmâ DEMİREZEN.....3

BÖLÜM 2

ADÖLESLANLARDA YEME BOZUKLUKLARI

Dr. Öğr. Üyesi Nursel ÜSTÜNDAĞ ÖCAL

Hanne Nur TÜRKER.....19

BÖLÜM 3

DOĞUMDA DESTEKLEYİCİ BAKIMA FARKLI BİR BAKIŞ: DOĞUM DANSI

Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ALTIPARMAK

Zehra KARADENİZ.....35

BÖLÜM 4

OBSTETRİK ŞİDDET VE KADIN SAĞLIĞINA YANSIMALARI

Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ALTIPARMAK

Aruzhan ALDABERGEN

Ulpan ALDABERGEN.....53

BÖLÜM 5

MENOPOZ DÖNEMİNDE YEME BOZUKLUKLARI VE DUYGUSAL YEME

Dr. Öğr. Üyesi Deniz Aslı DOKUZCAN

Gül Beyza YILMAZ.....81

BÖLÜM 6

YAŞLILARDA SIK GÖRÜLEN KANSERLER VE ÜLKEMİZDE UYGULANAN KANSER TARAMA TESTLERİ

Dr. Öğr. Üyesi Nursel ÜSTÜNDAĞ ÖCAL

Leyla ŞAHİN.....103

BÖLÜM 7

YOĞUN BAKIMDA TAMAMLAYICI BAKIM UYGULAMASI: REFLEKSOLOJİ

Prof. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL

Dr. Öğr. Üyesi Gamze GÖKE ARSLAN.....125

BÖLÜM 8

İKLİM KRİZİ VE EBELİK: GEBELİK, DOĞUM VE YENİDOĞAN BAKIMINDA KARŞILAŞILAN ZORLUKLAR

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Nur YILMAZ

Zeynep KALKAN

Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ALTIPARMAK.....139

ÖNSÖZ

Değişen ve gelişen dünyada teknolojik açıdan da ilerleme kaydeden güncel yaklaşımlar halk sağlığı, ebelik ve hemşirelik alanında da kullanılmaya ve etkisini göstermeye başlayarak özünde anne, bebek, aile sağlığını genelinde ise toplumsal refahı arttırmayı amaçlamaktadır. Halkın refahını arttırmak, güçlendirilmiş bir toplumsal yapı inşa etmek her alanda hizmet veren sağlık profesyonellerinin temel görevidir. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında önlem süreçlerini işleterek toplumun sağlığını korumak, adölesan dönemden itibaren gebelik, doğum ve menopoz gibi kadın hayatının önemli dönemeçlerinde kilit rol almak halk sağlığı uzmanları, ebeler ve hemşirelerin görevidir. Bu kitapta halk sağlığı, ebelik ve hemşirelik alanlarında yapılan güncel yaklaşımlara yer verilmekle birlikte toplum sağlığında bakımın kalitesini yükseltmeyi amaçlayan inovatif girişimlerde paylaşılmıştır. Ayrıca yaşlılık döneminde ortaya çıkan kanser türleri ve kanseri tarama yöntemleri, refleksoloji gibi yoğun bakımda yatan hastalarda kullanılacak uygulamalar, iklim krizi gibi küresel boyutta sağlık sorunu oluşturabilecek zorluklarda bu kitapta yer almaktadır.

“Halk Sağlığı, Ebelik ve Hemşirelik Alanında Güncel Yaklaşımlar” isimli kitap çalışmasında yer alarak emek veren her bir araştırmacı ve akademisyene alana sağladıkları değerli katkı için teşekkür ediyor, buradaki çalışmaların genç akademisyenlere, konulara ilgili olan okuyuculara ve öğrencilere yararlı olmasını, ilerleyen dönemlerde güncel çalışmalarla birlikte yeniden basılmasını temenni ediyoruz.

Dr. Sümeyye ALTIPARMAK

Dr. Ayşe Nur YILMAZ

BÖLÜM 1

KORUYUCU SAğLIK HİZMETLERİ VE ÖNLEM KABUL SÜRECİ MODELİ

Dr. Öğr. Üyesi Esmâ DEMİREZEN¹

*<https://doi.org/10.5281/zenodo.14504076>

¹ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü
esma.demirezen@iuc.edu.tr, ORCID: 0000-0002-9992-3264

GİRİŞ

Koruyucu sağlık hizmetleri toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir yere sahiptir (Basan & Bilir,2016). Hekim, hemşire ve ebe gibi sağlık profesyonelleri multidisipliner bir anlayış içerisinde hizmet sunumuna katkı sağlamaktadır. Temel amaç toplumun sağlık bilincini yükseltmek, sağlık sorumluluğunu desteklemek, mevcut sağlık düzeyini bir üst seviyeye çıkarmaktır. Uygulama sürecinde sağlık sorunların erken dönemde belirlenmesi, erken sağaltım ve tedavi şansını arttırmaktır. Bu sayede bireyin yaşam kalitesi ile birlikte toplum sağlığını yükseltme önemli önemli ölçüde desteklenmektedir (Akyıldız&Okyay 2024;Çiçeklioğlu & Şevik 2023;Onur ve ark 2016;Özkan & Çatıker A2007).

Tüm uygulama ve hizmet sunumlarının bir model doğrultusunda yürütülmesi etkin bir yol haritası belirleme, model kapsamındaki kavramlar ışığında başarısı ya da başarısızlığı değerlendirilebilir olmasına katkı sağlamaktadır. Sağlığı koruma ve geliştirme odağındaki model temelli çalışmalara özellikle halk sağlığı, halk sağlığı hemşireliği alanında rastlanmaktadır. En sık kullanılan modeller arasında Sağlık İnanç Modeli, Sağlığı Geliştirme modeli, Transteoretik Model ve Precede-Proceed modeli gibi modellerin yer aldığı görülmektedir (Öncel & Sümen,2017).

Buna karşın Önlem Kabul Süreci Modeli (Precaution Adoption Process Modeli, PAPM) halk sağlığı modelleri arasında belirtilen ancak daha az bilinen modeller arasında yer almaktadır. Önlem kabul süreci modeli doğrultusunda yapılan değerlendirmede bireyin hedeflenen ya da uygulanması istenilen koruyucu davranışları sergilemesi durumu, kararlılığının hangi aşamada olduğunu belirlenmesine olanak sağlamaktadır. Temel olarak bireyin hangi davranış kalıbı ya da basamağında bulunduğunu belirlemeye yöneliktir ve belirlenen basamağa özgü bireyin gereksinimleri doğrultusunda plan yapma olanağı sağlamaktadır. Bu özelliği ile halk sağlığı, koruyucu sağlık hizmetleri yaklaşımına uygun bir model olduğu düşünülmektedir.

Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

Dünya Sağlı Örgütü (DSÖ) sağlığı, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumunda olması olarak tanımlamaktadır. Toplum sağlığı odaklı tüm uygulamaların temel amacı sürdürülebilir ve güçlendirilmiş toplum sağlığı ve refahına ulaşmaktır ve bu kapsamda birey, aile ve toplumun sağlığını korumak, geliştirmektir (Çiçeklioğlu & Şevik 2023;Canatan-Gençer ve ark.2021;Basan & Bilir,2016).

Teknoloji alanındaki gelişmeler ile birlikte günümüzde sağlık hizmetleri geniş bir yelpazede sunulmaktadır. Genel başlıklar altında ise sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı geliştirici hizmetler olmak üzere dört başlık altında toplanmaktadır. Daha detayında ise koruyucu sağlık hizmetleri kendi içinde birincil, ikincil ve üçüncül korunma başlıkları altında toplanmaktadır. Buna göre;

Birincil koruma; herhangi bir sağlık sorununun birey veya toplumda ortaya çıkmadan önce nedenini önlemek hatta ortadan kaldırmaya yönelik uygulama veya işlemleri kapsamaktadır.

İkincil korunma; ise birey veya toplumda sağlık sorununu erken dönemde tespit etmeye yönelik alınan tüm önlemleri kapsamaktadır. Temel uygulamalar erken tanı ve tedaviye yöneliktir. Bu sayede tedavi kolaylaşır, hastalığın yaygınlaşması önlenir ve uzun süreçte etkisi azalır. Dolaysıyla ikinci koruma kapsamındaki erken tanı, taramaya yönelik uygulamalar sayesinde hastalık ya da durumun erken dönemde sağaltımı, sorunun tedavi, olası sorunların önlenmesi, tedavi başarısının ve maliyetinin azaltılması ile birlikte bireyin yaşam süresi ve yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlanmaktadır.

Genel bir ifade ile koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıkların oluşmadan önce gerekli önlemlerin alınması, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, hijyen, hastalık sonrası rehabilitasyon konusunda hastaya ve yakınlarına danışmanlık verilmesi, topluma hastalık ve sağlık konularında eğitim verilmesi, beslenme ve hayat tarzını değiştirmekle hastalıkların önlenmesi gibi konuları içeren; tedaviden önce önlemeyi ön plana alan sağlık hizmetlerinin bütünüdür. Dolaysıyla daha risk düzeyindeyken hastalıkların önlenmesini kapsamaktadır. Koruyucu önlemlere karşın hastalıkların ortaya çıkması durumunda ise ilaç ve

daha ayrıntılı tetkiklerin ön plana çıktığı klinik yaklaşım öncelenmektedir.

Last, koruyucu tıbbı, klinik hekimler tarafından önleyici tedbirlerin uygulanması ile birlikte sağlığı korumak, geliştirmek, sürdürmek bununla birlikte hastalık, sakatlık ve erken ölümden korunma yolu olarak tanımlamaktadır. Bu kapsamda birey, aile ve toplumun sağlığı odaklı, farklı disiplinlerden oluşan özel bir tıbbi uygulama alanıdır. Sadece tıbbi bilimlerden değil biyoistatistik, epidemiyoloji, sağlık programlarının planlanması, organizasyonu, yönetimi, finansmanı ve değerlendirilmesi de dâhil yönetim, çevresel sağlık, sağlık ve hastalıkta sosyal ve davranışsal faktörlerin uygulanması gibi farklı bilim dalı ve uygulamalardan yararlanmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri ise kişiye ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri olmak üzere iki başlık altında şöyle toplanmaktadır;

Kişiye yönelik sağlık hizmetleri:

- Erken tanı ve uygun tedavi,
- Aşılama,
- İlaçla koruma (kemoprofilaksi),
- Beslenmenin iyileştirilmesi,
- Sağlık eğitimi,
- Aile planlaması,
- Ana çocuk sağlığı,
- Kişisel hijyen

Erken Tanı: Tedavi kolaylığı ve başarısı açısından önemlidir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli bileşenlerinden biri de erken tanı ve tedavidir. Çeşitli yollarla korumaya çalıştığımız bireylerin hastalığa yakalanma durumlarında, hastalığın daha fazla ilerlemeden önlem alınmasını ve en az hasarla atlatmayı hedeflemektedir. Erken tanı uygulamaları için önemli adımlardan biri periyodik sağlık muayenesidir. Periyodik sağlık muayenesi, bireylerin belirli aralıklarla muayene edilerek olası hastalık risklerinin belirlenmesi ve oluşabilecek mortalite ve morbiditelere karşı gerekli önlemlerin alınmasıdır.

Özellikle, bireyler üzerinde ağır yıkımlara sebep olan ve yüksek maliyetlere neden olan kanser hastalıklarında periyodik sağlık muayeneleri büyük önem arz etmektedir. Genellikle, yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan prostat ve meme kanseri hastalıklarında erken teşhisin önemli rol oynadığı bilinmektedir. Yapılan araştırmalarda daha sık tarama yaptıran bireylerin kanserden kurtulma oranlarının çok daha yüksek olduğu tespit edilmiştir

Bağışıklama: Bulaşıcı hastalıklardan korunmanın, bunların mortalite ve morbiditesini önlemenin en etkin yoludur. Rutin aşılama, özellikle çocuklarda, kızamık, kabakulak, kızamıkçık, konjenitel rubella sendromu, polio, difteri, tetanos, boğmaca olgularında %90 ya da daha fazla azalmaya sebep olmuştur. Aşı ile koruma, aktif ya da pasif olabilir. Aktif bağışıklamada aşı ya da toksinin uygulanması, enfeksiyon etkenine ya da onun toksinine karşı vücudun bir immün yanıt geliştirmesine yol açar. Aşılar ya canlı süspansiyon (genellikle attenüe [zayıflatılmış] aşılar) ya da inaktif mikroorganizma ya da fraksiyonlarını içerir. Aktif bağışıklamanın korumaya başlaması, vücutta yanıtın zaman almasına bağlı olarak, geç olsa da uzun süreli immünite (bağışıklık) sağlar. Canlı attenüe aşılar ile verilen küçük miktarlardaki yaşayan mikroorganizmalar, replikasyonu engelleyerek, alıcıda immün yanıt oluşuncaya kadar çoğalır. İnaktive aşılar ve toksoidler fazla miktarlarda antijen içerirler. Canlı aşılar genellikle doğal enfeksiyona paralel düzeyde ve uzun süreli immünite oluşturur. Genellikle tek bir doz aktif bağışıklık için yeterlidir. Ölü aşılar ise, çoklu dozlar gerektirirler. Pasif bağışıklama ise immünglobülin ve antitoksin gibi daha önceden hazırlanmış olan antikörlerin uygulanması ile geçici olarak sağlanan immünitedir. Pasif bağışıklama, bir enfeksiyon etkeni ile kısa bir süre önce temas ettiği bilinen veya şüphe edilen, ya da temas etmesi beklenen bireyleri daha önceden korumak için kullanılır.

İlaçla Koruma: Özellikle aşısız olmayan hastalıklar için geçerlidir.

Beslenme: Birçok hastalığın altında yatan temel ve hazırlayıcı nedendir. Örn: tüberküloz.

Sağlık Eğitimi: Kişilere, kendi sağlıklarından sorumlu oldukları bilincini sağlamayı amaçlar. Sağlıklı kalma büyük ölçüde hasta eğitimiyle sağlanır.

Aile Planlaması: Çok ve sık doğum yapan kadınların sağlıkları tehlike altındadır.

Kişisel Hijyen

Çevreye yönelik sağlık hizmetleri:

- Temiz su kaynaklarının sağlanması ve denetimi,
- Katı atıkların denetimi,
- Zararlı canlılarla mücadele,
- Besin sanitasyonu,
- Hava kirliliğinin denetimi,
- Gürültü kirliliğinin denetimi,
- İş sağlığı,
- Konut sağlığı,
- Endüstri sağlığı,
- Radyasyonla mücadele.

Yeterli ve temiz içme suyu sağlanması: Özellikle kentlerde yaşıyan nüfusun büyük çoğunluğu Őebeke suyundan yararlanmaktadır. Őebeke suyunun klorlanması, bakım ve onarımının denetimi gerekir. Kırsal kesimde Őebekeli su dağıtımının olmadığı yerlerde su halk tarafından doğrudan kuyulardan ve akarsulardan çekilerek sağlanır. Bu su kaynaklarını klorlamak olanaksız olduğundan sağlıklı olup olmadığının denetlenmesi gerekir.

Atıkların kontrolü: Evsel katı atıkların, endüstriyel katı atıkların, hastane atıklarının ve tehlikeli atıkların uygun Şekilde toplanması, uzaklaştırılması ve arıtılmasının denetimi gereklidir.

Vektör kontrolü: Vektör kontrolü koruyucu sağlık hizmetlerinin bir grubu olan çevreye yönelik hizmetlerde yer alır. Haşere Kontrol Mücadelesi'nin en önemli amacı kentlerde sağlıklı bir

çevrenin oluşmasını sağlamaktır. Bu amaçla haşere kontrol mücadelesi önemlidir. Haşereler vektör olarak taşıdıkları bulaşıcı hastalıkları farklı konaklara temasından dolayı canlılar arasında sürekli bir transfere neden olurlar. Kent zararlıları olarak tanımlanan sivrisinekler ve karasinekler hastalık bulaştırma riski en yüksek haşerelerdir. Bundan dolayı kent zararlıları ile mücadele de sivrisinekler ve karasinekler önemli bir yer tutmaktadır. Hamamböcekleri, pireler ve fareler de önemli zararlılardır. Kent zararlıları ile mücadelenin en önemli nedeni vektör hastalıklarını önleme çabası olmalıdır. Yüzyıllar boyunca insanoğlunu tehdit eden vektöriyel hastalıklar bugün dahi gelişmiş ülkelerde de sorun oluşturmaya devam etmekte ve insan sağlığını tehdit etmektedir

Besin hijyeni: Gıda kontrolü kimya mühendisi, ziraat mühendisi, gıda mühendisi, veteriner hekim, eczacı, doktor, tıbbi teknolog, gıda teknikeri, kimyager, mikrobiyolog, biyolog, veteriner sağlık teknisyeni, sağlık yüksekokulu mezunu gibi farklı meslek gruplarından kişiler tarafından; sağlık Bakanlığı, Ziraat Bakanlığı, Çevre ve Orman Bakanlığı, Tarım ve Köyişleri Bakanlığı gibi farklı bakanlıklar ile belediyeler, Türk Standartları Enstitüsü gibi kurumların yönetiminde yapılmaktadır. Gıda işletmelerinde gıda hammaddelerinde böcek öldürücü ilaçların, veteriner ilaçlarının, hormonların, anabolizanların, yem ve gübre kaynaklı bulaşmaların, depolamada haşere, parazit, mikrobiyolojik bozulmalara bağlı toksin oluşumunun, gıda ürününün üretiminde katkı, yardımcı madde, türev kalıntısının, paketlenmiş gıdalarda ambalaj maddesi ve katkıların yer değiştirmesinin, yanlış ve eksik etiket beyanının olup olmadığı denetlenir. Toplu gıda tüketim yerlerinde ise gıda hazırlamada sağlık bilgisi eksikliği, serviste sağlıklı koşullara özen göstermeme başlıca sorunlardır.

Hava kirliliği ve gürültü ile savaş: Hava kirliliğinin iki temel nedeni hızlı kentleşme ve kontrolsüz sanayileşmedir. İllerde hava kirliliği (kükürt dioksit, asılı partiküller, azot oksitleri, karbon monoksit, ozon yönünden) cihazlar ile izlenmektedir. Halledilmeyen ulaşım sorununun yol açtığı zaman kaybı, gürültü ve hava kirliliği büyük kentlerdeki önemli sorunlardandır. Otopark alanlarının yetersizliği bu sorunları daha da karmaşık hale getirmektedir.

Barınak hijyeni: Konut alanları hava akımına olanak veren, güneş ışığı alabilen, doğal afetlere karşı risksiz alanlarda planlanmalıdır. Sağlık koşullarına uygun olmayan yapılarda bulaşıcı hastalıklar, psikolojik bozukluklar, ev kazaları daha kolay olmaktadır. Kanalizasyon sorunu bulunan yerleşim yerleri sindirim yolu ile bulaşan salgın hastalıkları kolaylaştırıcı bir etkidir (Kocaeli İl Sağlık Müd.2024; Akman & Kopuz 2021)

Koruyucu sağlık hizmetlerinin birey, toplum ve sağlık bakım sistemi dolayısıyla ülke temelli birçok avantajları vardır. Bunlar;

- Daha etkin ve ucuzdur.
- Uygulaması daha kolaydır.
- Fazla araç-gereç ve personele gereksinim olmaz.
- Yüksek nitelikli personel gerekmez.
- Daha basit ve ucuz teknoloji yeterlidir.
- Hastane yükünü azaltır.
- İş gücü kaybını en aza indirir.
- Özellikle yoksullar gibi dezavantajlı toplumlarda mortaliteyi azaltır.
- Farklı coğrafî bölgelerdeki mortalite ve morbidite oranını azaltarak kent-kırsal ayırımını büyük oranda ortadan kaldırır.
- Hizmetlerin sunumunda aynı zamanda çevre de düzenlenmiş olur (Örn. sıtma eradikasyonunda bataklıkların kurutulması, vb.)

Dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetlerine göre uygulanabilirliği ve çıktıları açısından avantajlıdır. İnsan sağlığının iyileştirilmesi ve maliyetlerin azaltılması için devlete ve topluma sağladığı katkılar dikkate alındığında koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi daha iyi anlaşılmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri bir toplum, devletin geleceğine yatırımdır. Doğrudan para kazancı söz konusu değildir. Bu nedenle tedavi edici özel sağlık kuruluşları değil sosyal devlet anlayışı içinde kar amacı gütmeyen kamu sağlığı hizmetleri kapsamında sunulması gerekmektedir. Bu nedenle özellikle devletin sorumluluğunda ücretsiz

olarak yürütülmesi gereken hizmet alanlarından biridir (Akyıldız&Okyay 2024, Akman & Kopuz 2021,Samancı 2020, Basan & Bilir 2016).

Dolaysıyla sağlık bakım sisteminde önlem alma yaklaşımın ön planda olduğu koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin sunumu önemlidir. Bununla birlikte birey, toplum temelinde de bireylerin önlem alma davranışını benimseyerek, içselleştirmesi ve davranışa yansıtması aynı şekilde önemlidir ve sistemin başarısı açısından önemli noktalardan biridir. Bu uygulamaların bir yol haritası ışığında yürütülmesinde sağlığı koruma ve geliştirme odaklı modeller ön plana çıkmaktadır. Sağlık İnanç Modeli, Sağlığı Geliştirme Modeli, Transteoretik Model ve Precede-Proceed Modeli gibi modeller halk sağlığı temelli çalışmalarda sıkça kullanılmaktadır. Bu kapsamda kanser odağında pap-smear testi yaptırma, meme kanseri odağında kendi kendine meme muayenesi, mamografi çekirme, kolon kanseri odağında gaita gizli kan baktırma, kadınlarda osteoporozdan korunma ya da sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili sağlıklı beslenme, kilo kontrolü, egzersiz, sigara bırakma vb. konular dikkat çekmektedir (Öncel & Sümen,2017)

Bu modeller arasında henüz yaygın bir konumu olmayan, halk sağlığı modeli olarak tanımlanan Precaution Adaption Process Model (PAPM), Önlem Kabul Süreci Modeli'nin üzerinde durulması gerektiği düşünülmektedir.

Önlem Kabul Süreci Modeli

Orjinali Precaution Adaption Process Model (PAPM) düze bir çeviri olarak Önlem Benimseme Süreci Modeli olarak çevrilmektedir. Benimseme kabulü beraberinde getirmesi nedeniyle bu bölümde Önlem Kabul Süreci Modeli olarak tanımlanmıştır.

Koruyucu sağlık hizmetleri uygulamaları kapsamında bireyin yapılması gerekeni benimsemesi, içselleştirmesi ve doğal sürecin bir parçası olarak yapılması gerekeni gereğini kendiliğinden yapması önemlidir. Önlem Kabul Süreci Modeli bireyin bu doğal beklenen, istenilen ya da hedeflenen süreçte hangi aşamada olduğunun belirlenmesine olanak sağlaması uygulama kolaylık sağlamaktadır. Bu sayede bireyin “takıldığı” basamak, noktaya göre gereksindiği desteği daha etkin ve hedef odaklı, kişiye özel sunulması olanağı

sağlamaktadır. Bireysel farklılıkların dikkate alındığı tüm çalışmalarda bu özelliğın değerli olduğu düşünölmektedir (Coşar Yılmaz, 2021).

Önem kabul süreci modeli kapsamında bireylerin bir davranışı uygulama sürecinde farklı gelişimsel aşamalarda bulunabilecekleri ve bu süreçte farklı tutum sergileyebilecekleri vurgulanmaktadır. Algı, tutum, engel, yarar, zarar algısı gibi sağlık inanç modelinde de ön plana çıkan kavramlar ile yakın bir ilişki göstermektedir. Dolayısıyla sağlık inanç modeli ile destekleyici bir görünüm vermektedir.

Precaution Adoption Process Model (PAPM), Önem Kabul Süreci Modeli (ÖKSM) ilk olarak 1988 yılında Weinstein tarafından tanımlanmıştır. Model daha sonra Weinstein ve Sandman tarafından 1992 yılında yeniden güncellenmiştir ÖKSM, bireyin eyleme geçme kararına nasıl ulaştığını ve süreçte hangi eylemleri davranışa dönüştürdüğünü açıklamaya çalışır. Yeni bir önlemin kabul edilmesi ya da var olan riskli bir davranışın değiştirilmesi bireyin bilinçli farkındalık içerisinde sürdürmesini gerektirmekle birlikte bu süreçte farklı aşamalardan geçmektedir Modelin bireylerin olası sağlık tehditleri ile karşılaşma risklerini nasıl algıladıkları, buna önlem olarak eyleme geçmeye karar vermeden önce buna engel olabilecek sorunları bununla birlikte ve kişinin eyleme geçmeye karar verdikten sonra ortaya çıkan farklı sorunları görmeye yardımcı olmaktır (Sandman ve Weinstein,1992).

Önem Kabul Süreci Modeli'nin temelinde bireylerin olası sağlık tehdidine karşı harekete önlem almaları hedeflenmektedir. Bireyin tehdit değerlendirmesi ise risk algısı ile ilişkilidir. Risk algısı; sağlık riskine karşı tehdit olarak tanımlanmaktadır. Bu algı bireyin zarar görebilme ya da savunmasız kalma ve bunun derecesi boyutlarından oluşmaktadır. Zarar görebilme ya da savunmasız kalma ise sağlık tehdidinden algılanan etkilenme olasılığı olarak tanımlanmaktadır. Bu durum ile ilişkili olarak ise aşağıdaki temel sorular ve buna bireyin cevabı temel oluşturmaktadır;

- ✓ Algılanan yanıt etkinliği: Hangi koruyucu davranış yardımcı olacak?
- ✓ Yanıt için algılanan öz yeterlik: Koruyucu davranışı gerçekleştirebileceğimden emin miyim?

✓ Yanıtın dezavantajı: Koruyucu davranışın dezavantajları nelerdir?

Algılanan olası şiddetin, duyarlılığın, yanıt etkinliği ve öz yeterlilik gücünün yüksek olduğu durumlarda olumlu davranış benimsene ve uygulama olasılığı yüksektir. Tam tersine algılanan şiddet, duyarlılık düşük olduğunda ise birey konuyu bir tehdit olarak algılamamakta ve tavsiye edilen olumlu davranış uygulamaktadır (Özkan ve Çalışkan, 2020). Önlem Kabul Süreci Modeli'ne göre davranış kabul süreci içerisinde bireyler farklı aşamalarda, farklı davranışlar sergilemektedir. Buna bağlı olarak gereksindikleri bilgilerde farklılık göstermektedir. Bireysel farklılıkların oluşumunda ise bireyin sağlık inançları ile ilgili özellikleri etkilidir. Bireyin korunma davranışını benimsene ve hayata geçirme süreci ise toplam yedi basamaklı bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bireyle ilk görüşme mevcut olan basamağın belirlenmesi sonraki aşamalarda yapılması gereken planlamalara da ışık tutmaktadır. Buna göre Önlem Kabul Süreci Modeli'nin yedi basamağı şöyle sıralanmaktadır

1. Farkındalık: Riskin farkında değildir.
2. Katılımsızlık: Risk hakkında bilgi sahibi olmuş ancak konuya dâhil olmamıştır.
3. Karar Aşaması: Karar verme noktasıdır. Olumlu/olumsuz
4. Harekete geçmeme kararı: Önlem almama kararı alır.
5. Harekete geçme kararı: Aksiyon kararı alır.
6. Harekete geçme: Kararı uygular.
7. Sürdürme: Davranışını sürdürür.

Basamaklar arasındaki ilerleme sürecinde bireyin algıları, çevresel faktörler, etkileşimler bununla birlikte bireyin içsel motivasyonları etkilidir (Sandman ve Weinstein, 1992). Modelin toplum sağlığı ile ilgili farklı konulara uygulanabilir olması bir diğer artı özelliğidir. Bugüne kadar farklı başlıklar altında bilimsel bilimsel çalışmalarda kullanılmıştır. Örneğin; osteoporozu önleme, kanser taraması, Hepatit B aşısı, sigara bırakma programları ve kırmızı et tüketiminin azaltılması gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını da ilgilendiren geniş bir alanda kullanılmıştır. Tüm toplumlarda başlıca

sağlık sorunu arasında yer alan kanser ile ilişkili olarak yapılan çalışmalarda bireylerin göğüs, kolorektal ve serviks kanser tarama programlarına katılım incelenmiş katılımcıların önlem kabul süreci modeline göre hangi basamakta oldukları incelenmiştir (Weinstein ve ark. 2020). İnan'da yapılan randomize kontrollü ve eğitim odaklı bir çalışmada pap smear testini yaptırmayan kadınların süreç içerisinde istenilen test yaptırma kararını alma ve uygulama sürecine doğru olumlu bir ilerleme sergilemelerine katkı sağlanmıştir (Bahmani ve ark.2017). Pap smear testi odağında Kore'de yapılan başka bir çalışmada kadınların (n=1024) önlem kabul süreci modeline göre basamağı belirlenmiştir. Buna göre %89.0'ı benimseme öncesi aşamada (habersizlik, %68.8; ilgisizlik, %6.3; ve kararsızlık, %13.9), %10.2'si ise benimseme aşamasında olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %5.4'ü (eyleme geçme kararı) serviks taraması yaptırmaya karar vermiş ve %4.8'i (eylem) ise serviks taramasını yaptırmıştır (Shin ve diğ., 2022). Kore kökenli Amerikalı kadınlarda yapılan bir başka çalışmada ise kadınların meme kanseri tarama programına katılımları incelenmiştir. Buna göre önlem kabul süreci modeline göre incelendiğinde 5.aşama (taramayı yaptırmaya karar verme), 6. aşama (tarama için harekete geçme) ve 7. aşama (sağlık davranışını sürdürme) da olan kadınların, 1. aşama (habersiz), 2. aşama (ilgisiz) ve 3. aşama (karar verme) da olanlara göre tarama ile ilgili daha fazla bilgiye, pozitif karar dengesine ve düzenli sağlık kontrolü davranışına sahip oldukları saptanmıştır (Jin ve ark. 2021). Ülkemizde ise model ile ilgili çalışmalar derleme boyutuyla sınırlı kalmıştır (Özkan & alışkan, 2020).

Modelle ilgili mevcut bilgiler Önlem Kabul Süreci Modelinin uygulama alanına, bilimsel çalışmalara kolaylıkla entegre edilebileceğini göstermektedir. Model durum tespiti ile birlikte, arkasından birey ya da grubun gereksinimleri doğrultusunda eğitim ve danışmanlık programlarının içeriğini belirleme, gereksinimlere özgü program yapma olanağı yapmayı sağlamaktadır. Bu yönüyle halk sağlığı bakış açısı ile bireye özgün ancak kapsamlı ve etkin program yapabilme ve sonucunda program çıktılarını değerlendirme olanağı sunması nedeniyle pratik ve yararlı bir model olduğu ve daha fazla yer alması gerektiği düşünölmektedir.

KAYNAKLAR

- Akman, E. ve Kopuz, K. (2021). Katastrofik Sağlık Harcamalarında Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Rolü. Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi, 1, 1-14.
- Akyıldız HÇ., Okyay P (2024) Sağlıkta Koruma Kavramının Gelişimi ve Kapsamı, 33:2, 146-156
- Basan NM, Bilir N. (2016) Koruyucu sağlık hizmetlerinde önleme çelişki ve nedenleri, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15:1, 44-50
- Bahmani, A., Mahmoodabad, S., Enjezab, B., Askarshahi, M., &Baghianimoghadam, M. (2017). The Effect of Training Based on Precaution Adoption Process Model (PAPM) on Rural Females' Participation in Papsmear. *British Journal of Pharmaceutical Research*, 16(6), 1-7.
- Canatan-Gençer, Ç., Er, F., Barut, B. ve Kara, Y. (2021) Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda sosyal hizmet mesleğinin önemi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32(3), 1125-1142
- Coşar Yılmaz, Z. B. (2021). Hpv açısından risk grubunda olan 8-26 yaş arası kadınlarda hpv aşısı yaptırma niyetinin yordayıcılarının bütünleşik davranış modeli ve önlemleri benimseme süreci modeli çerçevesinde incelenmesi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi.
- Çiçeklioğlu, M., Şevik İ. (2023) Sağlıkta Dönüşüm Programının 20. Yılında Birinci Basamakta Koruyucu Sağlık Hizmetleri, *Toplum ve Hekim*, Mart-Nisan, 38:2, 133-144
- Jin, S. W., Lee, J., Yun Lee, H. (2021). Analyzing factors associated with decisional stage of adopting breast cancer screening among Korean American women using precaution adoption process model. *Ethnicity&health*, 26(3), 431-447.
- Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü (2024). İzmit Seka Devlet Hastanesi, Koruyucu Sağlık Hizmetleri,

- <https://sekadh.saglik.gov.tr/TR,236309/koruyucu-saglik-hizmetleri.html> , (Erişim Tarihi: 09.10.2024)
- Onur M, Yalçın R, Karaman ÖE, Kocatürk A, Küğcümen G (2016). Koruyucu Hizmetlerde Ebenin Rolü, H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3:1, 84-85
- Öncel, S. & Sümen, A. (2017). Türkiye’de halk sağlığı hemşireliği alanında yürütölen lisansüstü tezlerin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Public Health Nursing Special Topics*, 3:1,20-28.
- Özkan Ö., Çatıker A. (2007) Aile Sağlığı Hemşireliği: Sağlık Hizmetlerindeki Özelleştirmenin Hemşirelik Mesleğindeki Görünümü, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10:4, 91-104
- Özkan, S. Çalışkan D (2020). Salgınada risk iletişimi ve toplum katılımı, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, (56), 106-109.
- Sandman, P. M., & Weinstein, N. D. (1993). Predictors of Home Radon Testing and Implications for Testing Promotion Programs. *Health Education Quarterly*, 20(1), 1–17.
- Samancı VM (2020). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Pandemi Süreci, Konuralp Tıp Dergisi,12:1, 391-393
- Shin, H. Y., Kang, P., Song, S. Y., & Jun, J. K. (2022). Understanding of Cervical Screening Adoption among Female University Students Based on the Precaution Adoption Process Model and Health-Belief Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 700.
- Weinstein, N. D., Sandman, P. M., & Blalock, S. J. (2020). The precaution adoption process model. In *The Wiley encyclopedia of health psychology*, 495-506.

BÖLÜM 2

ADÖLESANLARDA YEME BOZUKLUKLARI

Dr. Öğr. Üyesi Nursel ÜSTÜNDAĞ ÖCAL¹
Hanne Nur TÜRKER²

* <https://doi.org/10.5281/zenodo.14504086>

¹ Yozgat Bozok Üniversitesi, nursel.ustundagocal@yobu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-4951-0613

² Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, dyt.hannenur@gmail.com, ORCID: 0000-0001-5293-5375

1. GİRİŞ

Yemek, insan yaşamı için elzem bir davranış olup aynı zamanda haz veren bir davranıştır. İnsanın doğumu itibariyle başlayan ve okul çağı dönemine kadar devam eden süreçte beslenme davranışı gelişir. Beslenme davranışının gelişiminde ise çocuğun duysal, duygusal ve motor kapasitesi, çocuğun büyüyüp geliştiği ortamın kültürü sosyal çevresi, annenin, babanın, çocuğa bakım verenin tutumu etkilidir. Beslenme alışkanlığı bireyin sağlıklı yaşaması için önem vermesi gereken bir durumdur. Sağlıklı beslenme alışkanlıkları, sağlıklı bir yaşamın temel unsurlarından biridir. Düzenli ve dengeli bir beslenme, vücudun gereksinim duyduğu besinleri almasını sağlar ve fiziksel sağlığı korumasına yardımcı olur. Fakat bu durum takıntı haline dönüşürse fiziksel, ruhsal ya da hem fiziksel hem ruhsal anlamda çeşitli sorunlar ortaya çıkabilmekte, tüm bunların sonucunda da bireylerde yeme bozuklukları gibi ciddi sağlık sorunları gelişebilmektedir. (Erbay ve Seçkin, 2016).

Yeme bozuklukları, kalıcı davranışsal değişiklikler sonucu beslenme ve emilimde meydana gelen bozukluklar ile karakterize edilen, fiziksel ve psikolojik işlevleri önemli ölçüde etkileyen psikiyatrik rahatsızlıklardır. Bu bozukluklar, hafif anormal değişikliklerden başlayarak, yaşamı tehdit eden kronik hastalıklara dönüşme potansiyeline sahiptir (Arıca ve ark., 2011). Yeme bozuklukları, en yaygın olarak International Classification of Diseases (ICD-10) ve Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) kriterlerine göre sınıflandırılmaktadır. DSM-IV'e göre yeme bozuklukları üç ana kategori altında incelenirken; anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve atipik yeme bozuklukları (AYB) olarak belirlenmiştir (Çaka ve ark., 2018). DSM-5'te yapılan son güncellemelerle, yeme bozuklukları sekiz alt grupta sınıflandırılmıştır. Bu gruplar şunlardır: anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu, pika, ruminasyon (geri çıkarma) bozukluğu, kaçınan/kısıtlayıcı beslenme bozukluğu, tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları ve tanımlanmamış diğer beslenme ve yeme bozuklukları. Yeme bozukluklarının ortak özellikleri arasında, yeme alışkanlıklarında ve kilo kontrolünde bozulmalar, beden

imajı ile ilgili olumsuz düşünce ve davranışlar ile kiloya yönelik aşırı değerlendirme bulunmaktadır (Farajı ve Fırat, 2022).

2. Adölesanlarda Yeme Bozuklukları

Ergenlik dönemi, fiziksel görünümün önem kazandığı ve vücutla ilgili duyguların değişim gösterdiği bir evredir. Son yıllarda gerçekleştirilen araştırmalar, bilişsel, biyolojik ve psikolojik yatkınlıkların yanı sıra aile içi iletişim ve sosyal koşulların, yeme bozuklukları üzerinde önemli risk faktörleri olduğunu ortaya koymaktadır (Siyez, 2006).

Aile, çocukların gıda tüketimi, vücut ağırlığı ve beslenme tutumları açısından önemli bir görsel ve davranışsal rol modelidir. Araştırmalar, çocuklarının görüntüsüne aşırı önem veren ve kilo kontrolü konusunda eleştirel tutum sergileyen ailelerin çocuklarında anksiyete düzeyinin yükseldiğini ve vücut tatminsizliğinin artarak diyet yapma ve bulimia nervoza gibi davranışların gelişimine yol açtığını göstermektedir. Ayrıca, sosyokültürel baskılar, yeme bozuklukları ve vücut tatminsizliklerinin gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Sosyal medya, aile ve arkadaş çevresinin etkisi, gelişim dönemindeki çocuk ve ergenler üzerindeki baskıyı artırmakta; özellikle akran gruplarının diyet baskısı ve görüntüye dayalı ayrımcılığı, çocukların beden imajını olumsuz yönde etkilemektedir (Keery ve ark., 2006). Kanada'da 3043 genç katılımcı üzerinde yapılan bir çalışmada, hem düzensiz beslenmenin hem de hareketsiz yaşamın duygu düzensizliğiyle ve kötü beden imajıyla bunun sonucunda da çeşitli yeme bozuklukları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Obeid ve ark., 2022).

2.1. Anoreksiya Nervoza

Anoreksiya Nervoza (AN), ilk olarak 1873'te Charles Laseque ve bir yıl sonra 1874'te William Gull tarafından yayımlanan olgu serileriyle tıp dünyasına tanıtılmıştır. Bu hastalık, önemli bir morbidite ve mortalite riski taşıyan ciddi bir sağlık problemidir (Gürdal, Küey 2008).

Anoreksiya nervoza, malnütrisyon, aşırı ağırlık kazanma korkusu ve vücut şekli takıntılarıyla karakterize bir yeme bozukluğudur. Anoreksiya nevroza hastaları genellikle zayıf bir vücuda

sahip olma isteği ve aşırı kilo alma korkusu taşırlar. Bu durum, besin kısıtlaması veya aşırı yeme ile diyet enerjisinin azalmasına ve patolojik ağırlık kaybına yol açar. Kaygı, depresyon ve obsesif-kompulsif bozukluk gibi psikiyatrik sorunlarla ilişkilidir. Genetik faktörlerin hastalığın gelişiminde önemli bir rol oynadığı düşünölmektedir. İkiz ve aile bazlı çalışmalar, kalıtımın etkisinin %28 ile %74 arasında değiştığını göstermektedir. Serotonin ile ilgili genlerin (HTR2A ve 5-HTT) bu durumla bağlantılı olduğu ve anoreksiya nervoza ile beden kütle indeksi arasında negatif, şizofreni ile ise pozitif bir genetik korelasyon bulunduğu bildirilmiştir (Gündoğdu ve Tek, 2019).

Anoreksiya nervozalı bireylerde beden algısı bozuktur ve yemenin aşırı kısıtlanması, kendini kusturma, aşırı egzersiz yapma, laksatif veya diüretik kullanma gibi kiloyu kontrol etmeye yönelik davranışlar görülür. Ayrıca bu bireyler hastalıklarını reddederler ve tedaviye karşı direnç gösterirler. Devamlı yediklerinin kalorisini hesaplamak ya da çok sık tartılmak gibi obsesif davranışlar da görülür. Anoreksiya nervozalı bireyler zayıf ve kendi yaş grubundan daha küçük bir görünüme sahiptirler (Erbay ve Seçkin, 2016).

Anoreksiya nervoza tedavisi uzun ve sürekli dir, genellikle yıllar alabilmektedir. Hasta kilo düzenlemesi yapıldıktan ve klinik tablo olumluya döndükten sonra tedavinin idame dönemi başlamaktadır. Bu dönemin amacı, hastanın kontrolü ele almasını ve bağımsızlığını kazanmasını sağlamaktır. İdame döneminin ardından, tedavinin son aşaması olan izlem dönemine geçilmektedir; bu aşama birkaç yıl sürer. Anoreksik hastalar, klinikten iyileşmiş olarak değil, düzelmiş olarak taburcu edilmektedir ve tam iyileşme süreci uzun bir çaba gerektirmektedir (Aydın, 2022).

2.2. Bulimia Nervozası

Bulimia Nervozası, Yunanca kökenli bir kelime olup yeme bozuklukları arasında önemli bir yer tutar. Bu durumda birey, belirli zaman dilimlerinde aşırı miktarda yiyecek tüketir ve ardından bu yeme davranışını kontrol altına almak amacıyla çeşitli yöntemlere başvurur (Özkayalar-Ortaç, 2023).

Bulimia nervoza (BN), tıknırcasına yeme, yemeyi kontrol edememe, genellikle aşırı yemek yeme atakları (binge eating) ve

ardından bu atakları telafi etmek ve kilo almamak için diyet yapma, kusma, aşırı egzersiz yapma ve laksatif gibi yöntemlerin kullanılmasıyla karakterize edilen bir yeme bozukluğudur. Bulimia nervoza, bireylerin yediklerini kontrol edemedikleri ve kendilerini aşırı şekilde suçlu hissettikleri dönemlerle tanımlanır. Bu hastalık, beden şekli ve ağırlığına yönelik zihinsel aşırı uğraşlarla da ilişkilidir (Maner ve Aydın, 2007). Bulimia nervoza (BN) ile ilgili pek çok araştırma yapılmasına rağmen, hastalığın kesin nedenleri henüz netleşmemiştir. BN'nın ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünölen faktörler bireysel, ailesel ve kültürel olarak üç grupta toplanabilir. Bireysel faktörler arasında algısal ve bilişsel bozukluklar, kimlik gelişimi sorunları, ayrılma ve otonomi ile ilgili zorluklar, kronik sağlık problemleri, mükemmeliyetçilik, dürtüsellik, duygusal değişimlere tahammölsüzlük ve obezite geçmişı bulunmaktadır (Yüzbaşı, 2023).

Toplumda bulimiya nervoza prevalansı çeşitli faktörlere bağı olarak değişiklik gösterebilir. Yapılan araştırmalara göre, bulimia nervoza, kadınlar arasında daha yaygın olup, dünya genelindeki kadınlarda yaklaşık %1-2 oranında görölmektedir. Özellikle genç kızlar ve kadınlarda erkeklere oranla 10 kat daha sık görölür. Genellikle ergenlik dönemi ve erken yetişkinlik döneminde başlar, ancak her yaş grubunda görölebilir. Bu bozukluk nöbetler halinde ortaya çıkmakta, yıllar boyunca tekrar edebilmekte ve aralıklı süreçler halinde devam edebilmektedir (Aytaç ve Hocaoğlu, 2016).

2.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkınırcasına yeme davranışı, Albert Stunkard tarafından 1959'da tanımlanmıştır. 1991'de Spitzer ve arkadaşları tarafından klinik bir tablo olarak belirlenen tanı ölçütleri, 1994'teki DSM-IV-TR'ye "Başka Türölü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları" olarak eklenmiştir. 2013'te yayımlanan DSM-5'te ise TYB, kendine özgü tanı ölçütlerine sahip bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmıştır (Turan ve ark., 2015).

2013 yılında güncellenen DSM-5'te, tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) yeme bozuklukları arasında sınıflandırılmaktadır. TYB, son üç ay içinde en az haftada bir kez tekrarlayan tıkınırcasına yeme atakları ile karakterize edilmekte ve bu ataklar telafi edici

davranışlar olmaksızın gerçekleşmektedir. Bozukluğın şiddeti, atakların sıklığına bağlı olarak değişmektedir. Bu ataklar sırasında bireyler genellikle yalnız yemeyi tercih eder, yeme üzerinde kontrol kaybı yaşar ve normalde tükettiklerinden daha fazla besin alırlar. Tıkınma ataklarından sonra ise bireyler kendilerini depresif veya suçlu hissettiklerini belirtmektedirler (Keskinaya ve Pınar, 2022).

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun tedavisinde bilişsel-davranışçı terapi, davranış terapisi ve kişilerarası terapi gibi psikoterapötik modeller etkilidir. Bulimia nervozada sıkça kullanılan SSRI'lar, tıkınırcasına yeme bozukluğunda da yüksek dozlarda kullanılmakta; ancak hastalar ilacı bıraktıklarında hızla kilo alabilmektedirler. Lisdexamfetamine dimesylate (Vyvanse), bu bozukluk için onaylı bir uyarıcıdır, fakat bağımlılık riski taşır. Antidepresanlar, daha az yan etki ile birlikte kötüye kullanım riski taşımadığı için tercih edilmektedir. Bu ilaçlar ruh halini iyileştirip kompulsif davranışları azaltırken, iştahı da bastırır. Ayrıca, aşırı yemeği azaltmak için SSRI'lar, trisiklik antidepresanlar ve bupropin gibi ilaçlar ile nöbet önleyici ilaçlar (örneğin, topiramet) da kullanılmaktadır (Aydın, 2022).

2.4. Pika

Pika, besin değeri taşımayan maddelerin (örneğin kömür, toprak) yenmesiyle karakterize edilen bir yeme davranış bozukluğudur. Bu bozukluk, besin ya da besin olmayan maddelere karşı anormal derecede güçlü bir istek veya aşırı yeme eğilimi ile kendini gösterir. Pika, gıda dışındaki maddelerin aşırı ve düzenli bir şekilde tüketilmesiyle tanımlanan bir yeme bozukluğudur. Pika terimi, Latince kökenli "cissa" kelimesinden türetilmiştir. Terim, Latince'de "saksaağan" anlamına gelir ve bu kuş, alışılmadık nesnelere yemesiyle bilinir. Pika, M.Ö. 400 yılında Hipokrat tarafından ilk kez tanımlanmıştır. DSM-IV'te bebeklik, çocukluk ve ergenlik dönemi bozuklukları arasında yer alırken, DSM-V ile birlikte bu kategori kaldırılmış ve bozukluk beslenme ve yeme bozuklukları bölümünde daha net bir şekilde ele alınmıştır; böylece tüm yaş gruplarında tanı konulması mümkün hale gelmiştir. Bu bozuklukta, en az bir ay süreyle devam eden ve sürekli olarak besleyici değeri olmayan, besin olmayan

maddelerin tüketilmesi ana belirgin özelliktir. Ayrıca, bu tür maddeleri yeme davranışının, bireyin gelişim düzeyiyle uyumsuz olması beklenir. (Kaçar ve Hocoğlu, 2019).

Pika'nın etiyojisi oldukça karmaşıktır ve birçok farklı faktörün bir araya gelmesiyle gelişebilir. Anemi, hemodiyaliz tedavisi, mineral ve vitamin eksiklikleri gibi fiziksel ve biyolojik faktörler etkili olabileceği gibi stres, kaygı, zihinsel bozukluklar, psikiyatrik bozukluklar da etkili olabilmektedir. Ayrıca; geleneksel tıbbi uygulamalar, sosyo-kültürel etmenler, sosyo-ekonomik etmenler, çevresel faktörler de pika gelişiminde rol oynayabilir. Bu bozukluk, genellikle sosyo-ekonomik olarak dezavantajlı bölgelerde yaşayan bireylerde daha yaygın görülür. Özellikle çocuklar ve hamile kadınlar gibi risk altındaki gruplarda, pika sorunu sıklıkla göz ardı edilebilir. Bu nedenle, pika vakalarının dikkatlice değerlendirilmesi ve uygun tedavi stratejilerinin belirlenmesi önemlidir (Ünal ve Samur, 2012).

Pika, özellikle çocuklar arasında yaygın olsa da, tüm toplumlarda görülebilmektedir. Kültürel pika, birçok ülkede geleneksel bir uygulama olarak varlığını sürdürmektedir; özellikle toprak veya kil yutma davranışları hamilelik ve emzirme dönemleriyle ilişkilendirilir. Küçük çocuklar genellikle boya, iplik ve kumaş gibi maddeleri tüketirken, daha büyük çocuklar toprak, hayvan dışkısı ve silgi gibi nesnelere tercih edebilir. Günümüzde pika durumunun çok çeşitli nedenleri olabileceği konusunda artan bir anlayış mevcuttur (Kaçar ve Hocoğlu, 2019).

2.5. Geri Çıkarma (Ruminasyon) Bozukluğu

Geri çıkarma bozukluğu, Latince kökenli "ruminare" (geviş getirmek) kelimesinden türetilen ve ruminasyon bozukluğu olarak da bilinen bir yeme bozukluğudur. Bu bozukluk, sindirilmemiş yiyeceklerin ağız yoluyla geri çıkarılması, ardından yeniden çiğnenip yutulması veya tükürülmesi ile karakterizedir. DSM-IV'te genellikle bebeklik, çocukluk veya ergenlik dönemine özgü bozukluklar arasında yer alırken, DSM-V'le birlikte yeme ve beslenme bozuklukları kategorisine dahil edilerek her yaş grubunda tanı konulabilir hale getirilmiştir. (Özkayalar-Ortaç, 2023).

Bu yeme bozukluğu genellikle bireyde başka yeme bozuklukları ile birlikte kendini göstermektedir. Genellikle yemek yedikten 10- 15 dakika sonra herhangi bir tiksinti, bulantı olmadan yutulan besinin çıkarılıp çiğnenerek tükürülmesi ya da tekrar yutulması şeklinde kendini gösterir (Yılmaz, 2019).

Bireylerin yedikleri yiyecekleri bilinçli olarak ağızlarına geri getirip, tekrar çiğnemek ve yutmak için yeniden yutma ya da dışarıya çıkarmak gibi davranışlarla karakterize edilen bir yeme bozukluğudur. Bu durum, yiyeceklerin tekrar ağız yoluyla geri alınması, ancak bu yiyeceklerin sindirim amacıyla değil, genellikle tekrar çiğnemek ya da tükürmek amacıyla çıkarılmasıyla kendini gösterir. Ancak, bu kusma davranışı, herhangi bir mide-bağırsak hastalığı veya diğer fiziksel sağlık sorunlarıyla ilişkilendirilmemelidir. (Aydın, 2022). Genellikle bebeklerde ve küçük çocuklarda görülse de, bazen ergenler ve yetişkinlerde de görülebilir.

2.6. Kaçınan/Kısıtlayıcı Beslenme Bozukluğu

DSM-IV'te yer alan "Yeme Bozuklukları" ve "Bebeklik ve Erken Çocukluk Dönemi Beslenme ve Yeme Bozuklukları" bölümleri, DSM-5 ile "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" başlığı altında birleştirilmiştir. Bu düzenleme, beslenme ve yeme bozukluklarının tanılarını çocuk ve erişkin ayrımını gözetmeksizin, tüm yaşam dönemlerine yayacak şekilde kapsamlı hale getirmiştir. DSM-5 ekibinin bu değişikliği yapmasının temel sebeplerinden biri, DSM-IV'teki bebeklik ve erken çocukluk dönemi tanılarının, kilo kaybı ve 6 yaş altındaki kısıtlamalar nedeniyle yeterince araştırılmamış olmasıdır. Sonuç olarak, her yaş grubundan, kilo alma veya vücut imajı kaygısı taşımayan bireyleri kapsamak amacıyla Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu yeniden tanımlanmıştır. Kaçınan-Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu (KKYAB), anoreksiya nervoza (AN) ve bulimia nervoza (BN) ile karşılaştırıldığında, vücut ağırlığı veya görüntüsüne dair kaygılar olmaksızın sürekli yiyeceklerden kaçınma veya beslenme kısıtlamasıyla karakterize edilen bir durumdur. Bu bozukluk, önemli kilo kaybı (çocuklarda beklenen kilo artışının gerçekleşmemesi dahil), beslenme yetersizliği, oral ya da enteral beslenme takviyesine bağımlılık ve psikososyal işlevsellikte belirgin bozulma gibi sonuçlara

yol açabilmektedir. Eşzamanlı sağlık veya ruhsal bozuklukları olan bireylerde, KKYAB'nın şiddeti genellikle daha fazla gözlemlenir. Pediatrik yaş grubunda ise zayıf büyüme, belirsiz karın ağrısı ve kilo kaybı gibi belirtiler yaygın olarak görülmektedir; ayrıca boğulma korkusu sonrası hızlı kilo kaybı gibi akut durumlar da ortaya çıkabilmektedir (Karadere, 2018).

2.7. Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları, belirgin semptomlar sergileyen ancak resmi tanı kriterlerini karşılamayan yeme bozukluğu türleridir. DSM-5'e göre, anoreksiya ve bulimia nervoza en sık tanı alan bozukluklar iken, OSFED (Diğer Belirlenmiş Beslenme ve Yeme Bozukluğu) en fazla görülen türdür. OSFED, anoreksiya ve bulimia ile benzer özellikler taşır, ancak genellikle tanımı belirsizdir. Bu bozuklukta tıbbi ve psikolojik belirtiler, diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi ciddi ve ağır bir şekilde ortaya çıkabilmektedir (Farağı ve Fırat, 2022).

2.8. Tanımlanmamış, Diğer Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Bu tanı, mevcut yeme ve beslenme bozukluğu kriterlerine uymayan durumları tanımlamak için kullanılmaktadır. Klinik açıdan, bireyin sosyal, mesleki veya diğer önemli işlev alanlarında sorunlar yaşamasına neden olabilen, ancak belirli bir yeme ve beslenme bozukluğunun tüm tanı kriterlerini karşılamayan belirtilerin varlığında ortaya çıkar. Bu kategori, spesifik bir yeme bozukluğunun kriterlerinin neden karşılanmadığını belirlemenin mümkün olmadığı veya daha ayrıntılı bir teşhis için yeterli bilginin mevcut olmadığı durumlarda tercih edilmektedir (Yılmaz, 2019).

3. Adölesanlarda Yeme Bozukluklarının Tedavisi

Yeme bozukluklarının tedavisinde kanıta dayalı tedavi yöntemleri kullanılmalıdır. Tedavi yaklaşımı hastalığın şiddetine göre değişmektedir. Tedavide multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir. Psikiyatrist, psikolog, diyetisyen, çocuk gelişimi uzmanı, sosyal hizmet uzmanı gibi çeşitli meslek grupları yeme bozukluğu olan bireylerde ekip olarak multidisipliner şekilde çalışmalıdır. Özellikle ergenlerde

yeme bozukluklarının tedavi edilmesi daha çok deneyim ve uzmanlık gerektirmektedir. Çünkü ergenler çoğunlukla hastalığı inkâr ederek olumsuz davranışlarını devam ettirme eğilimindedirler. Bu sebeple de tedavi daha yavaş olabilmektedir. Yeme bozukluklarının tedavisinde; aile temelli tedavi (FBT), ergen odaklı tedavi (AFT), bilişsel davranışsal terapi (CBT), kişiler arası psikoterapi (IPT), farmakoterapi (atipik antipsikotikler ve antidepresanlar) kullanılmaktadır.

4. Adölesanlarda Yeme Bozukluklarının Beslenme Tedavisi

Beslenme tedavisindeki temel amaç bireyin ideal, sağlıklı kilosuna ulaşmasını sağlamaktır. Yeme bozukluğu olan adölesanlarda büyüme ve gelişme geriliği istenmeyen bir durumdur. Bu sebeple büyüme ve gelişme dönemine uygun şekilde diyetin içeriği ve öğün sıklığı ve zamanlaması ayarlanmalıdır. Beslenme tedavisinin esasında kişinin besinlere karşı doğru olmayan düşüncelerini değiştirmek vardır. Bu bireyler dengeli ve düzenli beslenmeleri konusunda motive edilmelidir. Beslenme tedavisine başlamadan önce bireyin kilo değişimi ve detaylı besin tüketim kaydı alınmalıdır. Ayrıca herhangi bir alerji durumunun varlığı, kişinin bedenine karşı görüşleri, herhangi bir diüretik ya da laksatif kullanıp kullanmadığı, vitamin ve mineral takviyesi alıp almadığı saptanmalıdır (Kudret ve Demir, 2022).

Hastalara verilecek enerji miktarını belirlerken birçok faktör dikkate alınmalıdır. Aşırı agresif beslenme, malnütrisyon yaşayan hastalar için tehlikeli olabilir. Yetersiz beslenen hastaların dikkatlice rehabilite edilmesi, yeniden besleme sendromu gibi komplikasyonların önlenmesine yardımcı olur. Bu sendrom, hipofosfatemi, hipokalemi, hipokalsemi, hipomagnezemi ve tiamin eksikliği gibi sorunlara yol açabilir. Yeniden beslemeye dikkatlice başlanmalı ve genellikle düşük enerjili diyetlerle (30-40 kcal/kg/gün veya düşük kilolu hastalar için 1000-1200 kcal/gün) yapılmalıdır. İlk hedef, ağırlık kazanımından çok tıbbi stabilizasyon ve güvenlidir. Anoreksiya nervozalı hastalar, yüksek enerji ihtiyaçlarına rağmen ağırlık kazanma korkusuyla besin alımını sabote edebilirler. Bulimia nervoza hastalarında ise beslenme tedavisinin amacı, yeme davranışını normalleştirmek ve enerji açısından nötr bir diyet oluşturmaktır. Bu hastaların, yeme bozukluğu

olmayan akranlarına göre daha düşük enerji gereksinimleri olabilir. Enerji gereksinimlerini belirlemenin en doğru yöntemi, dolaylı kalorimetre kullanmaktır; ancak çoğu klinisyen, düzeltilmiş enerji denklemleri ve diyet öyküsüne dayalı yöntemler kullanmaktadır. Diyet kısıtlaması ve sıvı yüklemesinin sınırlanmasını içeren yapılandırılmış beslenme planları, yaygın olarak uygulanmaktadır. Ancak her birey için en etkili plan tipi henüz belirlenmemiştir. Beslenme uzmanı, bireyin besin alımını normalleştirmek için farklı sistemler kullanabilir; ancak tedavi planının sürekli güncellenmesi ve yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir (Yılmaz, 2019).

SONUÇ

- Yeme ve beslenme bozuklukları, multidisipliner ekip çalışması gerektiren karmaşık psikiyatrik hastalıklardır.
- Yeme davranışları hakkında bilgi verilmemesi ve tanı kriterlerinin karşılanmaması nedeniyle gerçek prevalansları daha düşük bilinmektedir.
- Adolesan dönem ve genç erişkinlikte başlayan bu bozukluklarda, risk gruplarında rutin tarama programları önerilmektedir.
- Tek tip bir tedavi yöntemi yoktur; farmakolojik tedavi, psikoterapi ve beslenme tedavisi hastaya özgü şekilde yapılandırılmalıdır.
- Hastaların yaşam boyu izlenmesi ve rutin kontrolleri, risk ve nükslerin önlenmesi açısından önemlidir.
- Yeme ve beslenme bozukluklarının tedavileri uzun, zor ve maliyetlidir. Bu nedenle koruyucu ve önleyici programların geliştirilmesi toplum sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Arıca, S., Arıca, V., Arı, M., & Özer, C. (2011). Adolesanda Yeme Bozuklukları. *The Medical Journal Of Mustafa Kemal University*, 2(5).
2. Çaka, S. Y., Çınar, N., & Altınkaynak, S. (2018). Adolesanda yeme bozuklukları.
3. Erbay, L. G., & Seçkin, Y. (2016). Yeme bozuklukları. *Güncel gastroenteroloji*, 20(4), 473-477. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 203-209
4. Obeid, N., Flament, M. F., Buchholz, A., Henderson, K. A., Schubert, N., Tasca, G., Thai, H., & Goldfield, G. (2022). Examining shared pathways for eating disorders and obesity in a community sample of adolescents: the REAL study. *Frontiers in psychology*, 13, 805596.
5. Siyez, D. (2006). Yeme bozukluğu olan çocuklar ve ergenler etiyojisi ile ilgili çalışmalar, müdahale, değerlendirme ve tedavi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (20), 21-27.
6. Keery, H., Eisenberg, M. E., Boutelle, K., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2006). Relationships between maternal and adolescent weight-related behaviors and concerns: The role of perception. *Journal of psychosomatic research*, 61(1), 105-111.
7. Gündoğdu, T., & Tek, N. A. (2019). Anoreksiya Nervoza Hastalarında Enerji Harcamasının Belirlenmesinde Kullanılan Güncel Yöntemler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 320-326.
8. Maner, F., & Aydın, A. (2007). Bulimiya nervozada psikososyokültürel etmenler. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 20(1), 25-37.
9. Yüzbaşı, D. V. (2023). Ergenlik Döneminde Bulimia Nervoza Ve Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulamalarına Örnekler. *Proceeding Book*, 198.

10. Turan, Ş., Poyraz, C. A., & Özdemir, A. (2015). Tıkınırcasına yeme bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 419-435.
11. American Psychiatric Association. (2013). Feeding and eating disorders. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5, 329-354.
12. Keskinaya, Ş., & Pınar, A. A. (2022). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu ve Tip 2 Diabetes Mellitus. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 817-824.
13. Aydın, M. Yeme Bozuklukları. *Sağlık Bilimlerinde Araştırma Ve Değerlendirmeler-I*, 1.
14. Yılmaz, H. Ö. Yeme Ve Beslenme Bozuklukları. *Beslenme Obezite Ve*, 35.
15. Kudret, M., & Demir, G. (2022). Ergenlerde Görülen Yeme Bozuklukları, Nedenleri Ve Tedavi Yaklaşımları. *Sağlık & Bilim 2022: Beslenme-2*, 77.
16. Kaçar, M., & Hocoğlu, Ç. (2019). Pika, geri çıkarma bozukluğu nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları.
17. Karadere, M. E., & Hocoğlu, Ç. (2018). Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4), 110-118.
18. Farajı, H., & Fırat, B. (2022). Yeme bozuklukları ve duygular. *Fenerbahçe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), 153-174.
19. Gürdal-Küey, A. (2008). Ergenlerde yeme bozuklukları. F.Ç. Çetin, B. Pehlivanürk, F. Ünal (Ed.) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı içinde (s. 407-422). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
20. Özkayalar-Ortaç, N. (2023). Ergen sporcularda kişilik özellikleri ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yüksek lisans tezi). YÖK Tez Merkezi'nden erişildi (Tez No. 817627).
21. Aytaç, H. M., ve Hocoğlu, Ç. (2016). Bulimiya nervoza ile birlikte yaşamak: Bir vaka sunumu. *Journal of Mood Disorders (JMOOD)*, 6(3), 158-163.

22. Ünal, R. N., & Samur, F. G. (2012). Pika davranışının insan sağlığı üzerine etkileri. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 40(2), 155-162.
23. Aydın, M. (2022). Yeme bozuklukları: Sağlık bilimlerinde araştırma ve değerlendirmeler-I, 1-14. E. Şahna, H. Akgül, Z. Selamoğlu (Ed.). Ankara: Gece Kitaplığı.

BÖLÜM 3

DOĞUMDA DESTEKLEYİCİ BAKIMA FARKLI BİR BAKIŞ: DOĞUM DANSI

Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ALTIPARMAK¹
Zehra KARADENİZ²

* <https://doi.org/10.5281/zenodo.14504142>

¹ İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü,
sumeyye.kandemir@inonu.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-4759-1210>

² İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı,
zehrakaradeniz.21@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0003-1107-8508>

1. GİRİŞ

İlk zamanlarda doğa varlıklarını, hayvanları ve bitkilerin yaşam döngülerini taklit ederek başlayan dansın, tanrıya ulaşma vasıtası olarak kullanıldığı, zaman içerisinde sosyal ve kültürel bir yapı kazandığı ve bireysel taklitlerden kültürel danslara doğru evrildiği bilinmektedir. Dansın, insan biyolojisindeki oyunculuk dürtüsü ve ritmik duyguyla üretildiği ve uygulandığı belirtilmektedir. Dansın, hayatın önemli bir parçası olduğu, fiziksel rahatlamaya, fiziksel gelişime ve fiziksel yarar sağladığı bilinmektedir. Zıplama, uzanma, dönme, çökme, koşma, sekme gibi hareketlerle dansın, insan bedeninin tümünü çalıştırarak fiziksel gelişime katkıda bulunduğu; aynı zamanda dans sonunda fiziksel gerginlik atılarak rahatlama sağlanmaktadır (1).

Doğum süreci kadın ve yenidoğanın sağlığı için oldukça önemli bir süreçtir. Travay süresi boyunca kadınlar ağrı, korku, stres gibi pek çok duyguyu karmaşık bir biçimde yaşamaktadır. Geçmiş kültürlerde dahi bu doğum süreci oldukça şiddetli ağrıya sebep olan bir hadise olarak ele alınır ve genel olarak bir kadının yaşamı süresince çekeceği en şiddetli ağrı olarak tanımlanır (2). Doğum eylemi süresi boyunca kullanılacak olan alternatif ve tamamlayıcı yöntemlerin; kadında gevşeme, ağrı şiddetinde azalma ve doğumun süresini kısaltma gibi birçok faydası bulunmaktadır (3-5). Bu alternatif yöntemlerden en modern yöntem doğum dansıdır. Doğum dansı travay sürecindeki kadının hem stresini azaltmaya yönelik hem de daha iyi bir doğum deneyimi yaşaması için tercih edilmektedir. Doğum dansı, doğumda hareket halinde olmanın, algılanan doğum ağrısını azalttığı düşüncesiyle travay sürecinde gebelerin ağrısını hafifletmek amacıyla uygulanmaktadır (Akin, 2018).

2. DOĞUM DANSININ TARİHÇESİ

Dans kelimesinin Fransızca, Almanca, İngilizce dillerinde karşılığı “Tanz, Tanse, Dance” olarak bilinmektedir. Türkçe’de ise dans kelimesine karşılık olarak “Raks” kelimesi ifade edilmektedir. Bunun nedeni, Arapça kökenli olan ve Türkçe’ye yerleşen kelimenin sıçrayarak oynama manasına gelmesinden kaynaklanmaktadır (1,7). Dans sanatların en eskisi ve hatta sanatlardan bile daha eski olarak ifade

edilir. Bunun sebebi, insanoğlunun zamanda ve boşlukta oluşan kalıp bedensel hareketlerle açıklanır (8).

Dans, insanların içinde yaşadığı duygularını ve düşüncelerini aktarabilmesi aynı zamanda yaşadığı toplumla iletişim içinde kalabilmesi için bir takım anlam barındıran hareketler topluluğunun oluşturduğu ritmik ve estetik özellikte bulunan ve bir yaratıcılık sonucu ortaya çıkan fizyolojik ve duygusal davranışı kapsayan vücut hareketleridir (9,10). En genel tanımıyla ve Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde yer alan bilgi kapsamında dans; müziğin temposuna uyum sağlanarak yapılan, estetik değerleri içinde barındıran ve düzenli olarak yapılan vücut hareketleri veya raks olarak ifade edilmektedir (7). Dans geçmişten bu güne kadar çeşitli topluluklarda çeşitli amaçlarla kullanılmıştır. İlk çağlarda insanlar en çok iletişimi sağlamak ve olağanüstü olaylara etmek için (11), fakat orta ve yeniçağa gelince eğlenmek maksadıyla dansa yönelmişlerdir (12). Yakın çağa baktığımızda ise dans, eğlenceden ziyade beraberinde süregelen çeşitli rahatsızlıkları rehabilite etmek için kullanılmaya başlanmış ve 1960'lı yıllara gelindiğinde ise dans/hareket terapisi kavramını ortaya çıkmasına sebep olmuştur (13). Buna nazaran dansın bir diğer tanımı tüm vücudu bir müzik ritmi eşliğinde estetikle beraber çalıştırılabildiği bir gelenek, sanat, bir tedavi biçimi veya yalnızca bir ifade şekli" olarak vurgulandığı görülmektedir (10).

Kişinin yaşam döngüsünde doğum, ölüm, ergenlik ve evlilik gibi önemli geçiş dönemleridir. Doğum kadının sağlığı korunarak bebeğin bedenden güvenli bir şekilde çıkarılmasıdır. Evrensel olan doğum eyleminde kadınların ağrı ifadeleri farklı, ağrıya müdahale isteği ise ortaktır. Doğum ağrısını hafifletmek, doğumu kolaylaştırmak ve gebeyi psikolojik olarak hazırlamak için farklı kültürel uygulamalar yapılmıştır. Bu uygulamalar bilim insanların gözlem ve keşfi ile doğum sürecine entegre edilmiş, hastaneye başvuran gebelere bilimsel bilgi çerçevesinde uygulanmıştır (14). Bunlardan birisi de doğum dansıdır. Bazı kaynaklarda oryantal (belly dans), yavaş dans (slow dancing) olarak da adlandırılmaktadır. Kullanılan doğum dansının amacı ve doğum dansında yer alan hareketler oryantal dans ile yakınlık göstermektedir. Oryantal dansın ilk şeklinin kadınların kutsal ayinlerde doğumunu dans ile canlandırdığı ve Anadolu'da toprak anaya ibadetin

bir parçası olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. Ayrıca oryantal dansın, kadınların yaşam üretme gücünü temsil ettiği de belirtilmektedir. Bu uygulamanın Hawaii, Yeni Zelanda, Kafkasya, Orta Doğu ve Kuzey Afrika'nın bazı bölgelerinde kadınlar arasında doğuma hazırlık olarak kullanıldığı bildirilmektedir. Dolayısıyla doğum dansı eski ritüelleri modern bir formu olduğu kabul edilebilir (10).

3. DOĞUM DANSI

Sağlık alanında dans/hareket uygulaması terapi amacıyla kullanılmaktadır. Hareket bedenın en temel gereksinimidir ve dans beden ile zihin arasındaki bağın kurulmasında kullanılır (9). Doğum dansı ise yapılan vücut hareketleri ile gebenin ağrıyı daha az hissetmesi ve konforlu bir doğum eylemi geçirmesi amacıyla kullanılır. Doğum eyleminde birinci evresinin latent fazından itibaren uygulama yapılmaya başlanır ve birinci evre bitinceye kadar devam edilir. Kadına bir partner eşliğinde, rahatlatıcı hafif müzik ile sağa sola sallanma, rahat hareket etme, aşığı çökme kalkma özgürlüğü tanınır. Doğum dansı kadının eş/partneri ile birlikte müzikle beraber, sürekli eş/partner desteği ile dik duruş, masaj ve pelvik tilt hareketlerinin (kalçayı içe çekerek beli uzatmak) birlikte kullanıldığı bir metottur. Dans ile birlikte partner desteği ve hareket kısıtlılığının olmaması gebeye fiziksel rahatlık sağlamış olur (10). Doğum dansını uygularken, eş veya partner gebenin sakrum bölgesine ve sırtta kenetlediği elleriyle basınç olacak biçimde masaj uygular. Kadın dans esnasında eş/partnerinden masaj uygulamasının yapılmasını istediği yerleri göstererek onlara yardımcı olabilir.

Doğum dansı doğum eylemi boyunca eş/partnerin kadına duygusal ve fiziksel desteğin sağlamasına zemin oluşturur. Doğum eylemi boyunca yapılmasına olanak sağlanan doğum dansının algılanan doğumun şiddetli ağrısını hafiflettiğini ve doğumdan memnuniyeti artırdığı belirtilmektedir (10). Doğum eyleminde birinci evrenin aktif fazında uygulanmaya başlanır ve birinci evre bitince son verilir. Kadının tercihi ile eş/partner belirlenir ve kadını rahatlatacak bir hafif müzikle ritmik bir şekilde hareket etmesi olanak sağlanır. Dansın içerdiği müzik ve vücudun ritmik hareketlerinden ziyade eş/partner

desteği, masaj, dik duruş pozisyonuyla birlikte yapılan bu işlemler metodun etkinliğinin artırılması ve aynı anda kadına duygusal desteği sağlamak amacı gütmektedir (10,14).

Doğum dansı beş bileşeni içinde bulundurmaktadır. Bu bileşenler; dik duruş, sürekli eş/partner desteği, pelvik hareket, müzik ve masajdır. Doğum dansında amaçlardan biri fetüsün pelvisteki ilerlemesini desteklemek amacıyla pelvis hareketlerinin uygulanmasıdır (15).

Doğum dansı doğumun ağrısını azalttığı, doğum memnuniyeti arttırdığı ve yenidoğanın sonuçlarını da pozitif yönde etkilediği de belirlenmiştir (16).

4. DOğUM DANSININ BİLEŞENLERİ

4.1. Pelvik Hareketler

Doğum dansında yukarda belirttiğimiz gibi pelvik hareketlerle fetüsün pelvisteki ilerleyişini destekleyen hareketler uygulanmaktadır. Bunu yanı sıra travayda uygulanan gebelik pilatesi ve doğum topu da fetüsün pelvisteki ilerleyişini destekleyen nonfarmakolojik metotlardandır (15). Gebe elleriyle eş/partnerinin omzuna tutunarak vücudunun ağırlığını eş/partnerine bırakır ve eş/partnerinden aldığı destek ile beraber müziğe uygun hafif bir ritimle vücudunu ve pelvisini sağa-sola doğru hareket ettirir. Bu esnada eş/partner de hem kadına masaj yapar hem de pelvik hareketlerle gebeye eşlik eder. Doğum eyleminin birinci fazında yapılan bu dans hareketleri kadında şiddetli ağrıyı ve anksiyete düzeyini azaltmaktadır (15). Doğumda yapılan dansın psikoterapi amacıyla değil, kadının algıladığı ağrı şiddetini azaltmak amacıyla yapılmaktadır (10).

4.2. Dik Duruş (Hareket Özgürlüğü)

Orta ve düşük gelire sahip olan ülkelerde sağlık bakım kurumlarında doğumu gerçekleşen kadınlar doğum eyleminin birinci fazını genellikle yatakta uzanarak geçirmektedir. Bu birinci fazı yatakta geçirmenin kadınlar ve yenidoğanlar için belirlenen bir yararı olduğuna dair kanıt görülmemekle beraber doğum eyleminin ilerlemesini yavaşlattığı ve plesentanın kan akışına dezavantaj olarak etkilediği

bilinmektedir (17). Kadının birinci fazı yatarak geçirmesi en fazla hekim ve ebelere uygulamalar esnasında kolaylık olduğu için tercih edildiği bilinmektedir. Fakat dik duruş pozisyonunda ise kadın bu birinci fazı yatarak değil ayakta geçirmektedir. Bu pozisyon birçok kadına algılanan ağrı hissini azaltırken gelen kontraksiyonlar ve yer çekiminin sayesinde travay süresi kısaltmakta ve kadının doğumdan sonra algıladığı memnuniyet düzeyi artırmaktadır (18,19). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hareket serbestliğini savunmakta ve doğum eyleminin fazında gebenin istediği şekilde dolaşması ve eylem boyunca rahat ettiği pozisyonu seçmesi için desteklenmesi gerektiğini bildirmektedir (20). Aynı şekilde ülkemizde de Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı Anne Dostu Hastane Kriterleri içerisinde travay süresince gebe odada rahat ettiği şekilde yürüyebilmeli ve ona hareket özgürlüğüne olanak sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır (21).

4.3. Masaj

Binlerce önce Hipokrat'ın savunucusu olduğu ve Romalılar ile hayata geçen ve uygulanan masaj günümüzde tekrardan popüler olmuştur (22). Masaj; vücutta fark etmeksizin herhangi bir noktasında ağrıyı ve kas iskelet sisteminde olan bazı problemleri azaltmak için yapılan ve sistemsel olarak uygulanan bir tür işlemdir (23). Masaj uygulaması yapıldığında cilt üzerinden beyne uyarı gönderilerek endorfin ve serotonin hormonunun salgısını da artırır (24). Yapılmış olan bazı çalışmalarda doğum eyleminde birinci evresinde uygulanan masajın doğumun ağrısını azalttığı (25), bununla birlikte kadınların doğum eylemi sırasında algıladıkları duygusal destek düzeyini de artırdığı görülmüştür (26-28).

Masajın doğum dansı uygulamasında kullanılması; gebenin elleri eş/partnerinin omzundayken, eş/partner ellerini gebenin sakrum bölgesinde yumru şeklinde birleştirebilir. Bu uygulanan pozisyon eşin/partnerin sakruma basınç uygulaması ve masaj için gebenin sırtına ulaşabilmeye olanak sunar. Doğum dansı yaparken, eş/partner gebenin sakrum bölgesine ulaştığı yerde sırta yumruk yaptığı elleriyle basınç uygulayacak şekilde masaj yapar (10,14) ve gebe dans esnasında eş/partnerine referans göstererek masaj yapmasını istediği yeri gösterebilir

4.4. Müzik

Hastaların ağrı ve anksiyetesini azaltmak için müzik tamamlayıcı tedavi metotlarından en sık kullanılanıdır (29,30). Son zamanlarda da doğum ağrısının hafifletmek amacıyla doğum yönetiminde de oldukça sık kullanılmaktadır (31,32). Doğumun birinci evresinde gebelere dinletilen sakinleştiren müziğin kadınlar üzerinde rahatlatıcı etkisi görülmektedir (33). Yapılmış olan bazı çalışmalarda özellikle doğumun birinci evresinin latent fazda dinletilen hafif müziğin gebelerin anksiyete ve ağrı düzeyini azalttığı bilinmektedir (32,34). Yapılan başka bir çalışmada travay sürecinde dinletilen hafif müziğin postpartum dönemde de anksiyeteyi ve postpartum döneminde depresyon görülme riskini azalttığı görülmüştür (34). Genelde enstrümantal müzikler seçilmekle birlikte, (35), doğum dansında müzik seçimi kadının zevine göre ayarlanabilmektedir.

4.5. Sürekli Eş/Partner Desteği

Gebelik ve doğum evresi kadını etkilediği gibi kadının bütün ailesini de etkileyecek olan bir dönemdir. Kadınların birçoğu travay esnasında herhangi birinin desteğine ve yanında olmasına isterken genellikle daha çok seçtikleri kişiler ise sırasıyla anne, eş/partner, kız kardeş ve sağlık personeli gibi kişiler oluyor (36). Travay esnasında gebeye sürekli destek verildiği ve yanında bulunduğu takdirde sezaryen ve müdahaleli doğum oranları düşmekte ve gebelerin doğumdan memnuniyet düzeyi de yükselmektedir (37). Günümüzdeki babalık rolünün toplumsal değişimi babaların gebelik ve doğum sürecine katılımında artış göstermiştir (38).

Babaların gebelik ve doğum dönemine katılması kadınların hissettikleri psikososyal desteğin artmasına ve erkeklerin de ebeveynlik rollerini daha iyi ve erken kazanmalarına destek sağlamaktadır (39,40). Doğum dansında travay esnasında eş/partnerin kadına fiziksel ve duygusal destek sağlamasına imkân vermektedir. Ek olarak eş/partnerin, gebenin kulağına fısıldayacağı sevgi sözcükleri ile gebenin cesaretlenmesini, stres kontrolünü ve gevşemesine yardımcı olabilmektedir(10). Doğum sürecinde sürekli eş/partner desteğinin aile bağlarını kuvvetlendirici ve sağlamlaştırıcı yanı olduğu da literatürde belirtilmektedir (39,40).

Kadınlar travay ve doğum sürecince kendisine destek olacak ve yanında olacak bir kişiye ihtiyaç duymaktadır. Bu destek psikolojik destek (sürekli yanında olarak varlığını hissettirme, güven verme ve cesaretlendirme), doğumun ilerleyişi hakkında bilgilendirme, ağrı ile baş etme tekniklerini beraber uygulama (rahatlatıcı dokunma, masaj, ılık banyo, yeterli sıvı alımını teşvik etme) ve alınan kararlara gebe ile beraber katılma gibi aktiviteleri barındırır(41). Modern obstetrik bakım hastanede uygulanan sıradan uygulamaların dışına çıkılmamasını tavsiye etmekteyken, doğumda gebenin sevdiği/istediği bir kişi tarafından desteklenmesine müsaade etmek bu modern bakımı daha insancıl bir bakım haline getirmekte ve kadınların yaşadığı bu deneyimi olumlu bir şekilde algılamalarını imkan sağlamaktadır. Yapılan çalışmalar da bu görüşü destekleyici niteliktedir (42,43). Değişen ebeveynlik anlayışı beraberinde gebelik ve doğum sürecinde anne adayının yanı sıra baba adayının da aktif bir rol almasını ve eşlerine destek olmasını getirmiştir. Gebeler de travay dönemlerinde eşlerinin yanlarında olmasını ve süreç boyunca destek olmasını beklemektedirler (36,44). Eş, kız kardeş, anne ya da ebe tarafından travay süresince gebe sürekli desteklendiğinde müdahaleli doğum ve sezaryen ile doğum yapma oranları düşüş göstermekle beraber kadınların doğumdan memnuniyet düzeyi de artmaktadır (37). Hatta travay boyunca destek gebenin annesi tarafından verildiğinde, anne koruma duygusunun da etkisiyle kızının daha fazla ağrı yaşamasına dayanamayarak sezaryen ile doğum yapmasını istemekteyken, özellikle doğum öncesi eğitim almış baba adayları bu süreci daha olumlu karşılamakta ve gebedeki kaygıyı giderip, gebeyi normal doğum için cesaretlendirebilmektedir (40).

Babalardan gelen doğum desteği kadınlar kadar babaları da olumlu etkilemektedir. Yapılan araştırmalar bebeklerinin doğum sürecine katılan babalarda paternal bağlanma ve ebeveynlik davranışlarının diğer babalara kıyasla daha erken dönemde oluşmaya başladığını göstermektedir (39-46).

Aynı zamanda travay ve doğum sürecinde sürekli eş/partner desteği aile bağlarını da güçlendirmektedir (39,40). Kadınlar travay dönemi boyunca sevdiği/istediği bir kişinin yanında olmasını ve ona dokunmasını çoğu zaman olumlu algılamakta ve bunun yanı sıra

yanında olan ve kendisine temas eden kişinin ilk önce eşi, sonra bakım veren ebe/hemşire daha sonra da doktor olmasını arzu etmektedir (47). Doğum dansı özellikle eş/partnerin doğum eylemi boyunca eşinin hem fiziksel hem de duygusal olarak beraberinde olmasına, ona dokunmasına, fiziksel ve psikolojik destek vermesine imkân sağlamaktadır. Gebenin elleri eş/partnerinin omzunda, başını eş/partnerinin omzuna yaslanmış bir şekilde durmakta olup, eş/partner de gebeye masaj yapmaktadır. Bu pozisyonda temas etmenin terapotik etkisinden faydalanmanın dışında eş/partnerin, gebeye cesaretlendirici ve sevgi dolu sözcükler söyleyebilmesine de imkan vermektedir (10).

5. DOĞUMDA DANSIN ÖNEMİ

Doğum dansının doğum sürecini doğumdaki kadın ve ailesine başlıca katkıları şunlardır:

- Doğum dansı uygulaması kişiye ve duruma göre bireyselleştirilebilir yapıdadır.
- Nonfarmakolojik bir uygulamadır, bu yönüyle bazı toplumlarda kadınlar ve ebeler tarafından sık tercih edilmektedir.
- Doğumun fizyolojisinin korunmasına ve sürdürülmesine katkı sağlarlar, gebenin doğa aktif katılımını sağlar hareket özgürlüğü tanır, algılanan ağrıyı azaltır ve ağrı ile baş etme becerileri kazandırır.
- Pozitif doğum deneyimi sağlar.
- Uygulaması kolay ve düşük riskli gebelerde güvenle kullanılır.
- Doğum süresini kısaltır, doğuma yönelik anksiyeteye azaltır, memnuniyeti ve konfor düzeyini artırır.
- Doğumda hormonal dengenin sürdürülmesini sağlar.
- Doğum dansı müzik ve masaj ile birlikte uygulandığında doğum ağrısıyla baş etme ve doğum memnuniyetini arttırmadan etkinliğini artmasına katkı sağlarlar.
- Doğumun medikalizasyonunu engeller.
- Doğum hizmetlerinde kişi başı bakım maliyetini azaltır (14,48).

6. DOĞUM DANSINDA EBENİN SORUMLULUKLARI

Doğum dansı; doğum eylemi sırasında gebenin bakımına ebe ile beraber ailenin de katılmasına fırsat veren bir metottur. Bu sürede gebenin içinde bulunduğu duygusal ve fiziksel durumunu yönetebilmesinde ailenin de yardım edebilmesi oldukça önemlidir. Bundan dolayı aileye ve özellikle kadının eşine doğum öncesi dönemde gerekli eğitimler verilmelidir. Ebeler de doğum öncesi süreçte gebe eğitim sınıflarında gebeye ve ailesine doğum dansı hakkında gerekli bilgileri vermeli ve onlarla iş birliği içinde olmalıdır (10).

Ebeler, kadınların doğuma yönelik anksiyete ve korkularını azaltmada, doğuma hazırlanmalarında ve pozitif doğum deneyimleri yaşamalarında önemli role sahiptir. Ebeler, doğum sürecindeki gebeleri teşvik etmeli ve doğumda gebelerin haklarını savunmalıdır.

Doğumun en büyük destekçisi olarak ebeler, doğum anında gebeye yardımcı olarak, gebenin ihtiyaçlarının karşılanması, konforun sağlanması, benlik saygısının artırılması, doğumun sonuçlarını iyileştirmesi ve doğum deneyiminin pozitif olarak sonuçlandırılmasıyla ebeveynliğe geçişi kolaylaştırarak anne ve bebeğin bağlanması sağlama görevlerini üstlenirler.

Ebeler, mümkün olduğu sürece müdahaleden kaçınarak gebelerin olabildiğince özgür ve aktif olabildiği bir doğum sürecini sağlamalıdır. Doğumlarda uygulanan nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılmasında aktif olarak rol almalı, daima güncel bilgiyi takip edip, kanıta dayalı uygulamalarda bulunmalıdır. Bu yöntemlerin kullanımında gebeyle seçim şansı tanınmalıdır (49).

Ebelerin mesleki yeterlilik düzeyleri ve buna bağlı bağımsız rollerini uygulama yolları gebelerin memnuniyeti ile bire bir birliktedir. Bundan dolayı ebelerin en öncelik hedefi verilecek bakımın en iyi kalitede olması ve bundan gebelerin memnuniyetle ayrılmalarıdır (50). Hizmeti gören kadının memnuniyeti arttıkça, tedaviye uyum sağlanması, yaşamında kalitenin arttırmakta mortalite ve morbidite oranını ise azalmaktadır (50,51). Bu bağlamda kadınlara daha kaliteli bir bakım sunulabilmesi amacıyla ebeler desteklenmelidir

7. SONUÇ

Doğum dansı uygulaması gebenin doğumu pozitif bir olay olarak algılamasını sağlar. Doğum dansında tensel temas ve birlikte hareket etme ile ebe ve gebenin arasında duygusal bir bağ oluşur ve gebe doğuma eylemi sürecine olumlu bir algı ile başlamış olur(52). Bu olumlu algının oluşmasında ebelere büyük görevler düşmektedir. Ebeler doğum eylemi sırasında gebeyi cesaretlendirmeli ve yanında olduğunu hissettirmelidir.

Doğum dansı ayrıca doğum eyleminde konforu etkileyen ve gebenin olumsuz bir doğum deneyimi geçirmesine neden olan ağrının azaltılmasında da önemli bir rol oynamaktadır. Gebeler doğum süreci ile baş etmeleri, kendine güvenmeleri, sağlıklı ve konforlu bir doğum süreci yaşamaları için destek almaya ve önemsendiğini bilmeye ihtiyaç hissetmektedirler.

Doğum eylemi boyunca verilen sağlık bakım hizmeti, gebenin kontrol etme gücü ve doğum ağrısına baş etmeyi kolaylaştırabilir ve doğum deneyimindeki negatiflikleri önleyebilir (53).

Ebenin en temel sorumluluklarından biri, doğum eylemi süresince gebeye psikolojik ve fiziksel destek vererek kadının kendisi daha iyi hissetmesini ve kendine güvenmesini sağlamaktır.

KAYNAKLAR

1. Eroğlu, T. (2019). Dans Kavramı ve Dansın İşlevi. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 7(60), 215-226.
2. Köksal, Ö., & Duran, E. T. (2013). Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(3), 144-148.
3. Moghimi-Hanjani, S., Mehdizadeh-Tourzani, Z., & Shoghi, M. (2015). Ayak refleksolojisinin primigravida kadınlarda doğumun kaygısı, ağrısı ve sonuçları üzerindeki etkisi. *Acta Medica Iranica*, 507-511.
4. Bonapace, J., Gagné, GP, Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). No. 355-Doğum ve doğumda ağrının fizyolojik temeli: Yönetimine yönelik kanıta dayalı bir yaklaşım. *Kanada Kadın Hastalıkları ve Doğum Dergisi*, 40 (2), 227-245
5. Babbar, S. ve Oyarzabal, AJ (2021). Obstetrikte hipnozun uygulanması. *Klinik obstetrik ve jinekoloji*, 64 (3), 635-647.
6. Akin, B. (2018). Algılanan doğum ağrısı, doğum memnuniyeti ve neonatal sonuçlar üzerine doğum dansının etkisi.
7. Bekar, F., & Özbek, M. F. (2023). Managing differences and importance between religion, spirituality, spirituality at work, cyber spirituality, and dataism. In *Spirituality Management in the Workplace: New Strategies and Approaches* (pp. 1-25). Emerald Publishing Limited.
8. Özarslan, M. (2003). Dans [Dance (Anya Peterson Royce)]. *Türkbilig*, (6), 163-172.
9. Aktaş, G. (1999). *Temel Dans Eğitimi Ege Üniversitesi Basımevi*. İzmir s, 1-9.
10. Akin, B., & Saydam, B. K. (2017). Algılanan doğum ağrısının azaltılmasına yönelik yeni bir yaklaşım: doğum dansı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 218-224.

11. Koçkar, M. T. (1990). Dansın iletişimse işlevi. Kurgu Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Uluslararası Hakemli İletişim Dergisi, 8(8), 327-339.
12. Tapmaz, Ç. (2012). “Halk Oyunları Çalışmalarının İlköğretim 5. Sınıf (10-11 yaş grubu) Öğrencilerinin Sosyal Uyum Düzeylerinin Etkisi Üzerine Bir İnceleme”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir.
13. Goodill, S. (2016). Dance/Movement Therapy and the Arts in Healthcare: The First 50 Years. American Journal of Dance Therapy.
14. Abdolahian, S., Ghavi, F., Abdollahifard, S., & Sheikhan, F. (2014). Effect of dance labor on the management of active phase labor pain & clients’ satisfaction: a randomized controlled trial study. Global journal of health science, 6(3), 219.
15. AM, LL (2014). Doğum topu: Doğum sürecinde büyük öneme sahip farmakolojik olmayan bir kaynağı yeniden keşfetmek. Revista de Enfermeria (Barselona, İspanya) , 37 (3), 36-42.
16. Akin, B. ve Saydam, BK (2020). Doğum dansının algılanan doğum ağrısı, doğum memnuniyeti ve yenidoğan sonuçları üzerindeki etkisi. Explore , 16 (5), 310-317.
17. Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, GJ, & Styles, C. (2013). Doğumun ilk evresinde anne pozisyonları ve hareketlilik. Cochrane sistematik inceleme veritabanı , (8).
18. Ondeck, M. (2014). Sağlıklı doğum uygulaması # 2: Doğum boyunca yürüyün, hareket edin ve pozisyon değiştirin. Perinatal eğitim dergisi , 23 (4), 188.
19. Kripke, C. (2010). Doğumun ilk evresinde dik ve yatar anne pozisyonu. Amerikan aile hekimi , 81 (3), 285.
20. Danışman, N. (2003). Gebelik ve Doğumda Komplikasyonların Yönetimi. Üreme Sağlığı ve Araştırma Departmanı Aile ve Toplum Sağlığı, Dünya Sağlık Örgütü, Ebeler ve Doktorlar İçin Klavuz, Geneva.

21. Anne Dostu Hastane Değerlendirmeci Rehberi T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı Ankara, 2018
22. Janssen, P., Shroff, F. ve Jaspar, P. (2012). Masaj terapisi ve doğum sonuçları: rastgele kontrollü bir çalışma. Uluslararası Terapötik Masaj ve Vücut Çalışması Dergisi , 5 (4), 15.
23. Simkin, P. ve Bolding, A. (2004). Doğum ağrısını hafifletmek ve acı çekmeyi önlemek için farmakolojik olmayan yaklaşımlara ilişkin güncelleme. Ebelik ve Kadın Sağlığı Dergisi , 49 (6), 489-504.
24. Brar, S., Tang, S., Drummond, N., Palacios-Derflingher, L., Clark, V., John, M. ve Ross, S. (2009). Güney Asyalı göçmen kadınlar ve Kanada'da doğan kadınlar için perinatal bakım: kullanıcıların telefon anketi. Kanada Kadın Hastalıkları ve Doğum Dergisi , 31 (8), 708-716.
25. Smith, CA, Levett, KM, Collins, CT, Dahlen, HG, Ee, CC ve Sukanuma, M. (2018). Doğumda ağrı yönetimi için masaj, refleksoloji ve diğer manuel yöntemler. Cochrane Sistemik İnceleme Veritabanı , (3).
26. Chang, MY, Wang, SY ve Chen, CH (2002). Doğum sırasında ağrı ve kaygı üzerine masajın etkileri: Tayvan'da randomize kontrollü bir çalışma. İleri hemşirelik dergisi , 38 (1), 68-73.
27. Kimber, L., McNabb, M., Mc Court, C., Haines, A., & Brocklehurst, P. (2008). Doğumda ağrıyı hafifletmek için masaj veya müzik: pilot randomize plasebo kontrollü bir çalışma. Avrupa Ağrı Dergisi , 12 (8), 961-969.
28. Yıldırım, G. ve Şahin, NH (2004). Nefes alma ve cilt uyarım tekniklerinin Türk kadınlarının doğum ağrısı algısı üzerindeki etkisi. Ağrı Araştırmaları ve Yönetimi , 9 (4), 183-187.
29. Karamızrak, N. (2014). Ses ve müziğin organları iyileştirici etkisi. Koşuyolu Kalp Dergisi, 17(1), 54-57.

30. Khorshid, L., & Akın, E. (2007). Mekanik ventilatöre bağlı hastalarda anksiyete yönetiminde müzik terapinin yeri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 83-88.
31. Kimber, L., McNabb, M., Mc Court, C., Haines, A., & Brocklehurst, P. (2008). Doğumda ağrıyı hafifletmek için masaj veya müzik: pilot randomize plasebo kontrollü bir çalışma. *Avrupa Ağrı Dergisi*, 12 (8), 961-969.
32. Aydın, R., Güven, D. Y., & Karahan, N. (2019). Sen de dinle: Yüksek riskli gebeliklerde stresle baş etmede müzikle terapinin etkisi. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 19-24.
33. Tournaire, M. ve Theau-Yonneau, A. (2007). Doğum sırasında ağrıyı hafifletmeye yönelik tamamlayıcı ve alternatif yaklaşımlar. *Kanıtı Dayalı Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp*, 4 (4), 409-417.
34. Liu, YH, Chang, MY ve Chen, CH (2010). Müzik terapisinin Tayvanlı ilk kez anne olan kadınlarda doğum ağrısı ve kaygı üzerindeki etkileri. *Klinik hemşirelik dergisi*, 19 (7-8), 1065-1072.
35. Phumdoung, S. ve Good, M. (2003). Müzik doğum ağrısının hissini ve sıkıntısını azaltır. *Ağrı yönetimi hemşireliği*, 4 (2), 54-61.
36. Timur, S., & Hotun-şahin, N. (2010). Kadınlara Doğumda Sosyal Destek Tercihleri ve Deneyimleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(1), 29-40.
37. Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 186(5), S160-S172.
38. Draper, J. (1997). Whose welfare in the labour room? A discussion of the increasing trend of fathers' birth attendance. *Midwifery*, 13(3), 132-138.

39. Vikström, A., & Barimani, M. (2016). Partners' perspective on care-system support before, during and after childbirth in relation to parenting roles. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 8, 1-5.
40. Carvalho, M. L. M. D. (2003). Fathers' participation in childbirth at a public hospital: institutional difficulties and motivations of couples. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, S389-S398.
41. Lothian, J. A. (2009). Safe, healthy birth: what every pregnant woman needs to know. *The Journal of Perinatal Education*, 18(3), 48-54.
42. Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of systematic reviews*, (7).
43. Silva, L. M. D., Barbieri, M., & Fustinoni, S. M. (2011). Living the birth process in a humanized assistance model. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64, 60-65.
44. Brandão S, Figueiredo B. Fathers' emotional involvement with the neonate: impact of the umbilical cord cutting experience. *J Adv Nurs*. 2012 [accessed 10 Jan 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22458831>.
45. Della Vedova, A. M., & Burro, R. (2017). Surveying prenatal attachment in fathers: the Italian adaptation of the Paternal Antenatal Attachment Scale (PAAS-IT). *Journal of reproductive and infant psychology*, 35(5), 493-508.
46. Vehviläinen-Julkunen, K., & Liukkonen, A. (1998). Fathers' experiences of childbirth. *Midwifery*, 14(1), 10-17.
47. Penny, K. S. (1979). Postpartum perceptions of touch received during labor. *Research in Nursing & Health*, 2(1), 9-16.
48. Toberna, C. P., Horter, D., Heslin, K., Forgie, M. M., Malloy, E., & Kram, J. J. (2020). Dancing during labor: Social media trend or future practice?. *Journal of patient-centered research and reviews*, 7(2), 213.
49. Kaçar, N. (2016). Mekanik masaj ile sıcak mekanik masaj uygulamasının algılanan doğum ağrısı ve doğum deneyimine

- etkisinin karşılaştırılması (Master's thesis, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
50. Kumcağız, H., Doyurgan, T. K., & Malazgirt, Z. (2012). Özel ve normal hasta odalarında yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin karşılaştırılması. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29(4), 296-303.
 51. Toker, E. (2014). Müzikoterapinin preeklampsili gebelerde doğum öncesi anksiyete ve doğum sonrası anne-bebek iletişimi ve memnuniyetine etkisi.
 52. Tosun, S. (2019). Travayda düş almanın annenin doğum ve doğum sonrası konforuna etkisi (Master's thesis, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
 53. Adams, S. S., Eberhard-Gran, M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(10), 1238-1246.

BÖLÜM 4

OBSTETRİK ŞİDDET VE KADIN SAğLIğINA YANSIMALARI

Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ALTIPARMAK¹

Aruzhan ALDABERGEN²

Ulpan ALDABERGEN³

* <https://doi.org/10.5281/zenodo.14504147>

¹ İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, sumeyye.kandemir@inonu.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-4759-1210>

² İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı, aruzhan.tr00@mail.ru, ORCID: 0009-0002-8931-9650

³ İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı, ulpannnn2411@gmail.com, ORCID: 0009-0003-9625-5656

1. GİRİŞ

Olumlu doğum deneyiminin oluşmasına her kadının, temel insan haklarından biri olan saygılı ve onurlu sağlık hizmetini alması, katkı sağlamaktadır. Gebelik ve doğum sürecinde sunulan bakım, ülkeden ülkeye kültürden kültüre değişmekte ve birçok ülkede gebeler olumsuz sağlık bakım hizmetleriyle karşılaşmaktadır (1).

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde birçok kadın sağlık kurumlarında ihmal ve istismara uğramaktadır. Bu ihmal ve istismar “obstetrik şiddet” olarak tanımlanmaktadır. Obstetrik şiddet, sağlık hizmetlerinde bakım sırasında kadına fiziksel ve/veya psikolojik zarar veren eylem, ihmal ve saygısız davranışlardan oluşmaktadır (2, 3). Obstetrik şiddetin ana-çocuk sağlığına etkileri incelendiğinde; doğum sonrası depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi zihinsel ve fiziksel sorunların gelişmesine katkıda bulunabileceği belirtilmiştir (4, 5). Gebelik dönemi, obstetrik şiddetin başlı başına bir sorun olmakla birlikte kadınların ruh sağlığı açısından hassas ve savunmasız oldukları doğum ve doğum sonrası dönemlerde depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi ruhsal bozuklukların gelişmesine de neden olabilir (6-8). Bu bölümün amacı obstetrik şiddet hakkında bilgi vermek ve kadın sağlığına yansımalarına ışık tutmaktır.

1. OBSTETRİK ŞİDDETİN TANIMI

“Obstetrik şiddet” tanımı ilk kez 2007 yılında Venezuela'da kabul edilen “Kadınların Şiddetsiz Bir Yaşam Hakkına İlişkin Organik Kanun”la yasallaşmıştır. Bu yasaya göre, obstetrik şiddet, kadınların vücudu ve üreme süreçlerinin sağlık profesyonelleri tarafından sahiplenilerek, insanlık dışı davranış, tıbbileşmenin kötüye kullanılması, doğal doğum sürecinin patolojikleştirilmesi sonucunda özerkliklerinin ve özgürce karar verme haklarının ellerinden alınması olarak tanımlanmaktadır (9).

Obstetrik şiddet, bebeğine veya gebeye yönelik, kadının açık ve bilgilendirilmiş rızası olmadan, fiziksel ve zihinsel bütünlüğüne, duygularına, seçeneklerine, tercihlerine ve özerkliğine saygısızlık edilerek uygulanan her türlü eylem ve müdahaleyi içermektedir (10). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise 2014 yılında sağlık kurumlarında,

fiziksel taciz, sözlü taciz, aşağılama, zorlayıcı veya onamsız uygulama, mahremiyete dikkat edilmemesi, yapılan uygulamalar sonucunda bilgilendirilmeden onam alma, ağrı kesici vermeyi reddetme, sağlık kuruluşuna kabul etmeme, doğum süresince ihmal etme, yaşamı tehlikeye atma, kadınları ve yenidoğanı tesiste alıkoyma gibi davranış ve uygulamaları saygısız, saldırgan davranış olarak tanımlayarak obstetrik şiddete dikkat çekmiştir (11,12). Birleşmiş Milletler'e göre, obstetrik şiddet yapısal eşitsizlik, ayrımcılık, ataerkil sistem ve eğitim eksikliğinin yanında cinsiyet eşitliğine ve insan haklarına saygı gösterilmemesinden kaynaklanmaktadır (13,14). Morales ise obstetrik şiddeti, sağlık profesyonelleri ile hastalar arasında güç ilişkisi sonucu ortaya çıkan şiddet olarak ifade etmektedir (15). Benzer şekilde, Freedman ve Kruk (2014), obstetrik şiddeti, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde sağlık kurumlarında kadınları hedef alan cinsiyete dayalı, insan haklarını ve kanıta dayalı tıbbi bakımı ihlal eden özel bir şiddet türü olarak tanımlamaktadır (16).

2. OBSTETRİK ŞİDDETİN TARİHÇESİ

Geçmişe bakarsak, gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerde kötü muameleler hep var olmuştur ancak adı konulmadı. İlk kez 1827 yılında Blundell'in *obstetrik şiddet* terimini kullandığı görülmektedir (17). Daha sonra 2000'li yıllara kadar terimin tekrar telaffuz edilmediği görülmektedir (10). Obstetrik şiddet, tarih boyunca toplumda sosyal ve politik ayrımcılık, baskı, dışlanma gibi çeşitli şekillerde kendini göstermiştir. Tarihe bakıldığında farklı dönemlerde obstetrik şiddetin belirtilerine rastlanmaktadır. Obstetrik şiddetin dini sebeplerden ayrımcılık için uygulandığı bir örnekte, 16.yy Roma'da Yahudi kadınların din değiştirmedeği sürece çocuklarının din adamları tarafından vaftiz edilmediği ve bu yüzden yenidoğanların catechumens (Hristiyan olmayanlar için kurumlar) evlerinde tutulduğu bildirilmektedir (18). Avrupa'da ise 15. ve 18. yüzyıllarda çok yaygın görülen cadı avlarında obstetrik şiddetin farklı bir tezahürü ile rastlanmaktadır. Ebelerin cadı avlarına katılarak, kadınları herkesin önünde muayene etmesi isteniyordu. Ayrıca tüm gebelikleri, kürtajları, doğumları ve şüpheli bebek ölümlerini kayıt altına alarak anlatmaları isteniyordu. Bu sistemden dolayı ebe ve kadın arasındaki güvene dayalı ilişkiye zarar verilmiş ve ebeğin özerk rolleri elinden alınmıştır (19).

Dünya'nın tüm bölgesinde kadınlar obstetrik şiddetin çok farklı türlerine maruz kaldılar ve kalmaya devam etmektedirler. Adı konulmayan bu kötü olaylar, ihmaller, kanıta dayalı olmayan rutin uygulamalar yakın zamanda, feminist grupların ses çıkarmasıyla uluslararası düzeyde fark edilip, obstetrik şiddet terimi ile ifade edilmiştir (20). Brezilya'da 1990'larda, Brezilya Doğumun İnsanileştirilmesi Ağı'nın (ReHuNa) öncülük ettiği obstetrik şiddeti önlemeye yönelik çalışmalar zamanla evrenselleşmiştir. Dünya'nın farklı yerlerinde hükümetlerin doğumla ilgili yasal düzenleme ve kılavuz oluşturmalarına neden olmuştur. Kadınların doğum süreçlerine ebelerin dahil edilmesi, doğumda refakatçi hakkı, istediği pozisyonda doğum yapabilme, yeme-içme özgürlüğü, ihtiyaç halinde non-farmakolojik ve farmakolojik ağrı kesicilerden faydalanma, sözlü, fiziksel istismarın yasaklanması, rutin invaziv müdahalelerin (epizyotomi, forseps, sezaryen) önüne geçmek, doğum sonu ten tene temas ve emzirmenin hemen başlatılması yapılan uygulamalardır (21,22).

Obstetrik şiddete ilişkin yasal zeminin ilk oluşturulduğu ülkeler Latin Amerika (Chadwick 2018; Quattrocchi 2019), Venezuela (2007), Arjantin (2009), Bolivya (2013), Panama (2013) ve Meksika (2014) olmuştur (23). Venezuela'da (2007) çıkan organik yasa ile obstetrik acillere zamanında ve yeterli müdahale edilmemesi, kadınların istedikleri doğum pozisyonda doğum yapamaması, doğumdan sonra tıbbi gereklilik olmaksızın anne bebek bağının ve emzirmenin başlatılmaması, düşük riskli gebelerin doğum süreçlerini hızlandırmak için gönüllü onam ve rızası alınmadan tıbbi uygulamaların yapılması, vajinal doğum mümkünken kadının gönüllü onamı ve rızası olmadan sezaryene alınması obstetrik şiddet olarak kabul edilmiştir (20).

Türkiye'de ise obstetrik şiddete ilişkin herhangi bir tanım ya da yasal zemin bulunmamaktadır. Ülkemizde, Anne-Bebek Dostu hastane uygulamalarında saygılı annelik bakımına ilişkin adımlar atılmıştır. Anne dostu hastane ünvanı, doğumda kanıta dayalı uygulamaları benimseyen, gereksiz müdahalelerden kaçınan, anneleri fiziksel ve duygusal olarak destek olan, doğum sonrası anne ve bebeğin bir arada olmasını sağlayan kurumlara verilmektedir (24,25). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı kamu hastaneleri raporunda (2023), 111 hastane "Anne-

Bebek Dostu" ünvanına sahiptir (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü [KHGM], 2023). Ancak yapılan az sayıda çalışma Türkiye’de obstetrik şiddetin hala önemli bir sorun olduğunu göstermektedir (26-28).

3. OBSTETRİK ŞİDDETİN YAYGINLIğI

Yapılan çalışmalarda dünya’nın birçok yerinde kadınların farklı düzeyde obstetrik şiddete maruz kaldığı bildirilmektedir (28-31). Dünya genelinde kadınlar doğum sürecinde %18.3 ile %75 arasında değişen oranlarda obstetrik şiddete maruz kalmaktadırlar (30). Kuzey Etiyopya’da 409 kadınla yapılan çalışmada obstetrik şiddetin en az bir çeşidine maruz kalma oranı %75 bulunmuştur (31). Bu oran, İtalya’da %21,2 (32) ve Hindistan’da %28,8 olarak bildirilmiştir (33,34). İspanya ve Afrika’da yapılan uluslararası çalışmalarda ise doğum yapan kadınların %35-40’ı obstetrik şiddetin bir türünü yaşadığını belirtmiştir (35, 36). Doğu Akdeniz bölgesinde yapılan 22 ülkenin dâhil edildiği meta-analiz çalışmasında, kadınların %75’i rutin epizyotomiye, %60’ı rızasız vajinal muayene, %27’si oksitosin uygulamasına, %11’i rızasız sezaryene maruz kaldığını bildirmiştir (37). Ekvador’da ise 388 kadının katıldığı çalışmada kadınların %51’ine epizyotomi, %19’una kristeller manevrası uygulandığı, %50’sinde anne bebek bağlanmasının gerçekleşmediği, %34’ünde ise emzirme desteğinin verilmediği raporlanmıştır (38).

Türkiye’de obstetrik şiddet konusundaki çalışmaların sayısı oldukça kısıtlıdır. Aşçı ve Demirgöz’ün (2023) yakın tarihli yapılan çalışmasında kadınların dörtte üçünün doğumlarında obstetrik şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Fiziksel şiddet ve bakımın terk edilmesi obstetrik şiddetin en yaygın şeklidir (26). Avcı ve Kaydırak (2023) tarafından yapılan nitel çalışmada ise kadınlar; doğumlarında fiziksel, sözlü ve psikolojik şiddete maruz kaldıklarını, obstetrik şiddet nedeniyle stres, kaygı, üzüntü, korku gibi duygular hissettiklerini, doğum süreçlerinde mahremiyetlerine dikkat edilmediğini, işlemler hakkında bilgilendirilmediklerini ve bekledikleri desteği alamadıklarını ifade etmiştir.

4. OBSTETRİK ŞİDDETİN TÜRLERİ

Kadınların doğum sürecinde yaşadıkları saygısız ve istismarcı bakımı, Bowser ve Hill (2010) yedi kategoride tanımlamıştır; “fiziksel şiddet, rıza dışı klinik bakım, gizli olmayan bakım, onurlu olmayan bakım, spesifik hasta niteliklerine dayalı ayrımcılık, bakımda terk edilme ve sağlık tesislerinde gözaltına alınma”(39).

4.1. Fiziksel Şiddet

Sağlık personelleri tarafından, doğum sırasında kadınlar kaba ve şiddetli davranışlara maruz kaldıklarını bildirmişlerdir; dayak, bacaklarını sert bir şekilde açma, tokat, sıkıştırma, aşırı güç kullanımı, sık ve defalarca vajinal muayene, elle veya aletle vurma/tokatlama gibi. Ayrıca özellikle uyluk kısımlarını sıkıştırılıp çimdiklendiğini ve tekmelendiklerini ve hatta bazı kadınlar doğum anında ağızlarına tıkaç tıkağı ve bağlandıklarını bildirmiştir (40). Bunlar dışında gereksiz epizyotomiler, doğum sonrası oluşan yırtıkların veya epizyotomilerin anestezi olmadan onarılması da fiziksel istismar olarak tanımlanmaktadır (39, 41).

4.2. Sözel Şiddet

Doğumda kadınların sağlık personeli tarafından “sert veya kaba dil, alay etme, aşağılama/ küçümseme, ses yükseltme, bağırma, tehdit etme, korkutma” gibi olumsuz yorum ve davranışlara maruz kalması sözlü şiddet olarak tanımlamıştır (40, 31). Dünya’nın çeşitli yerlerinde kadınlar doğum süreçlerinde sağlık personelleri tarafından sözlü şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (42). Sosyo- ekonomik düzeyi düşük, göçmen veya bulunduğu toplumda etnik kökeni azınlık olan kadınların doğum sırasında daha çok aşağılandığı görülmüştür. Yaşı küçük olan veya evlenmemiş olan kadınlar cinsel aktiviteleriyle ilgili hoş olmayan yorumlarla utandırılıp, küçük düşürülmüştür. Emzirme konusunda yetersiz olan kadınlar ile alay edilip, kadınların doğum sırasındaki uygun olmayan davranışları nedeniyle tedaviyi durdurdukları, dayak atma ve yenidoğana düşük kaliteli bakım vermekle tehdit edildiği belirtilmiştir (40).

4.3. Cinsel Şiddet

Obstetrik şiddet olarak kabul edilen, cinsel şiddet vaka sayısı diğer istismlara göre daha az görölmektedir. Ancak Üreme Hakları ve Federasyonu'nun raporunda; doğumda erkek sağlık personelleri tarafından kadınların bacaklarının kabaca ayrılmasının, özel bölgelerine dokunulmasının, zorla ve defalarca vajinal muayene yapılmasının obstetrik şiddet olarak tanımlanabileceği bildirilmiştir (43).

4.4. Damgalama ve Ayrımcılık

Doğum süresince kadınların literatürde dört ana kategoride damgalanma ve ayrımcılığa maruz kaldığı ifade edilmektedir. Bunlar; etnik köken ırk/dil/din, yaşı, sosyo- ekonomik durum ve tıbbi durumdur. Böylece kadınlar medeni durumuna göre de ayrımcılık yaşadıklarını belirtmiştir (40, 44). Kadınlara, sağlık kadınlara etnik kökeninden, ırkından ve dininden dolayı önyargılı, saygısız ve kötü davranışlarda bulunduğu gözlenmektedir. Dini inançları sebebiyle kadınlar da doğumda ayrımcılığa maruz kalabilmektedir.

Ayrımcılığa maruz kalanlar daha çok adölesan gebeler ve ileri yaşı yüksek pariteli kadınlar(39, 45, 46). Düşük sosyo- ekonomik duruma sahip kadınlar, evlilik dışı cinsel hayatı olan kadınlar, sağlık hizmetlerine ödeme yapamadıkları veya sağlık çalışanlarına hediye veremedikleri için daha düşük ve saygısız bakım alabilmektedirler. Kırsalda yaşıyan yoksul kadınlarda eğitim seviyesi düşük, sağlık profesyonelleri tarafından kirli olarak düşünöldükleri için küçümsenmeye maruz kaldıklarını bildirmiştir (39, 47, 48). Gebelere temas etmekten kaçındıkları, öte yandan kadınların HIV'li olması durumunda tıbbi müdahalelerin geciktiği, temel sağlık bakımının verilmediği ve bu gebelerin damgalandığı raporlanmıştır (40, 38, 45). HIV/AIDS'li kadınların doğum sırasında damgalanması, sağlık bakım hizmetlerinin reddedilmesi sık görölmektedir (39, 31). Ekvator'da ayrımcılığa maruz kalmamak için evde doğum yapmayı tercih eden kadınlar olduğu gözlenmiştir (38).

4.5. Profesyonel Bakım Standartlarının Karşılanmaması

Sağlık personellerinin doğumda kaliteli bakım standartlarına uygun bakım vermemesi bir obstetrik şiddet biçimi olarak tanımlanmaktadır. Doğum sürecinde izinsiz/onamsız bakım, gizli olmayan bakım, onursuz bakım, tek başına bırakılma/bakımdan vazgeçme ve özerklik kaybı gibi saygılı annelik bakım standartlarına uymayan davranışlar bu kategoride ele alınmaktadır (40).

5. OBSTETRİK ŞİDDETİN NEDENLERİ

Doğum sırasında kadınların yaşadıkları obstetrik şiddetin çok fazla nedeni vardır. Bu nedenler arasında toplumsal cinsiyet, obstetrik şiddetin bilinmemesi ve önemsenmemesi, örgütsel problemler, güç ilişkileri, ırkçılık ve doğumun medikalleşmesi gibi nedenler sayılmaktadır (49-51).

5.1. Cinsiyet Kavramı ve Obstetrik Şiddet İlişkisi

Toplumsal cinsiyet eşitliğinin olmaması, kadınların politik, ekonomik, sosyal ve kültürel alanlardaki insan hakları ve temel özgürlüklerinin tanınmasını, kullanılmasını engelleyen ve cinsiyete bağlı olarak yapılan ayırım, mahrumiyet, kısıtlama anlamına gelmektedir (52). Obstetrik şiddet, kurumsal ve toplumsal cinsiyete bağlı şiddetin iç içe geçmiş biçimi olarak tanımlanmaktadır (50). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, kadınların doğurganlıkları, bedenleri ve cinsellikleri üzerinden zorbalığa ve ayrımcılığa maruz kalmalarına neden olmaktadır (49, 53). Hastaların maruz kaldığı iyi olmayan davranışlar, kadınların doğumda maruz kaldığı iyi olmayan davranışlardan daha da farklıdır. Hastalıklar patolojiktir ancak doğum fizyolojiktir. Doğum sırasında kadınların maruz kaldığı davranışlar cinsiyetle ilgilidir. Dünya'nın birçok yerlerinde yapılan çalışmalarda çoğu kadınların obstetrik şiddete maruz kaldığı görülmekte olup, kadınlar doğumda maruz kaldıkları şiddeti *tecavüze* benzetmişlerdir (51,54).

Doğum için sağlık kurumlarına gelen kadınların, kendilerini sisteme ve profesyonellere teslim etmeleri istenmektedir. Kanıta dayalı olmayan rutin uygulamalar, rızasız ve eksik onamla yapılan işlemler

sıklıkla görülmektedir. Eylem süresince kadınların düşünceleri ve istekleri önemsenmemektedir. Temelleri ataerkil düzende kurulmuş obstetride, sağlık profesyonelleri kadınlar için ‘*en iyi olanı karar verir*’ düşüncesi hâkim olmuştur. Bu anlayış doğum süresince kadınların kendi bedenleriyle ilgili kararlara katılamadığı, eşit olmayan güç ilişkisini göstermektedir (55).

5.2. Kadınların Obstetrik Eylemleri Bilmemesi/Tanımaması

Kadınların doğum anında gördükleri saygı ve saygısızlık kavramı toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Toplumda kadına verilen değer, kadına yönelik şiddetin yaygın görülmesi, toplumda kadınların özerkliklerinin olmaması, kamu hizmetlerinin kötü olması, doğum anında kaliteli bakım eksikliğini, kötü davranışı veya istismarı normalleştirmektedir (56). Yapılan birçok grup çalışmasında kadınların temel insan hakları çerçevesinde saygılı sağlık hizmeti alma hakkına sahip olduklarından habersiz oldukları anlaşılmıştır (57). Doğumdaki kötü davranışlar ve saygısızlık birçok ülkede sıradanlaşmış ve doğumun bir parçası olarak kabul edilmektedir (58, 59).

5.3. Obstetrik Şiddete Neden Olan Örgütsel Problemleri

Yetersiz Personel ve Kaynak

Temel İnsan Hakları Bildirgesi’ne göre sağlık kurumlarının tümünde elektrik, su ve sanitasyon altyapısı bulunmalı ve her kadının kendine ait yatağı olmalıdır. Fiziksel koşulların yanında tıbbi malzeme, ilaç, yeterli sayıda ve deneyimli sağlık personeli bulunmalıdır. Bu şartlardan biri eksik olursa eğer kaliteli bakım sağlanamamaktadır (60). Sağlık profesyonellerinin işini kurumlarda tıbbi malzeme eksikliği zorlaştırmaktadır. Kaynak eksikliği, sağlık profesyonellerinin motivasyonun olumsuz etkilemekte bu da kadınlara olumsuz davranış olarak geri dönmektedir (61).

Denetim Eksikliği ve Hesap Verme

Klinik bakım ve saygılı bakım standartlarının uygunluğu sağlık tesislerinin birçoğunda denetlenmemektedir. Bu denetim eksikliği

sağlık profesyonellerinin birbirlerinin hatalarını gizemli bir ortam yaratabilmektedir. Bu durumu engellemek için hükümetler tarafından anne sağlığı politikaları oluşturulup, yaptırım mekanizmaları ile ilişkili saygısız doğum bakımlarını azaltan, yenilikçi uygulamaları destekleyen sistem oluşturulmalıdır (62). Öte yandan, kadınlar obstetrik şiddete maruz kaldığında çoğu düşük eğitim seviyesi nedeniyle veya okuma yazmaları olmadığı için şikayetlerini anlatamamadıklarında ve hesap verme prosedürlerini nasıl kullanması gerektiğini bilmemektedir (35,31).

Diğer taraftan kadınlar haklarını bilse de şikayetlerini iletecekleri ve çözüm bulunacak bir sistem ya da mekanizmanın olmadığıda obstetrik şiddeti şikayet olarak bildirmemektedir (63, 39). Sağlık sisteminde resmi şikâyet mekanizmalarının olmayışı, zorunlu yaptırımların uygulanmaması hesap verilebilirliğin gerçekleşmemesi ile sonuçlanmaktadır (39, 64).

5.4. Obstetrik Şiddetin Doğallaştırılması

Sağlık personellerinin doğumda temel amaçları; insanların hayatını kurtarma ve ölüme neden olabilecek komplikasyonları engellemektir. Kadın ve yenidoğan doğumdan sağ çıktığı sürece sağlık personelleri amaçlarına ulaşmış oluyorlar. Bu nedenle obstetrik şiddet, sağlık profesyonelleri için ahlaki bir sorun değil, doğum sürecinde yaşanan doğal bir sonuç olarak algılanmaktadır (19). Yenidoğan için yapılan mühalaleler kasıtlı değil de, iyi niyetle yapıldığı için savunulmaktadır (55)

Obstetrik şiddet, sadece sağlık çalışanları için değil kadınlar için de normal algılanabilmektedir. Kadınların mevcut hakları ve doğumda kaliteli bakımın nasıl olması gerektiği konusunda farkındalıklarının olmaması doğumda yaşadıkları istismar içeren davranışları normal kabul etmelerine neden olmaktadır (31).

5.5. Doğumun Medikalizasyonu

Doğumların hastaneye taşınması ve obstetrinin büyük ölçüde erkeklerin egemenliğinde gelişmesiyle, doğumlar gereksiz müdahalelerle medikalleşmeye başlamıştır. Dolayısıyla hastane doğumlarında kontrol sağlık profesyonellerinin eline geçmiştir ve

kadınlar kendilerini gereksiz rutin işlemlere teslim etmek zorunda kalmıştır (65). İyatrojenik prosedürler, gereksiz oksitosin kullanma, hareket kısıtlanması, litotomi pozisyonunda doğum yapmaya zorlanma, rutin amniyotomi, sürekli fetal izleme, oral kısıtlaması, analjezik isteğinin karşılanmaması, doğum sonu ten tene temasın yapılmaması, emzirmenin başlatılmaması, sebepsiz anne bebek bağının sağlanamaması, rıza dışı ve onamsız işlemler doğumu doğal sürecinden uzaklaştırmıştır (13). Kadınlar, doğumun merkezinde yer almadıkları için bunların hepsine boyun eğmek zorunda bırakılmıştır (19).

6. Obstetrik Şiddetin Sonuçları

Doğumda obstetrik şiddette maruz kalınmak, anne, bebek, aile bireyleri ve sağlık profesyoneli açısından çok olumsuz etkiye neden olmaktadır. Kadınların doğum süreçlerinde yaşadıkları saygısız ve kötü davranışların, fiziksel ve psikolojik kırgınlıklara neden olduğu görülmüştür (66). Doğum sürecinde kadının birey olarak görülmemesi, kendi bedeniyle ilgili uygulamalarda ve kararlarda dışlanması, bilgi verilmemesi, kendilerini zayıf hissetmelerine neden olmuştur (67). Shabot ve Korem'in (2018) araştırmasında ise kadınlar kendilerini doğum sürecinde dışlanmış ve pasif hissettiklerini ifade etmiştir.

Obstetrik şiddet sonrasında duygudurum bozuklukları, kişilik değişiklikleri, doğum travması ve doğum sonrası stres bozukluğu (TSSB), yenidoğanla bağın bozulması, aile dinamiklerinin olumsuz etkilenmesi, cinsellik ve cinsel işlevde bozulma, başka çocuk istememe gibi olumsuz sonuçlar görülmüştür (68-70, 19). Kadınlar doğumda bir birey olarak değil de sanki bebeğin taşıyıcısı olarak var olduklarını hissetmişlerdir (65). En önemli sonuçlardan biri obstetrik şiddet yaşayan kadınların doğum deneyimlerini olumsuz ve travmatik olarak algılamalarıdır. Doğum sürecinde obstetrik şiddete maruz kalan kadınlar lohusalık ve sonrasında doğum sürecine takılı kalmış, süreci atlatamamış hissettiklerini ifade etmiştir. Kendilerini depresif, öfkeli, zaman zaman intihara meyilli hissettiklerini, bebekleri ve eşleriyle ilişkilerinin sıkıntılı olduğunu, doğum sonrası cinsellikle ilgili ciddi bir travma yaşadıklarını belirtmiştir (71). Travmatik doğumun en önemli öğesinin kadınlarla sağlık profesyonelleri arasındaki sorunlu ilişki

olduğu görülmüştür. Destek eksikliği, zayıf iletişim, terk edilme, özerklik kaybı, onursuz bakım travmatik doğuma sebep olmuştur (72).

Obstetrik şiddetin sadece ona maruz kalan kadınlar için değil, buna şahit olan sağlık profesyonelleri için de olumsuz sonuçları görülmektedir. Sağlık profesyonelleri öğrencilik yıllarından itibaren, doğumlarda birçok olumsuz davranışa şahit olmuştur. Doktorların ve ebelerin doğum yaptırırken seslerini yükseltmesi, uyluklarının forsepsle tokatlanması, anestezişiz epizyotomi onarımı, aşağılayıcı sözler, kadınların hak etmediği davranışlar tıp ve ebelik öğrencilerinin evrensel olarak eğitimlerinin bir parçası haline dönüşmüştür (73). Sağlık profesyonelleri kadınların yaşadığı travmaya birinci elden tanık olması merhamet yorgunluğu ve ikincil travmatik stresle sonuçlanabilmektedir (10). Hatta bu tür uygulamalara şahit olduklarından dolayı bazı sağlık profesyonelleri etik değerlere ve insan onuruna aykırı buldukları için mesleği bıraktıkları bildirilmektedir (74). Diğer taraftan sağlık profesyonelleri bir kısmı aynı şeyleri kendi doğumlarında yaşamamak için elektif sezaryeni seçmiş ya da “doğum grevine” girmeyi tercih etmiştir (75). Sağlık personellerinin obstetrik şiddete şahit olması ile ilgili diğer önemli sonuç ise şiddetin onlar için olağanlaşmasıdır. Nitekim sağlık profesyonelleri ile yapılan görüşmelerde, şiddet içeren davranışları hayat kurtaran eylem olarak tanımlamakta ve gerekli olduğunu savunmaktadırlar (45).

7. Obstetrik Şiddet ve Ebelik Uygulamaları

Her zaman kadınların hayatında doğum deneyimi çok önemli bir an olarak görülmüş ve 19. yüzyılın ortalarına kadar bu anı rahat ve neşeli kılmak için anne adayları ebeler tarafından desteklenmişlerdir (66). İnsanlığın başlangıcından beri var olan ebeler, kadınlarla eşit güce sahip, hak ettiği saygılı ve onurlu bakımı vermiştir (76). Ancak 20. yüzyılda yüksek riskli gebeliklerde anne bebek ölümlerinin gelişen teknoloji ile azaltılması doğumların kurumlara taşınmasına neden olmuştur (66). Bu süreçte doğumlar hızla tıbbileşmiş ve geleneksel ebeliğin yerini erkek egemen kadın doğum uzmanları almıştır (77, 78). Doğuma hekimlerin hâkim olması doğumun fizyolojik bir olaydan ziyade bir hastalık olarak algılanmasına ve bununla birlikte gereksiz ve saldırgan müdahalelerin artmasına neden olmuştur (26, 18).

Sağlık sisteminde obstetri sadece kadınların ölmesine izin vermemekle birlikte ölme olasılığını artıracak birçok müdahaleyi beraberinde getirmiştir (79). Doğal doğum anlayışı da doğumların tıbbileşmesi ile değişmiştir. Vajinal doğumun bir parçası gibi kabul görmüş teknolojik uygulamalar, müdahaleler, ve sezaryen dışındaki uygulamalar doğal doğum olarak kabul edilmiştir. Bu yeni doğum anlayışı kadın ile ebe arasındaki iletişimin kopmasına neden olmuştur. Ne yazık ki bilim insanları tıbbileşen doğumları ebeliğin karşıtı bir bakım modeli olarak görmüştür (79, 80). Doğumda ebelerin rollerinin azalması ile doğumun insani yönleri göz ardı edilmiş ve doğum giderek daha mekanikleşmiştir (79). ebeler doğum anında otoritelerini geri kazandıklarında, hastane odaklı tıbbileşen kötü doğumların azalacağını savunmaktadır (81, 79). Benzer şekilde, Dünya Sağlık Örgütü de doğumun fizyolojik bir süreç olduğunu bu nedenle kadınların gereksiz müdahalelerin yerine kaliteli ebelik bakımı ve uygulamalarına ihtiyaç duyduğunu savunmaktadır (82).

Obstetrik şiddeti engellemek ve kadınlarla sağlık personelleri arasındaki ilişkiyi iyileştirmek için merhametli ebelik bakımına ihtiyaç vardır (83). Doğum sürecinde kanıta dayalı uygulamaları destekleyen ebelerin eğitim ve bilgiye sahibi olması kadınların aldığı kaliteli bakımı direkt etkilediği görülmüştür. Ağrı ile baş etmede kullanılan nonfarmakolojik yöntemleri bilen (masaj, yağ kullanımı, pozisyonlar vb.), gerekli durumlarda farmakolojik yöntemleri kullanan, süreç boyunca yatağa bağlı kalmadan kadınların yürüme ve pozisyon değiştirme özgürlüğünü destekleyen, kanıta dayalı olmayan rutin uygulamalardan (epizyotomi, amniyotomi, indüksiyon) kaçınan, kadınları litotomi pozisyonunda doğuma zorlamayan ve kadınlarla iletişim halinde olan insancıl ebelik bakımı kadınların ihtiyaç duyduğu kaliteli doğumu sağlamaktadır (84, 85).

Doğumlarda ebelerin tıbbi ve insani becerilerinin anne-bebek sağlığı için önemi açıkça anlaşılmaktadır. Ancak çalışma koşulları, sağlık sistemi, mali kaynakların yetersizliği, hastanedeki hiyerarşi gibi olumsuzluklar kadınların kaliteli ebelik bakımı almasını engellemektedir (56). Ne yazık ki, doğum ünitelerindeki çalışma koşulları, ebinin aynı anda bir kadına yardım etmesine imkân vermemektedir (56). Öte yandan, ebeler doğumun başarısı açısından

çok fazla baskı altında bırakılmaktadır ve doğumdaki olumsuzluklardan sorumlu tutulmaktadır (86, 87). Obstetrik şiddet sorununu, eksik kurumsal kaynakların, alt yapı yetersizliklerinin olduğu doğum ünitelerinde, düşük ücretlerle, uzun çalışma süreleri ile ve kısıtlanmış yetkilerle hizmet vermeye çalışan ebelerin sırtına yüklemek soruna gerçekçi bir yaklaşım değildir (88).

Sonuç

Bu bölümde obstetrik şiddetin kadın sağlığına yansımaları hakkında bilgilendirmeler yapılmışv ve sağlık profesyonellerinin kadınlara kaba davranmasının, ebelerin ve doğum hekimlerinin bağırmaları, yeterli ağrı kesici verilmemesi, doğum süresince mahremiyetlerine dikkat edilmemesinin birer obstetrik şiddet sayıldığı vurgulanmıştır. Obstetrik şiddetin önlenmesinin bir sistem sorunu olduğu unutulmamalı ve şiddetin önlenmesi için çok yönlü bir yaklaşım gerekmektedir. Doğumun insancillaştırılması için ebelik eğitimine, ebelerin çalışma koşullarına, yetki ve sorumluluklarına yönelik daha fazla sağlık politikası geliştirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Gray, T., Mohan, S., Lindow, S., Farrell, T. 2019. Obstetric violence: clinical staff perceptions from a video of simulated practice. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*: X, 1, 100007.
2. Bowser, D., Hill, K., 2010. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Boston: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health, 3.
3. Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ... & Gülmezoglu, A. M., 2015. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 12(6), e1001847.
4. Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vazquez, S., Rodríguez-Almagro, J., & Hernández-Martínez, A., 2021. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 34(5), e526-e536.
5. Taylor Miller, P. G., Sinclair, M., Gillen, P., McCullough, J. E. M., Miller, P. W., Farrell, D. P., ... & Klaus, P., 2021. Early psychological interventions for prevention and treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) and post-traumatic stress symptoms in post-partum women: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 16(11), e0258170.
6. Schroll, A. M., Kjærgaard, H., & Midtgaard, J., 2013. Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women-a qualitative study. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 1-11.
7. Grekin, R., O'Hara, M. W., 2014. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389-401.
8. Clemente, L. F., Fernández, I. O., 2018. Revisión sistemática del tratamiento del trastorno de estrés postraumático postparto. *Psicosomática Y Psiquiatría*, (5).

9. Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive health matters*, 24(47), 47-554
<https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
10. Chadwick, R. (2018). *Bodies that birth: Vitalizing birth politics*. Routledge.
11. World Health Organization. (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement* (Geneva, Switzerland). World Health Organization.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/W?sequence=1>
12. Tudela, M.D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. (2021). Obstetric violence in Spain (part II): interventionism and medicalization during birth. *International journal of environmental research and public health*, 18(1), 199.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18010199>
13. Simonovic, D., & Secretary-General, U. N. (2019). *A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence: Note/by the Secretary-General*.
<https://digitallibrary.un.org/record/3823698>
14. Tudela, M.D., Roman, P., González-Chordá, V. M., Rodríguez-Arrastia, M., Gutiérrez- Cascajares, L., & Ropero-Padilla, C. (2023). Experiences with obstetric violence among healthcare professionals and students in Spain: A constructivist grounded theory study. *Women and birth*, 36(2), e219-e226.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.07.169>
15. Chadwick, R.J.(2016). Obstetric violence in South Africa. *SAMJ: South African Medical Journal*, 106(5), 423-424.
<https://doi.org/10.7196/SAMJ.2016.v106i5.10708>

16. Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, 384(9948), e42-e44. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X)
17. Blundell, J. (1827). Lectures on the theory and practice of midwifery. Delivered at Guy's hospital by Dr James Blundell. Lecture 28: After-management of floodings, and on transfusion. *Lancet*, 8(1), 673-681.
18. O'Brien, E., & Rich, M. (2022). Obstetric violence in historical perspective. *The Lancet*, 399(10342), 2183-2185. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01022-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01022-4)
19. Waal, V.R., Mayra, K., Horn, A., & Chadwick, R. (2022). Obstetric violence: An intersectional refraction through abolition feminism. *Feminist Anthropology*.4(1), 91-114. <https://doi.org/10.1002/fea2.12097>
20. D'Gregorio, R. P. (2010). Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 111(3), 201-202.
21. Diniz, C. S.G., Rattner, D., Lucas d'Oliveira, A. F. P., de Aguiar, J. M., & Niy, D. Y. (2018). Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reproductive health matters*, 26(53), 19-35. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502019>
22. Ignacio, A. (2019, 9 Ağustos). Brazil's debate over 'obstetric violence' shines light on abuse during childbirth. *Huffpost Brazil*. https://www.huffpost.com/entry/obstetric-violence-brazil-childbirth_n_5d4c4c29e4b09e72974304c2
23. Castro, R., & Frías, S. M. (2020). Obstetric violence in Mexico: results from a 2016 national household survey. *Violence against women*, 26(6-7), 555-572. <https://doi.org/10.1177/1077801219836732>
24. Bilgin, Z. (2022). Anne dostu hastane modeli ve annelerin doğum memnuniyetleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi*

- Elektronik Dergisi 15(3), 279-288,
<https://doi.org/10.46483/deuhfed.892932>
25. Serçekuş, P., & Başkale, H. (2016). Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*, 34, 166-172.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.016>
 26. Aşci, Ö., & Bal, M. D. (2023). The prevalence of obstetric violence experienced by women during childbirth care and its associated factors in Türkiye: a cross-sectional study. *Midwifery*, 124, 103766. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103766>
 27. Avcı, N., & Kaydırak, M. M. (2023). A qualitative study of women's experiences with obstetric violence during childbirth in Turkey. *Midwifery*, 121, 103658.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103658>
 28. Kaya,Z., & Şahin,N.H. (2021). Kadınların obstetrik şiddet deneyimleri: Sistematik derleme. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(3), 509-519.
<https://doi.org/10.26559/mersinsbd.807530>
 29. Bohren, M. A., Hunter, E. C., Munthe-Kaas, H. M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2014). Facilitators and barriers to facility-based delivery in low-and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive health*, 11(1), 1-17.
 30. Mesenburg, M. A., Victora, C. G., Jacob Serruya, S., Ponce de León, R., Damaso, A. H., Domingues, M. R., & da Silveira, M. F. (2018). Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reproductive health*, 15(1), 1-8. <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0495-6?platform=hootsuite>
 31. Mihret, M. S. (2019). Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a Specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia. *BMC research notes*, 12(1), 1-7.

- <https://bmcrenotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-019-4614-4>
32. Ravaldi, C., Levi, M., Angeli, E., Romeo, G., Biffino, M., Bonaiuti, R., & Vannacci, A. (2018). Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs?. *Midwifery*, 64, 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.008>
 33. Bhattacharya, S., & Sundari Ravindran, T. K. (2018). Silent voices: institutional disrespect and abuse during delivery among women of Varanasi district, northern India. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 1-8.
 34. Tudela, M.D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. (2020). Obstetric violence in Spain (Part I): women's perception and interterritorial differences. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 7726. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
 35. Bohren, M. A., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, T. M., Balde, M. D., Maya, E., ... & Tunçalp, Ö. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *The Lancet*, 394(10210), 1750-1763. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)
 36. Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. (2020). Obstetric violence in Spain (Part I): Women's perception and interterritorial differences. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 7726.
 37. Khalil, M., Carasso, K. B., & Kabakian-Khasholian, T. (2022). Exposing Obstetric Violence in the Eastern Mediterranean Region: A Review of Women's Narratives of Disrespect and Abuse in Childbirth. *Frontiers in Global Women's Health*, 3. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fgwh.2022.850796/full>

38. Brandão, T., Cañadas, S., Galvis, A., de Los Ríos, M. M., Meijer, M., & Falcon, K. (2018). Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143(1), 84-88. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12625>
39. Bowser, D., & Hill, K. (2010). Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Boston: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health, 3.
40. Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ... & Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
41. Center for Reproductive Rights & Federation of Women Lawyers-Kenya (FIDA) 2007, Failure to Deliver: Violations of Women's Human Rights in Kenyan Health Facilities, United States.
42. Chadwick, R. J., Cooper, D., & Harries, J. (2014). Narratives of distress about birth in South African public maternity settings: A qualitative study. *Midwifery*, 30(7), 862-868. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.014>
43. Center for Reproductive Rights & Federation of Women Lawyers-Kenya (FIDA) 2007, Failure to Deliver: Violations of Women's Human Rights in Kenyan Health Facilities, United States.
44. Perera, D., Lund, R., Swahnberg, K., Schei, B., & Infanti, J. J. (2018). 'When helpers hurt': women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 1-12. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1869-z>
45. Santiago, R. V., Monreal, L. A., Rojas Carmona, A., & Domínguez, M. S. (2018). "If we're here, it's only because we have no money..." discrimination and violence in Mexican maternity wards. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 1-10.

- <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1897-8>
46. Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., ... & Declercq, E. (2019). The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive health*, 16(1), 1-18. <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-019-0729-2>
 47. Hameed, W., & Avan, B. I. (2018). Women's experiences of mistreatment during childbirth: A comparative view of home-and facility-based births in Pakistan. *PloS one*, 13(3), e0194601. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194601>
 48. Lappeman, M., & Swartz, L. (2019). Rethinking obstetric violence and the “neglect of neglect”: the silence of a labour ward milieu in a South African district hospital. *BMC international health and human rights*, 19(1), 1-11. <https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12914-019-0218-2>
 49. De Lopez, J. M. (2018). When the scars begin to heal: narratives of obstetric violence in Chiapas, Mexico. *International Journal of Health Governance*. 23(1), 60-69.
 50. Tamés, R. (2015). Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos. <https://clacaidigital.info/handle/123456789/677>
 51. Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive health matters*, 24(47), 47-554 <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
 52. Şimşek, H. (2011). Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın üreme sağlığına etkisi: Türkiye örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(2), 119-126. <https://dergipark.org.tr/en/pub/deutip/issue/4660/63504>

53. Ribeiro, D. D. O., Gomes, G. C., Oliveira, A. M. N. D., Alvarez, S. Q., Gonçalves, B. G., & Acosta, D. F. (2020). Obstetric violence in the perception of multiparous women. *Revista gaucha de enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190419>
54. Shabot, S. C., & Korem, K. (2018). Domesticating bodies: the role of shame in obstetric violence. *Hypatia*, 33(3), 384-401.
55. Sen, G., Reddy, B., & Iyer, A. (2018). Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. *Reproductive health matters*, 26(53), 6-18. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1508173>
56. Annborn, A., & Finnbogadóttir, H. R. (2022). Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery*, 105, 103212. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212>
57. De Almeida, J. V., De Oliveira, E. M., da Silva Medeiros, A., & Carvalho, M. S. M. L. (2022). Perception of puerperal women in a maternal and children's hospital about obstetric violence in the State of Roraima/Percepção das puérperas de um Hospital Materno Infantil sobre a violência obstétrica no estado de Roraima. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 14. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11680>
58. Shabot, S. C., & Korem, K. (2018). Domesticating bodies: the role of shame in obstetric violence. *Hypatia*, 33(3), 384-401.
59. Shabot, S. C. (2021). We birth with others: Towards a Beauvoirian understanding of obstetric violence. *European Journal of Women's Studies*, 28(2), 213-228. <https://doi.org/10.1177/1350506820919474>
60. Bohren, M. A., Titiloye, M. A., Kyaddondo, D., Hunter, E. C., Oladapo, O. T., Tunçalp, Ö., ... & Mugerwa, K. (2017). Defining quality of care during childbirth from the perspectives of Nigerian and Ugandan women: A qualitative study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 139, 4-16. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12378>

61. Salgado, M., Wendland, M., Rodriguez, D., Bohren, M. A., Oladapo, O. T., Ojelade, O. A., ... & Fawole, B. (2017). Using a service design model to develop the "Passport to Safer Birth" in Nigeria and Uganda. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 139, 56- 66. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12381>
62. Tunçalp, Ö., Were, W. M., MacLennan, C., Oladapo, O. T., Gülmezoglu, A. M., & Bahl, R. (2015). Improving quality of care for mothers and newborns—the WHO Vision. *Bjog*, 1471- 0528. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13451>
63. McMahon, S. A., George, A. S., Chebet, J. J., Mosha, I. H., Mpembeni, R. N., & Winch, P. J. (2014). Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth; a qualitative study with women and men in Morogoro Region, Tanzania. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 1-13. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-268?report=reader>
64. Freedman, L. P., & Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, 384(9948), e42-e44. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X)
65. Ribeiro DO, Gomes GC, Oliveira A, Alvarez SQ, Gonçalves BG, Acosta DF. Obstetric violence in the perception of multiparous women. *Rev Gaucha Enferm.*2020;41:e20190419.
66. Leal, S. Y. P., Lima, V. D. A., Silva, A. D., Soares, P. D. F. L., Santana, L. R., & Pereira, A. (2018). Perception of nurse midwives on obstetric violence. *Cogitare enferm. Rev*, 23(2).
67. Byrne, V., Egan, J., Mac Neela, P., & Sarma, K. (2017). What about me? The loss of self through the experience of traumatic childbirth. *Midwifery*, 51, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.04.017>
68. Aydın, N., & Yıldız, H. (2018). Effects of traumatic birth experience and transmission intergenerational Travmatik doğum deneyiminin etkileri ve nesiller arası aktarımı. *Journal of Human Sciences*, 15(1), 604-618.

69. De, S., & Vigod, S. (2016). Postpartum depression. *N Engl J Med*, 375, 2177-86.
70. Maeda, Y., Ogawa, K., Morisaki, N., Tachibana, Y., Horikawa, R., & Sago, H. (2020). Association between perinatal anemia and postpartum depression: A prospective cohort study of Japanese women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 148(1), 48- 52. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12982>
71. Shabot, S. C. (2021). We birth with others: Towards a Beauvoirian understanding of obstetric violence. *European Journal of Women's Studies*, 28(2), 213-228. <https://doi.org/10.1177/1350506820919474>
72. Harris, R., & Ayers, S. (2012). What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum ‘hotspots’. *Psychology & health*, 27(10), 1166-1177. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.649755>
73. van der Waal R, Mayra K, Horn A, Chadwick R. Obstetric violence: an intersectional refraction through abolition feminism. *Feminist Anthropology*. 2022;4(1):91-114.
74. Fernandez, I.O., & Berdun, R.D. (2015). Midwives experiences regarding obstetric violence. *Arch Women’s Mental Health*, 18(2), 322. https://www.researchgate.net/profile/Dolores-Ruiz-Berdun/publication/280882124_Midwives_experiences_regardin_g_obstetric_violence/links/55ca2eb508aeca747d69e261/Midwives-experiences-regarding-obstetric-violence.pdf
75. Brown, J. (2019). *Birth strike: The hidden fight over women’s work*. PM Press.
76. Diniz, S. G., Salgado, H. D. O., Andrezzo, H. D. A., Carvalho, P. D., Carvalho, P. C. A., Aguiar, C. D. A., & Niy, D. Y. (2015). Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *J Hum Growth Dev*, 25(3), 377-376.

77. Kitzinger, S. (2000). Some cultural perspectives of birth. *British Journal of Midwifery*, 8(12), 746-750. <https://doi.org/10.12968/bjom.2000.8.12.8037>
78. Topçu, S. (2019). Caesarean or vaginorean epidemics? Techno-birth, risk and obstetric practice in Turkey. *Health, Risk & Society*, 21(3-4), 141-163. <https://doi.org/10.1080/13698575.2019.1641588>
79. Dixon, L.Z. (2015). Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices. *Medical anthropology quarterly*, 29(4), 437-454. <https://doi.org/10.1111/maq.12174>
80. Başkaya, Y., & Sayiner, F. D. (2018). Sezaryen Oranını Azaltmaya Yönelik Kanıta Dayalı Ebelik Uygulamaları/Evidence-Based Midwifery Practices to Reduce Cesarean Rat. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(1), 113-119 <https://doi.org/10.17681/hsp.335472>
81. C., & Gerard, T. (2009). El parto humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno–infantil. *La Muerte Materna*, 95.
82. Ferreira, K. M., Machado, L. V., & do Amparo Mesquita, M. (2014). Humanização do parto normal: uma revisão de literatura/Humanization normal child birth: a review of literature. *Saúde em Foco*, 1(2), 134-148.
83. Andrade, P. D. O. N., Silva, J. Q. P. D., Diniz, C. M. M., & Caminha, M. D. F. C. (2016). Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Revista brasileira de saúde materno infantil*, 16, 29-37. <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>
84. Hoop-Bender PT, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet* 2014; 384(9949): 1226-1235. <https://doi.org/10.1016/S0140>

85. Leal, M. D. C., Pereira, A. P. E., Domingues, R. M. S. M., Filha, M. M. T., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., ... & Gama, S. G. N. D. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de sa¼de p¼blica*, 30, S17-S32. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
86. Chattopadhyay, S., Mishra, A., & Jacob, S. (2018). ‘Safe’, yet violent? Women’s experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India. *Culture, health & sexuality*, 20(7), 815-829. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1384572>
87. Yalley, A. A. (2022). “We Beat them to Help them Push”: Exploring Midwives’ Perspectives on Obstetric Violence in Ghana. <https://doi.org/10.20944/preprints202210.0385.v1>
88. Alexandria, S. T., de Oliveira, M. D. S. S., Alves, S. M., Bessa, M. M. M., Albuquerque, G. A., & Santana, M. D. R. (2019), La violencia obstétrica bajo la perspectiva de los profesionales de enfermerıa involucrados en la asistencia al parto. *Cultura de los cuidados: Revista de Enfermerıa y Humanidades*, (53), 119-128. <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.53.12>

BÖLÜM 5

MENOPOZ DÖNEMİNDE YEME BOZUKLUKLARI VE DUYGUSAL YEME

Dr. Öğr. Üyesi Deniz Aslı DOKUZCAN¹
Gül Beyza YILMAZ²

*<https://doi.org/10.5281/zenodo.14504151>

¹ Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, denizdokuzcan@balikesir.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-0466-7668>

² Balıkesir Üniversitesi, gulbeyzayilmaz@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0008-6996-279X>

1. GİRİŞ

DSÖ'nün menopoz tanımı kadınlar için üreme yıllarının sonunu ifade etmektedir. Dünya genelinde menopoz yaşı ortalama 45-55 yaş aralığındadır. Türkiye'de ise menopoz yaş ortalaması 47-49 yaş aralığındadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, 2030 yılına kadar 50 yaş ve üzerindeki kadınların sayısı 1,2 milyarı bulacağı tahmin edilmektedir (Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (TJOD), 2023). Menopoz döneminde hormonların değişmesi ile beraber kadınlarda bazı fiziksel, psikolojik ve sosyal değişiklikler ortaya çıkmaktadır. (TJOD, 2022) Yeme bozukluğu; 'anormal yeme davranışı' olarak açıklanan ruhsal ve klinik bir durumdur. DSM- 5'te (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) yeme bozuklukları; Anoreksiya Nevroza (AN), Bulimia Nevroza (BN), Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) ve Tanımlanmamış Diğer Yeme Bozuklukları olarak belirtilmiştir. (Demirbaş ve ark., 2023) Genelde erken ergenlik döneminde başlayan beslenme ve yeme bozuklukları tedavisi uzun süren ve kronikleşme oranı yüksek (%25) psikiyatrik hastalıklardandır (Şimşek 2022). Gelişmekte olan ülkelerde ve güzelliğın zayıflıkla bağdaştırıldığı sanayileşmiş ve gelişmiş toplumlarda daha yaygın görülür (Houtkooper, 2000). Ülkemizde Kilis'te 338 lise öğrencisi ile yapılan bir çalışmada öğrencilere Yeme Tutum Testi-26 uygulanmış, Yeme Bozukluğu sıklığı %18.30 olarak tespit edilmiştir. Kızlarda görülme %21.30 ile daha fazla olduğu izlenmiştir (Çam, 2017). Menopoza geçiş döneminde hormonsal olarak değişimler meydana gelmektedir. Bu değişimler ile vücutta enerji harcama hızı düşüş göstermektedir. Bu nedenle kadınların besin alımına ve fiziksel egzersize özen göstermelidir. Bu sayede oluşabilecek rahatsızlıklar önlenebilir (Ko ve ark., 2021). Menopozun kilo alımına etkisini değerlendirmek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Amerika'da 2008 yılında yapılan bir çalışmada 40-59 yaş arası kadınlarda %65.5, 60 yaş ve üzeri kadınlarda %73.8 oranında obezite ve bel çevresi yağlanma oranları artmıştır (Davis SR ve ark., 2012). Menopoz, sonrası kadınlarda karın çevresi yağlanma ve metabolik sendrom riski %18 oranından daha fazladır (Blumel JE ve ark., 2015). Cerrahi menopozunda doğal menopoza göre obez olma oranını yükselttiği belirlenmiştir (Blumel JE ve ark., 2015). Sonuç olarak menopoz

döneminde kadınların beslenme düzenlerine takip edilmeli altta yatan bir yeme bozukluğu olup olmadığı tespit edilmelidir. Menopozda yeme bozukluklarına yönelik daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

1. DÜNDEN BUGÜNE MENOPOZ

Menopoz, Yunanca ay (men) ve sonlanma (pause) kelimelerinden türetilmiş, sözlük anlamı “son adet” olan bir dönemdir (Erkin ve ark., 2014). Hipokrat ise menopoz dönemini “kadındaki menopozal sıkıntılarının belli bir yaştan sonra, doğum organlarının kadının kalbine ve kafasına baskı yapması” olarak tanımlamıştır (Erkin ve ark., 2014). DSÖ’ye göre menopoz kadınlar için üreme yıllarının sonunu ifade etmektedir (DSÖ, 2022). Günümüzde kadının aralıksız 12 ay boyunca amenore olmasıyla birlikte klinik olarak doğal menopozun tanısı koyulmaktadır (Vaze ve Joshi, 2010). Fransa’da hekimlerin “fiziyojik bir olay” olarak tanımlamasıyla birlikte menopoz araştırılmaya başlanmıştır (Kital, 2019).

Klimakterium Dönem

Yunan dilinde kritik dönem ve merdiven basamağı anlamı taşıyan “klimakter” kelimesinden türeyen klimakterium, kadın yaşamının doğurganlık çağından, üreme işlevinin sona erdiği döneme geçiş yıllarını belirtmektedir. Klimakterik dönem premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz olmak üzere 3 dönemden oluşmaktadır (Kital, 2019).

Premenopozal Dönem

Premenopozal dönem Klimakteriyumun başlangıç evresidir. Östrojen hormonunun azalması ile birlikte ilk belirtiler görülür. Mens döngüsü bitene kadar geçen süreçtir. Bu dönem kişiden kişiye farklılık göstermekte ve 2-6 yıl kadar sürebilmektedir. Bu dönemde menstruel siklus düzensizleşmiş ve gebelik şansı azalmıştır. Düzensiz siklus birkaç ay veya birkaç yıl sürebilir. Vazomotor değişiklikler, yorgunluk, baş ağrısı ve depresyon gibi bazı yakınmalar bu dönemde ortaya çıkmaktadır.(Kital, 2019; Hooper, S. C. ve ark. 2022)

Perimenopozal Dönem

Perimenopoz evresi menstrüel düzensizliklerin başladığı ve menopoz döneminden hemen önceki döneme denk gelmektedir (Tarlatis ve Zepriridis, 2003). Bu dönemde menstrüel döngüdeki düzensizliğe hipotalamus hipofiz yumurtalık eksenindeki hormonal değişiklikler sebep olmaktadır (Bastian ve ark., 2003).

Perimenopoz dönemi menstrüel döngüde gecikme süresine bağlı olarak ikiye ayrılır. Erken perimenopoz 7 gün ve daha fazla gecikme olmasını ifade ederken geç perimenopoz 60 günden fazla menstrüel döngünün olmaması olarak tanımlanmaktadır. Menopoz döneminde özgü belirtiler perimenopoz döneminde ortaya çıkmaya başlar (Harlow ve ark., 2012).

Postmenopozal Dönem

Bir kadın 12 ay boyunca adet görmezse o kadın menopoza girmiş sayılır. Bu dönem 6-8 yıl kadar sürmektedir. Postmenopozal dönem başladıktan sonra yaşlılık dönemine kadar geçen süreçtir (Erkin ve ark., 2014). TÜİK verilerine göre 2020-2022 tarihleri arasında ülkemizde kadınlarda beklenen doğuştan yaşam süresi 80.3 yıldır. Ülkemiz 2018 TNSA sonuçlarına göre, 48-49 yaş grubundaki kadınların %45.1'i menopozdadır. 30-49 yaşları arasındaki kadınların ise %10.3'ünün menopozda olduğu saptanmıştır (TNSA, 2018).

Beklenen yaşam süresi arttıkça menopoz sürecinde olan kadın sayısı da artmaktadır. Bu grup için koruyucu sağlık hizmetleri artırılmalı ve izlemler yapılmalıdır. Bu dönemde oluşabilecek fizyolojik ve psikolojik hastalıkların erkeden dönemse saptanabilmesi ve en az hasar ile atlatılabilmesi açısından önemlidir.

1.1. Menopozun Sınıflandırılması

Doğal Menopoz

Tıbbi bir müdahale olmadan kendiliğinden gelişir. 12 ay boyunca menstürasyon kanaması olmazsa doğal olarak menopoza girmiş olarak kabul edilmektedir (Yeni, 2021).

Cerrahi Menopoz

Kadın üreme organlarının (over, fallop tüpleri ve uterus) cerrahi olarak alınması ile gerçekleşmektedir. Doğal süreçle ilerlemediği için menopoz belirtilerini daha ağır bir şekilde yaşamaktadırlar (Yeni, 2021).

1.2. Menopoza Giriş Etkileyen Faktörler

Menopoz yaşını etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörler genetik, fiziksel ve sosyal alışkanlıklardır. Ayrıca kadınların sağlık durumu ve hormonal değişiklikler de etkilemektedir (Yeni, 2021, Semiz M ve ark., 2012).

Genetik Faktörler

Aynı ailedeki kadınların menopoz öyküsü benzer olmaktadır. İlk menarş yaşı da önemlidir. Menarş yaşı geriye gittikçe menopoz dönemi de daha erken olmaktadır (Akca Yedidağ, D.H., ve Koca Özer, B., 2022).

Genital Faktörler

Menstürasyon döngüsünün düzensiz olması, obstetrik öykü ve emzirme süresi menopoza girmede etkili olmaktadır (Yeni, 2021).

Fiziki ve Çevresel Faktörler

Günümüzde iklim değişimleri, doğal afetler, çevre kirliliği, radyasyon da menopoza girme yaşını etkilemektedir. Sert iklimli bölgelerde yaşamak, büyük kaza ve travma yaşamak menopoz yaşını daha erkene çekmektedir (Kital, B., 2019).

Kadının Sağlık Durumu

Sağlık durumu da menopoz yaşını etkilemektedir. Hastalığa bağlı kullanılan ilaçlar hormonal süreci etkilediği için daha erken bir zamanda menopoz olma riski görülmektedir Aynı zamanda enfeksiyon hastalıkları, beslenme alışkanlıkları da etkilemektedir (Erkin ve ark., 2014).

Sigara Kullanımı

Sigara kullanımı östrojen seviyesinin azalmasına ve östrojen reseptörlerinin bağlanması etkilemektedir. Bu da foliküllerin yaşlanarak folikül sayısında azalmaya neden olur ve menopoza sürecini de hızlandırarak erken menopoza açısından risk faktörü oluşturmaktadır (Gümüşay, M., Erbil N. (2019)).

Sosyal Faktörler

Eğitim ve sosyoekonomik düzeyin düşük olması menopoza daha erken girmeye neden olabilmektedir. Aynı zamanda kırsal kesimde yaşayan kadınların da menopoza daha erken girdiği görülmüştür (Yeni, 2021).

1.3. Menopoz Döneminde Görülen Sağlık Sorunları

Bu dönemde görülen sağlık sorunları gece terlemesi, sıcak basması ve kardiyovasküler farklılıklar, gastro-intestinal farklılıklar, kas-iskelet sistemi sorunları, cinsel organlarda çeşitli farklılıkların meydana gelmesi, cilt özelliklerinin farklılaşması, psikiyatrik değişiklikler görülmektedir (Erkin ve ark., 2014).

Menopozla birlikte hormonal değişiklikler vücut değişimlerinde de bazı değişimlere yol açar. Bu dönemde kadınların vücut ağırlığı sabit kalsa da kas kütlesi azalır, yağ kütlesi artar ayrıca yağ yapımı hızlandığı için vücuttaki total su oranı da azalır. Tüm bu değişimler bazal metabolizma hızının yavaşlatır ve dolayısıyla harcanan enerjiyi de azaltır. (Kurt G., Aslan H., 2020)

Menopozla beraber östrojen salgısı azaldıkça kemik kütlesindeki kayıp da hızlanır. Yaşın ilerledikçe idrar ile kalsiyum atımı artıp ve bağırsaklardan kalsiyum emilimi azalmaktadır. Azalan kalsiyum ile kemik yapısı bozulup osteoporoz gibi ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Bu durumu önleyebilmenin en iyi yolu ise kadının beslenmesinde kalsiyum içerikli ürünler ile desteklemektir. (Cashman KD., 2007)

Östrojenin kardiyovasküler sistemde koruyucu etkisi vardır. Menopozla beraber östrojen hormonunun azalması bu korumayı azaltır ve kardiyovasküler rahatsızlıklar açığa çıkar. (Ko S., Kim H., 2020)

Psikolojik olarak; anksiyete, depresyon, uykusuzluk ve sinirlilik gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. Menopoz sürecine girerken her kadının etkilenme oranı farklıdır. Etkilenme oranı arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir. (Kurt G., Aslan H., 2020)

Menopoz Döneminde Beslenme

Hem sedanter yaşam biçimi hem de vücutta meydana gelen değişimler ile beraber günlük harcanan enerji ve bazal metabolizma hızı menopoz döneminde azalmaktadır. Bu nedenle kadınların menopoz döneminde yaşam alışkanlıkları oldukça önemlidir. Östrojen seviyesindeki azalma ile beraber fazla yağ asitleri üretilmektedir. Yağ asitleri enerji metabolizmasında kullanılamadıkları için lipit sentezi hızlanmaktadır (Ko ve diğerleri, 2021). BKİ'nin artması ile sonuçlanır. Toth ve arkadaşlarının (2000) yaptığı bir çalışma da bu sonucu desteklemektedir. Menopoz sonrasındaki kadınları BKİ'si menopoz dönemi öncesindeki kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla çıkmıştı (Toth ve ark., 2000). Bu dönemde yağlanma oranının artışına bağlı olarak bel çevresi yağlanma da artmaktadır. Bel çevresi yağlanmaları ise bazı hastalıkları tetiklemektedir. Obezite, Tip 2 Diyabet, kardiyovasküler hastalıklarının oluşma riskini arttırmaktadır (Hernandez-Ono ve rk., 2002).

Menopoza uyku bozukluğu da yeme alışkanlıklarını değiştirebilmektedir. Uyku immun metabolizmayı etkileyebilmektedir. Uyku bozukluğu ruh hali, açlık kontrolü, ısı düzenleyici, besin ve enerji stresi ile ilişkilidir (Kravitz, H. M., Kazlauskaitė, R., & Joffe, H. 2018).

Obezite prevalansı kadın ve erkeklerde benzerdir. Kadınlarda obezitenin artış sebebi olarak over hormonlarının azalması olarak görülmüştür (Baker ve ark., 2019). Sıcak basması ve gece terlemeleri şikâyetleri de BKİ oranının artması ile artmaktadır (Pelit Aksu, S., ve Şentürk Erenel, A., 2023).

Yeme Bozuklukları Nedir?

Yeme bozukluğu; ‘anormal yeme davranışı’ olarak açıklanan ruhsal ve klinik bir durumdur (Demirbaş ve ark., 2023). Yeme bozuklukları, yüksek prevalans ve potansiyel olarak ciddi fiziksel ve psikososyal sonuçlar doğurmasından ötürü önemli bir halk sağlığı problemidir. DSM- 5’te (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) yeme bozuklukları; Anoreksiya Nevroza (AN), Bulimia Nevroza (BN), Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) ve tanımlanmamış Diğer Yeme Bozuklukları olarak belirtilmiştir (Demirbaş ve ark., 2023). İşlevsellik kaybı ve mortalite oranlarının yüksek olmasından dolayı oldukça önemli bir bozukluktur (Şimşek., 2022).

Dünya Sağlık Örgütü yeme bozukluklarını “tıbbi dikkat gerektiren” ve “önemli tıbbi durum” olarak tanımlamıştır (Ünalın, D., ve ark., 2009)

Yeme bozukluklarında hastaların klinik bakımında multidisipliner yaklaşım ve yeme bozukluğuyla ilgili olumsuz durumların önlenmesinde beslenme bakımı oldukça önemlidir.

Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Genel olarak ergenlik döneminde başlayan YB kadınlarda daha sık görülmektedir. YB’nın yanında psikiyatrik ve medikal hastalıklar da eşlik ettiği için teşhisi fazlasıyla karmaşıktır. YB olan kişiler sürekli olarak beden şekilleri ve kiloları ile ilgilenirler. Kendi zihinlerindeki hayal ettikleri ideal kiloya ulaşmak için ise çeşitli yöntemlere başvurumaktadırlar (Fairburn ve Cooper, 1989).

YB’nın yaşam boyu görülme sıklığı % 1-5 arasındadır; tanısal olarak bu oran, KeskiRahkonen ve Mustelin’in (2016) Avrupa’da DSM-5 kıstaslarını temel alarak yaptığı Araştırmada AN’de < %1-4, BN’de < %1-2, TYB’de < %1-4 civarında olup eşik altı YB belirtileri ise < %1-4 aralığında bulunmuştur. Asya ülkelerinde de yeme bozukluğu her geçen yıl artmaktadır. (Pike ve Dunne, 2015).

Yakın zamanda ülkemizde bu konuda yapılmış kapsamlı bir araştırmaya ulaşılamamıştır. 2011 yılında Vardar ve Erzen’in yaptığı

araştırmada dünya verilerine benzer olarak %1-3 aralığında YB saptanmıştır.

YB klinik tespitin öncesinde başlayabileceği için YB'dan etkilenen kişilerin oranı net olarak bilinmemektedir. Yaş bağlı oranlar koşullar içinde farklılaşmaktadır. Örneğin anoreksiya nervoza estetik kaygıların yüksek olduğu ergenlik döneminde görülürken tıkanırcasına yeme bozukluğu ileri yaşlarda ortaya çıkabilmektedir. (Victor, 2007)

Ulusal Komorbidite Anketi Tekrarlama Çalışması (NCS-R), AN için yaşam boyu görülme oranlarını kadınlarda ve %0.90 erkeklerde %0.30, BM için erkeklerde %0.50 ve kadınlarda %1.50 ve TYB için erkeklerde %2 ve kadınlarda %3.50 olarak tespit edilmiştir (Hudson ve ark., 2007).

Yeme Bozukluklarını Etiyolojisi

YB risk faktörlerine baktığımız zaman cinsiyet, etnik köken, fazla kilolu olma, estetik kaygılarının yüksek olması, zayıf benlik algısı, erken çocukluk döneminde gastroentastinal sorunlar, cinsel istismar, travma gibi faktörleri gözlemleriz. Genetik ve nörobiyolojik zayıflıkların hastalığın temelini oluşturduğu söylenmektedir (Jacobi ve ark., 2004).

En önemli genetik etmen kadın olmaktır. YB kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak daha fazla bulunmuştur. (Semiz M. ve ark., 2013).

İkiz ve aile çalışmaları, AN, BN ve TYB karmaşık genetik hastalıklar olduğunu ve her bir hastalık için tahmini kalıtsallığın %50 ile %83 aralığında olduğu gösterilmektedir (Javaras ve ark. 2008).

Yeme Bozukluğu Türleri

Anoreksiya Nervosa

1874 yılında tıp literatürüne giren AN şişmanlamaktan aşırı korkma ve zayıf kalma isteği hastayı kilo vermek amacıyla çeşitli özgün davranışlara (yeterli beslenmeme, kusma, aşırı egzersiz, çeşitli kimyasal ilaçlar kullanma gibi) iten yeme bozukluğudur. Kadınlar erkeklerden 10 kat fazla risk altındadır. Risk faktörleri biyolojik,

sosyolojik ve psikolojik olarak açıklanabilir. AN'nin temel belirtileri, bir kişinin fiziksel özellikleri ve cinsiyetine göre beklenen kilosunun %15 daha az olması, kilo alma konusundaki yoğun isteksizliği ve sürekli yiyeceklerde kalori hesaplaması ve kilo konularında takıntılı davranışlardır (Yalnızoğlu ve ark 2018). Çocuklar ve ergenlerde ise yaşa göre bir BKİ'nin kriterler arasında olması daha güvenilir olmaktadır (Mehler ve Brown, 2015).

Mangweth-Matzek ve arkadaşları (2013), menopoz dönemindeki kadınların, menopoz öncesi kadınlara kıyasla (%9'a karşı %2) yeme bozuklukları prevalansını önemli ölçüde daha yüksek bulmuştur (Mangweth- Matzek, 2013).

Bulimia Nervosa (BN)

Gerald Russell, çok fazla yeme ve yerken kendinden geçme yemek yedikten sonra pişmanlık duyarak telafi etmeye çabalamak (kusma, müshil kullanma normalden fazla egzersiz yapma) ile karakterize bir YB olarak Bulimia Nervozayı tanımlamıştır (Russell, 1979). Bu davranışlarda bulunma sıklığı BN'nın ne kadar ilerlediğini gösterir. Bulimia nervozanın şiddeti şu şekilde ölçülür: haftada 1-3 defa kilo almayı önleyici ataklar var ise hafif, 4-7 defa atak oluşuyorsa orta, haftada 8-13 defa varsa şiddetli ve 13'ten fazla ise aşırı olarak ölçülmektedir. (Wilson ve Sysko, 2009).

Pika

Besin niteliği taşımayan maddelerin yenmesi ile karakterize bir yeme bozukluğu türüdür. Çocukluk döneminde ve hamilelerde yaygın olarak görülmektedir. Pika genelde demir ve çinko eksikliğinde görülmektedir. Tüketilenler arasında; tebeşir, sabun, toprak, kağıt gibi ürünler yer almaktadır. (Samur ve Çelik, 2018)

Ruminasyon Bozukluğu (Geri Çıkarma, Geviş Getirme Bozukluğu)

Genelde bebeklerde katı besine geçişte ve zihinsel engelli kişilerde görülmektedir. Erkek cinsiyette kadın cinsiyete göre daha sık rastlanmaktadır. Bu bozukluğa sahip olanlar yedikleri yiyeceği topak olarak çıkartırlar ve sonrasında tekrar yeme eğilimindedirler. Bazı

durumlarda ise yiyeceği geri çıkarttıktan sonra tükürme görülebilir ve bu durum besin alınımında dengesizlik yaratabilir.(Yılmaz, 2020) Çocukluk ve ergenlik döneminde görülen bu bozukluk yetişkinlerde de diğer yeme bozuklukları ile beraber kendini gösterebilmektedir. (Delaney VD., 2015)

Kaçınan/kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu

Bu davranış şekli genellikle ebeveyn çocuk çatışmaları etkisiyle ortaya çıkmaktadır. İhmal ve istismar da bu davranışa yol açabilmektedir. Büyük çoğunluğu çığneme ve yutma gibi fiziksel engellerden kaynaklanmaktadır. Hasta yeterli besini almak ve ya kilo almamak için çok az yer. Hasta, kilo almaya dair bir korkusu olmadan yiyeceklerden kaçındığı için kilo kaybı ve psikososyal fonksiyonlarda bozulmalar görülmektedir (Ayaz, 2021).

Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)

Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (TYB), biranda çok fazla besin tüketmesi ve kişinin kendini kontrol edememesi ile baş gösteren önemli bir yeme bozukluğu belirtisidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Diğer yeme bozukluklarından farklı olarak, TYB oranları kadınlar ve erkekler arasında farklılık göstermemektedir. Yaş olarak baktığımız zaman en fazla genç yetişkinleri etkilemektedir (Hay ve ark., 2015).

Sedanter yaşam tarzı, yemek alışkanlıklarının farklı olması, televizyon izleme süresinin fazla olması bu hastalığı tetiklemektedir. (Kapil ve ark., 2002). Obezite ve aşırı kilolu olma riskinden dolayı Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu oldukça önemli bir hastalıktır. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu aynı zamanda duygusal yeme ile de bağlantılı bir hastalıktır. Kişiler başa çıkamadıkları travma ve depresyonlarını yemek yiyerek bastırmaya çalışırlar (Yalnızoğlu ve ark., 2018). Diyeti engelleyip tıkanırcasına yeme ataklarının sebebi ise anksiyete, depresyon gibi olumsuz duygulardır.(Pyle LR. ve ark. 1981) Menopoz dönemindeki kadınlarla yapılan çalışmalarda, tıkanırcasına yemenin %3 ila %11 arasında görülme sıklığı olduğu belirtilmiştir (Gagne ve ark., 2012; Marcus ve ark., 2007). Menopozal geçiş boyunca

hem östrojen hem de progesteronun azalmasının, özellikle hormonal değişikliklere duyarlı kadınlarda aşırı yemeyi önemli ölçüde artırabileceğini düşündürmektedir (Baker ve ark., 2019). Lübnan'da yapılan bir çalışmada perimenopoz dönemindeki kadınlarda Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu anlamlı ölçüde daha yüksek görülmüştür (Khalil J. ve ark., 2022).

Duygusal Yeme

Duygusal yeme, olumsuz duygular ile baş edebilmek amacı ile oluşturulmuş bir cevaptır. Kaygı, stres, korku gibi duyguların kişinin yemek yeme isteğini zayıflatması beklenirken tam tersi yemek yeme isteğini daha fazla arttırmasıdır. Menopoz dönemi de kadınlar için oldukça stresli bir dönemdir. Hormonsal dengenin bozulması ile kişi içsel sıkıntı yaşayabilmektedir. Bu sıkıntı ile baş edebilmek için ise yeme davranışını arttırır. Bu da kadında kontrolsüz kilo artışına sebep olur (van Strien, 1996). Yapılan bir çalışmada menopoz dönemindeki kadınlarda depresif semptomlar ile duygusal yeme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmaya göre hem kadının sağlık durumu, hem de yaşı duygusal yemeyi etkilediği ve bunun da beden kitle indeksini yükselttiği belirtilmiştir (Schreiber ve Dana, 2017). Amerika'da 2015 yılında yapılan bir çalışmada ise duygusal yeme bozukluğu ile tıkanırcasına yeme bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Barbee ve Timmerman, 2015). Hormonal değişimlerin duygusal yeme üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada ise progesteron ve östrojen hormon seviyelerindeki artış duygusal yeme bozukluğu görülme sıklığını da arttırdığı gözlemlenmiştir (Klump ve ark., 2012). Menopoz semptomlarının etkisini araştıran bir çalışmada ise orta yaşlı kadınlarda menopoz semptomlarının iyi belirlenmesi yeme ve beden imajı bozukluklarının değerlendirilmesinde faydalı bir araç olacağı görülmüştür. Yani menopoz semptomları ve yeme bozuklukları arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (Mangweth-Matzek ve ark., 2021). Duygusal yeme ve uyku arasındaki ilişkiye baktığımızda ise kadınlarda yetersiz uyku alımı gıda tüketimini arttırmaktadır. Bu da kontrolsüz yemeye neden olmaktadır (Kravitz, H. M. ve ark., 2018).

Depresyon yeme bozuklukları ile beraber en sık görülen hastalıktır. Yapılan çalışmalarda, Yeme bozukluklarında depresyon

tanısı yeme bozukluğu hastalarında toplum genelinden daha sık görülmektedir. (Halmi 2003)

Duygusal yeme ile ilgili bilgiler klinik gözlemlere dayanır ve daha çok anket çalışmaları yapılır. Duygusal yemenin tanısını koyabilmek için ölçekler geliştirilmiştir.

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ölçekler Bozan ve Arkadaşları (2009) tarafından çalışılan ‘‘Hollanda Yeme Davranışı ve Kısıtlayıcı Beslenme’’ Kıraç ve Arkadaşları (2015) tarafından çalışılan ‘‘ Üç faktörlü beslenme’’ Bektaş ve Arkadaşları (2016) tarafından çalışılan ‘‘Duygusal Yeme’’ Köse ve Arkadaşları (2016) tarafından çalışılan ‘‘Yeme Farkındalığı’’ ölçekleri ülkemizde duygusal yeme bozukluğu çalışmalarında kullanılmaktadırlar.(Serin ve Şanlıer, 2018).

Duygusal Yeme İle İlgili Teoriler

Psikosomatik Teori: Duygusal tarzda beslenen obez kişilerin, duygusal farkındalıklarının olmadığını ve duygularını tanıyamadıklarını savunur. Yani bireyleri acıttıkları için değil duygularına cevap olabilmek için yerler (Quwens MA ve ark., 2003) 17

Kaplan ve Kaplan’ın Obezite Teorisi: Obez kişiler gergin oldukları zaman kaygılarını azaltmak için aşırı yeme eğilimi gösterirler. Obez kişiler anksiyete ve açlık hissini birbirinden ayırt edemediklerini savunur (Runderman AJ, 1983).

Bruch’ın Teorisi: Bu teori kişilerin duygusal gerginlik ve kötü hisleri olduğunda aşırı yemek yediklerini savunur (Bruch H., 1997).

Schachter’in ‘‘İşeldişsal’’ Obezite Teorisi: Bruch’ın teorisi ile benzerdir. Aynı zamanda stres sırasında midedeki kasılmalar azalır normal bireylerde bu durum yeme davranışını azaltırken obez bireylerde bu durum olmaz (Schachter S. 1968).

Kısıtlama Teorisi: Bu teoriye göre ise besinlere karşı duyulan istek ve bu isteğe direnme çabası yeme davranışımızı belirlemektedir. Kısıtlama ise bu isteğe karşı gösterilen bir bilişsel çabadır. Waller ve Osman ise kısıtlayıcı yeme tutumu ve duygusal yeme arasında ilişki olmadığını göstermişlerdir (Waller G. ve Osman S. 1998).

Menopoz Döneminde Yeme Bozukluklarında Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Halk sağlığı hemşireliği, korunmayı vurgulayan ve toplum sağlığının geliştirilmesi üzerine odaklanmıştır. Halk sağlığı hemşireliğinin hizmet hedefi “sağlıklı nüfus”, hizmet alanı “bu nüfusun bulunduğu her yer”dir. Halk sağlığı hemşireliğinin felsefesi; birey, aile, toplum’un uygun, ulaşılabilir ve kabul edilebilir, nitelikli sağlık bakımı alma hakkına sahip olduğu inancına dayanır (Dağhan Ş., 2017). Menopoz döneminde yeme bozukluklarını tespit etmenin en önemli adımı beslenmeyi doğru değerlendirmektir. Çünkü beslenme bozukluğu doğru tespit edilirse bozukluğa yönelik bir çalışma yapılarak sağlıklı yeme davranışı oluşturulabilir. Yeterli ve dengeli beslenme konusunda eğitim vermek bu yaş grubu bireylerin beslenme durumlarını iyileştirebileceği ve genel sağlık durumlarına olumlu etki edebileceği öngörülmektedir. Bu nedenle, yanlış beslenme davranışlarını değiştirmek ve sağlıklı davranışı öngörmek için yaygın olarak kullanılan modelleri anlamak ve uygulamak hemşirelik bakımı açısından çok önemlidir (İslamoğlu, A. ve ark., 2017). Menopoz dönemindeki kadınlara vücut ağırlığı kaybını sağlayacak tıbbi beslenme programlarının düzenlenmesi ve izlemine yapılması önerilmektedir (Hakan, Ü. ve ark., 2022). Yapılan bu programlar kitlesel değil bireyin ihtiyaçlarına göre olmalıdır. Çünkü her kadının yaşadığı değişimler ve ihtiyaçları birbirinden farklıdır (Akdağ, S. ve ark., 2022). 2019 yılında İngiltere’de yapılan bir çalışmada kadınların beslenmesinde düşük yağlı beslenme modeli kullanıldığında meme kanserinde %15 oranında, insülin gerektiren diyabette %25 kalp hastalıkları insidansında %30 azalma görülmüştür (Prentice RL ve ark., 2019). İngiltere’de yapılan başka bir çalışmada ise D vitamini ve kalsiyum alımının yeterli düzeyde olması erken menopoza önlediğine yönelik veriler bulunmuştur (Purdue-Smithe AC ve ark., 2017).

Sonuç ve Öneriler

Menopoz dönemi bir geçiş dönemidir ve kadınların hem fizyolojik hem de biyolojik olarak en çok etkilendiği dönemlerden biridir. Yaşam süresinin uzaması ile beraber menopoz döneminde olan kadın sayısı da artmaktadır. Bu nedenle bu dönemdeki yaşanacak sağlık

problemleri halk sağlığı problemi olarak ele alınmalı ve hastalıklar oluşmadan önlemler alınmalıdır. Menopoz döneminde ortaya çıkan risk faktörlerinden birisi de yeme bozukluklarıdır. Yeme bozukluklarını önlemek için menopoz dönemindeki kadınların yeme alışkanlıkları ve obeziteye neden olan faktörler daha detaylı olarak araştırılmalıdır. Obezite Diyabetes Mellitus, kardiyovasküler rahatsızlıklar gibi hastalıkları da beraberinde getirmektedir. Nedenler daha net bulunduktan sonra nedene yönelik yapılan çalışmalar da biz sağlık çalışanlarını kesin sonuca ulaştıracaktır ve koruma sağlandığı noktada hasta sayısı azalacak ve hastanelerin yükü azalacaktır. Menopoz döneminde kilo alımlarının nedenlerine bakılacak olursa sedanter yaşam ve sigara kullanımı da oldukça etkilidir. Sağlıklı yaşam hakkında toplum bilgilendirilmeli ve yakın takipte tutulmalılardır. Yeme bozuklukları psikiyatrik rahatsızlıklar olarak ele alınmaktadır. Bu nedenle psikolojik takip ve destek de YB'nın önlenmesi konusunda oldukça önemlidir. Araştırmalara göre cerrahi menopozun menopoz dönemi şikâyetlerini arttırmaktadır. Bu yüzden cerrahi olarak menopoz dönemine giren kadınların takibi daha sık yapılmalı ve koruyucu önlemler alınmalıdır. Bu sayede kadın da menopoz döneminde daha uyumlu ve sağlıklı geçirecektir.

KAYNAKLAR

- Akca Yedidağ, D. H. ve Koca Özer, B. (2022). 1960'lardan günümüze iç anadolu bölgesinde menarş yaşımda görülen değişim. *Uluslararası Tarih Araştırmaları Dergisi*, 6(2), 163-175. <https://doi.org/10.47088/utad.1205300>
- Akdağ, S., Kaner, G., & Ayer, Ç. (2022). Menopoz Döneminde Beslenmenin Yönetimi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 7(1), 191-197.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. *Arlington: American Psychiatric Association: 329-354*
- Ayaz, A. (2021). 18-65 yaş arası bireylerin yeme tutumu ve farkındalığının araştırılması, Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Baker, J.H., Eisenlohr-Moul T, Wu Y.K., Schiller, C.E., Bulik, C.M., Girdler, S.S. (2019). Ovarian hormones influence eating disorder symptom variability during the menopause transition: A pilot study. *Eat Behav.* Dec;35:101337. doi:10.1016/j.eatbeh.2019.101337
- Barbee KG, Timmerman GM. Emotional Eating, Nonpurge Binge Eating, and Self-Efficacy in Healthy Perimenopausal Women. *Journal of Holistic Nursing.* 2015;33(4):298-307. doi:10.1177/0898010115569574
- Blümel, J.E., Chedraui, P., Aedo, S., Fica, J., Mezones-Holguín, E., Barón, G. (2015). Obesity and its relation to depressive symptoms and sedentary lifestyle in middle-aged women. *Maturitas*, 80(1): 100-105. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.10.007>
- Cashman, K.D. (2007). Diet, nutrition, and bone health. *J. Nutr.* 137(11):2507-12.
- Çelik, M. N., & Samur, F. G. (2018). Gebelik ve yeme davranış bozuklukları. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15(3), 130-134.
- Dağhan, Ş. (2017). "Halk Sağlığı Hemşireliği Felsefesiyle Hemşire Olmak" Anlamı Nedir?. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 10(2), 107-112.
- Davis, S.R., Castelo-Branco, C., Chedraui, P., Lumsden, M.A., Nappi, R.E., Shah, D. (2012). Understanding weight gain at

menopause. *Climacteric*; 15(5): 419-429.
<http://dx.doi.org/10.3109/13697137.2012.707385>

- Demirbaş, N., Özberk, D. I., & Kılıçaslan, A. Ö. (2023). Aile hekimliğine başvuran bireylerde yeme bozukluğu sıklığı ve sağlık algısı ile ilişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 27(4), 95-101.
- Delaney, C. B., Eddy, K. T., Harmann, A. S., Becker, A. E., Murray, H. B., & Thomas, J. J. (2015). Pica and rumination behavior among individuals seeking treatment for eating disorders or obesity. *Int. J. Eat. Disord*, 48(2), 238–248
- Erkin, Ö. Ardahan, M. Kert, A. (2014). Menopoz döneminin kadınların yaşam kalitesine etkisi, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4);1095-1113
- Gagne, D. A., Von Holle, A., Brownley, K. A., Runfola, C. D., Hofmeier, S., Branch, K. E., & Bulik, C. M. (2012). Eating disorder symptoms and weight and shape concerns in a large web-based convenience sample of women ages 50 and above: results of the Gender and Body Image (GABI) study. *The International journal of eating disorders*, 45(7), 832–844. <https://doi.org/10.1002/eat.22030>
- Gümüşay, M., & Erbil, N. (2019). Kadınların menopoza özgü yaşam kalitesine menopoz tutumunun etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(2), 96-109.
- Halmi, K.A., (2003). Classification, diagnosis and comorbidities of eating disorders: A review. *Eating Disorders*, cilt 6, M Maj, K Halmi, JJ Lopez-Ibor, N Sartorius (Ed), England. *John Wiley and Sons Ltd*, s. 1-33.
- Harlow, S.D., Gass, M., Hall, J.E., et al. (2012) Executive Summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10: Addressing the Unfinished Agenda of Staging Reproductive Aging. *Menopause*, 19, 387-395. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31824d8f40>
- Hooper, S. C., Marshall, V. B., Becker, C. B., LaCroix, A. Z., Keel, P. K., & Kilpela, L. S. (2022). Mental health and quality of life in postmenopausal women as a function of retrospective menopause symptom severity. *Menopause (New York, N.Y.)*, 29(6), 707–713. <https://doi.org/10.1097/>

- İslamoğlu, A. H., Garipağaoğlu, M., Yoldaş İlktaç, H., Güneş, F. E. (2019). Postmenopozal Yaşlıların Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 2(1), 20-26.
- Khalil, J., Boutros, S., Kheir, N., Kassem, M., Salameh, P., Sacre, H., Akel, M., Obeid, S., & Hallit, S. (2022). Eating disorders and their relationship with menopausal phases among a sample of middle-aged Lebanese women. *BMC women's health*, 22(1), 153. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01738-6>
- Kital, B. (2019). Premenopoz ve postmenopoz dönemdeki kadınların yeme farkındalığı, yaşam kalitesi ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Klump, K. L., Keel, P. K., Racine, S. E., Burt, S. A., Neale, M., Sisk, C. L., Boker, S., & Hu, J. Y. (2013). The interactive effects of estrogen and progesterone on changes in emotional eating across the menstrual cycle. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 131-137. <https://doi.org/10.1037/a0029524>
- Ko, S.H., Kim, H.S. (2020). Menopause-associated lipid metabolic disorders and foods beneficial for postmenopausal women. *Nutrients*, 12(1):202.
- Kravitz, H. M., Kazlauskaitė, R., & Joffe, H. (2018). Sleep, health, and metabolism in midlife women and menopause: food for thought. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 45(4), 679–694. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.07.008>
- Kurt G., Arslan H. (2020). Kadınların menopoz döneminde yaşadıkları sağlık sorunları ve baş etme yöntemleri. *Cukurova Med J*, 45(3):910–20
- Mangweth-Matzek, B., Hoek, H. W., Rupp, C. I., Lackner-Seifert, K., Frey, N., Whitworth, A. B., Pope, H. G., & Kinzl, J. (2014). Prevalence of eating disorders in middle-aged women. *The International journal of eating disorders*, 47(3), 320–324. <https://doi.org/10.1002/eat.22232>
- Mangweth-Matzek, B., Rupp, C.I., Vedova, S. *et al.* Disorders of eating and body image during the menopausal transition: associations with menopausal stage and with menopausal symptomatology. *Eat Weight Disord* **26**, 2763–2769 (2021). <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01141-4>

- Pelit Aksu, S., & Şentürk Erenel, A. (2023). Menopozal dönem semptomları ve hemşirelik bakımı. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 1-10. <https://doi.org/10.52881/gsbdergi.984642>
- Prentice RL, Aragaki AK, Howard BV, Chlebowski RT, Thomson CA, Van Horn L, et al. Low-fat dietary pattern among postmenopausal women influences long-term cancer, cardiovascular disease, and diabetes outcomes. *J Nutr*. 2019;149(9):1565-74.
- Purdue-Smithe AC, Whitcomb BW, Szegda KL, Boutot ME, Manson JE, Hankinson SE, et al. Vitamin D and calcium intake and risk of early menopause. *Am J Clin Nutr*. 2017;105(6):1493-501.
- Schreiber, Dana R. MS; Dautovich, Natalie D. PhD. Depressive symptoms and weight in midlife women: the role of stress eating and menopause status. *Menopause* 24(10):p 1190-1199, October 2017. | DOI: 10.1097/GME.0000000000000897
- Semiz, M., Kavakçı, Ö., Yağız, A., Yontar, G., & Kuğu, N. E. S. İ. M. (2013). Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(3), 149-57.
- Şimşek, M. H. (2022). Yeme ve beslenme bozuklukları. *Sağlık & bilim 2022: Beslenme-2*, 23.
- Türkiye Jinokoloji ve Obstetri Derneği (2023), Dünya menopoz günü 18 Ekim 2023 <https://www.tjod.org/tjodden-aciklama-dunya-menopoz-gunu/> adresinden 05.06.2024 tarihinde alınmıştır.
- Türkiye Menopoz ve Osteoporoz Derneği (1992), Menopozda Sağlık <https://www.tmod.org.tr/tr/sayfa/menopoz/> adresinden 05.06.2024 tarihinde alınmıştır.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA/> 05.06.2024 tarihinde alınmıştır.
- Üçtepe H, Küçükerdönmez Ö, Tohtak KG, Çalık G. Klimakteriyum dönemdeki kadınların beslenme durumlarının saptanması. *Türkiye Klinikleri J Health Sci.*[Article in press]. 2021[cited 2021 Apr 2]. Available from: https://www.turkiyeklinikleri.com/inpress_article/en-klimakteriyum-donemdeki-kadinlarin-beslenme-durumlarinin-saptanmasi-92853.html

- Ünalın, D., Öztop, D. B., Elmalı, F., Öztürk, A., et al. (2009). Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 16(2), 75-82
- Yalnızoğlu Çaka, S., Çınar, N. ve Altınkaynak, S. (2018). Adolesanda yeme bozuklukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 203-209.
- Yeni, S. İ. (2021). Menopoz dönemindeki kadınların beslenme durumu, yaşam ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi (Master's thesis, Eastern Mediterranean University (EMU)-Doğu Akdeniz Üniversitesi (DAÜ)).
- Yılmaz, M. N. (2020). Ondokuz Mayıs Üniversitesi öğretim üyelerinde sağlıklı beslenme kaygısı ve ilişkili kişilik faktörlerinin araştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi), Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun
- World Health Organization. (2022). Menopause <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause> adresinden 8 Haziran 2024 tarihinde alınmıştır.

BÖLÜM 6

YAŞLILARDA SIK GÖRÜLEN KANSERLER VE ÜLKEMİZDE UYGULANAN KANSER TARAMA TESTLERİ

Dr. Öğr. Üyesi Nursel ÜSTÜNDAĞ ÖCAL¹
Leyla ŞAHİN²

*<https://doi.org/10.5281/zenodo.14504153>

¹ Yozgat Bozok Üniversitesi, nursel.ustundagocal@yobu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-4951-0613

² Yerköy Devlet Hastanesi, E mail: leylasahin185@gmail.com, ORCID: 0009-0007-4464-6793

1. GİRİŞ

Yaşlanma, stresle baş etme yeteneğinin azalması ve yaşa bağlı hastalıkların görülme durumunun artmasıyla beraber, vücut fonksiyonlarında yaygın ve ilerleyici bir bozulmaya yol açan bir süreç olarak tanımlanabilir. Yaşın ilerledikçe, nörodejeneratif hastalıklar gibi çeşitli sağlık sorunlarının görülme olasılığı artar. İmmün sistemdeki değişiklikler, hem otoimmün hastalıklar hem de enfeksiyonlara karşı hassasiyeti artırır. Kanserin görülme olasılığı belirgin şekilde yükselir. Bu durum, toplumda ölüm riskinin çoğalmasına ve yaşa bağlı ölüm oranlarının yükselmesine neden olur(Tufan et al., 2010).

Yaşlanma, vücudun tamamında çeşitli fizyolojik ve anatomik değişikliklere yol açmaktadır. Bu değişiklikler, bireylerin sağlığını etkileyerek, hastalıklara yakalanma potansiyelini artırır. Özellikle kronik hastalıkların görülme sıklığı artar ve bireyler, birden fazla sağlık sorunu ile karşı karşıya kalabilirler. Bu sebeple yaşlı kişiler, diğer yaş gruplarındaki bireylere göre daha sık olarak sağlık kuruluşlarına başvurur ve tıbbi hizmet alırlar (Özbek Yazıcı ve Kalaycı, 2015).

Kanser, hücrelerin normal büyüme kontrolü kaybolmuş hücrelerin artması sonucu oluşan bir hastalıktır ve somatik genetik bozuklukların en fazla görülen, en yaygın ve en karmaşık türüdür (Yokuş & Çakır, 2012).

Yaş ilerledikçe, çeşitli kanser türünün görülme olasılığı artmaktadır. 65 yaş ve üzerindeki bireylerde kanser nedeniyle gerçekleşen ölümler, kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer alır (Özmen, 2020).

Dünya genelinde önde gelen bir ölüm nedeni olan kanserin 2022 yılında 19,9 milyon yeni vaka ve 9,74 milyon kişide ölüme neden olduğu bilinmektedir (Globocan 2020).

ABD de 2022 yılında nüfus 334 805 268 kişi, yıllık yeni kanser tanısı 2,3 milyon ve kanser kaynaklı ölüm sayısı 605 761 bin olarak bildirilmiştir (Globocan 2020).

Türkiye de ise 2022 yılındaki nüfus 85 561 976 kişi, yıllık yeni kanser tanısı 240 013 kişi ve kanser kaynaklı ölüm sayısı 129 672 olarak bildirilmiştir. Her iki cinsiyette de görülme sıklığı açısından diğer

kanserlerin yanı sıra, sırasıyla; akciğer, göğüs, kolorektum, prostat ve tiroid kanserleri gelmektedir. Erkeklerde akciğer ve prostat kanseri en sık görülen türler iken kadınlarda göğüs ve tiroid kanseri olarak karşımıza çıkmaktadır (Globocan 2020).

Gelişmekte olan ülkelerde ve özellikle de ülkemizde, kanser vakalarının görülme sıklığı hızla arttığı için tarama programlarının uygulanması artık bir zorunluluk haline gelmiştir (Tarakçı, 2022).

Primer korunma, risk faktörlerinin analiz edilmesini gerektirirken, sekonder korunma özellikle yüksek risk taşıyan grupların taranmasını içerir. Erken tanı ve tarama programlarının başarılı olabilmesi için, erken tanının toplumda ne kadar önemsenip ve benimsendiği ile doğrudan ilişkilidir (Tarakçı, 2022).

2. KANSER

Kanser, bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında yer alan, vücuttaki hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyümesiyle kendini gösteren bir durumdur. Bu hücreler, vücudun değişik bölgelerine yayılma potansiyeline sahiptir. Dünya genelinde, kanserin 100'den fazla farklı çeşidi bulunmaktadır. Kanser türleri, genellikle iyi huylu veya kötü huylu olarak iki ana gruba ayrılabilir. İyi huylu tümörler, çevresindeki dokuları etkileyemez ve çoğunlukla zararsızdır. Öte yandan, kötü huylu tümörler, yakındaki dokulara zarar verebilir ve metastaz yaparak vücudun diğer kısımlarına yayılabilir (WHO, 2015).

Kanserin gelişimi, genellikle kanser öncesi lezyonlardan kötü huylu tümörlere geçişi içeren çok kademeli bir süreçtir. Normal hücrelerin tümör hücrelerine dönüşümü, genetik yatkınlık ile çeşitli dış etkenler arasındaki etkileşimin bir sonucudur. Bu dış etkenler üç ana kategoriye ayrılabilir:

1. **Fiziksel Kanserojenler:** Ultraviyole ışınları ve iyonlaştırıcı radyasyon gibi etkenler bu grupta yer alır.
2. **Kimyasal Kanserojenler:** Asbest, tütün dumanı, alkol, aflatoksin (gıda kaynaklı bir kirletici) ve arsenik (içme suyu kirleticisi) gibi maddeler bu kategoriye dahildir.

3. **Biyolojik Kanserojenler:** Bazı virüsler, bakteriler veya parazitler tarafından meydana getirilen enfeksiyonlar bu grupta incelenir.

Bu etkenlerin bir araya gelmesi, kanserin gelişim sürecinde önemli bir rol oynar (World Health Organization [WHO], 2010).

Kanser, dünya genelinde en sık ölüm nedenlerinden biri olup, 2020 yılında yaklaşık 10 milyon insanın hayatını kaybetmesine yol açmıştır. Bu durum, her altı ölümden birinin kanserle ilişkili olduğu anlamına gelmektedir. En fazla rastlanılan kanser çeşitleri arasında meme, akciğer, kolon, rektum ve prostat kanserleri bulunmaktadır (World Health Organization [WHO], 2010).

Kanser kaynaklı ölümlerin hemen hemen üçte biri, bazı yaşam tarzı faktörlerine bağlıdır. Tütün tüketimi, yüksek BKİ, aşırı alkol alımı, yetersiz sebze ve meyve tüketimi ile fiziksel egzersiz noksanlığı bu faktörler arasındadır. Ayrıca, hava kirliliği de akciğer kanseri için önemli bir risk oluşturur (World Health Organization [WHO], 2010).

Düşük ve düşük-orta gelirli ülkelerde, insan papilloma virüsü (HPV) ve hepatit gibi enfeksiyonlar, kanser olaylarının hemen hemen %30'unun sebebi olarak öne çıkmaktadır. Ancak birçok kanser türü, erken teşhis ve etkili tedavi yöntemleri ile başarılı bir şekilde yönetilebilmektedir (World Health Organization [WHO], 2010).

Kanser, yaş ilerledikçe sıklığı artan ve önlenbilir nitelikte önemli bir sağlık sorunudur. Yeni tanı konan kanser vakalarının %50'den fazlası ve tüm kanserlerin %67'si 65 yaş ve üzeri kişilerde görülmektedir. 55 yaşından itibaren kanser nedeniyle ölüm oranları %17 oranında yükselmektedir. Özellikle 65 yaş üzerindekilerde kanser insidansı önemli ölçüde yükseliş göstermektedir; tüm kanserlerin yaklaşık %60'ı bu yaş grubunda yer almaktadır. Ayrıca, yaşlı kişilerde kanser görülme oranları, genç nüfusa göre 11 kat daha fazladır (Şenol & Akdeniz, 2010).

2000 yılında 1,3 milyon olan kanserli yaşlı nüfusun, 2050 yılına gelindiğinde 2,6 milyona çıkması öngörülmektedir. Ancak yaş ilerledikçe kanser insidansındaki bu artışın sebebi net olarak belirlenememiştir. Bunun, yaşlanmanın getirdiği biyolojik değişikliklerden mi yoksa daha uzun süre boyunca kanserojen

maddelere maruziyetten mi kaynaklandığı hâlâ tartışma konusudur (Şenol & Akdeniz, 2010).

3. YAŞLILARDA SIK GÖRÜLEN KANSERLER

3.1. Meme Kanseri

Meme kanseri, kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür ve kanserle ilgili ölümler arasında ikinci sırada yer almaktadır. Bu durum, meme kanserinin kadın sağlığı üzerindeki önemli etkisini vurgulamaktadır (Ullah, 2019).

Meme kanseri, 45 yaş altındaki kadınlar arasında malign nedenlerle ölümlerin en yaygın sebebidir (Villarreal-Garza et al., 2013).

Epidemiyolojik çalışmalar, meme kanseriyle ilişkili çevresel ve genetik risk faktörleri hakkında önemli bilgiler sunmuştur. Küresel ölçekte, meme kanseri kadınlar arasında erken ölümlerin en önemli nedenlerinden biridir. (Coughlin, 2019).

Çeşitli çalışmalar içerisinde ırk, etnik köken, ailede kanser öyküsü ve genetik özellikler ile birlikte artan alkol tüketimi, fiziksel aktivite eksikliği, dışsal hormon kullanımı ve belirli kadın üreme faktörleri gibi değiştirilebilir maruziyetler yer almaktadır. Ayrıca, menarşın daha erken yaşta başlaması, doğum yapma ve ilk gebelikte daha ileri yaşlar, seks hormonu seviyeleri üzerinde uzun süreli etkiler yaratabilmekte ve dolayısıyla meme kanseri riskini etkileyebilmektedir (Coughlin, 2019).

Son zamanlardaki araştırmalar, üçlü negatif meme kanserlerinin belirgin bir neden yapısına sahip olabileceğini önermektedir. DNA onarım mekanizmalarında ve DNA çift sarmallı kırıkların homolog rekombinasyonunda görev alan genleri kodlayan varyantlar ve mutasyonlar (APEX1, BRCA1, BRCA2, XRCC2, XRCC3, ATM, CHEK2, PALB2, RAD51, XPD) bazı meme kanseri vakalarında önemli bir rol oynar (Coughlin, 2019).

Meme kanseri tanısı almış hastaların tüm safhalarda 5 yıllık sağkalım oranları, gelişmiş ülkelerde %73, gelişmemiş ülkelerde ise %53 olarak rapor edilmektedir. Bu önemli fark, gelişmiş ülkelerdeki erken tanı ve daha etkili tedavi olanaklarının tarama mamografisi

sayesinde sağlanmasıyla açıklanabilmektedir. Hasta bireyler, risk gruplarına göre ayırt edilerek tarama programlarına dahil edilmektedir. Uygulanmakta olan tarama yöntemleri arasında bireysel meme muayenesi, klinik muayene, mamografi ve yüksek risk grubundaki hastalar için MR taraması yer almaktadır. Sağlık merkezlerinde görevli hekimlerin, gelen hastaların meme kanseri açısından risk durumlarını belirlemeleri öncelikli görevleri arasında olmalıdır. Yüksek riskli hasta grubu, BRCA mutasyonu taşıyan veya şüpheli durumları olan bireyler, hayat boyu %20-25 kanser riski taşıyanlar ve özel olarak 10-30 yaş arasında göğüs bölgesine radyasyon maruziyeti olanlar gibi hastalardır. Bu hastalar, gerektiğinde uzman hekimlere yönlendirilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Meme kanseri tarama yöntemleri arasında mamografi, klinik meme muayenesi ve kendi kendine meme muayenesi bulunmaktadır. Bu yöntemler içerisinde, mamografi en yüksek geçerliliği kanıtlanmış tarama aracı olarak öne çıkmaktadır (Ross & Clark, 2008).

3.2. Serviks Kanseri

Serviks kanseri, kadınlarda 15-44 yaş aralığında en sık görülmekte olan ikinci kanser çeşididir. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC), her sene yaklaşık 500,000 yeni vaka kaydedildiğini bildirmektedir. Ayrıca, serviks kanseri kadınlarda kanserden kaynaklanan ölümlerin üçüncü en yaygın sebebidir (Kurdoğlu, Kurdoğlu, Gelir, & Keremoğlu, 2009).

Servikal kanser taramasının en önemli gayesi, prekanseröz lezyonları erken tespit etmek ve tedavi ederek servikal kanserin insidansını ve ölüm oranını azaltmaktır. Geleneksel sitoloji, servikal kanser taramasında en yaygın olarak kullanılan testtir (Sankaranarayanan, Gaffikin, Jacob, Sellors, & Robles, 2005).

Serviks kanseri, erken tanı ile daha iyi denetim altına alınabilen bir kanser çeşididir. İnvaziv kansere dönüşme potansiyeli taşıyan öncü lezyonların tespit edilmesi, hastalığın tamamen önlenmesine olanak tanır. Bu doğrultuda yapılan servikovajinal sitoloji testleri, erken tanıda önemli bir rol oynamaktadır (Kurdoğlu, Kurdoğlu, Gelir, & Keremoğlu, 2009).

Ulusal kanser kontrol programına göre, 30-40 yaş arasındaki bütün kadınların en az bir defa smear testi yaptırmaları gerekmektedir. Bu testin, beş yıllık periyotlarla tekrarlanması önerilmektedir. Ardışık iki negatif test sonucu elde eden 65 yaşındaki kadınlar için tarama işlemlerine son verilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Benign jinekolojik durumlar sebebiyle total histerektomi geçiren kadınlar için sitolojik takip gereksizdir. Servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) II/III tanısı olarak histerektomi olan hastalarda, son 10 yıl içinde anormal veya pozitif sitoloji bulunmadığı ve yeterli negatif sitoloji kaydedildiği durumlarda tarama durdurulmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2010).

HIV pozitif olan ya da immunosupresif tedavi gören bireylerde, ilk sene iki kez smear testi yapılması; sonuçlar negatif ise, sonraki yıllarda senede bir kez test edilmesi önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2010).

3.3. Kolorektal Kanserler

Kolorektal kanser, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde nüfus artışı ve yaşlanmanın etkisiyle vaka ve ölüm sayılarında küresel ölçekte bir artış göstermektedir. Yıllık olarak yaklaşık 1 milyon yeni vaka ve 500,000'den fazla ölümlerle, kolorektal kanser türü dünya genelinde önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır (Winawer, 2007).

Gelecek 20 yıl içinde, yaşlanmayla birlikte ve nüfus dinamiklerinin etkisiyle kolorektal kanser vakalarının sayısının önemli ölçüde artması beklenmektedir. Bu kanserin riski, ülkeler arasında ve hatta aynı ülke içerisinde bile farklılıklar gösterebilmektedir. Ayrıca, bireylerin diyet alışkanlıkları, yaşam tarzları ve genetik faktörleri de risk düzeylerini etkilemektedir (Winawer, 2007).

Kolorektal kanser, ülkemizde sıkça görülen bir kanser türüdür ve kadınlar ile erkekler arasında benzer sıklıklarla ortaya çıkmaktadır. Bu kanserin erken tanısı için çeşitli etkili tarama yöntemleri mevcuttur. Rektal muayene, gaitada gizli kan testi, fleksible rektosigmoidoskopi, kolonoskopi ve baryumlu kolon grafisi gibi yöntemler, erken dönemde tespiti kolaylaştırmaktadır. Araştırmalar, bu tarama testlerinin 50-70

yaş grubundaki kişilerde kolon kanserine bağlı ölümleri önemli ölçüde azalttığını ortaya koymaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Kolorektal kanseri erken aşamada tespit etmek için başvuru tarama teknikleri arasında rektal muayene, gaitada gizli kan testi ve kolonoskopi bulunmaktadır (Whitlock, Lin, Liles, Beil, & Fu, 2008).

Adenomatöz polip varlığında, daha önce kolorektal kanser tedavisi için küratif cerrahi uygulanan hastalar, birinci derece akrabalarında 60 yaş öncesi kolorektal adenoma veya kanser tanısı konan bireyler, uzun süre inflamatuvar bağırsak hastalığı yaşıyanlar ve aile bireylerinde herediter sendrom öyküsü bulunanlar (örneğin, familial adenomatöz polipozis veya herediter nonpolipozis kolon kanseri) yüksek risk grubunu oluşturur. Bu gruptaki bireylerin daha erken yaşta ve daha çok taranması önerilmektedir; özellikle kolonoskopi yöntemiyle tarama yapılması tavsiye edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2010).

3.4. Prostat Kanseri

Prostat kanseri, erkeklerde en sık karşılaşılan ikinci kanser çeşididir ve dünya genelinde beşinci en yaygın ölüm nedeni olarak öne çıkmaktadır. Bu kanser türü, erken dönemlerde belirti vermeyebilir ve genellikle yalnızca aktif izleme gerektiren yavaş bir ilerleme gösterir. GLOBOCAN 2018 verilerine göre, 2018 senesinde dünya çapında 1.276.106 güncel prostat kanseri vakası rapor edilmiştir ve bu durum, gelişmiş ülkelerde daha yüksek oranlarda görülmektedir (Rawla, 2019).

Dünya genelindeki insidans oranlarının farklılıkları, tanı testlerinin kullanımındaki çeşitlilikleri yansıtmaktadır. Prostat kanserinin görülme sıklığı ve ölüm oranları yaşla yakından ilişkilidir ve en yüksek insidans oranları 65 yaş ve üzerindeki erkeklerde gözlemlenmektedir (Rawla, 2019).

Prostat kanserinin nasıl önleneceğine dair kesin bir bilgi bulunmamakla birlikte, yüksek yağlı gıdaların alımının azaltılması, sebze ve meyve alımının artırılması ve düzenli fiziksel egzersize teşvik edilmesi gibi yöntemler riskin azaltılmasına yardımcı olabilir (Rawla, 2019).

Prostat kanserini tespit etmek için iki ana tarama yöntemi bulunmaktadır: Prostat spesifik antijen (PSA) testi ve rektal muayene. Taramanın başlangıç yaşı 50 olarak belirlenmiştir ve yaşam süresinden 10 sene önceye kadar, senelik rektal muayene ve PSA testlerinin yapılması önerilmektedir. Eğer bir bireyin en yakın derecedeki akrabalarından biri 65 yaşından önce prostat kanseri tanısı almışsa, bu kişi yüksek risk grubuna dahil edilir ve taramanın 45 yaşında başlaması gerekmektedir. Ayrıca, eğer akrabalarından birden fazlası 65 yaş altındayken prostat kanseri teşhisi almışsa, tarama yaşı 40 yaşına düşürülmektedir. Bununla birlikte, ağır ilerleyen tümörler için taramanın faydaları konusunda bazı endişeler bulunmaktadır. Erken tanı ile uygulanan tedavi, bazen erektil fonksiyon bozukluğu, idrar kaçırma ve bağırsak fonksiyonlarında bozulma gibi yan etkilere yol açabilir (Sağlık Bakanlığı, 2010).

3.5. Akciğer Kanseri

Akciğer kanseri, dünya genelinde en fazla görülen kanser türü olup, kansere bağlı ölüm nedenlerinin en büyük sebebidir. 2012 yılında, bu hastalık nedeniyle 1,6 milyon insan hayatını kaybetmiştir (Kökşal & Babaoğlu, 2017).

Akciğer kanserlerinin büyük bir kısmı, %80'den fazlası küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) olarak sınıflandırılırken, küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) %15-20 oranında görülmektedir. Yaşın artmasıyla beraber akciğer kanseri görülme olasılığı fazlalaşmaktadır. Akciğer kanseri tanısı almış bireylerin üçte ikisinden fazlası 65 yaşının üzerindedir (Govindan et al., 2006).

Günümüzde bireylerin gerçek biyolojik yaşını anlamak mümkün olmadığı için yaşlılık genellikle kronolojik yaş ile tanımlanmaktadır. Bu bağlamda, 65, 70 ve 75 yaş gibi çeşitli kronolojik sınırlar öne sürülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 65 yaşını yaşlılık sınırı olarak kabul etmiştir (World Health Organization [WHO], 2015).

70 yaş, yaşa bağlı vücut fonksiyonlarındaki değişimlerin çoğunun bu dönemde meydana gelmesi nedeniyle, yaşlanmanın başlangıcı olarak değerlendirilebilir (Balducci, 2000).

Akciğer kanseri, yaşlı kişilerde daha sık görülmesine rağmen, bu gruba yönelik araştırmalar oldukęa sınırlıdır. Çoğu akciğer kanseri tedavi çalışmasında, 65 yaş altındaki hastalar hedef alınmış, 65 yaş ve üzeri kişilerin temsili yetersiz kalmıştır (Hutchins et al., 1999).

Hastaların yaşı, tedavi seçiminde belirleyici bir faktördür. Doktorlar, yaşlı kadın hastalara genellikle daha geçen yaştaki kadınlara sunulan tedavi seçeneklerinden farklı yaklaşımlar benimsemekte ve uzman konsültasyonu önerme durumu daha düşük olmaktadır. Ayrıca, doktorların tavsiyeleri ve tedaviye dair yan etkiler hakkında verdikleri bilgiler, hastaların tedavi tercihlerini etkileyebilir. Yaşlı bireylerin, kanser tedavisinin sonuçlarıyla ilgili endişeleri de tercihlerini şekillendirmektedir (Newcomb & Carbone, 1993).

Ancak, yalnızca kronolojik yaş, bir hastanın kanser tedavisini ne ölçüde giderilebileceğini tahmin etmek için gerekli bir ölçüt değildir. Benzer yaş aralığındaki farklı hastalar, tedavi toleransı açısından değişkenlik gösterebilir. Birçok yaşlı hasta birey, ltteki akciğer kanseri tedavilerini başarılı bir şekilde tolere edebilmekte ve tedaviye cevapları geçen hastalarla benzerlik göstermektedir (Kökşal & Babaoğlu, 2017).

Akciğer kanserinin hem agresif yapısı hem de heterojen yapısı, bu hastalıktan kaynaklanan ölüm oranlarını azaltmak için gerçekleştirilen tarama girişimlerini zorlaştırmaktadır. Son yıllarda düşük dozlu helikal bilgisayarlı tomografinin (BT) kullanılmaya başlanması, akciğer kanseri taramasında önemli bir dönüşüm sağlamıştır. Araştırmalar, bu yöntemin pek çok tümörü daha erken dönemlerde tespit etme yeteneğine sahip olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu bağlamda, Ulusal Akciğer Tarama Denemesi (NLST), düşük dozlu BT taramasının akciğer kanseri nedeniyle oluşan ölüm oranlarını düşürüp dşremeyeceğini tespit etmek amacıyla tasarlanmıştır (National Lung Screening Trial Research Team, 2011).

NLST'nin bulguları, 55 ila 74 yaş aralığındaki yüksek riskli kişilerde (≥ 30 paket-yıl sigara içme geçmişi olanlar) akciğer kanseri ölüm oranlarının, düşük doz bilgisayarlı tomografi (LDCT) taraması yapılan katılımcılarda, göğüs radyografisi ile taranan gruba göre anlamlı ölçüde azaldığını göstermiştir (Pinsky et al., 2014).

4. Türkiye’de Uygulanmakta Olan Ulusal Kanser Taraması

Türkiye’de kanser taramaları, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. KETEM’ler, “Erken teşhis hayat kurtarır!” mottosunu benimseyerek, meme, serviks ve kolorektal kanserler üzerine odaklanmış tarama programları uygulamaktadır. Ülke genelinde toplam 134 KETEM bulunmakta ve her ilde en az bir merkez faaliyet göstermektedir.

Serviks ve meme kanserleri için uygulanan tarama zamanları, kadınları muayeneye davet etmek amacıyla çeşitli iletişim yöntemleri (mektup, telefon) kullanılarak sürdürülmektedir. 2013 yılında başlatılan kolorektal kanser taramaları da bu kapsamda yer almaktadır. Diğer kanser türleri, örneğin akciğer, mide, deri ve prostat kanseri için ise ulusal tarama programları bulunmamaktadır ve bu konuda öneri yapılmamaktadır.

Kanser taramalarının etkili olabilmesi için hedef kitlenin en az %70’ine ulaşacak şekilde düzenlenmiş bir programın uygulanması gerekmektedir. Bu hedefe ulaşabilmek için Aile Hekimlerinin programa entegrasyonu önemli bir rol oynamaktadır. Aile Hekimleri, kanser tarama programının:

- Toplumda tanıtımının yapılması ve katılım oranının artırılmasında,
- Hedef kitleye davetlerin iletilmesinde,
- Tarama sonuçlarının ilgili bireylere ulaştırılmasında

önemli bir işlev üstlenmektedir (Ulusal Kanser Kontrol Planı, 2013-2018).

4.1. Ülkemizde Meme Kanseri Taramaları

Türkiye’deki mamografi tarama uygulamalarına karşın, meme kanserinin dikkat edilmesi gereken kısmı maalesef ileri evrelerde teşhis edilmektedir. Etkili bir tarama programının, hedef popülasyonun en az %70’ini kapsamaması gerektiği belirtilmektedir; bu da halk temelli tarama yöntemleriyle olasıdır. Ulusal Türk Kılavuzu, 40-69 yaş arasında taramalara her iki senede bir kontrol yapılmasını önermektedir. Hedef kitlenin hemen hemen 12 milyon kişiyi kapsadığı düşünülmektedir.

Ancak, mevcut fırsatları kollayan ve toplum temelli meme kanseri taramalarının kapsayıcılık oranları %20-30 civarındadır (Ulusal Kanser Kontrol Planı, 2013-2018).

Toplum temelli tarama çalışmaları, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yürütülürken, fırsatçı taramalar hastanelere gitmekte olan kadınlara uygulanmaktadır. Eğitim ve farkındalık etkinliklerine karşın, tarama oranlarının istenen seviyeye ulaşamaması bazı sorunları gün yüzüne çıkarmıştır; bu sorunlar arasında uzman eksikliği, sağlık hizmetlerine erişim zorlukları ve bilgi eksiklikleri yer almaktadır. Bu sorunların aşılması için ilk adım olarak aile hekimliğinin tarama programına entegrasyonu gerçekleştirilmiştir. Aile Sağlığı kurumları, hedef nüfusu taramaya davet etmek üzere Çankırı, İzmir ve Erzurum'da pilot projeler uygulamıştır. Bu projeler, aile hekimliğinin tarama programına dahil edilmesinin hedef kitleye ulaşımında ve farkındalığın artırılmasında önemli bir etken olduğunu göstermiştir (Ulusal Kanser Kontrol Planı, 2013-2018).

Hizmete ulaşım, yetersiz uzman referansı ve farkındalık eksiklikleri gibi problemlerin sonucuna yönelik "Gezici Mamografi Projesi" hayata geçirilmiştir. Bu proje kapsamında, tarama faaliyetleri mobil KETEM'ler aracılığıyla gerçekleştirilecek ve Aile Hekimleri kritik bir rol üstlenecektir. 81 ilde Aile Sağlığı Merkezlerinin bahçelerine gidilerek mobil tarama hizmetleri sunulacak ve katılımcılar Aile Hekimlikleri tarafınca bilgilendirilecektir. Projede, 5 senelik bir hizmet alımı planlanmakta ve personel istihdamı sorunları özel sektör aracılığıyla çözüme kavuşturulacaktır. Ayrıca, merkezi raporlama birimlerinin kurulmasıyla, sınırlı sayıda radyoloji uzmanının daha etkili bir şekilde çalışması sağlanacaktır. Bu birimlerde oluşturulan mamografi sonuçları, hastanın Aile Hekimi tarafından kullanılan otomasyon sistemine otomatik olarak kaydedilecektir. Böylelikle, hasta kişiler tahlillerini alabilmek için en yakınındaki sağlık kuruluşuna gitmeleri yeterli olacak ve mükerrer hastanelere ya da KETEM'lere başvurma zorunluluğu ortadan kaldırılacaktır (Ulusal Kanser Kontrol Planı, 2013-2018).

4.2. Ülkemizde Serviks Kanseri Taramaları

Tarama yöntemleri ve zamanları, ülkelerin koşullarına bağlı olarak değişiklik gösterebilir.(25)

Bir kadının hayatında en az bir kez, 30 ile 65 yaşları arasında uygun bir yöntemle serviks kanseri taramasından geçmesi kritik bir öneridir. Tarama yöntemi, ülkelerin sağlık sistemleri ve mevcut koşullarına bağlı olarak farklılık gösterebilir. Bu yöntemler arasında şunlar yer alabilir:

- Servikal smear (sitoloji)
- HPV testi
- Sitoloji ve HPV'nin birlikte kullanıldığı test (her beş yılda bir)
- Asetik asit veya Lugol ile yapılan gözlemsel muayene (VIA/VILI)
- Şüpheli alanların eksizyonel biyopsisi (See and Treat yöntemi gibi)

Tarama zamanları, ülkenin sağlık politikalarına göre 2, 5 veya 10 yıl gibi farklı aralıklarla belirlenebilir veya kadın hayatında yalnızca bir kez yapılması önerilebilir. Ancak, bu taramaların hiçbirinin iki yıldan daha sık yapılması tavsiye edilmez. Ayrıca, sadece smear testi ile yapılan taramalarda, ardışık iki negatif sonucun alınmaması durumunda tarama aralığının üç yıla çıkarılması, invaziv serviks kanseri riskini önemli ölçüde artırabilir (Ulusal Kanser Kontrol Planı; Sawaya et al., 2003).

Servikal kanser ülkemizde, önemli bir sağlık yükü oluşturmamakla beraber, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tavsiyelerine paralel olarak 1992 yılından bu yana servikal smear testleriyle taranmaktadır. DSÖ tavsiyesini yerel koşullara uyarlamak amacıyla Kanseri Daire Başkanlığı, 30-65 yaş aralığındaki asemptomatik kadın bireylerin her beş senede bir servikal smear yaptırmasını hedefleyen 124 tane Kanseri Erken Tanı, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) oluşturmuştur. Ancak, 20 seneyi aşkın süredir sürdürülen bu smear tabanlı tarama programı, uzmanlara bağımlılık, uzmanların ilgisizliği ve halkın konuya yeterince dikkat etmemesi gibi nedenlerle hedeflenen %70 kapsayıcılığa ulaşamamıştır. Gerçekleşen taramalar, hedeflenen

kadın nüfusunun yalnızca %20'sini kapsamıştır (Ulusal Kanser Kontrol Planı, 2013-2018).

Kanser Daire Başkanlığı, servikal kanser taramasındaki mevcut sorunları çözmek için yeni bir teknik benimsemeye kararlaştırmıştır. Bu amaçla, ülke içi ve ülke dışındaki uzmanlardan görüşler alınmış ve bilimsel bir komisyon toplantısı düzenlenmiştir. Sonuç olarak, Aralık 2012'de servikal taramanın öncelikli olarak HPV testleri ile gerçekleştirilmesi kararlaştırılmıştır. Güncellenmiş ulusal kanser tarama ölçütlerine göre, 30-65 yaş arasındaki her kadının beş senede bir HPV testi ile taranması, pozitif sonuç alanların ise smear ile yeniden yorumlanması hedeflenmektedir (Ulusal Kanser Kontrol Planı, 2013-2018).

4.3. Ülkemizde Kolorektal Kanser Taramaları

Kolorektal kanser, erken teşhis konduğunda büyük oranda tedavi edilebilen bir hastalıktır. Erken tanı, bu kanser türünün mortalite ve morbidite oranlarını düşürmenin yanı sıra tedavi masraflarını da azaltmaktadır. Bu kanserin erken dönemde tespit edilmesi, hastalığın asemptomatik dönemlerinde uygulanan tarama programları sayesinde mümkün olmaktadır.

Kolorektal Kanser İçin Tarama Yöntemleri

- **Gaitada Gizli Kan Testleri:**
 - Guaiac Tabanlı Testler
 - İmmünokimyasal Testler
 - Fekal DNA Testi
- **Görüntüleme Yöntemleri:**
 - Çift Kontrast Baryumlu Enema (ÇKBE)
 - Sigmoidoskopi
 - Kolonoskopi
 - Bilgisayarlı Tomografi ile Kolonografi (BTK)
 - Kapsül Endoskopi

Bu tarama yöntemleri, kolorektal kanserin erken aşamalarında tespit edilmesine yardımcı olur ve dolayısıyla hastalığın kontrol altına alınmasında önemli bir rol oynar (Ulusal Kanser Kontrol Planı, 2013-2018).

Kolorektal kanser tarama stratejileri, ülkemizin mevcut altyapı ve olanakları göz önünde bulundurulduğunda en uygun şekilde planlanmalıdır. En etkili yöntem, her iki sene de bir Gaitada Gizli Kan Testi (GGK) uygulamak ve on sene de bir kolonoskopi gerçekleştirmektir. GGK, dışkıda hemoglobin tespiti için poliklonal ya da monoklonal antikorlar kullanılmalı ve sadece insan hemoglobinine duyarlı olmalıdır. Böylece, gıdalardan kaynaklanan hayvan hemoglobinleri ile etkileşime geçerek yanlış pozitif sonuçların oluşması engellenmelidir (Ulusal Kanser Kontrol Planı, 2013-2018).

Ülkemizde gerçekleştirilecek ideal tarama programı, tüm kadın ve erkekleri kapsayarak 50 yaşında taramaya başlamalı ve 70 yaşında tarama sonlandırılmalıdır. Tarama süreci, bireylere davetler gönderilerek her sene aralıklarla yinelenmeli, son iki negatif test sonucu olan 70 yaşındaki bireylerde ise tarama sona erdirilmelidir. Bu yöntem, hedeflenen nüfusa etkili bir şekilde ulaşmayı ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmayı amaçlamaktadır (Ulusal Kanser Kontrol Planı, 2013-2018).

Özel Durumlar

Yüksek ve Çok Yüksek Riskli Gruplar

En yakın derecedeki akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip hikayesi bulunan bireyler, olağan nüfus için uygulanan tarama prosedürlerini 40 yaşından itibaren takip etmelidir. Öte yandan, akrabalarında erken yaşta kolorektal kanser tanısı almış kişiler, akrabalarının kanser yaşından 5 sene önce tarama işlemlerine başlamalıdır. Belirtilen özel olmayan durumların haricinde, tarama ve izleme süreçleri, hastaların durumunu takip eden klinikler tarafından belirlenmelidir (Ulusal Kanser Kontrol Planı, 2013-2018).

Uygulama Alanları

Bu tarama çalışmaları, Toplum Sağlığı Merkezleri, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ile Aile

Hekimlerinin iş birliğiyle gerçekleştirilebilir. Bu kurumlar, elde edilen verileri Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Dairesi Başkanlığı'na raporlamak üzere, Halk Sağlığı Müdürlüklerine düzenli olarak aylık olarak bildirmelidir. Toplum tabanlı tarama faaliyetlerinin koordinasyonu ve veri takibi İl Kanser Kontrol Koordinatörü tarafından yönetilmekte olup, bu görev İl Kanser Kontrol Birimi aracılığıyla yürütülmektedir (Ulusal Kanser Kontrol Planı, 2013-2018).

GGK Testi Negatif Olan Bireyler

Negatif sonuç, alınan test örneğinde kanın tespit edilmediğini gösterir ve bu genellikle (her 100 kişiden yaklaşık 98'inde) görülmektedir. Bu sonuç, bazı kişilerin daha önce belirsiz sonuç almaları nedeniyle testlerini tekrarlamış olmalarından kaynaklanabilir. Ancak, negatif bir sonuç, kişinin gelecekte kolorektal kanser geliştirmeyeceği anlamına gelmez. Bu nedenle, kişilere kolorektal kanser belirtileri hakkında bilgilendirme yapılmalı ve yeni bir bilgilendirme broşürü sunulmalıdır. Ayrıca, 2 yıl içinde tekrar tarama yapılacağı da vurgulanmalıdır (Ulusal Kanser Kontrol Planı, 2013-2018).

GGK Testi Pozitif Olan Bireyler

Pozitif bir sonuç, dışkıda kan bulunduğunu gösterir. Ancak bu durum, otomatik olarak kanser tanısı anlamına gelmemektedir. Genellikle anormal sonuçlar, poliplerdeki kanamalardan kaynaklanmaktadır. Ayrıca, hemoroid gibi diğer sağlık sorunları da bu durumu tetikleyebilir. Anormal bir sonuç alındığında, kalın bağırsak muayenesi için kolonoskopi yapılması gerekmektedir. Bireyler, Devlet Hastaneleri, Eğitim Araştırma Hastaneleri veya Üniversite Hastanelerindeki ilgili branşlara yönlendirilmelidir. GGK testi yapılan her 100 kişiden yaklaşık 2'sinde anormal sonuçlar elde edilmektedir (Ulusal Kanser Kontrol Planı, 2013-2018).

GGK Testi Belirsiz Olan Bireyler

Belirsiz sonuç, testte kan olup olmadığını kesin olarak belirtmez. Bu durum, kişinin kanser olmadığını ifade etmez; yalnızca testin yinelenmesi anlamına gelir. Belirsiz sonuç alan bireylerden en fazla iki kez daha GGK testi yapılması istenir. Bu tekrar, çünkü polipler

ve kanserler devamlı kanama oluşturmazlar ve dışkıda kanın tespit edilmesi önemlidir. Her 100 kişiden aşağı yukarı 4 kişide belirsiz sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Tekrar test yapanların çoğu genellikle normal sonuç elde eder (Ulusal Kanser Kontrol Planı, 2013-2018).

KAYNAKLAR

1. Albert, R. H., & Clark, M. M. (2008). Am Fam Hekimi, 78(12), 1369-1374.
2. Balducci, L. (2000). Geriatric oncology: challenges for the new century. *Eur J Cancer*, 36(14), 1741-1754.
3. Cancer. WHO. Accessed March 10, 2010, at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
4. Coughlin, S. S. (2019). Epidemiology of Breast Cancer in Women. *Adv Exp Med Biol*, 1152, 9-29. doi: 10.1007/978-3-030-20301-6_2
5. Fahad Ullah, M. (2019). Breast Cancer: Current Perspectives on the Disease Status. *Adv Exp Med Biol*, 1152, 51-64. doi: 10.1007/978-3-030-20301-6_4
6. Govindan, R., Page, N., Morgensztern, D., Read, W., Tierney, R., Vlahiotis, A., et al. (2006). Changing epidemiology of small-cell lung cancer in the United States over the last 30 years: analysis of the Surveillance, Epidemiologic, and End Results database. *J Clin Oncol*, 24(28), 4539-4544.
7. Hutchins, L. F., Unger, J. M., Crowley, J. J., Coltman, C. A. Jr, & Albain, K. S. (1999). Underrepresentation of patients 65 years of age or older in cancer-treatment trials. *N Engl J Med*, 341(27), 2061-2067.
8. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/194>
9. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Planı_2013_2018.pdf
10. Kurdoğlu, Z., Kurdoğlu, M., Gelir, G. K., & Keremoğlu, Ö. (2009). Van Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi'ne ait serviks ve meme kanserlerini tarama programı sonuçları. *Van Tıp Dergisi*, 16(4), 119-123.
11. Kökşal, D., & Babaoğlu, E. (2017). Geriatrik olgularda akciğer kanseri. *Türkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Topics*, 10(3), 196-203.

12. Newcomb, P. A., & Carbone, P. P. (1993). Cancer treatment and age: patient perspectives. *J Natl Cancer Inst*, 85(19), 1580-1584.
13. National Lung Screening Trial Research Team; Aberle, D. R., Adams, A. M., Berg, C. D., Black, W. C., Clapp, J. D., Fagerstrom, R. M., et al. (2011). Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med*, 365(5), 395-409.
14. Özbek Yazıcı, S., & Kalaycı, İ. (2015). Yaşlı hastaların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*, 3(3), 385-390.
15. Özmen, M. (2020). Yaşlılık ve Kansere. *Ankara Üniversitesi Dergisi*, 8(3), 112-118.
16. Pinsky, P. F., Gierada, D. S., Hocking, W., Patz, E. F. Jr, & Kramer, B. S. (2014). National Lung Screening Trial findings by age: Medicare-eligible versus under-65 population. *Ann Intern Med*, 161(9), 627-633.
17. Rawla, P. (2019). Epidemiology of Prostate Cancer. *World J Oncol*, 10(2), 63-89. doi: 10.14740/wjon1191.
18. Ross, H. Albert, M.D., PhD, & Mathew M. Clark, M.D., MA. (2008). *Am Fam Hekimi*, 78(12), 1369-1374.
19. Saslow, D., et al. (2002). American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin*, 62(3), 147-172.
20. Sankaranarayanan, R., Gaffikin, L., Jacob, M., Sellors, J., & Robles, S. (2005). A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. *Int J Gynaecol Obstet*, 89 Suppl 2, S4-S12.
21. Sawaya, G. F., et al. (2003). Risk of cervical cancer associated with extending the interval between cervical cancer screenings. *N Engl J Med*, 349(16), 1501-1509.
22. Şenol, Y., & Akdeniz, M. (2010). Yaşlılık ve koruyucu tıp. *Gero-Fam*, 1(1), 49-68.

23. Tufan, K. M. A., Üniversitesi, F. İ., Fakültesi, T., Hastalıkları, İ., Dalı, A., & Dalı, G. B. (2010). Yaşlanma Mekanizmaları. *Ege Journal of Medicine*, 49(3), 11-17.
24. Villarreal-Garza, C., Aguila, C., Magallanes-Hoyos, M. C., Mohar, A., Bargalló, E., Meneses, A., Cazap, E., Gomez, H., López-Carrillo, L., Chávarri-Guerra, Y., Murillo, R., & Barrios, C. (2013). Breast cancer in young women in Latin America: an unmet, growing burden. *Oncologist*, 18(12), 1298-1306.
25. Whitlock, E. P., Lin, J. S., Liles, E., Beil, T. L., & Fu, R. (2008). Screening for colorectal cancer: a targeted, updated systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 149(9), 638-658.
26. Winawer, S. J. (2007). Colorectal cancer screening. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 21(6), 1031-1048.
27. Yokuş, B., & Çakır, D. Ü. (2012). Kanser biyokimyası. *Dicle Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi*, 1, 7-18.
28. World Health Organization. Available at: http://www.who.int/healthinfo/survey/ageing_defnolder/en/. Accessed July 11, 2015.
29. World Health Organization. (2015). Available at: <https://www.emro.who.int/noncommunicable-diseases/cancer/index.html>
30. World Health Organization. (2020). *Global Cancer Observatory - World Fact Sheet*. Available at: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf>
31. World Health Organization. (2020). *Global Cancer Observatory - United States Fact Sheet*. Available at: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/840-united-states-of-america-fact-sheet.pdf>
32. Yükseköğretim Kurulu (YÖK). (2024). *Ulusal Tez Merkezi*. Available at: [\https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=G_oJlr

KE4SgJUkomyAKpR8YerXR9McY6qZ_fJj4A4BXZVaTmls40b
e79ThbeUVuG](<https://tez.yok.gov.tr/Ulusal>

BÖLÜM 7

YOğUN BAKIMDA TAMAMLAYICI BAKIM UYGULAMASI: REFLEKSOLOJİ

Prof. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL¹
Dr. Öğr. Üyesi Gamze GÖKE ARSLAN²

*<https://doi.org/10.5281/zenodo.14504155>

¹ Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, sebnemcinar@gmail.com, ORCID-0000-0002-8904-7395

² Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, gamze.goke@gmail.com, ORCID- 0000-0002-5035-9906

GİRİŞ

Son yıllarda sağlığın korunması, iyilik halinin devam ettirilmesi, gevşeme ve konforun sağlanması, hastalıkların semptomlarının kontrolünde ve bu semptomların günlük yaşama etkilerini azaltmada güvenli, etkili ve ucuz bir yöntem olarak kabul edilen tamamlayıcı ve bütünleştirici bakım uygulamalarının kullanımı giderek artmaktadır. Tamamlayıcı ve bütünleştirici bakım uygulamaları arasında yaygın olarak kullanılan girişimlerden birisi de refleksoloji uygulamasıdır.

1. Refleksolojinin Tanımı ve Tarihi

Yansıma ve aksettirme anlamına gelen refleks terimi dış etkenlerden kaynaklı istemsiz kas hareketi olarak da tanımlanmaktadır (Gözüyeşil, 2015). Refleks kelimesini içinde barındıran refleksoloji Uluslararası Refleksoloji Enstitüsü tarafından “tüm salgı bezleri, organlar ve vücut bölümleri ile ilişkili olan ellerde, ayaklarda ve kulaklardaki refleks noktalarına elle uygulanan, vücut fonksiyonlarının normalleşmesine yardım eden bir teknik” olarak tanımlanmaktadır (Akın ve Uyar, 2014). Refleksoloji vücudun belirli organ ve bölgelerinin yansımaları içeren kulaklar, eller ve ayaklarda yer alan spesifik refleks noktalarına basınç uygulamasına temellenmiştir. Refleksoloji, vücudun anormal fonksiyonlarını düzenleyen, rahatlatıcı, gevşetici, konforu artırıcı, iyileştirici, bütünleştirici, tamamlayıcı ve tedavi edici etkiye sahip bir enerji dengeleme sistemidir (Doğru, Yıldırım ve Aykar, 2017).

Yaklaşık 12 bin yıllık bir tarihe sahip olan refleksoloji ilk olarak Mısır’da uygulanmıştır. Vücutta var olan anormalliklerin ve hastalıkların enerji akışının sağlanması yoluyla iyileştirilmesi amacıyla uygulanan refleksolojinin resimli yazılarla anlatımı yapılmıştır. Refleksolojinin farklı uygulama çeşitlerinin ise Kızılderili kabileleri ve Çin’de yapıldığına yönelik kanıtlar bulunmaktadır. Amerikalı doktor Fitzgerald, 20. yüzyılın erken dönemlerinde refleksolojiyi anestezi bir çeşidi olarak tanımlamış, bölgesel terapi olarak yeniden adlandırmış ve ağrının azaltılması amacıyla kullanmıştır. Refleksoloji Avrupa ve Amerika’da tıpta bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaya başlandıktan sonra popülaritesi artmıştır (Akın ve Uyar, 2014). Modern

refleksolojinin kurucusu olarak tanınan Eunice Ingham bölgesel terapi üzerine odaklanmış, eller ve ayaklardaki basınç noktaları üzerinde çalışmıştır. Ingham ayaklarda ellere göre daha fazla ağrıyı azaltıcı noktalar olduğunu bulmuş ve el ve ayaktaki noktalara basınç uygulandığında organlara ait olumsuz belirti ve bulguların hafifletildiği üzerine çalışmalar yürütmüştür (Doğru, Yıldırım ve Aykar, 2017).

2. Refleksolojinin Etki Mekanizması

Refleksolojinin iyileştirici etkisinin nasıl çalıştığına yönelik henüz tam bir açıklama yoktur. Ancak fizyolojik etkisinin tedavi etkileşimi, dokunmanın rahatlatıcı etkisi veya plasebo etkisinden çok daha büyük olduğu açıktır (Doğru, Yıldırım ve Aykar, 2017).

Refleksolojinin nasıl etki ettiğini açıklayan enerji teorisi, kapı kontrol teorisi, laktik asit teorisi, endorfin teorisi, sinir reseptörlerini algılama teorisi ve sinir uyarı teorisi veya otonomik-somatik birleşme teorisi gibi birçok teori vardır. Wall ve Melzack'ın 1965 yılında ortaya koyduğu kapı kontrol teorisine göre ağrısının olmaması sinirin elektriksel olarak uyarılmasından kaynaklanmaktadır. Refleksoloji, ağrı mesajını beyne aktaran ve ağrı algılama yolunu bloke eden transkütanöz sinir uyarımı (TENS) görevi görür. Ayrıca refleksolojinin, ağrının azaltılmasında endorfin salınımını artırarak etki gösterdiğine inanılmaktadır (Akın ve Uyar, 2014). Vücuttaki enerjiyi dengelemeyi amaçlayan refleksoloji uygulaması inaktive olmuş bölgelerin uyarılması veya aktivitesi artmış bölgeleri sakinleştirerek etki göstermektedir. Refleksolojinin bölgesel, fizyolojik ve psikolojik iyileşme arttırdığı, vücudun gerginliğini azaltarak derin bir gevşeme ve rahatlama sağladığı, stresi ve anksiyeteyi azalttığı, iyilik halini arttırdığı, solunum, kalp hızı ve kan basıncı gibi hemodinamik değişkenleri düzenlediği ve enerji akışını ve dengeyi sağladığı düşünülmektedir (Kaur, Kaur ve Bhardwaj, 2012; Korhan, Khorshid ve Uyar, 2014). El ve ayak üzerinde spesifik bir noktaya basınç uygulamak kan dolaşımını, sinirsel uyarıları ve endorfin salgısını artırarak vücut fonksiyonlarını iyileştirmektedir (Yücel ve Eşer, 2015).

3. Refleksolojinin Kullanım Alanları

Refleksolojinin, lenfoma ve kanser hastaları gibi kronik hastalıklarda ağrı ve yorgunluğu azalttığı, kemoterapinin yan etkilerini hafiflettiği gösterilmiştir (Klaus ve ark., 2024). Fitzgerald'ın 1971 yılındaki refleksoloji bölgesi teorisine göre insan vücudu baştan başparmağa kadar her iki tarafta 5 eşit bölge olmak üzere 10 dikey bölgeye ayrılmıştır. Bu nedenle her iki tarafa parmakla baskı uygulanması o taraftaki ağrıyı azaltır (Gözüyeşil, 2015). Refleksolojinin olumlu etkileri uygulamanın özelliklerinden ziyade hasta ve terapist arasındaki ilişkinin sonucudur. Refleksoloji sıklıkla farmasötik tedavilerin yanı sıra semptomatik tedaviler için de kullanılmaktadır. Refleksoloji hastaların yaşam kalitesini ve konforunu arttırmada, sempatik ve parasempatik sinir sistemini fonksiyonunu düzenlemede, stres, anksiyete, gerginlik, ajitasyon, deliryum, depresyon, uykusuzluk gibi semptom ve hastalıkların yönetiminde, gastrointestinal sistemde kabızlık ve irritabl bağırsak sendromunun iyileştirilmesinde, kas iskelete sistemi ağrılarının azaltılmasında, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), sinüzit, nefes darlığı gibi solunum sistemi hastalıklarının semptomlarının yönetiminde, egzama, alerji gibi cilt problemlerinde, bulantı kusmanın giderilmesinde, dismenore, doğum ağrısı, doğum sırasında servikal dilatasyonun sağlanması, doğum sonrası süt salınımının artırılması gibi kadın sağlığı ve hastalıklarının tedavisinde kullanıldığı bilinmektedir (Arslan, Yücel ve Gökçen, 2017; Klaus ve ark., 2024).

4. Refleksoloji Hemşirelik Alanında Kullanımı

Son yıllarda Türkiye'deki hemşirelik profesyonelleri de refleksoloji ile ilgilenmekte ve farklı hasta gruplarıyla çalışmalar yürütmektedirler. Arslan, Yücel ve Gökçen (2017), 2000-2016 yılları arasında Türkiye'de refleksoloji uygulamasının yaşlılar, serebral palsili çocuklar, hemodiyaliz tedavisi alan hastalar gibi farklı yaş ve örneklem grupları ile konsitpasyon, yorgunluk, ağrı, bulantı, kusma, anksiyete ve depresyon gibi semptomların yönetimi ile ilgili 22 araştırma yürütüldüğünü belirtmişlerdir (Arslan, Yücel ve Gökçen, 2017).

4.1. Yoğun Bakım ve Refleksoloji

Hayati tehlikesi bulunan hastalarda mortaliteyi azaltmak ve morbiditeyi önlemek için hayati fonksiyonların sürdürüldüğü, hastaların iyileştirilmesi ve en üst düzeyde yarar sağlaması amacıyla hayat kurtarıcı birçok teknolojik ekipmanların kullanıldığı yoğun bakım ünitelerinde hastaların ve yakınlarının istemi olmadan çok fazla tedavi edici girişim uygulanabilmektedir (Imani ve ark., 2009; Yücel ve Eşer, 2015). Uygulanan bu girişimler hastaları fizyolojik ve psikolojik olarak olumsuz yönde etkilemekte ve iyileşmeyi geciktirmektedir. Yoğun bakım üniteleri hasta ve yakınları için hoş olmayan bir deneyim ve uyum sağlanması oldukça zor bir çevredir. Yoğun bakım hastalarında ağrı, susama, anksiyete, uyku bozuklukları ve nefes darlığı gibi pek çok semptom sıklıkla gelişmektedir. Yoğun bakım ünitelerinde çok sayıda ve farklı türlerde ilaçların (narkotik analjezikler, kortikosteroidler, inotropik ajanlar, antibiyotik, antiaritmikler) kullanımı hastaları zihinsel ve psikolojik olarak etkilemekte deliryum, anksiyete, stres bozukluğu psikolojik sorunları yaşamalarına yol açmaktadır (Hayes ve Cox, 2000; Kaur, Kaur ve Bhardwaj, 2012). Aşırı duysal yüklenme ve duysal yoksunluk hastaların mental yetisinin zayıflamasına ve çevresinde olanları anlamlı olarak yorumlayabilme yeteneklerinin azalmasına neden olmaktadır. İntravenöz kateterler, infüzyon setleri, çok sayıda monitör ve elektronik cihazların bağlı olduğu yoğun bakım hastaları bir süre sonra vücutlarına bağlı olan bu araç gereç ve cihazları kendi vücutlarının bir parçası olarak görmekte ve bedenlerinin sınırlarını anlamada zorlanmaktadır. Yoğun bakım hastalarının farklı monitör ve cihazlara bağlı olmaları hemşirelik girişimlerinin uygulanmasını kolaylaştırırken hastaların güven duygusunu azaltabilir. Yoğun bakım hastaları ile yapılan çalışmalarda, anksiyete, deliryum, ajitasyon gibi semptomları tedavi etmek amacıyla hastalara sürekli sedasyon uygulanması da hastanede kalış sürecini uzattığı ve bakım maliyetlerini yükselttiğini göstermektedir (Ebadi ve ark., 2015; Yücel ve Eşer, 2015). Bu sonuçlar; yoğun bakım hastalarının bakım maliyetini azaltacak ve konforlarını arttıracak farklı hemşirelik uygulamalarının kullanılması gereğini ortaya koymaktadır. Yoğun bakım hastalarının bakımı ve tedavisi sürdürülürken hastaların yoğun bakım ünitesine bağlı yaşadığı olumsuz durumların azaltılması

ve hastaların bu durumlardan etkilenmesinin en aza indirilmesi için hastalara bütüncül bir hemşirelik bakımı planlanmalı ve uygulanmalıdır. Bütüncül ve kapsayıcı şekilde hazırlanmış bir hemşirelik bakımı yoğun bakım ünitesindeki hastaların iyileşme süreçlerini olumlu yönden etkileyecektir. Ayrıca yoğun bakım ünitesine bakım ve tedavi alan hastanın kliniğe kabulünden taburculuğuna kadar geçen sürede tamamlayıcı ve bütünleştirici hemşirelik bakım uygulamalarının da dahil edildiği bakımın planlanması, uygulanması ve hasta sonuçlarının değerlendirilmesi hastaların olumsuz yoğun bakım deneyimlerini ve hastanede kalış sürecini azaltılabileceği söylenebilir.

Yoğun bakım hastalarında tamamlayıcı ve bütünleştirici bakım uygulamalarından, aile görüşmelerinin sağlanması, gevşeme egzersizleri, hastanın yataktan sandalyeye alınması, müzik terapi, aromaterapi, sırt, el, ayak masajı ve refleksoloji gibi ilaç dışı yöntemlerin kullanılması önerilmektedir (Yücel ve Eşer, 2015). Refleksolojinin, hastanın uygun olan el, ayak ya da kulağından herhangi birine kolaylıkla uygulanabilir ve ucuz olması, herhangi bir yan etkisinin olmaması gibi özelliklerinden dolayı yoğun bakım ünitelerinde hemşirelik bakımına dahil edilmesinin hastaların yaşamsal belirti değerlerini olumlu etkileyeceği, sedasyon ihtiyacını, sedasyon yan etkilerini azaltacağı, gevşeme ve rahatlamayı sağlayarak hastalarda dispne ve anksiyeteyi azaltacağı ve hasta bakım maliyetini düşüreceği yönünde kanıtlar mevcuttur (Oshvandi ve ark., 2014; Alinia-Najjar ve ark., 2020).

Yapılan araştırmalar, yoğun bakım ünitelerinde refleksolojinin bütüncül hemşirelik bakımını destekleyici, etkili bir yöntem olduğunu ortaya koymaktadır. Hayes ve Cox (2000), yoğun bakım hastalarına 5 dakika boyunca ayak masajı uygulamışlar ve ayak masajı süresince kalp hızı, kan basıncı ve solunum sayısında anlamlı bir azalma olduğunu belirlemişlerdir (Hayes ve Cox, 2000). Imani ve arkadaşlarının (2009), inme tanısıyla yoğun bakım ünitesinde yatan 46 kadın hastanın fizyolojik değerlerine 5 dakikalık ayak masajının etkisini inceledikleri çalışmada, kan basıncı (sistolik/diyastolik), kalp hızı ve solunum sayısında anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir (Imani ve ark., 2009). Kaur, Kaur ve Bhardwaj (2012), üç gün boyunca uygulanan ayak masajı ve refleksolojinin beş yoğun bakım ünitesinde 60 yoğun bakım

hastasının fizyolojik değerlerine etkisini inceledikleri çalışma sonucunda, kontrol grubunun fizyolojik değerlerinde hiçbir anlamlı değişim yok iken deney grubunun sistolik kan basıncında anlamlı azalma, diyastolik kan basıncında artış, kalp hızında azalma ve girişim sonrası oksijen saturasyon değerinde iyileşme olduğu saptandı (Kaur, Kaur ve Bhardwaj, 2012). Akın, Khorshid ve Uyar (2014), mekanik ventilasyona bağlı 60 hastaya sabah ve öğleden sonra olmak üzere günde iki defa arka arkaya toplam 5 gün, 10 seans şeklinde kulak, el ve ayak bölgelerine toplam 30 dakika refleksoloji uygulamışlar ve hastaların sedasyon düzeyi ve yaşamsal bulgularını değerlendirmişlerdir. Araştırma sonucunda, mekanik ventilasyon bağlı hastalarda refleksoloji uygulamasının hastaların sedasyon ihtiyacını azalttığı, yaşamsal bulgularını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (Akın, Khorshid ve Uyar, 2014). Sadeghi Shermeh ve arkadaşlarının (2009) koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastaların ameliyat sonrası ağrının azaltılmasında ayak refleksolojinin etkisini inceledikleri çalışmalarında refleksoloji grubunda yer alan hastaların kontrol grubuna göre ağrı şiddetlerinin anlamlı derecede azaldığını saptamışlardır (Sadeghi Shermeh ve ark., 2009). Ebadi ve arkadaşlarının (2015), açık kalp ameliyatı geçiren 96 hastada ayak refleksolojisi uygulamasının hastaların fizyolojik değerleri ve mekanik ventilasyonda kalma süresine etkisini incelemişlerdir. Çalışma sonucunda refleksoloji uygulanan hastaların mekanik ventilasyonda kalma sürelerinde plasebo ve kontrol grupları göre anlamlı derecede daha kısa olduğu bulunmuştur (Ebadi ve ark., 2015). Bagheri-Nesami ve arkadaşlarının (2014) koroner arter bypass greft cerrahisi sonrası ayak refleksoloji masajının hastalarda (n=80) anksiyete düzeyine etkisini inceledikleri çalışmada, ameliyatı takip eden günlerde, kontrol grubuna bir dakika nazikçe ayağa öfleraj yapılırken, deney grubuna sol ayağa 4 gün boyunca 20 dakika ayak refleksolojisi uygulanmıştır. Deney grubunda anksiyete düzeyinde anlamlı bir azalma saptanmıştır (Bagheri-Nesami ve ark., (2014. Oshvandi ve arkadaşlarının (2014), yoğun bakım ünitesinde yatan iskemik kalp hastalarında ayak masajının uyku kalitesine etkisini inceledikleri çalışmada, deney grubundaki hastaların (n=30) uyku kalitelerinde anlamlı bir artma belirlenirken kontrol grubunda (n=30) herhangi bir değişiklik belirlenmemiştir (Oshvandi ve ark., 2014). Rigi ve arkadaşları (2014), ayak refleksoloji

masajının koroner arter baypas cerrahisi geçiren hastalarda (n=52) sistolik kan basıncını düşürmede etkili olduğunu ancak diğer fizyolojik değerlere etkisi olmadığını saptamışlardır (Rigi ve ark., 2014). Kavei ve arkadaşlarının (2015), açık kalp cerrahisi sonrası mekanik ventilasyon uygulanan 96 hastada ayak refleksolojisinin anksiyete ve ajitasyona etkisini inceledikleri çift kör, üç grup (ayak refleksolojisi (n=34), yüzeysel dokunma (n=30) ve kontrol grubu (n=32)) randomize kontrollü çalışmalarında ayak refleksolojisinin hastalarda anksiyete ve ajitasyonu azaltmadığını belirlemişlerdir (Kavei ve ark., 2015). Bahrami ve arkadaşları (2017), koroner bakım ünitesinde akut koroner sendromlu 135 yaşlı kadın hastada aromaterapi masajı ile refleksolojinin yorgunluk, sistolik ve diyastolik kan basıncı, kalp hızı, ortalama arter basıncı ve oksijen saturasyonunu üzerine etkisini incelemişlerdir. Çalışmada; refleksoloji grubundaki hastalara en az 20 dakika ayak refleksolojisi, aromaterapi grubunda ki hastalara en az 20 dakika ayağa aromaterapi masajı ve kontrol grubundaki hastalara da rutin hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Aromaterapi uygulanan hastaların yorgunluk, sistolik kan basıncı, ortalama arter basıncı, oksijen saturasyonunda refleksoloji uygulanan hastalara göre anlamlı fark bulunurken, refleksoloji uygulanan hastaların kalp hızında anlamlı bir azalma saptanmış ve diyastolik kan basıncında üç grup arasında da anlamlı fark bulunmamıştır (Bahrami ve ark., 2017). Reza Alinia-najjar ve arkadaşlarının (2020), yanık yoğun bakım ünitesinde refleksoloji (n=26) ve kontrol (n=26) olmak üzere 52 hasta ile yürüttükleri çalışmada 3 gün boyunca 20 dakika uygulanan ayak refleksolojisinin ağrı anksiyetesini azalttığını, uyku kalitesi ve miktarını arttırdığını bulmuşlardır (Reza Alinia-najjar ve ark., 2020). Rejeh ve arkadaşları (2020) koroner anjiyografi geçiren 90 hastada (el refleksolojisi=45, kontrol=45) refleksolojinin ağrı ve yorgunluğa etkisini inceledikleri çalışmada, el refleksolojini 20 dakika uygulamışlar ve ağrı ve yorgunluğu uygulamadan hemen sonra, 4. ve 6. saatte değerlendirmişler (Rejeh ve ark., 2020). Çalışmanın sonucunda el refleksolojinin hastaların ağrı ve yorgunluk düzeyini azalttığı bulunmuştur. Roghaye Rooin ve arkadaşlarının (2023) yoğun bakım ünitelerine yatırılan travma hastalarında ayak refleksolojisi masajı ve duyuşal uyarının bilinç düzeyine etkisinin karşılaştırdıkları çalışmalarında hem refleksolojinin hem de duyuşal uyarının bilinç

düzeyini arttırdığını ancak iki uygulamanın bilinç düzeyini iyileştirmede önemli ölçüde farklı olmadığını belirlemişlerdir (Roghaye Rooin ve ark., 2023). Negin Mehrabi ve arkadaşları (2023) yoğun bakım ünitelerine yatan mekanik ventilasyona bağlı hastalarda ayak refleksoloji masajının aspirasyonla oluşan ağrıya etkisini inceledikleri çalışmalarında refleksoloji uygulamasının aspirasyona bağlı ağrıyı azalttığını saptamışlardır (Negin Mehrabi ve ark., 2023).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelik profesyonelleri uygulaması kolay, herhangi bir maliyet gerektirmeyen ve yan etkisi olmayan refleksoloji uygulamasına yönelik bilgilerini arttırmalı ve bu bilgilerini kliniklerde uygulamaya aktarabilmelidir. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bu tür girişimleri uygulayabilmesi için yeterli zamanın oluşturulmasının göz ardı edilmesinin yanı sıra, Türkiye’de Sağlık Bakanlığı refleksolojiyi Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’ne eklemiş ve refleksoloji uygulaması için tabip gözetiminde sağlık meslek mensuplarını yetkili personel olarak tanımlamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Yoğun bakım ünitelerinde refleksolojinin semptomları azaltıcı ve iyileştirici etkisini gösteren birçok çalışma olmasına rağmen refleksolojinin etkilerini ortaya koyan daha fazla kanıt düzeyi yüksek çalışmaların yürütülmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Yücel, Ş. Ç., & Eser, İ. (2015). Effects of hand massage and acupressure therapy for mechanically ventilated patients. *Journal of Human Sciences*, 12(2), 881-896.
- 2- Arslan, G.G., Yücel, Ş.Ç., Gökçen, M (2017). Türkiye’de 2000-2016 yılları arasında refleksoloji uygulamasıyla ilgili yapılan çalışmaların sistematik analizi. *Spatula*, 7, 32-37.
- 3- Gözüyeşil, E (2015). Refleksoloji. Başer M., Taşçı S. (Ed.), Kanıta Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar Ankara: Akademisyen Kitabevi. 101-112.
- 4- Akın Korkan, E., & Uyar, M. (2014). Ağrı Kontrolünde Kanıt Temelli Yaklaşım: Refleksoloji. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1, 9-14.
- 5- Doğru, B. V., Yıldırım, Y., & Aykar, F. Ş. (2017). Kardiyovasküler Hastalıklar ve Refleksoloji. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(17), 77-85.
- 6- Hayes, J. A., & Cox, C. (2000). Immediate effects of a five-minute foot massage on patients in critical care. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 6(1), 9-13.
- 7- Imani, E., Moshtagh, E. Z., Alı, H. T., Alavı, M. H., & Abed, S. Z. (2009). The Effect of Foot massage on Physiological Indicators of Female Patients with CVA admitted in the ICU. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services*, 65, 76-82.
- 8- Kaur, J., Kaur, S., & Bhardwaj, N. (2012). Effect of foot massage and reflexology on physiological parameters of critically ill patients. *Nursing and Midwifery Research*, 8(3), 223-33.
- 9- Korhan, E. A., Khorshid, L., & Uyar, M. (2014). Reflexology: its effects on physiological anxiety signs and sedation needs. *Holistic nursing practice*, 28(1), 6-23.
- 10- Klaus, M., Kutschan, S., Männle, H., Hübner, J., & Dörfler, J. (2024). Reflexology in oncological treatment—a systematic review. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 24(1), 32.

- 11- Sadeghi Shermeh, M., Bozorgzad, P., Ghafourian, A., Ebadi, A., Razmjoei, N., Afzali, M., & Azizi, A. (2009). Effect of foot reflexology on sternotomy pain after coronary artery bypass graft surgery. *Iranian Journal of Critical Care Nursing (IJCCN)*, 2(2), 51-54.
- 12- Ebadi, A., Kavei, P., Moradian, S. T., & Saeid, Y. (2015). The effect of foot reflexology on physiologic parameters and mechanical ventilation weaning time in patients undergoing open-heart surgery: A clinical trial study. *Complementary therapies in clinical practice*, 21(3), 188-192.
- 13- Bagheri-Nesami, M., Shorofi, S. A., Zargar, N., Sohrabi, M., Gholipour-Baradari, A., & Khalilian, A. (2014). The effects of foot reflexology massage on anxiety in patients following coronary artery bypass graft surgery: a randomized controlled trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 20(1), 42-47.
- 14- Oshvandi, K., ABDI, S., Karampourian, A., Moghimbaghi, A., & Homayounfar, S. (2014). The effect of foot massage on quality of sleep in ischemic heart disease patients hospitalized in CCU. *Iran J Crit Care Nurs*, 66-73.
- 15- Rigi, F., Feizi, A., Amirian, Z., & Naseri, M. (2014). The Effect of foot reflexology massage on physiological parameters in patients undergoing coronary artery bypass. *Complementary Medicine Journal of faculty of Nursing & Midwifery*, 4(3), 865-875.
- 16- Kavei, P., Ebadi, A., Saeed, Y., Moradian, S. T., & Sedigh Rahimabadi, M. (2015). Effect of foot reflexology on anxiety and agitation in patients under mechanical ventilation after open heart surgery: A randomized clinical trial study. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 4.
- 17- Bahrami, T., Rejeh, N., Heravi-Karimooi, M., Vaismoradi, M., Tadrissi, S.D., Sieloff, C.L. (2017). Aromatherapy massage versus reflexology on female elderly with acute coronary syndrome. *Nurs Crit Care*, 1-8.
- 18- Alinia-Najjar, R., Bagheri-Nesami, M., Shorofi, S. A., Mousavinasab, S. N., & Saatchi, K. (2020). The effect of foot

- reflexology massage on burn-specific pain anxiety and sleep quality and quantity of patients hospitalized in the burn intensive care unit (ICU). *Burns*, 46(8), 1942-1951.
- 19- Rejeh, N., Tadrisi, S. D., Yazdani, S., Saatchi, K., & Vaismoradi, M. (2020). The effect of hand reflexology massage on pain and fatigue in patients after coronary angiography: A randomized controlled clinical trial. *Nursing research and practice*, 1-8
- 20- Rooin, R., Navidian, A., Sarani, H., Mofrad, Z. P., & Pourbaluch, O. (2023). Comparing the Effect of Foot Reflexology Massage and Familiar Sensory Stimulation on the Level of Consciousness of Trauma Patients Admitted to Intensive Care Units: A Clinical Trial Study. *Medical-Surgical Nursing Journal*, 12(1).
- 21- Mehrabi, N., Rajai, N., Pishgooie, S. A. H., & Afaghi, E. (2023). The Effect of Foot Reflexology Massage on Pain Caused by Suction of Mechanically Ventilated Patients Admitted to Intensive Care Units. *Military Caring Sciences Journal*, 10(1), 1-10.
- 22- T.C. Sağlık Bakanlığı, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, Resmi Gazete, 27 Ekim 2014 Pazartesi, Sayı: 29158. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm> [05/12/2023].

BÖLÜM 8

İKLİM KRİZİ VE EBELİK: GEBELİK, DOğUM VE YENİDOğAN BAKIMINDA KARŞILAŞILAN ZORLUKLAR

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Nur YILMAZ¹

Zeynep KALKAN²

Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ALTIPARMAK³

*<https://doi.org/10.5281/zenodo.14504160>

¹ Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, anucar@firat.edu.tr <https://orcid.org/0000-0003-0489-7639>

² Ebe/Yüksek Lisans Öğrencisi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Bölümü, kalkanzeynep468@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-4979-7615>

³ İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, sumeyye.kandemir@inonu.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-4759-1210>

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), küresel iklim değişikliğini (KİD), son asrın en önemli endişe kaynaklarından biridir şeklinde nitelendirerek, bu sorunun toplumumuzu, ekosistemimizi ayrıca insanda zarar verici kalıcı etkiler yaratan şekilde bir kriz olduğunu vurgulamaktadır (Campbell & Prüss, 2019). İklim değişiminin küresel bir problem olmasında zemin hazırlayan değişkenlere bakıldığında; sanayileşme, ekonomik büyüme, enerji tüketimi, hızlı nüfus artışı, çarpık kentleşme ve düşük bilinç düzeyi öne çıkmaktadır. Sanayileşme ve ağır enerji tüketimi, karbon emisyonlarını artırarak çevresel dengenin bozulmasında kritik bir rol oynamaktadır (Chen & Ogunseitan, 2021; Palta & Alsu, 2024). Küresel ekonomik büyüme ise doğal kaynakların aşırı tüketilmesine yol açarak bu süreci derinleştirmektedir (Topçu, 2018). Nüfus artışı, artan kaynak ihtiyacı ve bölgesel yoğunluk nedeniyle karbon salınımını artırmakta ve iklim üzerindeki baskıyı şiddetlendirmektedir (Sevinç & Aktuğ, 2023). Bunun yanında, hızlı kentleşme süreci ve bireylerin düşük çevresel farkındalık düzeyi, iklim krizinin etkilerini daha da belirgin hale getirmektedir (Sharma & Dash, 2022).

İklim krizinin etkileri, bulunduğu coğrafyaya ve ülkelerin kalkınmışlık seviyelerine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Sürece en az katkıda bulunan düşük ve orta gelirli ülkeler, bu krizden orantısız bir şekilde etkilenmektedir (Althor vd., 2016). Özellikle düşük gelir düzeyine sahip, eğitim olanakları sınırlı ve sosyoekonomik açıdan dezavantajlı bireyler, iklim krizine bağlı sağlık tehditleri karşısında daha kırılgan durumdadır (Bennett & Friel, 2014). Gelir seviyesi düşük ülkeler, zengin ülkelere kıyasla daha sıcak iklimlere sahip olduklarından, sıcaklık değişimleri buralarda daha erken belirginleşmekle beraber sağlık ile tarım süreçleri başından beri daha yüksek oranda etkilenmektedir. Dahası yüksek ortam sıcaklıklarının sivrisinek gibi vektörlerin üremesini artırmakla birlikte baraj, kanal ve tarım arazilerindeki sulama bölgelerinde değişimlerin yaşanmasıyla sıtma ve helmantik problemlerin ortaya çıkmasında etkili olacağı, su kaynaklarındaki hijyen ve kontaminasyonun bozulması ile de kolera vb. problemlerin olduğundan fazla görülebileceği belirtilmektedir (Dündar & Özsoy, 2020). Bu bağlamda, gelişmekte olan ülkeler dünya

üzerindeki coğrafi konumları nedeniyle iklim değişikliklerinden orantısız biçimde etkilenmektedirler (Hanna vd., 2016). KİD ile küresel ısınma; yağış türlerini, miktarını, şiddetini ve sıklığını değiştirmekte; aynı zamanda sıcak hava dalgaları, kuraklık, şiddetli fırtınalar, seller ve kasırgalar gibi ekstrem hava olaylarının artmasına yol açmaktadır. İklim değişikliğinin etkileri tüm canlılar için tehdit oluşturabilmektedir. Ancak, bazı gruplar fiziksel, çevresel ve sosyo-demografik faktörler ile yaş ve yaşam evresi gibi etkenler nedeniyle iklimle bağlantılı sağlık risklerine karşı daha savunmasızdır (National Institutes of Health, 2021). İklim krizinin olumsuz sonuçlarından ise en fazla kadınlar, çocuklar ile engelli kişiler vb. kesimler etkilenmektedir (Çolakoğlu, 2023). Gebelik süreci, doğum, doğum sonrası ve yenidoğan evresi, bu krizin etkilerine karşı en hassas dönemler arasında yer almaktadır. Bilimsel çalışmalar, iklim krizi nedeniyle her yıl yaklaşık 400.000 kişinin hayatını kaybettiğini ortaya koymaktadır. Bu rakamın 2030'lu yıllarda 700.000'e ulaşması beklenmektedir (Duymaz, 2020). İklim krizi 2030'a kadar kontrol altına alınmazsa 135 milyon insanı mağdur edebilir. Bu noktada Birleşmiş Milletler, istihdam ve geçim kaynakları yaratmak için düşük gelirli, korunmasız gruplara, kadınlara ve kayıt dışı çalışanlara ulaşmayı hedeflemektedir (UN, 2022). Ebelerin bu süreçteki kritik rolü, iklim değişikliğinin kötü sonuçlarının hafifletilmesinde büyük avantaj sunmaktadır. Bu bölümde iklim krizinin gebelik, doğum ve yenidoğan bakımına etkileri ayrıntılı olarak incelenecek, karşılaşılan sorunlar, çözüm önerileri ve ebelerin bu zorlukları aşmadaki rolü detaylı bir şekilde ele alınacaktır.

2. İklim Krizinin Kadın Sağlığı Üzerindeki Etkileri

İklim değişikliğinin sağlığa olan etkileri, değişikliğin boyutuna, hızına, sonuçlarına ve bireyin iyilik haline göre değişiklikler izlenmektedir. Bu etkiler, dezavantajlı gruplar (kadınlar, özellikle gebeler, çocuklar, yaşlılar, engelliler, yoksullar ve göçmenler) için daha yıkıcı hale gelmektedir (Dinç, 2023). Her ne sebeple oluşan iklim farklılıkları, insan sağlığına zarar verici izlenimler yaratabilmektedir. Özellikle kadın sağlığı, hem üreme sorunlarına yol açarak hem de gebelik döneminde tehdit oluşturacak şekilde olumsuz etkilenmektedir (Dündar & Özsoy, 2020). Bu durum kadın cinsiyetinin biyolojik ve sosyokültürel kırılğanlığıyla

ilişkilendirilmiştir (Neumayer & Plümper, 2008). Kadınlar intrauterin dönemden başlayarak klimakterik döneme kadar yaşamın her evresinde iklim değişikliğinin etkilerine maruz kalmaktadır. Özellikle çevresel endokrin bozucuların besin bulunabilirliğini, beslenme faktörlerini veya artan toksin/kirlilik salınımı yoluyla menarş yaş ortalamasının düşmesinde etki etmektedir (Canelon & Boland, 2020).

İklim krizinin yıkıcı sonuçlarından biri de kadınların yaşam süresini kısaltması ve orantısız ölümlere yol açmasıdır. Denizin yükselmesi, sel baskınları ve kıyı fırtınalarının taşkın riskini arttırması ile kadınları üreme sağlığı ile birlikte zihinsel-fiziksel açıdanda olumsuz etkilemektedir (Giudice vd., 2021). Bangladeş'te yaşanan su taşkınları sonrası kadınlarda idrar yolu enfeksiyonları, menstrüel periyotta düzensizlikler, gebelikle ilgili sağlık problemleri, beslenme bozukluğu vb. sağlık sorunlarının görüldüğü tespit edilmiştir (Kamal vd., 2018). İklim değişikliğinin kadın sağlığını olumsuz etkileyen önemli sonuçlarından biri de, kadına yönelik şiddete maruz kalma oranlarının artmasıdır. Örneğin, bazı topluluklarda iklim krizi nedeniyle artan kaynak kıtlığı genç kızların erken yaşta evlendirilmesine yol açabilmekte ve bu durum kadına yönelik şiddet olgularını arttırmaktadır (İlkin vd., 2024).

Kadınlar ve erkekler arasında bağışıklık sistemi açısından farklılıklar vardır. Biyolojik cinsiyetin, bağışıklık sisteminin bulaşıcı hastalıklara karşı tepkilerinde farklılıklar göstermesinde yadsınamaz bir etkisi vardır (Akyıldız vd., 2020). İklim krizine bağlı yaşanan sel, kuraklık, soğuk ve sıcak hava dalgalarının en çok kadınların sorumlu olduğu geçim kaynaklarını etkilediği, bu nedenle cinsiyet eşitliğinin üzerinde durulması gerektiği ifade edilmektedir (Okur, 2023). Bu durum, kriz dönemlerinde kadınların artan aile sorumlulukları nedeniyle daha fazla yük taşımalarına yol açmakta ve kadın yoksulluğunu derinleştirmektedir (Ha, 2022; Fırat, 2024). Ayrıca, kadınların kamusal hizmetlere yeterince erişememelerine ve temel haklarını koruyamamalarına neden olmaktadır. Kadınların tarım alanında çalışması, su kaynaklarını kullanımı ile kentsel rolleri ve konumlarının evlilik ve topluluk düzeyinde sorumluluklarından dolayı iklim değişikliklerinden olumsuz etkilendiklerine vurgu yapılmıştır. Örneğin, iklim değişikliği ile birlikte, toplumsal cinsiyete dayalı

şiddetin arttığı ifade ediliyor. Ev işlerinden, içme ve ısınma temini görevini üstlenen kadın ve kız çocuklarının, kuraklık nedeniyle yerleşim alanlarından daha fazla uzaklaştığı, daha fazla taciz, tecavüz, istismar, kaza ve yaralanmalar ile karşılaştığı belirtiliyor. Bu durum şiddet, ruhsal sorunlar, cinsel yolla yayılan hastalıklar ve planlanmamış gebeliklerde artış gibi sorunları beraberinde getirmektedir. Bununla bağlantılı olarak, iklim krizine bağlı artan gıda kıtlığı nedeniyle kadınların olduğundan az yiyeceklerle yetinmek zorunda kaldıkları, yetersiz ve düzensiz beslenme riskiyle daha sık karşı karşılaştıkları bildirilmektedir. Ayrıca, olumsuz çevre koşullarına (örneğin, hava kirliliği ve kirli su) bağlı hastalıklardan kadınlar ve kız çocuklarının orantısız bir şekilde etkilendiği vurgulanmaktadır (Varol, 2022).

İklim değişikliği sonucunda yükselen sıcaklıklara bağlı olarak; endokrin sisteminde değişiklikler, dikkat eksikliği, kuraklık, beslenme sorunları, verimliliğin düşmesi, maddi kayıplar, göçler görülmektedir (Varol, 2022). Bu durum, fertil dönemde üreme fonksiyonlarında bozulmalara, infertiliteye ve menopoz döneminde vazomotor semptomların şiddetinin artmasına neden olmaktadır (Patel vd., 2015; Smith, van Daalen & Venkatraman, 2020). Ayrıca, yükselen sıcaklıkların gebelikte enfeksiyon riskini artırarak preterm doğumlara ve fetal anomalilere yol açabildiği bildirilmektedir (Ha, 2022). İklim krizine bağlı artan gıda kıtlığı, kadın ve kız çocuklarının daha az ve yetersiz beslenmesine neden olarak, sağlık durumlarını daha fazla riske atmaktadır.

3. İklim Değişikliğinin Gebelik Dönemindeki Etkileri

İklim değişikliğinin sağlık etkileri piramidinin en tepesinde gebeler, fetüsler ve çocuklar yer almaktadır (Olson & Metz, 2020). Gebelikte meydana gelen farklılıklar, kadınların iklim değişikliğinin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerine karşı daha hassas ve savunmasız bir duruma gelmelerine neden olmaktadır. İklim değişikliği, farklı mekanizmalar aracılığıyla anne sağlığını ve perinatal sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Yapılan çalışmalar iklim değişikliğine bağlı gestasyonel diyabet, preeklampsi, erken/ölu doğum, düşük doğum ağırlığı, postnatal ölu ve vektör kaynaklı hastalık görölme riskinin

arttığını göstermektedir (Schifano vd., 2016; Dündar ve Özsoy 2020; Ha, 2022).

Göç eden gebelerde iklim değişikliğinin etkileri daha da derinleşmektedir. Zorunlu göç, riskli gebeliklerin teşhisini ve tedavisini geciktirerek olumsuz perinatal sonuçlara yol açmaktadır (Ha, 2022). İklim sebebiyle göç etmek zorunda kalan gebelerin prenatal dönemde yeterli bakımı görme hizmeti olumsuz etkilenmektedir. Özellikle gestasyonel diyabet ve preeklampsi gibi ciddi komplikasyonların tanı ve tedavisindeki aksaklıklar, gebeyle fetüsün sağlık durumunu büyük ölçüde riske atmaktadır. Göç eden gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerine erişiminin engellenmesi, bu süreçte yaşanan sağlık risklerini daha da artırmaktadır (Ha, 2022). Literatüre bakıldığında annelik hüznünün göç eden kadınlarda daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (Morrow vd., 2008). Ayrıca gebelik döneminde psikolojikmen tükenmişlik yaşayan kadınların düşük doğum ağırlıklı bir yenidoğana sahip olma oranının daha yüksek olduğu sonuçlarına varılmıştır (Ross vd., 2011; Nasreen vd., 2010).

Gebeler, bozulmuş termoregölasyon ve homeostaz sebebiyle gebe olmayan kadınlara kıyasla ısı stresine karşı daha duyarlıdır (Lin vd., 2017). Gebelik sürecinde aşırı sıcaklığın etkisinde kalmanın preeklampsi ve eklampsi doğum öncesi komplikasyonlarla ilişkili olduğu ve beraberinde düşük doğum ağırlıklı yenidoğan olasılığını artırdığına dair kanıtlar bulunmaktadır. Özellikle ikinci ve üçüncü trimesterde maruz kalmanın, en önemli etkilere yol açtığı belirlenmiştir (Deschênes vd., 2009; Subramaniam, 2007). Yapılan çalışmalarda, gebenin maruz kaldığı 1°C'lik sıcaklık artışının sonucunda erken membran rüptürünün %5 (Ha, 2022), erken ve ölü doğum riskini ise 1.05 (Chersich vd., 2020) kat görölme olasılığını yükselttiği belirtilmektedir.

Gebelik döneminde anne ve fetüs sağlığında olumsuz etkilere yol açan bir diğer önemli faktör ise hava kirliliğidir. Hava kirliliğine maruz kalmanın gestasyonel diyabet, prematüre ve düşük doğum ağırlıklı yenidoğan prevalansını artırdığı ortaya konulmuştur (Robledo vd., 2015; Schifano vd., 2016). Hava kirliliğine maruz kalmanın erkek ve dişi gametogenezini olumsuz etkilediği, gamet miktarı ile kalitesinde

ve embriyo gelişiminde değişikliklere neden olduğu saptanmıştır (Carré vd., 2017). Ayrıca hava kirliliği maruziyetinin lüteal fazı uzatarak adet siklusunu etkileyebildiği bildirilmektedir (Merklinger-Gruchala, Jasienska & Kapiszewska, 2017). İklim değişikliğine bağlı olarak fırtına, sel, sıcak hava dalgaları, kuraklık vb. hava olaylarının sıklığıyla beraber şiddetinde arttığı belirtilmektedir (Watts ve ark, 2019). Literatürde, doğum öncesinde kasırğa gibi aşırı hava olaylarını deneyimleyen kadınların erken doğum oranlarının daha yüksek olduğu, düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebek oranlarında artış ve preeklampsieklampsi olgularında sıklık yaşandığı saptanmıştır (Jeffers & Glass, 2020). Kasırgalar, seller ve orman yangınları sağlık hizmeti sunumu engelleyerek, postpartum bakım ve yenidoğan takibini de kesintiye uğratabilmektedir. Bu durum, annelerin bilgi ve kaynaklara erişimini kısıtlamakta ve böylece emzirme öz yeterliliğini olumsuz yönde etkileyebilir ve ticari süt formüllerine daha fazla başvurulmasına neden olmaktadır (Mudiyanselage vd., 2022).

4. Doğum Sürecinde İklim Krizinin Etkileri

Anne sağlığı açısından hava olaylarındaki aşırılıklar, temiz içme suyu ve sağlıklı gıdaya erişimi azaltmanın ve bulaşıcı hastalık riskini artırmasının yanında hastane ve gebelik bakım hizmetlerine erişimi de etkileyecektir. Uygun gebelik bakımına erişimeme, doğum esnasında oluşabilecek pek çok riskin artışına yol açacak, böylece anne ve bebek ölüm oranlarında paralel bir artış gösterecektir (Rylander vd., 2013). Kadınlar; menstrüasyon, gebelik ve emzirme dönemlerinde gereksinimlerinin artması sebebiyle gıda güvensizliğinin etkilerine ve bunun sonucu olan beslenme eksikliklerine doğal olarak daha hassastırlar. Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), demir eksikliği anemisinin sık görüldüğü bölgelerde, kadınların travay esnasındaki ölüm riskinin %20 kadar arttırdığını belirtmektedir (Sorensen vd., 2018). Postpartum kanamalara ve erken doğum riskinin artmasına sebep olan bir diğer faktör ise afet esnasında ve sonrasında jinekolojik bakıma yeterli erişimin sağlanmamasıdır (Tong vd., 2011).

Aşırı sıcakların; erken doğum, DDA, bebeğin ölü doğması vb. sonuçlara yol açabileceğine dair çalışmalar mevcuttur (Bekkar vd., 2020). Sıcağa maruz kalma, plasental problemlere ve hipertansif

hastalık oranlarının artmasına dolayısıyla anne sağlığını tehlikeye atabilmektedir (He vd., 2018; Kim vd., 2019). Gebelikte uzun vadeli sıcak hava dalgalarına maruziyet laktasyon üzerinde de ciddi etkiler yaratabilmektedir. Ayrıca erken doğumun ebeveynlerin emzirme yeteneğinde de doğrudan etkisinin olduğu öngörülmektedir (Zhang vd., 2019).

5. Yenidoğan ve Çocuk Bakımında İklim Krizinin Etkileri

İklim değişikliğinin çocuklar üzerindeki etkileri anne karnındayken etkilemeye başlamaktadır. Gebelik döneminde iklim değişikliği ve çevresel etkiler (özellikle sıcak hava dalgalarına maruziyet, hava kirliliği, doğal afetler ve göç) fetüsün gelişimini ve sağlığını risk altına sokmaktadır (Pacheco, 2020). Hava kirliliği, özellikle NO₂, dizel ve benzinli motor egzozları ve benzen gibi kirleticilere maruziyetin, intrauterin dönem ve sonrasında, özellikle çocukluk çağında lösemi ve diğer kanser türleriyle bağlantısını ele alan pek çok araştırma vardır fakat elde edilen kanıtlar henüz kesinlik kazanmamıştır (Haspolat & Ertuğrul, 2022). Çocuklar, ağızdan nefes almayı tercih ettiklerinden, üst solunum yollarındaki filtreleme mekanizmalarını atlayarak yetişkinlere kıyasla daha fazla polene ve hava kirliliğine maruz kalmaktadırlar (Bunyavanich vd., 2003). Hava kirliliğinin ölü doğum, konjenital anomaliler ve ani bebek ölümü sendromuyla ilişkisinin anlamlı olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (Scheers vd., 2011; Woodruff vd., 2008; Ritz vd., 2006; Dales vd., 2004; Green vd., 2015).

Çocuklarda yaşa bağlı olarak gelişen “fizyolojik savunmasızlık,” çevresel faktörlerin sebep olduğu morbidite ve hastalık riskinin daha da fazla olması sonuçlarını doğurmaktadır. Bu durumu önleyebilmek adına antenatal dönemdeki mevcut bakımlara daha özenli davranılması gerekmektedir (Rylander vd., 2013). KİD oluşumunda çocukların katkısı oldukça az olsa da kendini savunamadıklarından dolayı en fazla etkilenecek olan grup olmaktadır (Bennett & Friel, 2014; Watts vd., 2019). DSÖ’nün yapmış olduğu çalışma sonucunda iklim değişikliği nedeniyle oluşan hastalıkların %88’inin 5 yaşından küçükleri etkilediği belirtilmiştir (Burke vd., 2018). Çocukların dış

etmenlere karşı savunma becerilerindeki en büyük pay, çocuğun bakım verenlerine ve bulunmuş olduğu toplumun kaynaklarına dayalıdır. Her çocuk aynı şart ve coğrafyada yaşamadığından iklim krizinin eşitsiz etkiler yaratacağı açıktır. Bu tahripkar sonuçların, evren genelinde çocukları orantısız etkilemesi var olan eşitsizlikleri derinleştireceği öngörülmektedir (Haspolat & Ertuğrul, 2022).

İklim değişikliğinin anne ve yenidoğan sağlığına olan etkileri sıklıkla sıcaklık artışıyla ilişkilendirilmektedir (Schifano vd., 2016). Sıcaklık artışının özellikle organogenez döneminde (gebelikte ilk 3/6 ay), fetüs gelişimi üzerinde olumsuz etkiler yarattığı, bunun sonucunda düşük doğum ağırlığına, konjenital kalp problemlerine, erken doğum vb. durumların oluşmasına yol açtığı bildirilmiştir (Dinç, 2023). Sıcaklık artışına paralel bir şekilde intrauterin ölümlerinde fazlalaştığının, kız fetüslere kıyasla erkeklerin daha savunmasız kaldığı tespit edilmiştir (Fukuda vd., 2014).

İklim değişikliğinin psikolojik etkileri incelendiğinde; ekolojik yas, agresyon ve şiddet vb. problemler göze çarpmaktadır (Cankardaş & Sofuoğlu, 2021). Yapılan çalışmalara bakıldığında; KİD sebebiyle aşırı hava olaylarına uğrayan çocukların farklı psikolojik izlenimler (kaygı, anksiyete, uyku ve bağlanma problemleri, çaresizlik, adaptasyonda zorlanma, uyuşturucu bağlılığı) eğiliminde olduğu belirtilmektedir (Nieuwenhuizen vd., 2021; Godden vd., 2021; Gunasiri vd., 2022). İklim değişikliği nedeniyle ortaya çıkan bütün bu olumsuzlukların günümüz ve gelecek nesillerdeki çocukların; insan olmanın temel hakları olan yaşama, gıdaya erişim, temiz su, sağlık gibi hakları üzerinde derin etkiler yaratacağı kuşkusuzdur (Çolakoğlu, 2023). Dünya genelinin temiz suya erişiminin sınırlı olması sebebiyle özellikle büyük su havzalarında oturan kişilerin su nedenli enfeksiyonlardan etkilenme riski bulunduğu belirtilmektedir. Temiz suya erişimin olamamasından ötürü yılda 500.000'i aşan çocuk ishal (viral gastroenterit, bakteriyel ve paraziter enfeksiyonlar) nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu sayının küresel sıcaklık artışına paralel ilerlemesi öngörülmektedir (Philipsborn & Chan, 2018).

6. İklim Krizi Sürecinde Ebelerin Rol ve Sorumlulukları

Sağlık sektöründe çalışan herkesin, KİD'e engel olmak ve doğurduğu sonuçları hafifletmek amacıyla mesleki düzeyde sorumluluk alması gerekmektedir. Özellikle iklim krizinin nedenlerinin ve yaratacağı derin etkilerin farkında olmak ayrıca toplumun bu konuda farkındalığının arttırmak sağlık profesyonellerinin sorumlulukları içinde olmalıdır (Helldén vd., 2021). Bu bağlamda, kadın ve çocuklarla doğrudan çalışan ebelerin, KİD'in neden olduğu mevcut ve gelecekteki sorunları önlemek için çevre bilincini artırmaları ve bu bilinci buldukları topluma bütüncül bir yaklaşımla yaymaları büyük önem taşımaktadır.

Ebelerin, iklim değişikliğinin kadın sağlığı üzerindeki risklerini tanımlayabilmeleri ve bu konuda toplum farkındalığını artırmaları, KİD ile mücadelede etkili bir adım olacaktır (İlkin vd., 2024). Aynı zamanda kadınlara iklim değişikliğinin sağlık üzerindeki riskleri üzerinde konuşulup, bu risklerin nasıl en aza indirilebileceği konusunda önerilerde bulunulması, sağlık profesyonellerinin ve toplumun iklim değişikliğinin anne-çocuk sağlığı üzerindeki etkileri konusunda bilinçlendirilmesi gebelerin bu denli zararlı etkilere maruz bırakılmamasında önemli bir yere sahiptir (Public Health Institute, 2016).

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM), evrensel bir problem haline gelen iklim krizine dikkat çekmiş ve konuyla ilgili gerekli adımların atılması amacıyla ebelere çağrıda bulunarak 2024 temasını "Ebeler: Yaşamsal Bir İklim Çözümü" şeklinde belirtmiştir. Bu tema çerçevesinde ebelerin; sıcak hava dalgaları, aşırı hava kirliliği, iklim felaketleri (yangın, sel, kasırga vb.) gibi durumlarda acil müdahale prosedürleri hakkında eğitim alıp iklim felaketlerinde ilk müdahale hizmetlerine katılmaları, gebe ve çocukları sık ve düzenli aralıklarla izleyerek, sıcak hava dalgaları, çevre kirliliği ve iklim felaketlerinin olumsuz sonuçlarından korumaları, etkilenenleri erken tanımlamaları, ihtiyaç halinde elverişli sağlık kaynaklarına yönlendirmeleri, karbon ayak izi düşük sağlık kuruluşlar yaratma çabalarında bulunmaları, bu konu dahilinde toplumsal bir duyarlılık

göstermeleri tavsiye edilmiştir (ICM, 2024). Anne, bebek ve dolayısıyla toplum sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmede hayati rolleri bulunan ebelik mesleği üyeleri, olumsuz etkilenen gezegen sağlığına karşı tedbirli olmak ve hassas grupların etkilenmelerini azaltmak konusunda benzersiz bir fırsata sahiptir. 2030 Sürdürülebilir Sağlık Kalkınma Hedeflerinden sağlıklı ve refah düzeyi yüksek yaşamı, hayatın her döneminde emniyete alma hedefi kapsamında yer alan, başta anne ve yenidoğan ölüm oranlarının azaltılması olmak üzere birçok hedef doğrudan ebelik bakımıyla gerçekleştirilebilir (Gör & Ünal, 2024). Gezegenel sağlık perspektifi benimsenerek, iklim değişikliğinin en yıkıcı etkileri engellenmeli ve sağlıklı, sürdürülebilir bir gelecek teminat altına alınmalıdır (Irmak & Serin, 2023).

Ebeler, toplum temelli sağlık hizmetleri sunarlar ve iklim değişikliğinin neden olduğu acil sağlık durumlarına müdahale etme yetkinliğine sahiptirler. Özellikle gebelik, doğum, postpartum dönem, yenidoğan ve çocuk sağlığı alanlarında aktif rol oynayan ebeler, kadınlar ve çocuklar için önleyici sağlık hizmetleri sunmaktadırlar. Ebeler, iklim değişikliğinin neden olduğu sağlık problemleriyle başa çıkmada sağlam bir aę oluştururlar. Toplumun katılımını sağlayarak, afet ve acil durum müdahalelerinde kritik bir rol oynarlar. Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM), ebelerin iklim değişikliği ile mücadeledeki önemini vurgulamakta ve ebelerin karbon emisyonlarını azaltmada kilit rol oynadığını belirtmektedir. Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) ve Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM), ebelerin iklim değişikliği ile ilgili sağlık etkilerinin azaltılması ve uyum sağlanması yardımcı olmak amacıyla, hemşireleri ve ebeleri iklim eylemi faaliyetlerine katılmaya çağırmaktadır.

7. Sonuç

İklim krizi, sağlık, çevre ve toplum üzerinde giderek artan bir tehdit oluşturmakta ve özellikle dezavantajlı gruplar olan kadınlar, gebeler, yenidoğanlar ve çocuklar üzerinde derin etkiler bırakmaktadır. Gebelik, doğum ve yenidoğan bakımı gibi kritik dönemlerde, iklim krizinin yarattığı fiziksel, psikolojik ve sosyal tehditler daha net bir şekilde görülmektedir. Bu risklerin yönetimi ve önlenmesinde ebeler, önemli bir rol üstlenmektedir. Ebeler, toplum temelli sağlık hizmetleri

sunma kapasiteleri, kadınlar ve çocuklarla doğrudan çalışmaları ve sağlık krizlerine müdahale becerileri sayesinde, iklim krizinin sağlık üzerindeki etkilerini azaltmada merkezi bir konumdadır. Uluslararası Ebeler Konfederasyonu'nun çağrısıyla, ebelerin hem iklim değişikliğinin etkilerini önleme hem de zararlarını hafifletme noktasında aktif katılım göstermesi gerekliliği vurgulanmıştır. Özellikle, gebe ve çocukların düzenli takibi, iklim krizine bağlı sağlık sorunlarının erken teşhisi ve toplumsal farkındalık yaratma gibi alanlarda ebelerin katkısı hayati önem taşımaktadır.

2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri doğrultusunda, kadın, anne ve yenidoğan sağlığını koruma ve iyileştirme çalışmalarının desteklenmesi, bu süreçte ebelerin rollerini güçlendirmek için gereken politikaların ve kaynakların sağlanması elzemdir. Gezegensel bir sağlık perspektifi benimsenerek, sağlıklı ve yaşanabilir bir geleceği inşa etmek, yalnızca iklim krizinin etkilerini azaltmakla kalmayacak, aynı zamanda toplumsal dayanıklılığı artıracaktır. Sonuç olarak, iklim değişikliği, sadece çevresel bir problemin ötesinde, ciddi bir halk sağlığı krizidir. Bu bağlamda, ebelik mesleğinin stratejik bir şekilde desteklenmesi, iklim krizine karşı daha dirençli bir sağlık sistemi oluşturulması için önemli bir adım olacaktır.

KAYNAKLAR

- Akyıldız HÇ, Özmen A & Kiraz EDE. Covid-19'un İklim Değişikliği ve Cinsiyet Perspektifinden Değerlendirilmesi/Evaluation of Covid-19 From Climate Change And Gender Perspective. *City Health Journal*, 2020;1(1):06-11.
- Althor G, Watson JE & Fuller RA. Global mismatch between greenhouse gas emissions and the burden of climate change. *Scientific reports*, 2016;6:20281. <https://doi.org/10.1038/srep20281>
- Bekkar B, Pacheco S, Basu R & DeNicola N. Association of air pollution and heat exposure with preterm birth, low birth weight, and stillbirth in the US: A systematic review. *JAMA Network Open*, 2020;3(6):e208243. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.8243>
- Bennett CM, Friel S. Impacts of Climate Change on Inequities in Child Health. *Children* (Basel, Switzerland), 2014;1(3):461–73. <https://doi.org/10.3390/children1030461>
- Bunyavanich S, Landrigan CP, McMichael AJ & Epstein PR. The impact of climate change on child health. *Ambulatory pediatrics : the official journal of the Ambulatory Pediatric Association*, 2003;3(1):44–52. [https://doi.org/10.1367/1539-4409\(2003\)0032.0.co;2](https://doi.org/10.1367/1539-4409(2003)0032.0.co;2)
- Burke SE, Sanson AV, Van Hoorn J. “The Psychological Effects of Climate Change on Children”, *Current Psychiatry Reports*, 2018;20:1-8.
- Campbell-Lendrum D, Prüss-Ustün A. Climate change, air pollution and noncommunicable diseases. *Bulletin of the World Health Organization*, 2019;97(2):160–1. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.224295>
- Canelon SP, Boland MRA. systematic literature review of factors affecting the timing of Menarche: The potential for climate change to impact women's health. *Int J Environ Res Public Health*, 2020;17:1703.

- Cankardaş S, Sofuoğlu Z. İklim Değişikliği ve Birey Üzerindeki Etkilerinin Gözden Geçirilmesi. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 2021;9(19):139-46.
- Carré J, Gatimel N, Moreau J, Parinaud J & Léandri R. Does air pollution play a role in infertility ?: a systematic review. *Environ. Heal*, 2017;16:1–16.
- Chen MJ, Ogunseitan OA. Zero E-Waste: Regulatory İmpediments and Blockchain İmperatives. *Frontiers of Environmental Science ve Engineering*, 2021;15(114):2-3.
- Chersich MF, Pham MD, Areal A, Haghghi MM, Manyuchi A & Swift CP. Associations between high temperatures in pregnancy and risk of preterm birth, low birth weight, and stillbirths: systematic review and meta-analysis. *BMJ Clinical Research*, 2020;371:m3811.
- Çolakoğlu M. İklim Adaleti ve Çocuk Hakları. *Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 2023;28(49):469-96.
- Dales R, Burnett RT, Smith-Doiron M, Stieb DM & Brook JR. Air pollution and sudden infant death syndrome. *Pediatrics*, 2004;113(6):e628–31. <https://doi.org/10.1542/peds.113.6.e628>
- Deschênes O, Greenstone M, Guryan J. Climate change and birth weight. *Am Econ Rev*, 2009;99:211–17.
- Dinç A. Güncel Araştırmalarla Doğum ve Kadın Sağlığı. *BİDGE Yayınları*, Ankara, 1. Baskı, 2023, s. 72-86.
- Duymaz SY. Bir İnsan Hakları Sorunu Olarak İklim Değişikliği, 2020, p.5.
- Dündar T, Özsoy S. İklim değişikliğinin kadın üreme sağlığına etkileri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2020;29(3):190-8.
- Firat M. Women's Poverty and Fiscal Policies. *Premium e-Journal of Social Sciences*, 2024;8(46):1131-42.
- Fukuda M, Fukuda K, Shimizu T, Nobunaga M, Mamsen LS & Yding Andersen C. Climate change is associated with male:female

ratios of fetal deaths and newborn infants in Japan. *Fertility and sterility*, 2014;102(5):1364–70. <https://doi.org/10.1016/j.Fertnstert>

Giudice LC, Llamas-Clark EF, DeNicola N, Pandipati S, Zlatnik MG, Decena DCD, Tracey J, Woodruff Jeanne A. Climate Change, Women's Health, And The Role Of Obstetricians And Gynecologists In Leadership. *International Journal Of Gynecology & Obstetrics*, 2021;155:345–56.

Godden NJ, Farrant BM, Yallup Farrant J, Heyink E, Carot Collins E, Burgemeister B, Tabeshfar M, Barrow J, West M, Kieft J, Rothwell M, Leviston Z, Bailey S, Blaise M & Cooper T. Climate change, activism, and supporting the mental health of children and young people: Perspectives from Western Australia. *Journal of paediatrics and child health*, 2021;57(11):1759–64. <https://doi.org/10.1111/jpc.15649>

Gör N, Ünal N. Gezegen Sağlığı: Ebelerin Sunduğu Değerler. Ankara Etlik Şehir Hastanesi Ulusal Bütünleşik Hemşirelik Ve Ebelik Kongresi, Bildiri Özetleri Kitabı, 11-12 Mayıs 2024, Ankara, s. 135.

Green R, Sarovar V, Malig B & Basu R. Association of stillbirth with ambient air pollution in a California cohort study. *American journal of epidemiology*, 2015;181(11):874–82. <https://doi.org/10.1093/aje/kwu460>

Gunasiri H, Wang Y, Watkins EM, Capetola T, Henderson-Wilson C & Patrick R. Hope, Coping and Eco-Anxiety: Young People's Mental Health in a Climate-Impacted Australia. *International journal of environmental research and public health*, 2022;19(9):5528. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095528>

Ha S. The changing climate and pregnancy health. *Current Environmental Health Reports*, 2022;9(2):263-75.

Hanna R, Oliva P. Implications of Climate Change for Children in Developing Countries. *The Future of Children*, 2016;26(1):115-32.

- Haspolat YK, Ertuğrul S. Sağlıklı Yaşam Kitabı. Orient Yayınları. Ankara, 2022, p. 32-43
https://www.researchgate.net/profile/Yusuf-Haspolat/publication/366823471_SAGLIKLI_YASAM/links/63b3e9f0c3c99660ebc6637b/SAGLIKLI-YASAM.pdf#page=44
- He S, Kosatsky T, Smargiassi A, Bilodeau-Bertrand M & Auger N. Heat and pregnancy-related emergencies: Risk of placental abruption during hot weather. *Environment International*, 2018;111:295-300.
<https://doi.org/10.1016/j.envint.2017.11.004>
- Helldén D, Andersson C, Nilsson M, Ebi KL, Friberg P & Alfvén T. Climate change and child health: a scoping review and an expanded conceptual framework. *The Lancet. Planetary health*, 2021;5(3):e164-75. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30274-6](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30274-6)
- International Confederation Midwives (ICM), International Day of the Midwife Theme Announcement, 2024. Available from: <https://internationalmidwives.org/idm-theme-announcement/>
Erişim Tarihi: 10.11.2024
- Irmak Y, Serin GM. İklim Değişikliği ile Mücadelede Önemli Bir Katalizör: Sağlık Faktörü. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 2023;14(38):739-51.
- İlkin E, Dikmen R, Şahin S & Arıöz A. Göç Ve İklim Değişikliğinin Kadın Sağlığına Etkisi. *Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 2024;5(1):11-20.
- Jeffers NK, Glass N. Integrative review of pregnancy and birth outcomes after exposure to a hurricane. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2020;49(4):348–60.
doi: 10.1016/j.jogn.2020.04.006
- Kamal AHM, Umama U, Roman S & Khan MM. Impact Of Flood On Women's Sexual And Reproductive Health: An Empirical Evidence From Northern Bangladesh. *Global Journal of Medical Research*, 2018;18(5):56-64.

- Kim J, Lee A & Rossin-Slater M. What to expect when it gets hotter: The impacts of prenatal exposure to extreme heat on maternal and infant health. *SSRN Electronic Journal*, 2019:12685. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3475791>
- Lin Y, et al. Association between temperature and maternal stress during pregnancy. *Environ Res*, 2017;158:421–30. doi: 10.1016/j.envres.2017.06.034.
- Merklinger-Gruchala A, Jasienska G & Kapiszewska M. Effect of air pollution on menstrual cycle length-a prognostic factor of women's reproductive health. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2017;14:816.
- Mudiyansele SR, Davis D, Kurz E & Atchan M. Infant and young child feeding during natural disasters: A systematic integrative literature review. *Women and Birth*, 2022;35(6):524-31. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.12.006>
- National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services. Climate change and human health, 2021;1-4. https://www.niehs.nih.gov/health/materials/climate_and_human_health_508.pdf
- Neumayer E, Plümper T. The Gendered Nature of Natural Disasters: The Impact of Catastrophic Events on the Gender Gap in Life Expectancy, 1981–2002. *Annals of the association of American Geographers*, 2008;97(3):551-66. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8306.2007.00563.x>
- Nieuwenhuizen AV, Hudson K, Chen X, Hwong AR. The Effects of Climate Change on Child and Adolescent Mental Health: Clinical Considerations. *Current psychiatry reports*, 2021;23(12):88. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01296-y>
- Okur M. Toplumsal cinsiyet ve iklim değişikliği: küresel güneyde iklim değişikliğinin kadınlar üzerindeki etkisi. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Alanında Gelişmeler*, 2023:57-77.
- Olson DM, Metz GAS. İklim değişikliği, kötü gebelik sonuçlarına ve çocuk gelişimine neden olan önemli bir stres

etkenidir. F1000Research 2020, 9 (Fakülte İncelemesi):1222 <https://doi.org/10.12688/f1000research.27157.1>

Pacheco, SE. Catastrophic effects of climate change on children's health start before birth. *The Journal of clinical investigation*, 2020;130(2):562–4. <https://doi.org/10.1172/JCI135005>

Palta G, Alsu E. Bitcoin Üretimini Karbon Emisyonu Üzerindeki Etkisi: Panel Veri Analizi. *Pamukkale Üniversitesi İşletme Araştırmaları Dergisi*, 2024;11(1):199-221.

Patel S, Zhou C, Rattan S & Flaws JA. Effects of endocrinedisrupting chemicals on the ovary. *Biol Reprod*, 2015;93:20.

Philipsborn RP, Chan K. Climate Change and Global Child Health. *Pediatrics*, 2018;141(6):e20173774. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3774>

Public Health Institute/Center for Climate Change and Health. Special Focus: Climate change on pregnant women. 2016;1. <https://climatehealthconnect.org/wpcontent/uploads/2016/09/PregnantWomen.pdf>.

Ritz B, Wilhelm M, Zhao Y. Air pollution and infant death in southern California, 1989-2000. *Pediatrics*, 2006;118(2):493–502. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0027>

Robledo CA, Mendola P, Yeung E, Männistö T, Sundaram R, Liu D, et al. Preconception and early pregnancy air pollution exposures and risk of gestational diabetes mellitus. *Environmental Research*, 2015;137:316–22.

Rylander C, Odland JØ, Sandanger TM. Climate change and the potential effects on maternal and pregnancy outcomes: an assessment of the most vulnerable--the mother, fetus, and newborn child. *Global health action*, 2013;6:19538. <https://doi.org/10.3402/gha.v6i0.19538>

Scheers H, Mwalili SM, Faes C, Fierens F, Nemery B & Nawrot TS. Does air pollution trigger infant mortality in Western Europe?

A case-crossover study. Environmental health perspectives, 2011;119(7):1017–22. <https://doi.org/10.1289/ehp.1002913>

Schifano P, Asta F, Dadvand P, Davoli M, Basagana X, Michelozzi P. Heat and air pollution exposure as triggers of delivery: A survival analysis of population-based pregnancy cohorts in Rome and Barcelona. *Environment International*, 2016;88:153–9.

Sevinç MY, Aktuğ SS. Nüfus Artışının Yol Açtığı Sorunlara Küresel Bakış. *Ankara Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 2023;6(11):13-30.

Sharma P, Dash B. The Digital Carbon Footprint: Threat to an Environmentally Sustainable Future. *International Journal of Computer Science and Information Technology*, 2022;14(3):19-29.

Smith JN, van Daalen KR & Venkatraman R. Climate change and its potential impact on menopausal hot flashes: A commentary. *Menopause*, 2020;27:816–7.

Subramaniam V. Seasonal variation in the incidence of preeclampsia and eclampsia in tropical climatic conditions. *BMC Womens Health*, 2007;7:18. doi: 10.1186/1472-6874-7-18.

Sorensen C, et al. Climate change and women's health: Impacts and policy directions. *Plos medicine*, 2018;15(7):e1002603.

Tong VT, Zotti ME & Hsia J. Impact of the Red River catastrophic flood on women giving birth in North Dakota, 1994–2000. *Maternal and child health journal*, 2011;15(3):281-8.

Topçu FH. Düşük Karbon Ekonomisine Geçme(Me): İklim Değişikliği ve Enerji Politikaları Bağlamında Bir Bakış. *Akdeniz İİbf Dergisi*, 2018;18:115-54.

United Nations (UN). Progres on the Sustainable Development Goals, The Gender Snapshot, 2022;1-31, [Progress-on-the-sustainable-development-goals-the-gender-snapshot-2022-en_0.pdf](https://www.un.org/sustainabledevelopment-goals-the-gender-snapshot-2022-en_0.pdf)

Varol G. İklim Krizi Ve Kadın Sağlığı. VII. Kadın Hekimlik Ve Kadın Sağlığı Kongresi, 1-3 Nisan 2022, Diyarbakır, s.65-74.

- Watts N, Amann M, Arnell N, Ayeb-Karlsson S, Belesova K, Boykoff M, Byass P, Cai W, Campbell-Lendrum D, Capstick S, Chambers J, Dalin C, Daly M, Dasandi N, Davies M, Drummond P, Dubrow R, Ebi KL, Eckelman M, Ekins P & Montgomery H. The 2019 report of The Lancet Countdown on health and climate change: ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate. *Lancet* (London, England), 2019;394(10211):1836–78. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32596-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32596-6)
- Woodruff TJ, Darrow LA & Parker JD. Air pollution and postneonatal infant mortality in the United States, 1999-2002. *Environmental health perspectives*, 2008;116(1):110–5. <https://doi.org/10.1289/ehp.10370>
- Zhang W, Spero TL, Nolte CG, Garcia VC, Lin Z, Romitti PA, Shaw GM, Sheridan SC, Feldkamp ML, Woomert A, SyniAn H, Fisher SC, Browne ML, YuanTao H, Shao H, Hobbs C, Carmichael S, Reefhuis Tinker, JS & Langlois P. Projected changes in maternal heat exposure during early pregnancy and the associated congenital heart defect burden in the United States. *Journal of the American Heart Association*, 2019;8(3):e010995.
- Morrow M, et al. Shifting landscapes: immigrant women and postpartum depression. *Health Care Women Int*, 2008;29(6):593-617.
- Ross J, et al. Perinatal mental distress and infant morbidity in Ethiopia: a cohort study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 2011;96(1):59-64.
- Nasreen HE, et al. Low birth weight in offspring of women with depressive and anxiety symptoms during pregnancy: results from a population based study in Bangladesh. *BMC Public Health*, 2010;10:515.

