
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DEĞERLENDİRMELERİ

Editör: Dr.Öğr.Üyesi Nilay ÇAKICI

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Değerlendirmeleri

Editör

Dr.Öğr.Üyesi Nilay ÇAKICI

yaz
yayınları

2025

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Değerlendirmeleri

Editör: Dr.Öğr.Üyesi Nilay ÇAKICI

© YAZ Yayınları

Bu kitabın her türlü yayın hakkı Yaz Yayınları'na aittir, tüm hakları saklıdır. Kitabın tamamı ya da bir kısmı 5846 sayılı Kanun'un hükümlerine göre, kitabı yayınlayan firmanın önceden izni alınmaksızın elektronik, mekanik, fotokopi ya da herhangi bir kayıt sistemiyle çoğaltılamaz, yayınlanamaz, depolanamaz.

E_ISBN 978-625-5838-98-8

Ekim 2025 – Afyonkarahisar

Dizgi/Mizanpaj: YAZ Yayınları

Kapak Tasarım: YAZ Yayınları

YAZ Yayınları. Yayıncı Sertifika No: 73086

M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar/AFYONKARAHİSAR

www.yazyayinlari.com

yazyayinlari@gmail.com

info@yazyayinlari.com

İÇİNDEKİLER

Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı	1
<i>Elif Ayfer BALTACI YILDIZ, Aycan ŞAHİN</i>	
Kadın Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği	29
<i>Aycan ŞAHİN, Elif Ayfer BALTACI YILDIZ</i>	
Yenidoğanda Omuz Distosisi ve Anne Bebek Bağlanmasının Roy Adaptasyon Modeline Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu	56
<i>Rukiye Ceren ERDEMİR, Halime ABAY, Sibel PEKSOY KAYA</i>	

"Bu kitapta yer alan bölümlerde kullanılan kaynakların, görüşlerin, bulguların, sonuçların, tablo, şekil, resim ve her türlü içeriğin sorumluluğu yazar veya yazarlarına ait olup ulusal ve uluslararası telif haklarına konu olabilecek mali ve hukuki sorumluluk da yazarlara aittir."

YAŞAM DÖNEMLERİNE GÖRE KADIN SAĞLIĞI

Elif Ayfer BALTACI YILDIZ¹

Aycan ŞAHİN²

1. GİRİŞ

Kadın sağlığı, yalnızca biyolojik cinsiyetin belirlediği fizyolojik süreçlerle sınırlı olmayan; aynı zamanda toplumsal cinsiyet rolleri, kültürel normlar, ekonomik koşullar, çevresel faktörler ve sağlık hizmetlerine erişim gibi çok boyutlu etkenlerin etkileşimiyle şekillenen, dinamik ve kapsamlı bir kavramdır. Tarihsel süreçte kadın sağlığı, büyük ölçüde doğurganlık ve üreme kapasitesi çerçevesinde ele alınmış olup; bu durum, sağlık politikalarının ve hizmet sunumunun uzun yıllar boyunca yalnızca üreme sağlığına odaklanmasına neden olmuştur. Ancak günümüzde bu indirgemeci yaklaşım yerini, kadının yaşam döngüsünün tüm evrelerini çocukluktan yaşlılığa kadar kapsayan, fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık gereksinimlerini bütüncül bir perspektifle değerlendiren çağdaş bir sağlık modeline bırakmıştır. Bu yeni yaklaşım, kadınların sağlık deneyimlerinin yalnızca biyolojik değil, aynı zamanda toplumsal bağlam da da anlaşılması gerektiğini vurgulamakta; sağlık eşitsizliklerinin giderilmesi ve toplumsal cinsiyet temelli ayrımcılığın azaltılması yönünde önemli bir zemin oluşturmaktadır (Langer at al., 2015). Kadınların sağlık durumu, yalnızca biyolojik ve genetik

¹ Öğretim Görevlisi, Bingöl Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, elifayferbaltaci@gmail.com, ORCID: 0000-0002-4405-2211.

² Araştırma Görevlisi, Muş Alparslan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, aycan.sahin@alparslan.edu.tr, ORCID: 0000-0002-7276-7003.

faktörlerin etkisiyle şekillenmemekte; aynı zamanda toplumsal cinsiyet rolleri, eğitim düzeyi, ekonomik kaynaklara erişim, istihdam olanakları, aile yapısı, yaşanan fiziksel ve sosyal çevre, etnik kimlik gibi çok sayıda sosyal belirleyici tarafından da derinden etkilenmektedir. Bu sosyal belirleyiciler, kadınların sağlık hizmetlerine erişim düzeyini, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma kapasitelerini, sağlık hizmetlerinden yararlanma biçimlerini ve genel yaşam kalitelerini doğrudan belirlemektedir. Ayrıca, etnik kimlik ve kültürel aidiyetler, sağlık sisteminde karşılaşılan ayrımcılık ve dışlanma gibi yapısal engellerle birleştiğinde, kadınların sağlık hizmetlerinden eşit biçimde yararlanmasını daha da zorlaştırmaktadır. Bu durum, kadın sağlığının değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi sürecinde, sosyal belirleyicilerin çok boyutlu etkilerini göz önünde bulunduran bütüncül ve kapsayıcı bir yaklaşım benimsenmesi büyük önem taşımaktadır (Mijatovic Jovanovic at al., 2020; Biglari Abhari at al., 2024). Bu nedenle kadın sağlığı, bireyin yalnızca biyolojik ya da tıbbi bir varlık olarak değil; aynı zamanda içinde bulunduğu toplumsal yapının, kültürel normların ve ekonomik koşulların şekillendirdiği bir sosyal özne olarak değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır. Küresel ölçekte kadınlar, erkeklere kıyasla daha uzun bir yaşam süresine sahip olmalarına rağmen, yaşamlarının önemli bir bölümünü çeşitli sağlık sorunlarıyla geçirmektedirler. Bu durum, kadınların sağlık hizmetlerine olan gereksinimini artırmakta; ancak buna karşın pek çok kadın, özellikle temel ve yaşamsal sağlık hizmetlerine erişimde ciddi yapısal ve sosyo-ekonomik engellerle karşılaşmaktadır. Düşük gelirli kadınlar, göçmenler, kırsal bölgelerde yaşayanlar ve etnik ya da kültürel azınlık gruplarına mensup kadınlar, bu engelleri daha yoğun ve sistematik biçimde deneyimlemekte; bu da sağlık hizmetlerinde eşitlik ilkesinin hayata geçirilmesini güçleştirmektedir. Dolayısıyla kadın sağlığının iyileştirilmesine yönelik politikaların, yalnızca bireysel düzeyde değil, aynı zamanda toplumsal eşitsizlikleri hedef alan bütüncül ve kapsayıcı

stratejilerle desteklenmesi gerekmektedir (Coombs, Campbell & Caringi, 2022; Davison, Stanzel & Hammarberg, 2024). Günümüzde kadın sağlığına ilişkin bilimsel araştırmalar, yalnızca hastalıkların tanınması ve tedavisine odaklanmakla kalmayıp; aynı zamanda kadınların sağlığı koruma, iyileşme süreçlerini yönetme ve sağlıklarını sürdürülebilir kılma pratiklerini, toplumsal bağlam ve yaşam koşulları çerçevesinde analiz etmeye yönelmiştir. Bu yaklaşım, kadınların sağlık deneyimlerinin yalnızca biyomedikal değil, aynı zamanda sosyal, kültürel ve ekonomik etkenlerle şekillendiğini kabul eden bütüncül bir perspektifi yansıtmaktadır (AlNujaidi, Al-Rayes & Alumran, 2025).

2. ÇOCUKLUK VE ERGENLİK DÖNEMİNDE KADIN SAĞLIĞI

2.1. Ergenliğin Tanımı, Biyolojik ve Psikososyal Değişiklikler

Ergenlik dönemi, bireyin çocukluktan yetişkinliğe geçiş sürecinde yaşadığı çok boyutlu gelişimsel dönüşümlerin yoğunlaştığı kritik bir yaşam evresidir. Bu dönem, yalnızca biyolojik değişimlerle sınırlı kalmayıp; aynı zamanda bilişsel işlevlerin yeniden yapılanması, duygusal düzenleme becerilerinin gelişimi ve sosyal kimliğin inşası gibi çok çeşitli alanlarda köklü dönüşümleri içermektedir. Ergenliğin biyolojik başlangıcı, hipotalamo-hipofizer-gonadal (HHG) aksın aktivasyonu ile gerçekleşir. Bu nöroendokrin süreç, başta östrojen ve progesteron olmak üzere cinsiyet hormonlarının düzeylerinde belirgin bir artışa yol açar. Hormonlardaki bu artış, sekonder cinsiyet özelliklerinin gelişimini tetikler; menarşin başlaması, boy uzaması, vücut kompozisyonunda ve yağ dağılımında meydana gelen değişiklikler gibi fizyolojik göstergelerle kendini dışa vurur (Li, 2024) . Ancak ergenlik dönemi, yalnızca biyolojik temelli bir

gelişim süreci olarak değil; aynı zamanda bireyin sosyal çevresiyle etkileşim içinde kimliğini yeniden yapılandığı, çok boyutlu bir psikososyal dönüşüm evresi olarak değerlendirilmelidir. Bu süreçte meydana gelen hormonal değişiklikler, özellikle kız çocuklarında merkezi sinir sistemi gelişimiyle etkileşime girerek, sosyal bilişsel işlevlerde ve kişilerarası ilişkilerde belirgin dönüşümlere yol açabilmektedir. Akran ilişkilerinin önem kazandığı, benlik algısının şekillendiği ve sosyal onay ihtiyacının arttığı bu dönemde, nöroendokrin değişimlerin psikososyal stres faktörleriyle birleşmesi, ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkileyebilecek bir zemin oluşturabilir. Bu bağlamda, ergenlik dönemindeki kız çocuklarında depresif belirtiler, anksiyete bozuklukları ve kendine zarar verme davranışları gibi psikopatolojik risklerin artış gösterdiği gözlemlenmektedir. Dolayısıyla ergenlik, yalnızca fizyolojik gelişimin değil; aynı zamanda ruhsal dayanıklılığın, sosyal uyumun ve psikolojik sağlığın da yeniden şekillendiği kritik bir dönem olarak ele alınmalı ve bu döneme özgü müdahale stratejileri, biyopsikososyal bir çerçevede geliştirilmelidir (Choukas-Bradley at al., 2022; Pfeifer & Allen, 2021). Ergenlik dönemi, bireyin bedenine ilişkin algısının hızla değiştiği ve beden imajının psikososyal gelişim açısından merkezi bir rol kazandığı bir evredir. Bu süreçte yaşanan hızlı fiziksel değişimler, özellikle kız çocuklarında bedenin görünümüne yönelik farkındalığı artırmakta ve bireyin kendilik algısını yeniden yapılandırmasına neden olmaktadır. Beden imajı, bu bağlamda yalnızca fiziksel görünüme ilişkin değerlendirmeleri değil; aynı zamanda bireyin bedenine yönelik düşünsel, duygusal ve davranışsal tutumlarını da içeren çok boyutlu bir kavram olarak öne çıkmaktadır (Choukas-Bradley at al., 2022; An at al., 2025). Ergenlik döneminde beden algısında yaşanan bozulmalar ile psikolojik sıkıntılar arasında anlamlı bir ilişki olduğu, son yıllarda yapılan araştırmalarla açık biçimde ortaya konmuştur. Bu dönemde beden memnuniyetsizliği, yalnızca fiziksel görünümle ilgili geçici bir

hoşnutsuzluk olarak değil; aynı zamanda depresyon, anksiyete ve yeme bozuklukları gibi ruhsal sorunların gelişiminde etkili olan önemli bir ara değişken olarak değerlendirilmektedir (McLean at al., 2022; Shumaila Tasleem, at al., 2022).

2.2. Ergenlikte Fizyolojik Gelişim ve Hormonal Değişimler

Ergenlik, kız çocuklarında genellikle 8 ila 13 yaşları arasında başlayan ve hem iç hem de dış üreme organlarının olgunlaşmasıyla karakterize edilen, biyolojik ve endokrinolojik açıdan karmaşık bir gelişim sürecidir (French, 2021). Bu dönemin temel belirleyicisi, hipotalamo-hipofizer-gonadal (HPG) aksın aktivasyonudur. Süreç, hipotalamustan gonadotropin salgılatıcı hormonun (GnRH) pulsatif salınımıyla başlar; bu da hipofiz bezinden luteinizan hormon (LH) ve folikül uyarıcı hormonun (FSH) salgılanmasını tetikler. LH ve FSH, overleri uyarak östrojen üretimini başlatır. Östrojenin artışı, meme gelişimi, uterusun büyümesi, vajinal mukozanın olgunlaşması ve menarşin başlaması gibi sekonder cinsiyet özelliklerinin ortaya çıkmasında merkezi bir rol oynar (Cheuiche at al., 2021; Li, 2024). Bu dönemde östrojen ve progesteron gibi cinsiyet hormonlarının düzeylerinde yaşanan artış, beynin yapısal ve işlevsel organizasyonunda önemli değişimlere yol açar. Özellikle prefrontal korteks, hipokampus ve amigdala gibi bölgelerde gözlenen nöroplastik yeniden yapılanma, dikkat, karar verme, öğrenme, sosyal etkileşim ve stres yanıtı gibi bilişsel ve duygusal işlevlerde belirgin dönüşümlere neden olmaktadır (Chaku & Barry, 2024). Bu nöroendokrin değişimlerin, ergen bireylerin çevresel uyaranlara karşı duyarlılığını artırdığı ve psikososyal stres faktörlerine karşı daha kırılgan hâle getirdiği bilinmektedir (Viner, 2015). Ergenlik süreci, hormonal değişimlerin bireyler arasında farklılık göstermesi nedeniyle oldukça değişken bir gelişimsel dönemdir. Hipotalamo-hipofizer-gonadal (HPG) aksın aktivasyon zamanlaması, genetik, çevresel, beslenme ve

psikososyal faktörlerin etkileşimiyle belirlenmekte; bu da ergenliğin başlangıç yaşında ve ilerleyiş hızında bireyler arası önemli farklılıklara yol açmaktadır (Pfeifer & Allen, 2021). Bu bağlamda, erken (prematür puberte) ya da gecikmiş (gecikmiş puberte) ergenlik, yalnızca fiziksel gelişim sürecini değil, aynı zamanda bireyin psikolojik uyumunu, benlik algısını ve sosyal ilişkilerini de derinden etkileyebilmektedir. Özellikle erken ergenliğe giren kız çocuklarında, yaşlarına uygun olmayan fiziksel görünüm ve hormonal değişimlerin, akran ilişkilerinde uyumsuzluk, beden imajı sorunları ve ruhsal sıkıntılarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Currie, 2019). Gecikmiş puberte ise, fiziksel gelişim açısından geride kalma hissi ve sosyal dışlanma gibi psikososyal riskleri beraberinde getirebilir. Bu nedenle, ergenlik sürecinin bireysel farklılıklar temelinde izlenmesi, yalnızca büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesi açısından değil; aynı zamanda uygun, zamanında ve duyarlı sağlık hizmetlerinin sunulması açısından da kritik öneme sahiptir (Howard & Dunkel, 2017).

2.3. Ergenlikte Sık Görülen Sağlık Sorunları

Ergenlik dönemi, biyolojik, hormonal ve psikososyal değişimlerin yoğunlaştığı, bireyin hem fiziksel hem de ruhsal gelişiminde kritik bir eşik oluşturan bir evredir. Özellikle kız çocuklarında bu süreç, üreme sisteminin olgunlaşmasıyla birlikte çeşitli sağlık sorunlarının ortaya çıkma riskini artırmaktadır. Bu dönemde en sık karşılaşılan klinik problemler arasında menstruel düzensizlikler, dismenore (ağrılı adet görme), akne, yeme bozuklukları ve polikistik over sendromu (PCOS) yer almaktadır. Menarşın ardından geçen ilk birkaç yıl içinde ovulatuar döngülerin henüz tam olarak yerleşmemesi nedeniyle, adolesanların büyük bir kısmında anovulatuar ve düzensiz menstruasyonlar gözlemlenmektedir (Abbasi at al., 2022). Özellikle PCOS, ergenlik döneminde tanı koyulması güç olan ancak bu yaş grubunda sıklıkla ortaya çıkan bir endokrin

bozukluk olarak dikkat çekmektedir. Pubertal dönemde görülen menstruel düzensizlikler, hiperandrojenizm ve insülin direnci gibi belirtiler, PCOS'un erken göstergeleri olabilir bu durum ergenin fiziksel ve psikolojik sağlığı üzerinde uzun vadeli etkiler yaratabilir (Burgert & Paprocki, 2022). Bu düzensizlikler bazen disfonksiyonel uterin kanama şeklinde belirginleşerek anemiye yol açabilir. Ayrıca, adolesanların %70'inden fazlası dismenore ile başvurmakta; bu durum yalnızca fiziksel ağrıya değil, aynı zamanda okula devamsızlık, uyku bozuklukları ve duygudurum dalgalanmaları gibi ikincil problemlere neden olabilmektedir (Okpata at al., 2024). Ergenlikte PCOS da önemli bir endokrin bozukluk olarak öne çıkar; genellikle oligomenore, hirsutizm, akne ve kilo artışıyla birlikte seyreder ve tanı konulmadığında ileri yaşlarda diyabet ve infertilite riskini artırır (Singh & Singhal, 2019). Ayrıca, akne ve hirsutizm gibi hiperandrojenizme bağlı semptomlar, ergen kızların beden algısını ve özsaygısını olumsuz etkileyerek psikososyal uyumu zorlaştırabilir (Shah & Lieman, 2022).

2.3.1. Disfonksiyonel Uterin Kanamalar (DUK)

Disfonksiyonel uterin kanama (DUK), ergenlik döneminde en sık karşılaşılan jinekolojik sorunlardan biridir ve genellikle ovulasyonun başlamadığı ilk birkaç yıl içinde ortaya çıkar. Bu durum, hipotalamo-hipofizer-ovaryan (HPO) aksın immatüritesine bağlı olarak anovulatuvar siklusların görülmesiyle ilişkilidir (Polis & Hertweck, 2016). Anovulasyonun görüldüğü menstrual döngülerde, ovulasyon gerçekleşmediği için korpus luteum oluşmaz ve dolayısıyla progesteron üretimi de başlamaz. Bu hormonal dengesizlik sonucunda, östrojenin endometrium üzerindeki etkisi baskılanamaz hâle gelir. Sürekli östrojen maruziyeti, endometrial proliferasyonu artırarak düzensiz, yoğun ya da uzamış uterin kanamalara yol açabilir. Bu tür kanamalar, organik patolojiler (örneğin uterin polipler, miyomlar, koagülopati gibi sistemik hastalıklar veya pelvik kitleler)

dışlandıktan sonra disfonksiyonel uterin kanama (DUK) olarak tanımlanır. Özellikle adolesan dönemde, hipotalamo-hipofizer-ovaryan (HPO) aksın henüz tam olgunlaşmamış olması nedeniyle anovulatuvar sikluslar sık görülmekte ve bu durum DUK'un en yaygın nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Naderi at al., 2025). Ergen kızlarda DUK'un en önemli ayırt edici özellikleri düzensiz, ağrısız ve siklus dışı kanamalardır. Hafif ve orta düzeyde DUK olgularında tedavi genellikle düşük doz östrojen-progestin kombinasyonları ile gerçekleştirilir. Şiddetli ve akut kanama durumlarında ise intravenöz östrojenle acil hemostaz sağlandıktan sonra oral hormon tedavisi uygulanır (Badawy, 2021). Hormonal tedaviye yanıt alınamayan veya altta yatan anatomik nedenlerin dışlanamadığı disfonksiyonel uterin kanama (DUK) olgularında, tanısal ve terapötik amaçlı histeroskopik değerlendirme önerilmektedir. Histeroskopi, uterin kavitenin doğrudan görsel incelenmesine olanak tanıyarak endometrial polip, submukozal miyom veya endometrial hiperplazi gibi yapısal patolojilerin tanımlanmasında yüksek tanısal doğruluk sunar. Özellikle ultrasonografi ile saptanan ancak netleştirilemeyen intrauterin lezyonların değerlendirilmesinde histeroskopi, hem tanı koydurucu hem de gerektiğinde eş zamanlı tedavi edici bir yöntem olarak öne çıkmaktadır (Martire at al., 2025).

2.3.2. Dismenore

Dismenore, adolesan kızlar arasında en yaygın görülen jinekolojik yakınmalardan biri olup, hem fiziksel hem de psikososyal işlevsellik üzerinde önemli etkiler yaratmaktadır. Genellikle menarş sonrası ilk yıllarda ortaya çıkan bu durum, özellikle primer dismenore formunda, herhangi bir altta yatan pelvik patoloji olmaksızın, ovulatuvar döngülerle birlikte artan prostaglandin üretimine bağlı olarak gelişen kramp tarzında alt abdominal ağrılarla karakterizedir. Bu ağrı genellikle menstruasyonun hemen öncesinde başlar ve 1-3 gün sürebilir.

Yapılan güncel araştırmalar, dismenorenin adölesan kızlar arasında görülme sıklığının %60 ile %90 arasında değiştiğini ve bu ağrının %15'e varan oranda şiddetli düzeyde yaşandığını ortaya koymaktadır (Tridenti & Vezzani, 2018; Jawad at al., 2021). Dismenorenin etkileri yalnızca fiziksel düzlemde kalmamakta, aynı zamanda emosyonel ve bilişsel işleyişi de etkilemektedir. Konsantrasyon bozukluğu, sinirlilik, depresif belirtiler ve uyku problemleri sıkça bildirilen semptomlar arasında yer alır (Chauhan & Kodnani, 2016). Primer dismenore tedavisinde en yaygın olarak başvurulanan farmakolojik ajanlar, prostaglandin sentezini inhibe ederek uterus kasılmalarını ve buna bağlı ağrıyı azaltan nonsteroid antiinflatuvar ilaçlardır (NSAID). NSAID'ler, özellikle menstruasyonun başlamasından kısa süre önce ya da ilk belirtilerle birlikte kullanıldığında, ağrının şiddetini azaltmada etkili bir ilk basamak tedavi seçeneği olarak kabul edilmektedir (Armour at al., 2019). Bununla birlikte, birçok adölesan kız, menstruasyonla ilişkili ağrıyı "normal" bir süreç olarak algılamakta ve bu nedenle tıbbi yardım arayışına girmemektedir. Bu durum, dismenorenin tanı ve tedavisinde gecikmelere yol açmakta; okul devamsızlığı, sosyal izolasyon ve yaşam kalitesinde düşüş gibi sonuçlara neden olabilmektedir (Cherenack at al., 2023). Dismenore tedavisinde farmakolojik yaklaşımların yanı sıra, son yıllarda alternatif ve tamamlayıcı tedavi yöntemleri de genç bireyler arasında giderek daha fazla ilgi görmektedir. Bu yöntemler, özellikle nonsteroid antiinflatuvar ilaçlara (NSAID) yanıt vermeyen ya da ilaç kullanımını tercih etmeyen adölesanlar için etkili ve düşük riskli seçenekler sunmaktadır. Yapılan sistematik derlemeler ve meta-analizler, egzersiz, ısı uygulaması ve akupresür gibi kendi kendine uygulanabilen yöntemlerin menstrual ağrıyı azaltmada anlamlı düzeyde etkili olduğunu göstermektedir. Özellikle düzenli fiziksel aktivitenin, pelvik kan akışını artırarak ve endorfin düzeylerini yükselterek ağrıyı hafiflettiği bildirilmiştir. Sıcak uygulama ise uterus kasılmalarını azaltarak kısa vadeli

rahatlama sağlamaktadır. Akupresür, belirli vücut noktalarına uygulanan basınç yoluyla ağrı algısını modüle etmeyi amaçlamaktadır (Armour at al., 2019; Pachiappan at al., 2022). Bunlara ek olarak, bitkisel tedaviler de alternatif yaklaşımlar arasında yer almaktadır. Örneğin, zencefil üzerine yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, zencefilin menstrual ağrıyı azaltmada mefenamik asit kadar etkili olduğu ve önemli bir yan etki oluşturmadığı bildirilmiştir. Bu bulgular, bitkisel tedavilerin dismenore yönetiminde potansiyel bir tamamlayıcı rol oynayabileceğini göstermektedir. Ancak bu tür yaklaşımların yaygın klinik kullanımı öncesinde daha fazla randomize kontrollü çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Shirvani, Motahari-Tabari & Alipour, 2015). Dismenoreyle başa çıkmak için yalnızca farmakolojik tedavi yaklaşımları değil; aynı zamanda eğitim temelli müdahaleler, danışmanlık hizmetleri ve okul merkezli destek programları da önemli rol oynamaktadır. Bu tür bütüncül yaklaşımlar, genç kızların yalnızca fiziksel semptomlarını değil, aynı zamanda psikososyal işlevselliklerini de desteklemeyi amaçlamaktadır. (Kedzior at al., 2020)

2.3.3. Polikistik over sendromu (PCOS)

Polikistik Over Sendromu (PCOS), adolesan kızlarda en sık görülen endokrin bozukluklardan biri olup, hem üreme hem de metabolik sistem üzerinde çok yönlü etkiler yaratan karmaşık bir klinik tablodur. Bu sendrom, genellikle ergenlik döneminde ortaya çıkan oligomenore, akne, hirsutizm, obezite ve insülin direnci gibi belirtilerle kendini göstermektedir (Deans, 2019). Ancak bu semptomların birçoğu, pubertal gelişimin fizyolojik varyantlarıyla örtüşebildiğinden, PCOS'un tanısı adolesan dönemde oldukça güçleşmektedir. (Burgert & Paprocki, 2022). Bu nedenle, güncel klinik rehberler, adolesanlarda PCOS tanısı konulabilmesi için en az iki yıl süren menstrual düzensizlik ile birlikte klinik veya biyokimyasal hiperandrojenizm bulgularının birlikte değerlendirilmesini önermektedir Polikistik Over

Sendromu (PCOS), adölesan dönemde tanısı güç olmakla birlikte, erken tanı ve müdahale ile uzun vadeli sağlık sonuçlarının iyileştirilebileceği önemli bir endokrin bozukluktur. Erken yaşta tanı konulması, ilerleyen yıllarda gelişebilecek tip 2 diyabet, metabolik sendrom, infertilite ve kardiyovasküler hastalıklar gibi ciddi komplikasyonların önlenmesi açısından kritik öneme sahiptir (Freeman, Burks & Wild, 2022). Polikistik Over Sendromu (PCOS), hem üreme hem de metabolik sistemi etkileyen karmaşık bir endokrin bozukluk olduğundan, tedavi yaklaşımı da çok boyutlu ve bireyselleştirilmiş olmalıdır. PCOS tedavisinde temel hedefler; menstruel düzenin sağlanması, hiperandrojenizmin kontrol altına alınması, ovulasyonun yeniden sağlanması ve metabolik risklerin azaltılmasıdır. Bu hedeflere ulaşmak için kullanılan tedavi yöntemleri, hastanın yaşına, semptomlarına, çocuk sahibi olma isteğine ve eşlik eden metabolik bozukluklara göre şekillendirilir. Adölesanlarda ilk basamak tedavi genellikle yaşam tarzı değişiklikleridir. Özellikle fazla kilolu veya obez bireylerde, düzenli egzersiz ve dengeli beslenme yoluyla sağlanan %5–10'luk kilo kaybı bile menstruel düzeni ve insülin duyarlılığını anlamlı ölçüde iyileştirebilir (Pal & Seifer, 2022). Farmakolojik tedavide ise kombine oral kontraseptifler (KOK), hem menstruel siklusun düzenlenmesinde hem de hiperandrojenik semptomların (akne, hirsutizm) kontrolünde yaygın olarak kullanılmaktadır (Smirnov at al., 2023).

3. CİNSEL OLGUNLUK DÖNEMİNDE KADIN SAĞLIĞI

Cinsel olgunluk dönemi, genellikle 18–49 yaş aralığını kapsayan ve kadınların üreme kapasitesinin en yüksek düzeyde olduğu yaşam evresidir. Bu dönem, yalnızca biyolojik açıdan değil; aynı zamanda ruhsal, sosyal ve davranışsal sağlık

boyutlarıyla da çok yönlü ihtiyaçların ortaya çıktığı bir süreçtir. Kadınlar bu yaş aralığında sıklıkla adet düzensizlikleri, endometriozis, infertilite, premenstrüel sendrom, cinsel işlev bozuklukları ve psikolojik stres gibi sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalmaktadır. Bu sorunlar, bireyin yaşam kalitesini doğrudan etkileyen ve sağlık hizmetlerine erişim ihtiyacını artıran önemli faktörlerdir (Long at al., 2024). Bu dönemde özellikle ruh sağlığı ile fiziksel sağlık sorunlarının iç içe geçtiği görülmektedir. ABD’de yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada, reproduktif yaş grubundaki kadınların %40’ından fazlasında depresyon ve anksiyete gibi ruhsal bozuklukların bildirildiği; bu bozuklukların, obezite, diyabet, hipertansiyon ve sigara kullanımı gibi fiziksel sağlık sorunlarıyla yüksek oranda birlikte seyrettiği gösterilmiştir (Lin vd., 2020). Cinsel olgunluk çağında ayrıca, düşük sosyoekonomik düzey, yetersiz sosyal destek, düşük eğitim düzeyi ve aile içi şiddet gibi sosyal belirleyicilerin kadın sağlığı üzerinde baskın etkileri olduğu, ruhsal sorunları artırdığı ve sağlık hizmetlerine başvuru oranını düşürdüğü tespit edilmiştir. Bu nedenlerle, bu dönemde kadın sağlığını geliştirmek için yalnızca medikal yaklaşımlar değil; aynı zamanda sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi, ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini azaltacak bütüncül politikaların benimsenmesi gerekmektedir (Soyannwo, Adebayo & Sigbeku, 2020). Kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi için bütüncül sağlık politikalarına ihtiyaç vardır. Cinsel sağlık eğitimi, sadece bireysel değil, toplumsal düzeyde de farkındalık yaratmakta ve sağlık okuryazarlığını artırmaktadır. Sağlık profesyonellerinin kadınlara yönelik danışmanlık hizmetlerini güçlendirmesi, bu dönemde karşılaşılan sorunların erken tanı ve tedavisini kolaylaştıracaktır (Johnson at al., 2025).

4. GEBELİK DÖNEMİNDE KADIN SAĞLIĞI

Gebelik, kadın bedeninde fizyolojik, hormonal, metabolik ve psikososyal boyutlarıyla derin değişimlerin yaşandığı benzersiz bir dönemdir. Bu dönemde artan besin gereksinimi, hormonal düzenlemeler ve immün yanıt değişiklikleri, hem annenin hem de fetüsün sağlığını etkileyebilecek şekilde vücut sistemlerini yeniden yapılandırır. Gebelik boyunca düzenli fiziksel aktivite, dengeli beslenme ve stres yönetimi; gestasyonel diyabet, preeklampsi, doğum komplikasyonları ve postpartum depresyon gibi yaygın gebelik komplikasyonlarının önlenmesinde kritik öneme sahiptir (Pawłowski at al., 2024). Gebelikte görülen hormonal değişiklikler, maternal bağışıklık sistemine etkisiyle birlikte fetüsün korunmasını sağlarken, aynı zamanda anneyi enfeksiyonlara ve metabolik komplikasyonlara karşı daha hassas hale getirebilir. Bu bağlamda maternal mikrobiyomdaki değişiklikler, özellikle bağırsak ve vajinal mikrobiyotanın yapısı, gestasyonel diyabet, preterm doğum ve preeklampsi riskini etkileyebilir (Amir at al., 2020). Gebelik süreci, kadınların hem fizyolojik hem de psikososyal açıdan önemli değişimler yaşadığı bir dönemdir. Bu süreçte karşılaşılan psikososyal stres faktörleri, yalnızca annenin ruhsal sağlığını değil, aynı zamanda fetüsün gelişimini de doğrudan etkileyebilmektedir (Wu, De Asis-Cruz at al., Limperopoulos, 2024). Özellikle intrauterin dönemde maruz kalınan stresin, fetüsün nöroendokrin sistemini etkileyerek uzun vadeli davranışsal ve bilişsel sonuçlara yol açabileceği belirtilmektedir. Bununla birlikte, sosyal destek sistemlerinin güçlü olması, annenin iyimser kişilik özelliklerine sahip olması ve düzenli fiziksel aktivite gibi koruyucu faktörlerin, prenatal stresin olumsuz etkilerini azaltmada önemli rol oynadığı vurgulanmaktadır (Mbiydenyuy, Hemmings & Qulu, 2022).

5. POSTPARTUM DÖNEMDE KADIN SAĞLIĞI

Postpartum dönem, doğumdan itibaren başlayan ve genellikle ilk altı haftalık lohusalık süreciyle tanımlansa da, etkileri bir yıla kadar uzanabilen; kadının fizyolojik, hormonal, psikolojik ve sosyal açıdan kapsamlı değişimler yaşadığı kritik bir geçiş evresidir. Bu süreçte uterusun involüsyonu, endokrin sistemin yeniden dengelenmesi, loşi adı verilen doğum sonrası vajinal akıntıların görülmesi ve laktasyonun başlaması gibi önemli biyolojik adaptasyonlar gerçekleşir (Greshvd., 2021). Aynı zamanda, annelik kimliğinin içselleştirilmesi, yenidoğan bakımına ilişkin sorumlulukların üstlenilmesi, uyku düzenindeki bozulmalar ve sosyal rollerin yeniden yapılandırılması gibi psikososyal faktörler, kadının ruhsal dayanıklılığını önemli ölçüde sınavabilir. Bu çok boyutlu dönüşüm süreci, hem bireysel hem de çevresel destek mekanizmalarının etkinliğini gerektiren, bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gereken bir dönemdir (İnce & Albar, 2022). Postpartum dönemde kadınlar, doğumun hemen ardından başlayan ve iyileşme sürecini etkileyen çeşitli fizyolojik komplikasyonlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Bu komplikasyonlar arasında özellikle postpartum hemoraji, demir eksikliği anemisi, puerperal enfeksiyonlar, üriner sistem bozuklukları, epizyotomi veya sezaryen kesisi kaynaklı dikiş komplikasyonları ve pelvik-perineal ağrı gibi durumlar öne çıkmaktadır. Bu sağlık sorunları, yalnızca fiziksel iyilik halini değil, aynı zamanda annenin genel yaşam kalitesini, psikolojik dayanıklılığını ve yenidoğan bakımına adaptasyon sürecini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Thomas at al., 2024). Doğum sonrası dönemde, ani ve yoğun hormonal dalgalanmaların etkisiyle kadınlarda duygusal dalgalanmalar, artan anksiyete düzeyi ve çeşitli düzeylerde psikiyatrik bozukluklar gelişebilmektedir. Bu süreçte en sık karşılaşılan ruhsal sorunlardan biri olan postpartum depresyon, yalnızca annenin psikolojik iyilik halini değil, aynı zamanda anne-bebek

bağlanmasını, emzirme sürecinin sürekliliğini ve çocuğun uzun vadeli duygusal, bilişsel ve sosyal gelişimini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle postpartum depresyon, bireysel düzeyde olduğu kadar toplumsal sağlık açısından da önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (Schiller, Meltzer-Brody & Rubinow, 2015). Postpartum dönemde kadının yaşadığı duygusal güvensizlik hissi, gebelikteki stres ve yetersiz partner desteğiyle doğrudan ilişkilidir. Bununla birlikte, doğum sonrası dönemde sosyal destek, özellikle eş ve aile desteği, kadının ruh sağlığı ve iyilik halinin korunmasında güçlü bir koruyucu faktördür (Wang at al., 2024).

6. MENOPOZAL DÖNEMDE KADIN SAĞLIĞI

Menopoz, kadın yaşam döngüsünün fizyolojik bir evresi olup, ardışık 12 ay boyunca menstrasyonun olmamasıyla tanımlanan ve over fonksiyonlarının geri dönüşümsüz olarak sona erdiği bir dönemi ifade eder. Bu süreç, endokrin sistemdeki değişimlerin bir sonucu olarak östrojen ve progesteron düzeylerinde belirgin bir düşüşle karakterizedir. (Ilankoon, Samarasinghe & Elgán, 2021). Menopoz, yalnızca menstrasyonun kalıcı olarak sona erdiği bir biyolojik eşik değil, aynı zamanda östrojen ve progesteron düzeylerinde belirgin bir azalma ile karakterize edilen, kadın sağlığını çok boyutlu biçimde etkileyen karmaşık bir geçiş sürecidir. Bu dönemde meydana gelen hormonal değişiklikler; vazomotor semptomlar, uyku düzeninde bozulmalar, kemik mineral yoğunluğunda azalma, kardiyovasküler hastalıklara yatkınlıkta artış, bilişsel işlevlerde dalgalanmalar ve duygudurum bozuklukları gibi çeşitli fizyolojik ve psikolojik sorunlara zemin hazırlayabilir. Bu çok katmanlı etkiler, menopozun yalnızca üreme sistemine değil, genel sağlık ve yaşam kalitesine yönelik bütüncül bir değerlendirme gerektirdiğini ortaya koymaktadır (Vargas-Hernandez, 2024).

Kadınların ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte, yaşamlarının yaklaşık üçte birini menopoza sonrası dönemde geçirdikleri dikkate alındığında, bu fizyolojik evrenin sağlık açısından etkin ve bilinçli bir şekilde yönetilmesi büyük önem arz etmektedir.

Menopozal süreç, genellikle üç temel evrede incelenmektedir:

1. **Perimenopoz:** Menopozdan önceki 2 ila 8 yıllık dönemi ve menopozdan sonraki ilk yılı kapsayan bu geçiş evresi, hormonal dalgalanmalar, düzensiz menstural döngüler ve ilk vazomotor semptomların ortaya çıkmasıyla karakterizedir.
2. **Menopoz:** Son adet kanamasının ardından 12 ay boyunca adet görülmemesiyle tanımlanan bu dönem, over fonksiyonlarının kalıcı olarak sona erdiği biyolojik bir eşittir.
3. **Postmenopoz:** Menopozun ardından başlayan ve yaşam boyu süren bu evrede, östrojen eksikliğine bağlı olarak osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar ve ürogenital atrofi gibi uzun vadeli sağlık komplikasyonları daha belirgin hale gelmektedir.

Bu evrelerin her biri, kadın sağlığı üzerinde farklı düzeylerde etkiler yaratmakta olup, bireysel risk faktörleri doğrultusunda multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmalıdır (El Khoudary at al., 2019; OlaOlorun & Shen, 2020).

7. KLİMAKTERİK DÖNEMDE KADIN SAĞLIĞI

Klimakterik dönem, kadının üreme yetisinin azalmaya başladığı ve yaşamının post-reproduktif evresine geçiş yaptığı biyolojik bir süreçtir. Bu dönem genellikle perimenopoz, menopoz ve postmenopoz evrelerini kapsar ve yumurtalıkların

hormon üretiminin azalmasına bağlı olarak östrojen ve progesteron düzeylerinde belirgin düşüş yaşanır. Bu hormonal değişimlerle birlikte vazomotor semptomlar, uyku bozuklukları, anksiyete ve depresyon, cinsel istekte azalma, kemik mineral yoğunluğunda düşüş, kardiyovasküler risk artışı ve genitoüriner sendrom gibi çok sayıda sistemik belirti ve sağlık sorunu ortaya çıkabilir(BF Maiolino at al., 2020) . Klimakterik süreç yalnızca hormonal değişimlerle sınırlı olmayıp, aynı zamanda kadının psikolojik durumunu ve sosyal rollerini de etkileyen çok boyutlu bir geçiş dönemidir. Bu dönemde depresif belirtiler, konsantrasyon güçlüğü, özsaygı kaybı ve sosyal izolasyon riski bu dönemde artış gösterebilir. Bu nedenlerle klimakterik dönem, bireyselleştirilmiş bir sağlık yaklaşımıyla yönetilmelidir (Hybholt, 2022). Özellikle multidisipliner sağlık yaklaşımları, hem hormonal değişimleri hem de bireyin duygusal ve sosyal sağlığını bütüncül biçimde ele alarak daha etkin bir yönetim sağlar. Bu kapsamda entegre tıp, yalnızca fiziksel belirtileri değil; zihinsel, duygusal ve yaşam kalitesini de odağına alan daha insani ve önleyici bir sağlık modeli sunmaktadır (BF Maiolino at al., 2020).

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadın sağlığı, yaşam döngüsü boyunca biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimiyle şekillenen dinamik bir süreçtir. Ergenlikten başlayarak üreme dönemi, gebelik, doğum sonrası dönem, menopoz ve yaşlılık evreleri; her biri kendine özgü fizyolojik değişimlerin, sağlık risklerinin ve bakım gereksinimlerinin ön plana çıktığı kritik dönemlerdir. Bu dönemlerde karşılaşılan sağlık sorunlarının erken tanınması, etkili yönetimi ve önlenmesi, yalnızca bireysel sağlık açısından değil, toplum sağlığı açısından da stratejik bir öneme sahiptir. Özellikle hormonal geçiş dönemleri olan gebelik, postpartum ve

menopoz evrelerinde kadınların hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarının bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir. Bu bağlamda, sağlık profesyonellerinin yaşam evrelerine özgü güncel bilgi ve becerilerle donatılması, kadınların sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılması ve toplumsal farkındalığın artırılması büyük önem taşımaktadır.

8.1.Öneriler

1. **Yaşam evresi temelli sağlık izlemi:** Kadınların her yaşam dönemine özgü sağlık taramaları ve danışmanlık hizmetleri, birincil basamak sağlık hizmetleriyle entegre edilmelidir.
2. **Eğitim ve farkındalık:** Kadınlara yönelik sağlık okuryazarlığını artıracak eğitim programları, özellikle ergenlik, doğurganlık ve menopoz dönemlerinde yaygınlaştırılmalıdır.
3. **Psikososyal destek hizmetleri:** Postpartum depresyon, menopozal duygudurum bozuklukları gibi ruhsal sorunlara yönelik erken müdahale ve destek mekanizmaları güçlendirilmelidir.
4. **Multidisipliner yaklaşım:** Kadın sağlığına yönelik hizmetlerde jinekolog, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist ve sosyal hizmet uzmanlarının iş birliği içinde çalıştığı bütüncül modeller teşvik edilmelidir.
5. **Politika ve mevzuat desteği:** Kadın sağlığını önceleyen ulusal sağlık politikaları geliştirilerek, yaşam evrelerine özgü koruyucu ve önleyici hizmetlerin yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- AlNujaidi, H., Al-Rayes, S. and Alumran, A. (2025) ‘The Evolution of Wellness Models: Implications for Women’s Health and Well-Being’, *International Journal of Women’s Health*, Volume 17, pp. 597–613. Available at: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S498027>.
- Amir, M., Brown, J. A., Rager, S. L., Sanidad, K. Z., Ananthanarayanan, A., & Zeng, M. Y. (2020). Maternal Microbiome and Infections in Pregnancy. *Microorganisms*, 8(12), 1996. <https://doi.org/10.3390/microorganisms8121996>
- An, Y., Lu, A., Chen, G., Jian, Y., Chen, W., Xiayao, K., Zhong, Y., Li, Z. (2025) ‘Understanding Self-Perceived and Other-Perceived Body Image in Adolescents: The Roles of Neuroticism, Mindfulness, and Self-Compassion’, *Psychology in the Schools* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.1002/pits.23597>.
- Armour, M., Smith, C. A., Steel, K. A., & Macmillan, F. (2019). The effectiveness of self-care and lifestyle interventions in primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis. *BMC complementary and alternative medicine*, 19(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12906-019-2433-8>
- Badawy, S. (2021) ‘Dysfunctional Uterine Bleeding’, *International Journal of Clinical Case Reports and Reviews*, 7(3), pp. 01–02. Available at: <https://doi.org/10.31579/2690-4861/123>.
- Biglari Abhari, M., Sabetrohani, H., Saghfian Larijani, S., Ghafari, R., & Nafei, A. (2024). Social determinants of women's reproductive health: A systematic review. *Health Scope*, 13(1), e140449.

- Burgert, T.S. and Paprocki, E. (2022) 'Prevalence, Presentation, and Diagnosis of PCOS in Adolescents', in Polycystic Ovary Syndrome. Cham: Springer International Publishing, pp. 13–26. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-030-92589-5_2.
- Chaku, N. and Barry, K. (2024) 'Exploring profiles of hormone exposure: Associations with cognition in a population-based cohort of early adolescents', *Infant and Child Development*, 33(2). Available at: <https://doi.org/10.1002/icd.2415>.
- Chauhan, G. and Kodnani, A. (2016) 'A study of prevalence and impact of dysmenorrhea and its associated symptoms among adolescent girls residing in slum areas of Vadodara city, Gujarat', *International Journal of Medical Science and Public Health*, 5(3), p. 510. Available at: <https://doi.org/10.5455/ijmsph.2016.20102015145>.
- Cherenack, E. M., Rubli, J., Melara, A., Ezaldein, N., King, A., Alcaide, M. L., Raccamarich, P., Fein, L. A., & Sikkema, K. J. (2023). Adolescent girls' descriptions of dysmenorrhea and barriers to dysmenorrhea management in Moshi, Tanzania: A qualitative study. *PLOS global public health*, 3(7), e0001544. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001544>
- Cheuiche, A. V., da Silveira, L. G., de Paula, L. C. P., Lucena, I. R. S., & Silveiro, S. P. (2021). Diagnosis and management of precocious sexual maturation: an updated review. *European journal of pediatrics*, 180(10), 3073–3087. <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04022-1>
- Choukas-Bradley, S., Roberts, S. R., Maheux, A. J., & Nesi, J. (2022). The Perfect Storm: A Developmental-Sociocultural Framework for the Role of Social Media in Adolescent Girls' Body Image Concerns and Mental

- Health. Clinical child and family psychology review, 25(4), 681–701. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00404-5>
- Coombs, N.C., Campbell, D.G. and Caringi, J. (2022) ‘A qualitative study of rural healthcare providers’ views of social, cultural, and programmatic barriers to healthcare access’, BMC Health Services Research, 22(1), p. 438. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07829-2>.
- Currie, C. (2019) ‘Development is not the same as ageing: the relevance of puberty to health of adolescents’, International Journal of Public Health, 64(2), pp. 149–150. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01212-5>.
- Davison, N., Stanzel, K. and Hammarberg, K. (2024) ‘The Impact of Social Determinants of Health on Australian Women’s Capacity to Access and Understand Health Information: A Secondary Analysis of the 2022 National Women’s Health Survey’, Healthcare, 12(2), p. 207. Available at: <https://doi.org/10.3390/healthcare12020207>.
- Deans, R. (2019) ‘Polycystic Ovary Syndrome in Adolescence’, Medical Sciences, 7(10), p. 101. Available at: <https://doi.org/10.3390/medsci7100101>.
- El Khoudary, S. R., Greendale, G., Crawford, S. L., Avis, N. E., Brooks, M. M., Thurston, R. C., Karvonen-Gutierrez, C. A., Waetjen, L. E., & Matthews, K. A. (2019). The menopause transition and women’s health at midlife: A progress report from the Study of Women’s Health Across the Nation (SWAN). Menopause, 26(10), 1213–1227. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001424>

- Freeman, A.M., Burks, H.R. and Wild, R.A. (2022) ‘Diagnostic Criteria and Epidemiology of PCOS’, in Polycystic Ovary Syndrome. Cham: Springer International Publishing, pp. 3–11. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-030-92589-5_1.
- French, A. (2021) ‘Normal Sexual Development and Puberty’, DeckerMed Obstetrics and Gynecology [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.2310/OBG.19112>.
- Gresh, A., Cohen, M., Anderson, J., & Glass, N. (2021). Postpartum care content and delivery throughout the African continent: An integrative review. Midwifery, 97, 102976. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102976>
- Howard, S. and Dunkel, L. (2017) ‘Normal and Delayed Puberty’, in Male Hypogonadism. Cham: Springer International Publishing, pp. 73–93. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-319-53298-1_4.
- Hybholt, M. (2022) ‘Psychological and social health outcomes of physical activity around menopause: A scoping review of research’, Maturitas, 164, pp. 88–97. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2022.07.014>.
- Ilankoon, I.M.P.S., Samarasinghe, K. and Elgán, C. (2021) ‘Menopause is a natural stage of aging: a qualitative study’, BMC Women’s Health, 21(1), p. 47. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01164-6>.
- İnce, S. and Albar, N.Y. (2022) ‘Physiological Changes During the Postpartum Period: General Overview’, in ENT Diseases: Diagnosis and Treatment during Pregnancy and Lactation. Cham: Springer International Publishing, pp. 29–38. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-031-05303-0_2.

- Jawad, N. K., Shahid, S., Malik, H. N., Younas, S., & Shahid, R. (2021). Prevalence and predictors of dysmenorrhea, its effects and coping mechanism among adolescent. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 15(8), 2472–2476. <https://doi.org/10.53350/pjmhs211582472>.
- Johnson, P. A., McGregor, A. J., Langer, A., Woodruff, T. K., & Dzau, V. J. (2025). New directions for women's health: Expanding understanding, improving research, addressing workforce limitations. *Health Affairs*, 44(2), 156–162. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2024.01004>.
- Kedzior, S. G. E., Rotenberg, C., van der Tweel, I., & Riazi, H. (2020). A systematic review of school-based programs to improve adolescent sexual and reproductive health: Considering the role of social connectedness. *Adolescent Research Review*, 5(3), 213–241. <https://doi.org/10.1007/s40894-020-00135-0>.
- Langer, A., Meleis, A., Knaul, F. M., Atun, R., Aran, M., Arreola-Ornelas, H., Bhutta, Z. A., Binagwaho, A., Bonita, R., Frenk, J., Ghaffar, A., Giacaman, R., Knaul, M., Newman, C., Sen, G., & Zurayk, H. (2015). Women and health: The key for sustainable development. *The Lancet*, 386(9999), 1165–1210. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60497-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60497-4)
- Li, Y. (2024) 'Effects of Hormonal Changes During Puberty on Cognition and Mood', *Transactions on Materials, Biotechnology and Life Sciences*, 7, pp. 868–873. Available at: <https://doi.org/10.62051/cwnnrc05>.
- Lin, S. C., Zhang, Q., Li, C. X., Ketchum, N. S., & Wang, J. (2020). Mental health status among women of reproductive age from underserved communities in the United States and the associations between depression and physical health: A cross-sectional study. *PLOS ONE*,

15(4), e0231243.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231243>

- Long, C., Nguyen, T. H., Li, Y., Sato, A., & Chen, L. (2024). A systematic review of genetics and reproductive health outcomes: Asian perspective. *Reproductive Sciences*, 31(2), 309–319. <https://doi.org/10.1007/s43032-023-01311-y>
- Maiolino ABF, Florencio GP, Saramento T, Silva RR, Von Dolinger de Brito Röder D (2020) Multidisciplinary approach in the treatment of women in climacteria: mind and body connection. *Front Womens Health* 5: doi: 10.15761/FWH.1000191
- Martire, F. G., Di Spiezio Sardo, A., Bettocchi, S., Vitale, S. G., Zizolfi, B., Garzon, S., & Tinelli, R. (2025). Approach to abnormal uterine bleeding in presence of endometrial polyps with new hysteroscopic devices. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 312(1), 257–265. <https://doi.org/10.1007/s00404-025-08005-7>
- Mbiydzennyuy, N.E., Hemmings, S.M.J. and Qulu, L. (2022) ‘Prenatal maternal stress and offspring aggressive behavior: Intergenerational and transgenerational inheritance’, *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 16. Available at: <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.977416>.
- McLean, S. A., Jarman, H. K., Rodgers, R. F., Slater, A., Paxton, S. J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2022). Clinically significant body dissatisfaction: Prevalence and association with depressive symptoms in adolescent boys and girls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(12), 1921–1932. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01824-4>

- Mijatovic Jovanovic, V., Vukovic, D., Santric Milicevic, M., Marinkovic, J., & Terzic Supic, Z. (2020). Social determinants of self-rated health in women. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement_5). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa166.305>
- Naderi, B., Shamsi, M. M., Azizi, M., Taghavi, M., & Rezaei, S. (2025). Ovulatory and anovulatory cycle phase influences on QT interval dynamics during the menstrual cycle. *PLOS ONE*, 20(5), e0320846. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0320846>
- Okpata, A. E., Ibe, S. N., Umeh, U. O., Nwankwo, O. C., & Eze, C. U. (2024). Prevalence of dysmenorrhea and related co-morbidities among adolescent female students in a tertiary institution in South South Nigeria. *Saudi Journal of Biomedical Research*, 9(06), 118–124. <https://doi.org/10.36348/sjbr.2024.v09i06.003>
- OlaOlorun, F.M. and Shen, W. (2020) ‘Menopause’, in *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*. Oxford University Press. Available at: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.176>.
- Pachiappan, S., Sivasankari, S., & Priyadharshini, P. (2022). Effect of *Moringa oleifera* soup on primary dysmenorrhea in adolescent girls. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 10(6), 1329. <https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20221489>
- Pal, L. and Seifer, D.B. (eds) (2022) *Polycystic Ovary Syndrome*. Cham: Springer International Publishing. Available at: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-92589-5>.
- Pawłowski, B., Nowak, J., Kamińska, A., & Lewandowska, M. (2024). The role of physical activity, diet, and stress

- management in maternal and infant health during pregnancy. *Quality in Sport*, 27, 55224. <https://doi.org/10.12775/QS.2024.27.55224>
- Pfeifer, J.H. and Allen, N.B. (2021) 'Puberty Initiates Cascading Relationships Between Neurodevelopmental, Social, and Internalizing Processes Across Adolescence', *Biological Psychiatry*, 89(2), pp. 99–108. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.09.002>.
- Polis, R.L. and Hertweck, S.P. (2016) 'Treatment Options for the Adolescent Patient Experiencing Abnormal Uterine Bleeding', *Current Treatment Options in Pediatrics*, 2(3), pp. 184–195. Available at: <https://doi.org/10.1007/s40746-016-0054-8>.
- Schiller, C.E., Meltzer-Brody, S. and Rubinow, D.R. (2015) 'The role of reproductive hormones in postpartum depression', *CNS Spectrums*, 20(1), pp. 48–59. Available at: <https://doi.org/10.1017/S1092852914000480>.
- Shah, T. and Lieman, H.J. (2022) 'Managing the PCOS-Related Symptoms of Hirsutism, Acne, and Female Pattern Hair Loss', in *Polycystic Ovary Syndrome*. Cham: Springer International Publishing, pp. 205–231. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-030-92589-5_11.
- Shirvani, M.A., Motahari-Tabari, N. and Alipour, A. (2015) 'The effect of mefenamic acid and ginger on pain relief in primary dysmenorrhea: a randomized clinical trial', *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 291(6), pp. 1277–1281. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00404-014-3548-2>.
- Shumaila Tasleem*, Tazvin Ijaz and Rabia Iftikhar (2022) 'Pubertal Changes and Mental Health: The Mediating Role of Body Image Dissatisfaction in Adolescent Girls',

- PJPPRP, 13(2). Available at: <https://doi.org/10.62663/pjpprp.v13i2.27>.
- Singh, Dr.S. and Singhal, Dr.S.R. (2019) 'The spectrum of gynaecological disorders in adolescent girls', International Journal of Clinical Obstetrics and Gynaecology, 3(2), pp. 63–67. Available at: <https://doi.org/10.33545/gynae.2019.v3.i2b.11>.
- Smirnov, V. V., Petrova, N. A., Ivanov, D. S., & Mikhailova, Y. V. (2023). Updates on molecular targets and epigenetic-based therapies for PCOS. Reproductive Sciences, 30(3), 772–786. <https://doi.org/10.1007/s43032-022-01013-x>
- Soyannwo, T., Adebayo, A.M. and Sigbeku, O. (2020) 'Mental health problems of reproductive age group women in a rural community of south west Nigeria', Journal of Mental Health, 29(1), pp. 45–51. Available at: <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1487533>.
- Sughra Abbasi, Samina Naz, Sumiyya Khalid, Amina Bukhari. (2022). Menstrual Pattern and Common Menstrual Disorders among Adolescent Girls. Pakistan Journal of Medical & Health Sciences, 16(06), 1031. <https://doi.org/10.53350/pjmhs221661031>
- Thomas, R., Joseph, M., Nair, S., & Rajan, P. (2024). Unveiling maternal morbidity: Insights from a descriptive cross-sectional study of postpartum women. International Journal of Basic & Clinical Pharmacology, 13(5), 624–628. <https://doi.org/10.18203/2319-2003.ijbcp20242419>
- Tridenti, G. and Vezzani, C. (2018) 'Dysmenorrhea', in Good Practice in Pediatric and Adolescent Gynecology. Cham: Springer International Publishing, pp. 77–97. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-319-57162-1_5.

- Vargas-Hernandez, V.M. (2024) 'Hormonal Therapy of Menopause and Mental Health', *Journal of Gynecological & Obstetrical Research*, pp. 1–8. Available at: <https://doi.org/10.61440/JGOR.2025.v3.23>.
- Viner, R. (2015) 'Puberty, the Brain and Mental Health in Adolescence', in, pp. 57–73. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-319-09168-6_5.
- Wang, H., Zhang, Y., Liu, X., Chen, L., & Zhao, Q. (2024). Emotional inhibition mediates the relationship between maternal postpartum security and pregnancy distress in China: A cross-sectional study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 166(2), 796–803. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15402>
- Wu, Y., De Asis-Cruz, J. and Limperopoulos, C. (2024) 'Brain structural and functional outcomes in the offspring of women experiencing psychological distress during pregnancy', *Molecular Psychiatry*, 29(7), pp. 2223–2240. Available at: <https://doi.org/10.1038/s41380-024-02449-0>.

KADIN SAĞLIĞI VE TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTSİZLİĞİ

Aycan ŞAHİN¹

Elif Ayfer BALTACI YILDIZ²

1. GİRİŞ

Kadın sağlığı, yalnızca biyolojik farklılıklarla açıklanamayacak kadar çok boyutlu ve toplumsal ilişkiler ağı içinde şekillenen bir alandır. Sağlıkla ilgili sonuçlar; bireysel tercihler ya da genetik faktörlerin ötesinde, toplumsal cinsiyet normları, sosyoekonomik koşullar ve kültürel değerlerle yakından ilişkilidir. Bu bağlamda toplumsal cinsiyet eşitsizliği, kadınların sağlık hizmetlerine erişimini sınırlandırmakta; karar alma süreçlerindeki etkinliklerini azaltmakta ve genel yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Ahmed & Oni, 2021).

Küresel ölçekte yapılan araştırmalar, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile sağlık hizmetlerine erişim arasında güçlü bir negatif ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle doğum öncesi bakım alma, modern doğum kontrol yöntemlerine ulaşım ve nitelikli sağlık personeli eşliğinde doğum yapma oranları, toplumsal cinsiyet eşitliğinin düşük olduğu ülkelerde anlamlı şekilde gerilemektedir (Khammarnia, Hatam, & Ghorbanian, 2014). Kadınların sağlık hakkını etkin bir şekilde kullanabilmeleri; ekonomik bağımsızlık, eğitim düzeyi ve aile içi

¹ Araştırma Görevlisi, Muş Alparslan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, aycan.sahin@alparslan.edu.tr, ORCID: 0000-0002-7276-7003.

² Öğretim Görevlisi, Bingöl Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, elifayferbaltaci@gmail.com, ORCID: 0000-0002-4405-2211.

karar alma gücü gibi yapısal belirleyicilerle doğrudan bağlantılıdır (Tunio & Ahmed, 2021). Cinsiyete dayalı sağlık eşitsizlikleri yalnızca gelişmekte olan ülkelerle sınırlı değildir; gelişmiş ülkelerde de bu sorun görünür durumdadır. Örneğin İsviçre’de yürütülen bir çalışmada, toplumsal cinsiyet eşitliğinin görece düşük olduğu kantonlarda kadınların meme kanseri taramalarına katılım oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Jolidon, 2022). Türkiye özelinde bakıldığında da benzer yapısal eşitsizlikler dikkat çekmektedir. Kadınların sağlık hizmetlerinden eşit biçimde faydalanmaları, sıklıkla ataerkil normlar, ekonomik yoksunluk, mahremiyet endişeleri ve sağlık okuryazarlığı gibi faktörler tarafından engellenmektedir (Ahmed & Oni, 2021). Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin yoğun olduğu ülkelerde anne ölümleri, erken doğum oranları ve kadınlarda engellilik düzeylerinin daha yüksek olduğu da verilerle ortaya konmuştur. Kadın sağlığını geliştirmeye yönelik çabalar yalnızca sağlık hizmetlerinin sunumuna odaklanmakla sınırlı kalmamalıdır. Etkili ve kalıcı çözümler için kadınların eğitime, istihdama, siyasal temsile ve karar alma mekanizmalarına etkin biçimde katılımının sağlanması gerekmektedir. Araştırmalar, kadınların gelir ve kaynaklar üzerindeki kontrolü, karar alma gücü ve eğitime erişim gibi faktörlerin, kadınların hem sağlık hem de toplumsal kalkınma süreçlerinde güçlenmelerine doğrudan katkı sağladığını göstermektedir (Taukobong et al., 2016). Bu bölümde, kadın sağlığı ile toplumsal cinsiyet eşitsizliği arasındaki çok boyutlu ilişki hem küresel hem de Türkiye bağlamında ele alınarak incelenecektir.

2. TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTSİZLİĞİ: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Toplumsal cinsiyet (gender), bireyin doğuştan sahip olduğu biyolojik cinsiyetten (sex) farklı olarak, toplum tarafından

kadınlara ve erkeklere atfedilen roller, sorumluluklar ve davranış kalıpları doğrultusunda şekillenen sosyal bir yapıdır. Bu toplumsal inşa süreci, bireylerin yaşamın farklı alanlarındaki konumlarını belirlemekte ve kadınların ekonomik, politik, kültürel ve sosyal kaynaklara erişiminde sistematik eşitsizlikler yaratmaktadır (Rocha, Vilhena, & Zabatiero, 2021). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, bu bağlamda, kadınların karar alma mekanizmalarına katılımından iş gücüne entegrasyonuna, eğitim ve sağlık hizmetlerine erişiminden güvenli yaşam koşullarına kadar pek çok alanda karşılaştıkları yapısal engelleri ifade eder. Son yıllarda yapılan çok sayıda çalışma, cinsiyet eşitsizliklerinin yalnızca kadınların bireysel yaşam kalitesini değil, aynı zamanda toplumların genel sağlık ve kalkınma göstergelerini de olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır. Örneğin, OECD ülkeleri üzerine yapılan kapsamlı bir analizde, toplumsal cinsiyet eşitsizliğindeki her %10'luk artışın; ortalama yaşam süresinde %0,5, sağlıklı yaşam süresinde %0,47 oranında azalmaya ve yıllık erken ölüm oranlarında %6,8 artışa neden olduğu belirlenmiştir (Veas, Crispi, & Cuadrado, 2021). Bu bulgular, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin yalnızca birey düzeyinde değil, toplum sağlığı ve sürdürülebilir kalkınma açısından da kritik bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, eşitsizliklerin giderilmesine yönelik politikalar yalnızca yasal düzenlemelerle sınırlı kalmamalı; aynı zamanda toplumsal normların dönüştürülmesini hedefleyen kapsayıcı ve bütüncül yaklaşımları içermelidir.

2.1. Kavramsal Çerçeve ve Teorik Yaklaşımlar

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğini anlamak ve çözümlemek amacıyla geliştirilen çeşitli teorik yaklaşımlar, bu sorunun yalnızca bireysel tutumlara indirgenemeyecek kadar yapısal ve çok katmanlı olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle feminist teori, sosyal belirleyiciler modeli ve yapısal eşitsizlik kuramı; eşitsizliğin sağlık sistemlerinden eğitim politikalarına, yasa yapıcı kurumlardan kültürel normlara kadar geniş bir bağlamda

üretildiğini ve sürdürüldüğünü savunur (Reddy, Zondi, & Mkhize, 2020). Feminist teori, özellikle ataerkil yapılar tarafından şekillendirilen sistematik eşitsizlikleri görünür kılmaya çalışırken; yapısal eşitsizlik kuramı, bireylerin yaşadığı toplumsal dezavantajların sistemin işleyişinden beslendiğini ve bireysel çabalarla giderilemeyeceğini ileri sürer. Bu çerçevede, sağlık hizmetlerine erişimdeki adaletsizliklerin, eğitim ve istihdam olanaklarının cinsiyet temelinde dağılmasının ve karar alma mekanizmalarında kadınların dışlanmasıyla ilgili olarak kurumsal ayrımcılık yer almaktadır. Yapısal cinsiyetçiliğin çok katmanlı analizleri, kadınların özellikle politika üretme, kaynaklara erişim ve aile içi karar süreçlerinde sistematik biçimde marjinalleştirildiğini; bunun da doğrudan sağlık ve yaşam sonuçlarını olumsuz etkilediğini göstermektedir (Homan, 2019). Bu kuramsal yaklaşımlar, toplumsal cinsiyet eşitsizliğini yalnızca bireysel düzeyde ele almak yerine, onu üretip yeniden üreten yapısal unsurları eleştirerek dönüştürmeyi amaçlar. Böylece, hem akademik analiz hem de politik müdahale için kapsamlı bir düşünsel zemin sunarlar.

2.2. Eşitsizliğin Boyutları

2.2.1. Sosyoekonomik Eşitsizlikler

Kadınlar küresel düzeyde daha düşük ücret, güvencesiz çalışma koşulları ve sınırlı eğitim fırsatlarına sahip olmaya devam etmektedir. Bu durum sağlık sigortasına erişimi azaltmakta, temel sağlık hizmetlerinden yararlanmayı güçleştirmektedir. Hindistan’da yapılan ulusal bir araştırma, kadınların erkeklere kıyasla sağlık sigortası kapsamına girme ihtimalinin belirgin şekilde daha düşük olduğunu ortaya koymuştur (Basumatary, 2024).

2.2.2. Biyoloji ve Toplumun Etkileşimi

Kadın sağlığı yalnızca biyolojik özelliklerle açıklanamaz; çünkü sağlık, biyolojik süreçlerle toplumsal yapıların karşılıklı ve

dinamik bir etkileşimi sonucunda şekillenir. Toplumsal cinsiyet rolleri, kültürel normlar ve yapısal eşitsizlikler, kadınların sağlık deneyimleri ve bedenlerine yönelik müdahaleler üzerinde belirleyici rol oynar. Bu çerçevede geliştirilen “toplumsal cinsiyet ve biyoloji bağı” (gender-biology nexus) yaklaşımı, kadın bedeninin yalnızca toplumsal olarak inşa edilmediğini; aynı zamanda biyolojik süreçlerin de toplumsal ilişkileri yeniden ürettiğini vurgular (Annandale, Wiklund, & Hammarström, 2019).

Bu yaklaşım, biyolojinin toplumsal koşullar tarafından nasıl şekillendirildiğini (gender-shaping of biology) ve buna karşılık biyolojik süreçlerin toplumsal cinsiyet normlarını nasıl pekiştirdiğini (biologic-shaping of gender) çift yönlü bir süreç olarak ele alır. Örneğin, kadın sünneti (FGM), yalnızca fiziksel zararlarla sınırlı kalmayan; kadının evlenebilirliğini, toplumsal konumunu ve kültürel “saygınlığını” etkileyen bir normatif uygulamadır. Evangelidou ve arkadaşları (2024), İspanya’da göçmen topluluklar arasında yürüttükleri çalışmada, FGM’nin yalnızca bireysel sağlık değil; aynı zamanda kadınların sosyal görünürlüğü, özerkliği ve toplumsal statüsü üzerinde kalıcı etkiler yarattığını ortaya koymuştur. Bu uygulamanın kadın bedenini dönüştürürken aynı zamanda toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini de pekiştirdiği belirtilmektedir (Evangelidou et al., 2024). Güncel bilimsel çalışmalar, biyolojik süreçlerin toplumsal çevreyle etkileşiminin daha karmaşık boyutlara sahip olduğunu göstermektedir. Einstein (2017), coğrafya, kültürel pratikler ve stres düzeyleri gibi toplumsal etmenlerin epigenetik mekanizmalar aracılığıyla gen ekspresyonunu etkileyebileceğini ve bu biyolojik tepkilerin toplumsal cinsiyet temelli sağlık eşitsizliklerini kalıcılaştırabileceğini belirtmektedir (Einstein, 2017). Benzer şekilde, Baez ve arkadaşları (2024), küresel güneydeki kadınların beyin sağlığını etkileyen toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini incelemiş; biyolojik ve toplumsal faktörlerin

etkileşiminin kadınları bilişsel gerileme ve demans gibi nörolojik durumlara karşı daha savunmasız hale getirdiğini ortaya koymuştur (Baez et al., 2024). Bu bulgular, kadın sağlığına yönelik politikaların yalnızca biyolojik farklılıkları temel almaması; aynı zamanda bu farklılıkların toplumsal bağlamda nasıl üretildiğini ve sürdürüldüğünü de göz önünde bulunduracak şekilde tasarlanması gerektiğini ortaya koymaktadır.

2.2.3. Sağlık Sistemindeki Cinsiyet Körlüğü

Sağlık sistemlerinin tarihsel gelişimi incelendiğinde, erkek bedeninin uzun süre “varsayılan norm” olarak kabul edildiği görülmektedir. Bu kabulleniş, kadınlara özgü biyolojik ve sosyal sağlık ihtiyaçlarının sistematik biçimde göz ardı edilmesine neden olmuş; sağlık hizmetlerinde toplumsal cinsiyet temelli eşitsizliklerin yerleşik hale gelmesine zemin hazırlamıştır (Hamberg, 2017). Özellikle kalp-damar hastalıkları gibi yaşamsal öneme sahip alanlarda, kadınların kalp krizi semptomlarının çoğu zaman “atipik” olarak değerlendirilmesi, tanı ve müdahale süreçlerinin gecikmesine neden olmaktadır. Yapılan araştırmalar, kadınların hastaneye ulaşma sürelerinin erkeklere göre ortalama 20 ila 35 dakika daha uzun olduğunu ve bunun tedavi etkinliği üzerinde doğrudan etkili olduğunu göstermektedir (Veas, Crispi, & Cuadrado, 2021). Birleşik Krallık’ta yürütülen bir analizde, kalp kapak hastalığı teşhisi konan kadınların, aynı durumdaki erkeklere kıyasla %39 oranında daha az tedaviye erişebildiği; ayrıca uzman hekime sevk edilme oranlarının %11 daha düşük olduğu belirlenmiştir (The Times, 2025). Benzer şekilde, kadınların dile getirdiği sağlık şikâyetleri çoğu zaman psikolojik temelli olarak değerlendirilmekte, bu da özellikle kronik ağrı gibi alanlarda hem tanının gecikmesine hem de etkili ağrı yönetiminin sağlanamamasına yol açmaktadır (Deloitte, 2022). Toplumsal cinsiyet körlüğü yalnızca klinik karar alma süreçlerinde değil, sağlık profesyoneli yetiştirme pratiklerinde de etkisini göstermektedir. Örneğin, ilk yardım ve kardiyopulmoner

resüsitasyon (CPR) eğitimlerinde kullanılan mankenlerin çoğunun erkek anatomisine göre tasarlanmış olması, acil müdahale anlarında kadın hastalara yönelik çekinceleri artırmakta ve müdahale kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (People, 2024).

Kadınların sağlık hizmetlerine erişimini sınırlayan bir diğer temel unsur ise yapısal engellerdir. Deloitte'in 2023–2024 verilerine göre, kadınlar erkeklere kıyasla sağlık hizmetlerine ulaşmak için daha uzun bekleme sürelerine maruz kalmakta ve %31 oranında, mali nedenlerle tedaviyi ertelemekte veya tamamen vazgeçmektedir. Ayrıca, doğrudan sağlık harcamaları açısından bakıldığında kadınların, erkeklerden yıllık yaklaşık 15,4 milyar dolar daha fazla ödeme yaptığı bildirilmektedir. Bu ekonomik yük, kadınların sağlık sistemine katılımını azaltan önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Deloitte, 2024). Klinik araştırmaların tasarımında da benzer bir dışlayıcılık söz konusudur. Endüstri destekli erken evre denemelerde kadın katılımcı oranı %30'un altında seyretmektedir. Bu durum, tedavi etkinliği ve ilaç yan etkilerinin cinsiyete göre farklılaşan yönlerinin yeterince anlaşılmasını engellemekte, sağlık sonuçlarında ek eşitsizliklere yol açmaktadır (Nature, 2025). Toplumsal cinsiyet körlüğünün sağlık hizmetlerinin her düzeyinde varlığını sürdürmesi, kadınların tanı, tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerine eşit koşullarda erişimini ciddi biçimde engellemektedir. Bu yapısal eşitsizliğin giderilmesi; tıp eğitiminde toplumsal cinsiyet duyarlılığının güçlendirilmesini, klinik rehberlerin kadınların özgün sağlık deneyimlerini gözeterek güncellenmesini ve klinik araştırmalarda kadın temsiline öncelik verilmesini zorunlu kılmaktadır.

2.3. Eşitsizliğin Sağlık Üzerindeki Yansımaları

Sağlık hizmetlerinde var olan toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, kadınların sağlık durumlarını doğrudan ve çok

boyutlu biçimde etkilemektedir. Tanı, tedavi ve bakım süreçlerinin çoğu, uzun yıllar boyunca erkek fizyolojisini merkeze alarak şekillendiğinden, kadınlar bu sistemin içinde sıklıkla dezavantajlı konuma itilmektedir (Hamborg, 2008). Benzer şekilde, acil servise başvuran kadınların erkeklere kıyasla daha uzun süre beklediği ve bu gecikmenin tanı koyma süresini uzattığı gösterilmiştir. Endokrin hastalıklar gibi bazı alanlarda, bu gecikme oranı %20 ile %35 arasında değişmektedir (Veas, Crispi, & Cuadrado, 2021). Buda, özellikle kronik hastalıklarda tanı ve tedavi süreçlerinin cinsiyet temelli olarak eşitsiz işlediğine işaret etmektedir.

Kadınların yaşadığı eşitsizlik yalnızca tıbbi süreçlerle sınırlı kalmamaktadır. Sosyoekonomik farklılıklar da sağlık sonuçlarını belirlemede önemli bir rol oynamaktadır. Örneğin, İngiltere ve Galler’de yapılan bir çalışmada, en yoksul bölgelerde yaşayan kadınların yalnızca yaşam sürelerinin %61 ila %65’ini sağlıklı geçirdikleri, oysa bu oranın varlıklı bölgelerde %81’e kadar çıktığı tespit edilmiştir (The Guardian, 2025). Kadınların ağrı şikâyetleri de çoğu zaman yeterince ciddiye alınmamakta, psikolojik nedenlere bağlanmakta ve yeterli analjezi uygulanmamaktadır. Bu durum özellikle kronik ağrı yaşayan kadınlar için tedaviye geç ulaşma veya yetersiz müdahaleyle sonuçlanmaktadır (Samulowitz, Gremyr, Eriksson, & Hensing, 2018). Öte yandan, tip 2 diyabet gibi kronik hastalıklarda da kadınların erkeklere göre daha geç tanı aldığı gösterilmiştir. HbA1c gibi biyobelirteçlerin kadınlarda tanı koyma açısından daha az hassas olduğu belirtilmekte, bu da cinsiyet temelli biyolojik farklılıkların sağlık sistemine yeterince yansıtılmadığını göstermektedir (Wired, 2025). Tüm bu etkenler bir araya geldiğinde, kadınların önlenebilir hastalıklardan ölüm oranlarının daha yüksek olduğu, sağlık sistemine güvenlerinin daha düşük olduğu ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği görülmektedir. Bu nedenle toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin yalnızca sosyal bir

adaletsizlik değil, aynı zamanda halk sağlığını doğrudan etkileyen yapısal bir sorun olduğu unutulmamalıdır.

3. KADIN SAĞLIĞINI ETKİLEYEN TOPLUMSAL CİNSİYET TEMELLİ FAKTÖRLER

Kadın sağlığı, yalnızca biyolojik farklılıklarla açıklanamayacak kadar çok boyutlu ve toplumsal ilişkilerle derinlemesine bağlantılı bir konudur. Toplumsal cinsiyet kavramı, doğumla belirlenen biyolojik cinsiyetin ötesinde; toplumun kadınlara ve erkeklere yüklediği roller, beklentiler ve güç ilişkileri çerçevesinde şekillenir. Bu toplumsal yapı, kadınların sağlık bilgisine erişimini, hastalıkla başa çıkma biçimlerini ve sağlık hizmetlerinden yararlanma yollarını doğrudan etkilemektedir. Kadınların hem sağlık hizmeti sunucusu hem de hizmeti alan bireyler olmaları, sağlık sistemlerinin toplumsal cinsiyet duyarlılığıyla yeniden yapılandırılmasını gerektirir (Liuccio, 2015).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, kadınların eğitim, istihdam, gelir, politik temsiliyet ve sağlık hizmetlerinden faydalanma gibi temel haklarına ulaşmasında önemli engeller doğurur. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, ekonomik bağımsızlığı tam anlamıyla kazanamayan kadınlar, sağlık hizmeti alma konusunda aile üyelerinin onayına ihtiyaç duyabilir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin zamanında ve yeterli düzeyde alınmasını zorlaştırır (Tunio & Ahmed, 2021). Eğitim düzeyi, kadın sağlığını etkileyen bir diğer önemli etmendir. Daha yüksek eğitim seviyesine sahip kadınlar, sağlık konularında bilgiye daha kolay ulaşır ve sağlık hizmetlerini daha bilinçli kullanırlar. Aile planlamasından doğum öncesi bakıma kadar pek çok temel sağlık hizmetinden daha etkin yararlanabilirler. Ancak dünya genelinde 130 milyondan fazla kız çocuğu temel eğitim hakkından mahrum bırakılmakta; bu da uzun

vadede hem kadın sağlığını hem de toplumsal cinsiyet eşitliğini tehdit eden ciddi bir sorun olarak öne çıkmaktadır (UNESCO, 2023).

Toplumsal normlar yalnızca fiziksel sağlık değil, ruhsal sağlık üzerinde de güçlü bir etkiye sahiptir. Kadınlardan beklenen “sessiz eş” ya da “fedakâr anne” gibi kalıplaşmış roller, bireysel sınırların ihlaline ve duygusal yüklerin bastırılmasına neden olabilir. Bu durum, kadınlarda depresyon, anksiyete ve psikosomatik rahatsızlıkların daha yaygın görülmesine yol açar (Homan, 2019). Aynı zamanda, kadınlarda daha sık rastlanan kronik ağrı ya da otoimmün hastalıkların yeterince ciddiye alınmaması, bu şikâyetlerin psikolojik gerekçelere indirgenmesine ve gerçek tıbbi müdahalelerin gecikmesine neden olabilmektedir (Samulowitz, Gremyr, Eriksson, & Hensing, 2018). Kadınların sağlık sistemlerinde temsil oranı da oldukça sınırlıdır. Klinik araştırmalara katılımlarının düşük olması ve sağlık hizmetlerinin planlanmasında kadın liderliğinin yetersiz kalması, sistematik cinsiyet eşitsizliklerinin yeniden üretilmesine yol açmaktadır. Bu da, sağlık politikalarının kadınların özgül ihtiyaçlarını yeterince gözetmeden şekillendirilmesine ve kadın sağlığının bütüncül bir yaklaşımla ele alınamamasına neden olur (Hamberg, 2008). Toplumsal cinsiyet temelli eşitsizliklerle mücadele, yalnızca bireysel sağlık düzeyinde değil; aynı zamanda toplumsal refahın güçlenmesi, kalkınmanın ivme kazanması ve nesiller arası sağlık döngüsünün sürdürülebilirliği açısından da hayati bir rol oynamaktadır.

3.1. Ekonomik Eşitsizlik ve Sağlık Hizmetlerine Erişim

Kadınlar, özellikle düşük gelirli gruplarda yer aldıklarında ve kırsal bölgelerde yaşadıklarında, sağlık hizmetlerine erişimde hem ekonomik hem de coğrafi pek çok engelle karşı karşıya kalmaktadır. Tunio ve Ahmed’in (2021) araştırması, kırsal

kesimde yaşayan kadınların yalnızca sağlık merkezlerine olan fiziksel uzaklıktan değil; aynı zamanda düşük gelir düzeyinden ve aile içindeki sınırlı karar alma gücünden dolayı da sağlık hizmetlerine erişimde ciddi zorluklar yaşadığını ortaya koymaktadır. Benzer bir durum, Demsash ve arkadaşlarının (2023) Etiyopya’da gerçekleştirdiği saha araştırmasında da gözlemlenmiştir. Bu çalışmaya göre kadınların yarısından fazlası, “evden ayrılamama”, “tedavi masraflarını karşılayamama” ya da “eşlerinden izin alamama” gibi nedenlerle sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır. Bulgular, ekonomik eşitsizliklerin yalnızca bireysel düzeyde değil; aynı zamanda kadınların aile ve toplum içindeki konumlarıyla da yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Tüm bu yapısal engellere rağmen, dijital sağlık teknolojileri özellikle kırsal bölgelerde yaşayan kadınlar için önemli bir fırsat sunmaktadır. Çin’de yapılan bir çalışmada, internet üzerinden sunulan tıbbi danışmanlık hizmetlerinin kırsal kesimdeki kadınların sağlık hizmetlerine erişimini %12 oranında artırdığı belirlenmiştir (Jia, Jia, Zhang, Ren, & Chen, 2024). Bu bulgu, dijital teknolojilerin kadınların sağlık hakkına ulaşımında dönüştürücü bir rol oynayabileceğine işaret etmektedir. Ancak bu potansiyelin hayata geçirilebilmesi, yalnızca teknolojik araçların sağlanmasıyla sınırlı değildir. Kadınların dijital çözümlerden etkin biçimde yararlanabilmesi için sağlık okuryazarlığını artıran programlara, güvenilir internet erişimine ve destekleyici sosyal politikalara ihtiyaç vardır. Aksi takdirde, bu yeniliklerin var olan eşitsizlikleri azaltmak yerine daha da derinleştirmesi kaçınılmaz olabilir.

3.2. Algılanan Eşitsizlik ve Ruh Sağlığı

Toplumdaki ekonomik ve sosyal adaletsizlikleri kadınlar genellikle daha derin ve kişisel düzeyde hisseder. Bu algılanan eşitsizlik, onların sadece objektif sağlık göstergelerini değil, öznel sağlık değerlendirmelerini ve ruhsal iyi oluşlarını da olumsuz etkiler. Çin’de yapılan kapsamlı bir çalışmada,

katılımcılar üzerinde hem ulusal veri analizi hem de deneysel yöntemler kullanılarak, algılanan eşitsizliğin kadınların ruh sağlığı üzerinde erkeklere kıyasla anlamlı ölçüde daha büyük bir etkisi olduğu belirlenmiştir (Chen, Yu, & Zhu, 2024). Özellikle, bu çalışma kadınların iş ve sosyal statüyle ilgili beklentilerde yaşadığı çelişkilerin depresyon düzeylerine doğrudan yansıdığını göstermiştir. İkinci fazda uygulanan rastgele deneyde ise, eşitsizlik algısının azaltılması stratejilerinin özellikle kadınların ruhsal iyilik hallerini güçlendirdiği gözlemlenmiştir. Bu da, algılanan eşitsizliğin biyolojik stres tepkilerinden bağımsız olarak, doğrudan psikososyal sağlık üzerinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Chen et al., 2024). Dolayısıyla, ruh sağlığı politikaları yalnızca erişim kolaylığı sağlamaktan öte; bireylerin toplumsal konum, statü ve gelecek beklentileriyle ilgili algılarını da ele almalıdır. Bu bağlamda, cinsiyete duyarlı ruh sağlığı destek programları ile eşitsizlik hissinin psikolojik etkilerini azaltacak toplumsal eğitim kampanyaları büyük önem taşımaktadır.

3.3. Cinsiyete Dayalı Ayrımcılık ve Psikolojik Sağlık

Günlük yaşamda maruz kalınan doğrudan ya da dolaylı cinsiyet ayrımcılığı, kadınların ruh sağlığı üzerinde hem kısa hem de uzun vadede derin etkiler yaratmaktadır. Ayrımcılık, yalnızca dışlayıcı tutumlar veya açıkça küçümseyici ifadelerle sınırlı kalmamakta; iş yaşamındaki önyargılı uygulamalar, toplumsal rollerin yarattığı kronik stres ve sürekli görünmez kılınma hissiyle de kendini göstermektedir. Bu durum kadınların özsaygısını zedelemekte, psikolojik dayanıklılıklarını aşındırmaktadır (Vigod & Rochon, 2020). Simone Vigod ve Paula Rochon'un gerçekleştirdiği çalışmada, cinsiyet temelli ayrımcılığa sık maruz kalan kadınların depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu semptomlarında anlamlı artışlar gözlemlenmiştir. Üstelik, geçmişte ayrımcılığa uğramış kadınların psikolojik stres düzeyleri, benzer sosyoekonomik

özelliklere sahip ancak ayrımcılık deneyimi olmayan kadınlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur (Vigod & Rochon, 2020).

Birleşik Krallık'ta yaşlı kadınlarla yürütülen uzun dönemli bir araştırma da benzer sonuçlar ortaya koymuştur. Çalışmada, algılanan cinsiyet ayrımcılığı ile yalnızlık hissi, yaşam doyumu ve genel psikolojik iyilik hâli arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Zaman içinde bu kadınların ruh sağlığı göstergelerinde belirgin düşüşler kaydedilmiştir (Hackett, Hunter, & Jackson, 2024). İşyeri özelinde yapılan araştırmalar ise ayrımcılığın yalnızca psikolojik değil, davranışsal sonuçlar da doğurduğunu göstermektedir. Britanya'da yayımlanan 2024 verilerine göre, kadın çalışanlar cinsiyete dayalı stres faktörleri nedeniyle yılda ortalama 0,91 gün izin kullanırken, bu oran erkek çalışanlar için yalnızca 0,44 gündür (Health and Safety Executive, 2024). Bu bağlamda ruh sağlığı politikalarının yalnızca klinik müdahale ve erişim kolaylığına odaklanması yetersiz kalmaktadır. Kadınların ayrımcılık algısıyla başa çıkabilmesi için toplum temelli farkındalık kampanyaları, cinsiyet eşitliğini önceleyen eğitim programları ve destekleyici sosyal modellerin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Psikolojik sağlığın sürdürülebilirliği için ayrımcılığın yapısal boyutlarıyla yüzleşmek ve bu alanda dönüştürücü politikalar üretmek temel bir gerekliliktir.

3.4. Eğitim, İstihdam ve Toplumsal Konum

Kadınların eğitim düzeyleri ve iş gücüne katılımları, sağlıklarını doğrudan etkileyen başlıca sosyal belirleyiciler arasında yer almaktadır. Eğitim, yalnızca bilgiye erişimi kolaylaştırmakla kalmaz; aynı zamanda bireyin sağlık hizmetleriyle olan etkileşimini güçlendirir, sağlıklı yaşam alışkanlıklarını benimsemesini teşvik eder ve karar alma süreçlerine katılımını artırır (UNESCO, 2023). Eğitimli kadınlar, doğum öncesi bakım hizmetlerinden daha etkin şekilde

yararlanmakta, aile planlaması yöntemlerini daha bilinçli kullanmakta ve kronik hastalıkların erken teşhisinde daha aktif rol üstlenmektedir. Benzer biçimde, istihdam da yalnızca ekonomik bağımsızlık sağlayan bir unsur değil; aynı zamanda sosyal güvencelere erişim, psikolojik iyilik hâli ve düzenli sağlık hizmeti kullanımı açısından da koruyucu bir rol oynamaktadır (OECD, 2022). Ancak dünya genelinde kadınlar, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, erkeklere kıyasla daha düşük istihdam oranlarına sahiptir ve sıklıkla kayıt dışı, güvencesiz iş koşullarında çalışmaktadır. Bu durum, başta sağlık sigortası olmak üzere birçok temel sosyal hakkın kullanımını sınırlandırmakta ve kadınların düzenli sağlık hizmetlerine erişimini güçleştirmektedir (ILO, 2023). Gil-Lacruz ve çalışma arkadaşlarının (2022) 27 Avrupa ülkesini kapsayan araştırması, kadınların öznel sağlık algılarının eğitim düzeyi ve işgücüne katılımı yakından ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Özellikle düşük eğitim seviyesine sahip ve iş yaşamının dışında kalan kadınların, kendilerini sağlıklı hissetme oranları erkeklere kıyasla anlamlı düzeyde daha düşüktür. Bu bulgular, kadınların eğitime ve istihdama erişiminde yaşanan her kısıtın, doğrudan sağlık eşitsizliklerine dönüştüğünü göstermesi açısından dikkat çekicidir (Gil-Lacruz, Gil-Lacruz, Navarro-López, & Aguilar-Palacio, 2022).

4. KÜRESEL PERSPEKTİF: ÜLKELER ARASI FARKLILIKLAR VE ORTAK SORUNLAR

Kadın sağlığı ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği, küresel ölçekte derin ve çok boyutlu bir sorundur. Her ne kadar ülkeler arasında tarihsel, kültürel ve yapısal farklılıklar bulunsun da, kadınların sağlıkla ilgili deneyimleri benzer engellerle şekillenmektedir: hizmetlere erişimde sınırlılıklar, karar alma süreçlerinden dışlanma, bakım emeğinin değersizleştirilmesi ve

cinsiyet temelli sağlık verilerinin yetersizliği gibi yapısal sorunlar, dünya genelinde ortak bir çerçeve oluşturmaktadır.

4.1. Cinsiyet Eşitliğinde Küresel Seyir

Dünya Ekonomik Forumu'nun (2024) verilerine göre, 146 ülke genelinde toplumsal cinsiyet eşitliğindeki ilerleme %68,6 seviyesindedir. Bu oranın mevcut hızla ancak 134 yılda tam eşitliğe ulaşabileceği öngörülmektedir. En büyük eşitsizlik ise sağlık, ekonomik fırsatlar ve siyasi temsil alanlarında ortaya çıkmaktadır (World Economic Forum, 2024).

4.2. Bakım Emekçiliğinde Kadının Görünmeyen Yükü

Dünya Sağlık Örgütü'nün "Fair Share for Health and Care" (2024) raporu, sağlık sistemlerinde kadınların merkezî bir rol oynadığını ancak bu emeğin çoğunlukla ücretsiz veya düşük ücretli olarak gerçekleştiğini vurgulamaktadır. Küresel sağlık çalışanlarının yaklaşık %67'si kadın olmasına rağmen, liderlik pozisyonlarında ve ücretlendirme politikalarında cinsiyet eşitsizliği sürmektedir (WHO, 2024). Bu durum, kadınların hem ekonomik güçlenmesini engellemekte hem de sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir.

4.3. Ülkeler Arası Eşitsizlikler ve Ortak Paydalar

UNDP'nin Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi (GII), üreme sağlığı, eğitim, istihdam ve politik temsiliyet gibi başlıklarda ülkeler arasında derin uçurumlar olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin, Sahra Altı Afrika'da pek çok kadın, temel doğum öncesi bakım hizmetlerine ulaşamamakta; Güney Asya'da ise erken yaşta evlilikler ve düşük eğitim düzeyi, kadın sağlığını olumsuz etkilemektedir (UNDP, 2024). Ancak sadece düşük ve orta gelirli ülkelerde değil; yüksek gelirli ülkelerde de toplumsal cinsiyet eşitsizliği kadınların sağlık deneyimlerini etkilemektedir. Örneğin, Avrupa'da 27 ülkeyi kapsayan bir analizde, kadınların daha düşük eğitim ve istihdam düzeylerine sahip olmalarının,

erkeklerle kıyasla daha kötü sağlık bildiriminde bulunmalarına neden olduğu görülmüştür (Roxo et al., 2020).

4.4. Sağlıkta Karar Verme ve Kadın Temsili

Global Health 50/50'nin 2024 raporuna göre, dünya genelinde sağlık alanındaki liderlik pozisyonlarının yalnızca %25'i kadınlar tarafından doldurulmaktadır. Üstelik düşük gelirli ülkelerde bu oran daha da düşmekte, bu da sağlık politikalarının oluşturulmasında kadınların bakış açısının yetersiz temsil edilmesine neden olmaktadır (Global Health 50/50, 2024).

4.5. Yapısal Sorunlar ve Politika Boşlukları

Cinsiyet temelli sağlık verilerinin eksikliği, ülkelerin sağlık sistemlerinde toplumsal cinsiyet eşitliğini izlemeyi ve iyileştirmeyi zorlaştırmaktadır. WHO'nun 2023 tarihli verilerine göre, ülkelerin yalnızca %40'ı cinsiyete dayalı sağlık verilerini düzenli olarak toplamaktadır (WHO, 2023). Bu eksiklik, kadınların özgül sağlık ihtiyaçlarının göz ardı edilmesine ve politikalarda kapsayıcılığın sağlanamamasına yol açmaktadır.

5. ÇÖZÜM VE POLİTİKA ÖNERİLERİ

Kadın sağlığına dair toplumsal cinsiyet eşitsizlikleriyle mücadelede yalnızca sağlık hizmetlerinin sunumu değil; aynı zamanda yasal düzenlemeler, eğitim sistemleri, istihdam politikaları ve veri yönetimi gibi çok boyutlu alanlarda bütüncül çözümlere ihtiyaç duyulmaktadır. Eşitsizliklerin azaltılmasına yönelik etkili politikaların oluşturulabilmesi için ulusal ve uluslararası düzeyde disiplinlerarası iş birliğine dayalı, cinsiyet duyarlı stratejiler geliştirilmelidir.

5.1. Cinsiyete Duyarlı Veri Toplama ve İzleme Sistemlerinin Güçlendirilmesi

Kadın sağlığı alanındaki en büyük sorunlardan biri, mevcut sağlık verilerinin çoğunlukla erkek temelli normlarla toplanmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO, 2023) verilerine göre, ülkelerin yalnızca %60'ında sağlık verileri toplumsal cinsiyete göre düzenli olarak ayrıştırılmaktadır. Cinsiyet temelli sağlık eşitsizliklerini ölçmek ve politika üretmek için sağlık istatistikleri mutlaka yaş, cinsiyet, etnik köken, sosyoekonomik durum gibi değişkenlere göre analiz edilmelidir.

5.2. Kadınların Sağlık Sistemlerinde Karar Alma Süreçlerine Katılımı Artırılmalı

Sağlık sektöründe çalışanların %70'inden fazlası kadın olmasına rağmen, üst düzey yöneticilik ve politika belirleyici pozisyonlarda kadınların temsiliyeti düşüktür (Global Health 50/50, 2024). Kadın liderlerin sağlık yönetimi süreçlerine aktif katılımı, hizmetlerin daha adil ve kapsayıcı şekilde sunulmasını sağlayacaktır. Kadınların sesini karar mekanizmalarına entegre edecek yapısal düzenlemeler, politika yapımında cinsiyet duyarlılığını artıracaktır.

5.3. Ekonomik Eşitsizliklerin Azaltılması ve Bakım Eməğinin Tanınması

Kadınlar sağlık sektöründe sıklıkla düşük ücretli, güvencesiz ve görünmeyen işlerde istihdam edilmektedir. WHO'nun 2024 tarihli raporunda, kadınların sağlık ve bakım sektöründeki ücretsiz eməğinin, sistemin sürdürülebilirliği için temel olduğu ancak sistematik olarak görmezden geldiği belirtilmektedir (WHO, 2024). Sosyal güvenlik politikaları, ücretsiz bakım eməğini görünür kılmalı ve bu eməği sosyal haklarla desteklemelidir. Aynı zamanda, kadınların istihdamda karşılaştıkları yapısal engellerin kaldırılması, sağlık hizmetlerine erişimlerini de kolaylaştıracaktır.

5.4. Dijital Sağlık Teknolojilerinin Kadınlara Uygun Hale Getirilmesi

Dijital sağlık çözümleri, özellikle kırsal ve dezavantajlı bölgelerde yaşayan kadınlar için önemli bir fırsat alanı sunmaktadır. Mobil sağlık uygulamaları, tele-tıp hizmetleri ve uzaktan izleme sistemleri sayesinde kadınlar doğurganlık takibi, ruh sağlığı danışmanlığı ve periyodik taramalara daha kolay ulaşabilmektedir. Ancak dijital çözümlerin etkili olabilmesi için cinsiyet duyarlı tasarımlarla geliştirilmesi, dijital okuryazarlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması gerekmektedir (WHO, 2025).

5.5. Eğitim Sistemlerinde Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Güçlendirilmesi

Sağlık profesyonellerinin toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini tanıması ve bu doğrultuda hizmet sunması, mesleki eğitim sürecinde kazanılacak farkındalığa bağlıdır. Tıp ve hemşirelik fakültelerinde toplumsal cinsiyet dersleri zorunlu hale getirilmeli; kadın sağlığı yalnızca “üreme sağlığı” ile sınırlı olmayan bir yaklaşımla öğretilmelidir. Klinik rehberler ve tanı protokolleri de cinsiyet farklılıklarını dikkate alacak biçimde yeniden düzenlenmelidir.

5.6. Uluslararası Finansman ve Teknik Destek Mekanizmalarının Güçlendirilmesi

Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde kadın sağlığını iyileştirmeye yönelik girişimlerin sürdürülebilirliği, büyük ölçüde uluslararası desteklere bağlıdır. Birleşmiş Milletler ve WHO gibi kuruluşların teknik destek ve fon mekanizmaları, yerel sağlık sistemlerinin kapasitesini artırmada kritik öneme sahiptir. Kadın sağlığına yönelik projelere ayrılan kaynakların artırılması, bu ülkelerdeki sağlık eşitsizliklerini azaltmada etkili olacaktır (Reuters, 2025).

5.7. Topluluk Temelli Farkındalık Çalışmaları ve Norm Dönüştürücü Müdahaleler

Toplumda kadın sağlığının ikincil görülmesinin temelinde kültürel normlar ve toplumsal kalıplar yer almaktadır. Bu nedenle yalnızca yapısal reformlar değil, aynı zamanda norm dönüştürücü programlarla da mücadele edilmelidir. Kadınların özerkliğini destekleyen, yerel aktörleri güçlendiren ve ataerkil kalıpları sorgulayan kampanyalarla toplumsal dönüşüm hızlandırılabilir. Örneğin, UN Women'ın saha çalışmaları, topluluk temelli farkındalık çalışmalarının hem erkeklerin hem kadınların tutumlarını dönüştürdüğünü ortaya koymuştur (UN Women, 2024).

6. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Kadın sağlığı, yalnızca biyolojik cinsiyet farklılıklarıyla açıklanamayacak kadar çok boyutlu, toplumsal, kültürel ve yapısal unsurların iç içe geçtiği bir olgudur. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, kadınların sağlık hizmetlerine erişimini sınırlamakta, sağlık okuryazarlığını düşürmekte ve psikososyal sağlık göstergelerini olumsuz etkilemektedir. Eğitim, istihdam, gelir düzeyi, karar alma gücü ve sosyal statü gibi sosyal belirleyiciler, kadınların sağlık sonuçlarını doğrudan şekillendirmektedir.

Gerek küresel gerekse yerel düzeyde yapılan araştırmalar, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin kadınların sağlık göstergelerinde belirgin farklar yarattığını ortaya koymaktadır. Kadınların daha yüksek düzeyde ruhsal hastalık, kronik ağrı ve üreme sağlığı sorunları yaşaması; çoğu zaman cinsiyet körü sağlık sistemlerinin tanı ve tedavi süreçlerinde kadınları dışlayıcı biçimde yapılandırılmasından kaynaklanmaktadır. Klinik araştırmalarda kadınların yetersiz temsil edilmesi, sağlık eğitiminde toplumsal cinsiyet perspektifinin ihmal edilmesi ve

karar mekanizmalarında kadın liderliğinin düşük olması bu eşitsizliklerin sürekliliğini sağlamaktadır.

Toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini ortadan kaldırmaya yönelik çözüm yolları, yalnızca sağlık hizmetlerini dönüştürmekle sınırlı olmamalıdır. Eğitim politikaları, sosyal destek mekanizmaları, ekonomik güçlenme stratejileri ve norm dönüştürücü toplumsal müdahaleler eş zamanlı olarak hayata geçirilmelidir. Özellikle cinsiyete duyarlı veri toplama sistemlerinin oluşturulması, politika yapım süreçlerinin kadınların ihtiyaçlarına göre şekillendirilmesi ve kadınların sağlık sistemlerindeki temsiline güçlendirilmesi bu dönüşümün yapı taşlarıdır.

Sonuç olarak, kadın sağlığını etkileyen eşitsizliklerle mücadele; yalnızca kadınların değil, toplumun tamamının sağlıklı, adil ve sürdürülebilir bir yaşam sürebilmesi için zorunludur. Toplumsal cinsiyet temelli sağlık eşitsizliklerinin giderilmesi, yalnızca insan haklarının tesisi açısından değil, aynı zamanda halk sağlığı açısından da kritik önemdedir. Bu bağlamda yapılacak her bilimsel, kurumsal ve politik katkı; kadınların yaşam kalitesini artırmakla kalmayacak, toplumların eşitlikçi kalkınmasını da destekleyecektir.

KAYNAKÇA

- Ahmed, F., Oni, F. A., & Hossen, S. S. (2021). Does gender inequality matter for access to and utilization of maternal healthcare services in Bangladesh? *PLOS ONE*, 16(9), e0257388. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257388>
- Annandale, E., Wiklund, M., & Hammarström, A. (2018). Theorising women's health and health inequalities: shaping processes of the 'gender-biology nexus.' *Global Health Action*, 11(sup3). <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1669353>
- Basumatary, R. (2024). Gender inequality in health insurance coverage in India: Evidence from NFHS-5. *International Journal of Rural Management*, 10(1), 25–40. <https://doi.org/10.1177/09730052241291298>
- Baez, S., Castro-Aldrete, L., Britton, G. B., Ibáñez, A., & Santuccion-Chadha, A. (2024). Enhancing brain health in the global south through a sex and gender lens. *Nature Mental Health*, 2, 1308–1317. <https://doi.org/10.1038/s44220-024-00339-6>
- Chen, J. C., Yu, C., & Zhu, J. (2024). Gender differences in whether and how perceived inequality hampers self-rated health and mental health: Evidence from the Chinese General Social Survey and a randomized experiment in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(12), Article 1640. <https://doi.org/10.3390/ijerph21121640>
- Deloitte. (2022). *Why women are skipping or delaying health care*. Deloitte Insights. Retrieved from <https://www2.deloitte.com/us/en/insights/industry/health-care/why-women-skip-or-delay-health-care.html>

- Deloitte. (2024). *Delayed care drives up costs in women's health*. Deloitte Insights. Retrieved from <https://action.deloitte.com/insight/4133/delayed-care-drives-up-costs-in-womens-health>
- Demsash, A. W., Fekadu, G., & Alemayehu, Y. (2023). Women's health service access and associated factors in Ethiopia: Application of geographical information system and multilevel analysis. *BMJ Health & Care Informatics*, 30(1), e100720. <https://doi.org/10.1136/bmjhci-2022-100720>
- Einstein, G. (2017). Sex and gender in health. In *Gender and the Genome* (pp. 45–55). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811850-4.00006-5>
- Evangelidou, S., Cuxart-Graell, A., Zucchelli, E., Gonçalves, A. Q., Cruz, A., Sequeira, E., Ndir, B., Elafef, E., Calero-Blazquez, C., Collado, R. S., Saperas Perez, C., & Requena-Méndez, A. (2024). Female genital mutilation among migrants in Spain: Healthcare system responses and challenges. *Journal of Travel Medicine*. <https://doi.org/10.1093/jtm/taae085>
- Fierce Healthcare. (2024). Deloitte: Half of women skip or delay care due to cost, access, negative experiences. *Fierce Healthcare*. Retrieved from <https://www.fiercehealthcare.com/finance/deloitte-50-women-skip-or-delay-care-due-triple-threat-cost-access-negative-experiences>
- Global Health 50/50. (2024). *Gaining ground? The 2024 Global Report*. Retrieved from <https://global5050.org/2024-report/>
- Gil-Lacruz, M., Gil-Lacruz, A. I., Navarro-López, J., & Aguilar-Palacio, I. (2022). Gender gap in self-rated

- health: A cohort perspective in Eastern European countries. *Healthcare*, 10(2), 365. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020365>
- Homan, P. (2019). Structural sexism and health in the United States: A new perspective on health inequality and the gender system. *American Sociological Review*, 84(3), 486–516. <https://doi.org/10.1177/0003122419848723>
- Hamberg, K. (2008). Gender bias in medicine: Are women patients treated differently? *Women's Health*, 4(3), 237–243. <https://doi.org/10.2217/17455057.4.3.237>
- Hackett, R. A., Hunter, M. S., & Jackson, S. E. (2024). *The relationship between gender discrimination and wellbeing in middle-aged and older women*. PLOS ONE, 19(3), e0299381. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299381>
- International Labour Organization (ILO). (2023). *World Employment and Social Outlook – Trends 2023*. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@inst/documents/publication/wcms_865332.pdf
- Jia, J., Jia, C., Zhang, X., Ren, P., & Chen, M. (2024). The impact of internet medical service on rural gender inequality in health opportunity: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 24, Article 3093. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20575-w>
- Khammarnia, M., Hatam, N., & Ghorbanian, A. (2014). The Relationship between Gender Inequality and Health Service Coverage in the Member Countries of the United Nations. *Sadra Medical Sciences Journal*, 2, 21-30.

- Liuccio, M. (2015). Gender, health, and communication. *Journal of Communication in Healthcare*, 8(1), 5–6.
<https://doi.org/10.1179/1753806815Z.000000000104>
- Jolidon, V. (2022). Gender inequality and mammography screening: Does living with a partner improve women's mammography uptake?. *Social science & medicine*, 298, 114875
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114875>.
- Nature. (2025). Women are poorly represented in clinical trials. That's problematic. *Nature* (blog). Retrieved from <https://www.nature.com/articles/d44151-025-00036-y>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2022). *Gender equality and the economic empowerment of women*. Retrieved from. <https://doi.org/10.1787/0bddfa8f-en>
- People. (2024). Most first-aid dummies don't have breasts – so people don't learn how to perform CPR on women. *People Magazine*. Retrieved from <https://people.com/most-first-aid-dummies-do-not-have-breasts-which-jeopardizes-women-health-8751320>
- People Management. (2025). *Women twice as likely as men to take time off work due to stress and worry, study finds*. Retrieved from <https://www.peoplemanagement.co.uk/article/1919163/women-twice-likely-men-time-off-work-due-stress-worry-study-finds>
- Reuters. (2025, July 9). Women's rights face 'full-on assault' due to UN and aid funding cuts. *Reuters*. <https://www.reuters.com/world/us/womens-rights-face-full-on-assault-due-un-aid-funding-cuts-2025-07-09/>

- Roxo, L., Bambra, C., & Perelman, J. (2021). Gender equality and gender inequalities in self-reported health: A longitudinal study of 27 European countries (2004–2016). *International Journal of Health Services*, 51(2), 146–154. <https://doi.org/10.1177/0020731420960344>
- Reddy, V., Zondi, N., & Mkhize, G. (2020). Gendered and feminist inequalities: A review and framing notes. *Agenda*, 34(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/10130950.2020.1767887>
- Rocha, A., Vilhena, V., & Zabatiero, J. P. T. (2021). Gender equality. In *For God So Loved the World*. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1v08zhx.8>
- Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018). ‘Brave men’ and ‘emotional women’: A theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain. *Pain Research & Management*, 2018, Article 6358624. <https://doi.org/10.1155/2018/6358624>
- Tunio, H., & Ahmed, A. (2021). Health Inequalities Among Women in Developing Countries. *Liaquat National Journal of Primary Care*. <https://doi.org/10.37184/lmjpc.2707-3521.3.22>
- Taukobong, H. F. G. T., Kincaid, M., Levy, J. K., Bloom, S. S., Platt, J. L., Henry, S. K., & Darmstadt, G. L. (2016). Does addressing gender inequalities and empowering women and girls improve health and development programme outcomes? *Health Policy and Planning*, 31(10), 1492–1514. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw074>
- The Times. (2025). The dangerous gap between heart disease diagnoses in women and men. *The Times*. Retrieved from <https://www.thetimes.co.uk/article/the-dangerous-gap->

between-heart-disease-diagnoses-in-women-and-men-306rtdsz2

- The Guardian. (2025, July 4). Women in poorest parts of England and Wales ‘will spend only two-thirds of life in good health’. *The Guardian*. Retrieved from <https://www.theguardian.com/society/2025/jul/04/women-in-poorest-parts-of-england-and-wales-will-spend-only-two-thirds-of-life-in-good-health>
- UN Women. (2025, July). Fifteen Years, Fifteen Facts: Challenges and solutions for gender equality. *UN Women*. Retrieved from <https://www.unwomen.org/en/news-stories/2025/07/fifteen-years-fifteen-facts-challenges-and-solutions-for-gender-equality>
- UNDP. (2024). *Gender Inequality Index (GII) 2024*. Retrieved from <https://hdr.undp.org>
- UNESCO. (2023). *Global Education Monitoring report 2023: Education and gender equality*. UNESCO. Retrieved from <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000387300>
- Veas, C., Crispi, F., & Cuadrado, C. (2021). Gender inequality and health outcomes: A panel data analysis of OECD countries. *EClinicalMedicine*, 39, 101051. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101051>
- Vigod, S. N., & Rochon, P. A. (2020). The impact of gender discrimination on a woman’s mental health. *EClinicalMedicine*, 20, Article 100311. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100311>
- Wired. (2025). Why women with type 2 diabetes are diagnosed later than men. *Wired Magazine*. Retrieved from

<https://www.wired.com/story/why-women-with-type-2-diabetes-are-diagnosed-later-than-men>

World Economic Forum. (2024). *Global Gender Gap Report 2024*. Retrieved from <https://www.weforum.org/publications/global-gender-gap-report-2024/>

World Health Organization. (2024). *Fair share for health and care: Gender equity in the health workforce*. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/13-03-2024-who-report-reveals-gender-inequalities-at-the-root-of-global-crisis-in-health-and-care-work>

World Health Organization. (2023). *Health Inequality Data Repository*. Health Inequality Monitor. Retrieved from <https://www.who.int/data/inequality-monitor/data>

World Health Organization. (2025). *Building a healthier world by women and for women is key to achieving gender equality*. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/06-03-2025-building-a-healthier-world-by-women-and-for-women-is-key-to-achieving-gender-equality>

YENİDOĞANDA OMUZ DİSTOSİSİ VE ANNE BEBEK BAĞLANMASININ ROY ADAPTASYON MODELİ'NE GÖRE HEMŞİRELİK BAKIMI: OLGU SUNUMU¹

Rukiye Ceren ERDEMİR²

Halime ABAY³

Sibel PEKSOY KAYA⁴

1. GİRİŞ

Omuz distosisi, yenidoğanda sefalik kutbun dışarı çıkmasından sonra ön fetal omuzun maternal simfiz pubis arkasına sıkışması nedeniyle meydana gelen ve obstetrik-cerrahi manevralara ihtiyaç duyulmasıyla karakterize obstetrik bir acil durumdur. Bu klinik tablo, olguların yarısından fazlasında bilinen risk faktörlerinin bulunmaması nedeniyle çoğunlukla önceden öngörülemez ve dolayısıyla önlenemez bir şekilde gelişir. Vakaların çoğu prenatal veya intrapartum risk faktörlerinin yokluğunda meydana gelmektedir (Alves, 2022). Omuz distosisini yönetmenin temel amacı fetal asfiksi, kalıcı brakial pleksus hasarı veya fetal ölümü önlemektir. Annede ise travmaya

¹ Bu çalışma 8-10 Mayıs 2025'te Ankara'da düzenlenen "2. Ulusal Bütünleşik Hemşirelik ve Ebelik Kongresi"nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

² Hemşire, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik ABD, Yüksek lisans öğrencisi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Kadın Doğum Hastanesi, Jinekoloji Onkoloji Servisi, Hemşire, rukiyerdemir99@gmail.com, ORCID: 0009-0001-8467-0452.

³ Doçent Doktor, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, halimeabay1@gmail.com, ORCID: 0000-0001-9286-9755.

⁴ Doçent Doktor, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, sibelpesoykaya@aybu.edu.tr, ORCID: 0000-0003-1444-2857.

bağlı morbiditeyi en aza indirmek hedeflenmektedir. Bu sebeple doğum sürecinde yer alan sağlık profesyonelleri, olayı tanımaya ve zamanında müdahale etmek için manevrayı derhal gerçekleştirmeye hazır olmalıdır (Hill, 2020). Omuz distosisinin en önemli etiyolojik faktörlerinden biri fetal makrozomi olarak kabul edilmektedir. Literatürde bildirilen verilere göre, tüm doğumların yaklaşık %10'unda fetal makrozomiye ve fetüsün vertex sunumunda olduğu tüm vajinal doğumların yaklaşık %0.2 ila %3'ünde omuz distosisi meydana gelmiştir (Davis ark., 2023). American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), doğum ağırlığı 4500 gram ve üzeri olan yenidoğanlara makrozomi tanısı konulmasını önermektedir. Bununla birlikte, doğum ağırlığı 4000 gramın üzerinde olan fetüsler, omuz distosisi açısından yüksek risk grubuna girmektedir. Özellikle doğum ağırlığının 4500 gramı aşması durumunda hem neonatal morbidite ve mortalite oranlarının hem de doğum sırasında karşılaşılan komplikasyonların anlamlı şekilde arttığı bildirilmektedir (ACOG, 2016).

Omuz distosisi gelişiminde en önemli risk faktörleri arasında fetal makrozomi, maternal diyabet, geçmiş doğum öyküsünde omuz distosisi varlığı yer almaktadır (Davis ark., 2023). Bunun yanı sıra, maternal diyabetin omuz distosisi gelişiminde en önemli risk faktörü olduğu vurgulanmaktadır. Diyabetik gebelerde, fetal makrozomiye ek olarak, baş-pelvis uyumsuzluğuna yol açabilecek şekilde gövdenin başa oranla daha büyük olması ile omuz distosisi riski daha da artmaktadır. Bu nedenle, maternal diyabet varlığında hem fetal boyutların hem de doğum şeklinin dikkatle değerlendirilmesi önerilmektedir (Şenoğlu & Karaçam, 2019). Doğumdan sonra ise anne de postpartum kanama, perinal laserasyonlar, uterin rüptür gibi komplikasyonlar karşımıza çıkabilmektedir. Doğum sonrası neonatal komplikasyonlar arasında travmatik yaralanmalar, asfiksi ve neonatal ölüm görülebilmektedir. Özellikle brakeal

pleksus yaralanmaları, klavikula-pleksus kırıkları travmatik olaylar arasında sıklıkla karşımıza çıkmaktadır (Davis ark., 2023). Bu nedenle postpartum bakım süreci hem anne hem de yenidoğan açısından dikkatle takip edilmesi gereken bir dönemdir.

Postpartum ilk saatlerde fizyolojik ve duygusal adaptasyonun sağlanması gerekmektedir. Bu süreçte özellikle anne-bebek bağlanması başlatılması kritik öneme sahiptir (Başdaş ark, 2022). Omuz distosisinde postpartum dönemde anne ve yenidoğanda gelişen komplikasyonlara bağlı olarak anne bebek bağlanması etkilenmektedir. Doğumu takip eden ilk günlerde başlayan anne ve bebek arasındaki etkileşim, yaşam boyu sürecek olan bağın temelini oluşturmaktadır. Yenidoğanın bakım, tedavi ya da farklı medikal gereksinimler nedeniyle annesinden ayrılması, anne-bebek etkileşiminin doğal akışını kesintiye uğratarak bağlanmanın sağlıklı bir şekilde gelişimini engelleyebilmekte ve bu süreci daha karmaşık hale getirebilmektedir. Bu nedenle anne-bebek sağlığını etkileyen omuz distosisi yaşanan vakalarda, postpartum dönemdeki kadınların psikososyal yönden değerlendirilmesi gerekmektedir (Başdaş ark, 2022). Bu olgu sunumunda gebelikte tip 2 diyabet ve kronik hipertansiyonu olan, doğumunda da omuz distosisi yaşanmış gebenin postpartum dönemde psikososyal açıdan incelenmesi, bu durumun yenidoğan üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi ve Roy Adaptasyon Modeli'ne (RAM) göre hemşirelik bakımı sunulması amaçlanmıştır.

2. YÖNTEM

2.1. Veri Toplama

Veriler olgunun yazılı onamı alındıktan sonra, yüz yüze görüşme tekniği ile Postpartum Dönem Veri Toplama Formu ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu kullanılarak 26-29 Mart

2025 tarihinde toplanmıştır. Ayrıca aşağıda yer alan ölçekler kullanılmıştır.

2.1.1. Postpartum Dönem Veri Toplama Formu:

Literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form anneye ait veriler tanıtıcı bilgiler, tıbbi-obstetrik-jinekolojik öykü, hijyenik uygulamalar, postpartum dönem öyküsü olmak üzere dört alt başlıktan ve yenidoğanın değerlendirilmesiyle ilişkili verilerden oluşmaktadır (Taşkın ark, 2019; Yaman, Kaplan & Gönenç, 2025; Ertem, 2024; Coşkun, 2016).

2.1.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu:

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form, “Gebelik döneminde kan şekeri ve tansiyon takibi yapmak sizi nasıl etkiledi?”, “Doğum sonrası süreçte kendinizi nasıl hissettiniz?”, “Doğum sonu süreçte bebeğiniz ile ilişkiniz nasıldı?”, “Hastanede kalış sürenizin uzaması sizi ve diğer aile üyelerini nasıl etkiledi?” ve “Emzirme sürecinde ne gibi zorluklar yaşadınız?” gibi açık uçlu beş soru içermektedir.

2.1.3. Neuman Sistemler Modeline Temellenen Riskli Gebeliklerde Algılanan Stres Ölçeği (NSMt-RGASÖ): Riskli gebeliklerde algılanan stresi ölçmek amacıyla Metin ve Kulakaç tarafından (2023) geliştirilmiştir. Beşli likert tipte olan ölçek “Fizyolojik Alan”, “Psikolojik Alan”, “Sosyokültürel Alan”, “Gelişimsel Alan” ve “Spiritüel Alan” olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 7 iken, en yüksek puan 170’tir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe algılanan stres düzeyi artmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.87 olarak belirtilmiştir (Metin & Kulakaç, 2023).

2.1.4. Tip 2 Diyabet Öz Yönetim Ölçeği (DÖYÖ):

Ölçek tip 2 diyabet tanısı alan kişilerde iyi bir glisemik ve metabolik kontrol sağlamak amacıyla Koç ve arkadaşları (2024) tarafından geliştirilmiştir. Üç alt boyutu ve beşli likert tipte olan ölçek 19 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük

puan 19 iken, en yüksek puan 95'tir. Ölçekten alınan yüksek puan bireyde öz yönetim eksikliği olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.65 olarak belirtilmiştir (Koç ark, 2024).

2.1.5. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ): Ölçek postpartum dönemde annenin depresyon yönünden riskini ve depresyonun şiddetini belirlemek için Cox ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Engindeniz ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır. Ölçek maddeleri 0-3 arasında puanlanmakta ve 11 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 12/13 olarak hesaplanmış olup, toplam ölçek puanı kesme noktasından fazla olan kadınlar depresyon açısından riskli kabul edilmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.87 olarak bildirilmiştir (Engindeniz, Küey & Kültür, 1996).

2.1.6. Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği (DSBÖ): Postpartum dönemde anne bebek bağlanmasını değerlendirmek amacıyla Taylor ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Yalçın ve arkadaşları (2014) tarafından yapılmıştır. Ölçek dördümlü Likert tiptedir ve 25 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken, en yüksek puan 125'tir. Ölçekten alınan puanın artması anne bebek bağlanmasında sorun olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.71 olarak belirtilmiştir (Yalçın ark, 2014).

2.1.7. Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği (PSAS): Ölçek Fallon ve arkadaşları (2016) tarafından postpartum döneme özgü anksiyete belirtilerini değerlendirmek için geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Duran tarafından (2019) değerlendirilmiştir. Dördümlü likert tipte olan ölçek tek boyutludur ve 47 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten 73 ve altında puan alanların postpartum anksiyete seviyeleri düşük, 74 ve 100 arasında puan alanların orta, 101 ve üstünde olanların yüksektir.

Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.91 olarak bildirilmiştir (Duran, 2019).

2.2. Roy Adaptasyon Modeli (RAM)

RAM, hemşirelikte bireyin çevresel değişimlere yanıt vererek fizyolojik, psikososyal ve davranışsal olarak uyum sağlama kapasitesine odaklanan teorik bir çerçevedir (Menekli & Eyi, 2017). Model, bireyin hem içsel hem de dışsal uyarıcılara karşı “uyum sağlayıcı” olarak hareket ettiğini ve bu süreçte davranışsal yanıtların hem sağlığı geliştirme hem de çevreyle dengeyi koruma amacına hizmet ettiğini belirtir (Fawcett ark, 2013). RAM'a göre hemşireliğin amacı adaptasyonu sağlamaktır. Sağlık ve hastalık sırasında adaptasyonun artırılması, çevre ve insan sistemleri arasındaki etkileşimi geliştirir ve böylece sağlığı iyileştirir. Bu nedenle sağlığa, yaşam kalitesine ve yaşam sonu bakıma katkı sağlar (Ursavas ark, 2014). Bu yaklaşım, hastanın yalnızca hastalık semptomlarına değil, aynı zamanda psikososyal durumuna da odaklanarak, holistik bakım anlayışını güçlendirmektedir.

Fokal (odak) uyarılar, bireyin aniden karşılaştığı ve ilk olarak tepki gösterdiği uyarıcılardır. Bu uyarı, bir obje ya da durum olabilir. Kontekstüel (etkileyen) uyarılar, odak uyarıcısının etkisini şekillendiren diğer tüm uyarıcılardır. Rezidüel (olası) uyarılar, bireyin önceki deneyimleri, inançları ve tutumlarıyla ilişkili uyarıcılardır. Etkileri açıkça belirlenmemiş uyarıcılar olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca Roy'un modelinde, davranışların değerlendirilmesi için "Fizyolojik Alan", "Rol Fonksiyonu Alanı", "Benlik Kavramı Alanı" ve "Karşılıklı Bağlılık Alanı" şeklinde dört uyum bölgesi tanımlanmaktadır (Browning Callis, 2020).

2.2.1. Fizyolojik Alan: Organizmadaki hücrelerin, dokuların, organların ve sistemlerin fizyolojik işlevlerini incelemektedir. Bu alandaki davranışlar bireyin fizyolojik

ihtiyaçları (solunum, oksijen ve dolaşım fonksiyonları, beslenme, malnütrisyon, kusma, iştahsızlık, vücut sıcaklığındaki artış ya da azalma, egzersiz, dinlenme, hareket, yorgunluk, endokrin sistem ve bozuklukları, boşaltım, konstipasyon ve diyare gibi) belirlenerek değerlendirilmektedir (Başayar ark, 2020).

2.2.2. Benlik Kavramı Alanı: Bu uyum alanının temel gereksinimi psikolojik bütünlük olup, fiziksel benlik ve kişisel benlik olmak üzere iki ana bileşenden oluşmaktadır. Fiziksel benlik; beden algısı, bireyin fiziksel görünümü ve duyuşal işlev düzeyi ile ilişkilidir. Kişisel benlik ise bireyin davranışları, idealleri, ahlaki-spiritüel değerleri ile kişisel norm ve standartları arasındaki uyum olarak tanımlanmaktadır (Erdoğan & Öz, 2024).

2.2.3. Rol Fonksiyon Alanı: Roy, rol kavramını “bireyin, toplum içerisindeki konumuna bağlı olarak (anne, müdür, öğrenci vb.) bu pozisyonu sürdürebilmek adına toplumun kendisinden beklediği davranışları sergilemesi” şeklinde tanımlamaktadır. Birey, sosyal yaşamda diğer kişilerle kurduğu karşılıklı etkileşim aracılığıyla rolüne uygun davranışları yerine getirmektedir. Bu alanın temel gereksinimi ise “sosyal bütünlüğün” sağlanmasıdır (Başayar ark, 2020).

2.2.4. Karşılıklı Bağlılık Alanı: Bu alanın temel gereksinimleri, sevgi ve doyum gibi duygusal ihtiyaçların karşılanmasına yöneliktir. Bireylerin, destek kaynaklarıyla ve kendileri için anlam taşıyan kişilerle kurduğu etkileşimler bu kapsamda değerlendirilmektedir (Başayar ark, 2020).

RAM’a göre insan biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla bir bütün olarak ele alınır ve çevresiyle sürekli etkileşim içinde bulunan açık bir sistem olarak tanımlanır. Birey, adaptasyon sürecinde hem doğuştan getirdiği hem de yaşam süreci içerisinde edindiği uyum mekanizmalarını kullanarak çevresel değişimlere yanıt verir. Sağlık ve hastalık, insan yaşam döngüsünün doğal ve kaçınılmaz unsurları olarak kabul edilir ve

bireyin bu durumlara uyum sağlaması beklenir. Adaptasyon sürecinin amacı, bireyin çevresel değişimlere olumlu ve dengeli yanıtlar geliştirmesidir. Bu modele göre hemşireler, bireyin sağlık durumunu kapsamlı bir şekilde değerlendirerek, mevcut baş etme stratejilerini belirlemeli ve bireyin adaptasyon kapasitesini destekleyecek uygun hemşirelik girişimlerini planlamalıdır (Bulut ark, 2024).

3. OLGU SUNUMU

H.S.S 29 yaşında, 5 yıllık evli, ön lisans mezunu ve ev hanımıdır. Çekirdek ailesiyle (eşi ve 2 çocuğu) birlikte kirada oturmaktadır. Gebelik öncesi günde bir paket sigara içen olgu, tip 2 diyabet hastasıdır ve gebelik sürecinde preeklamsi tanısı almıştır. H.S.S'nin rutin olarak kullanılması gereken Ecopirin tb, Decavit tb, Feramat tb oral ilaçları ve Levemir (22.00'de 10 ünite), Novorapid (08.00'de 10 ünite, 13.00'te 8 ünite ve 19.00'da 6 ünite) isimli insülin iğneleri bulunmaktadır.

H.S.S'ye düzenli olarak kan şekeri ölçümü yapıp yapmadığı sorulduğunda; bekarken ve çocukları olmadan önce düzenli kan şekeri ölçümü ve insülinlerini yaptığını, bazen vakitleri kaçırdığını, fakat çocukları doğduktan sonra düzenli ölçüm yapmadığını ve insülinlerini uygulamayı çoğu zaman unuttuğunu, hatırladığında kan şekerini ölçtüğünü ve çoğu zaman vakti olmadığı için müdahale etmediğini ifade etmiştir.

H.S.S'ye gebelik sürecindeki beslenmesi ve kaç kilo aldığı sorulduğunda *“Önceki gebeliklerimde çok aşermemiştim fakat bu gebeliğimde çok tatlı aşardım, dürüst olmak gerekirse ipin ucunu biraz kaçırdım ve 23 kilo aldım, zaten diyabet hastasıydım, üstüne şekerli şeyleri yedikçe benim şeker iyice fırladı, bu yüzden bir hafta kan şekerimi düzenlemek için uğraştım ama kaçamaklara da devam ettiğim oldu. Hayatım boyunca şekerli yiyeceklerden uzak tutularak büyütüldüm,*

sanırım bu son nokta oldu benim için, yemek istediğim ne varsa yedim, içimde kalmasını istemedim...” diye ifade etmiştir. En düşük 19 puan, en yüksek 95 puan alınabilen DÖYÖ’den olgu 54 puan almış olup, puanın yüksek olması diyabet öz yönetim eksikliğini göstermektedir.

Çift aile planlaması için koitus interraptus yöntemini kullanmaktadır. Olgunun gravidası 3, paritesi 2 ve abortusu 1’dir. Olguya eşiyile birlikte bu gebelik haberini nasıl karşıladığı sorulduğunda H.S.S duygularını “*Şok olmuştuk, hep iki çocuk bize yeter diye konuşuyorduk, ama aldırmayı hiç düşünmedik bebek kısmetiyle gelir diye kabullendik...*” şeklinde ifade etmiştir.

H.S.S’ye gebelik öncesi ve gebelik sırasındaki seksüel öyküsü sorulduğunda “*Gebelik öncesi haftada 2-3 kere birlikte oluyorduk, fakat hamile olduğumu öğrenip, ne zaman kilo almaya başladım, işte o zaman birlikte olma sıklığımız azaldı. Aslında önceki gebeliklerimde de kilo almıştım, ama bu sefer şekerim beni çok zorladı. 23 kilo aldım, haliyle ağırlaşım, ellerim ayaklarım şişti, eşimde sürekli kilo aldığımı, benim sorumsuz anne olduğumu, kapılardan artık geçemeyeceğimi söyleyerek benimle dalga geçti, bir de son zamanlarda “koçum” şeklinde hitap etmeye başladı, bu hamileliğimde eşimden yeterince destek göremedim ve gururum incindi*” şeklinde ifade etmiştir.

H.S.S 23. gebelik haftasında preeklamsi tanısı almıştır. Olguya kan basıncı ve kan glukoz düzeyi takibini yapabilmesi için diyabet hemşiresi tarafından eğitim verilmiştir. Ölçtüğü değerleri not defterine kaydetmesi ve bir sonraki muayenede yanında getirmesi gerektiği olguya iletilmiştir. Olgu kan basıncının normalde 130/70 mmHg civarında seyrettiğini, tanı aldıktan sonra kan basıncının 150/70 mmHg ye ulaştığını ifade etmiştir. Ek olarak başının ön kısımlarının zonklarcasına ağrıdığını tarif etmiştir. Gebeliğinin 37. haftasında disregüle kan glukoz ve hipertansiyon şikayetiyle hastanenin acil servisine

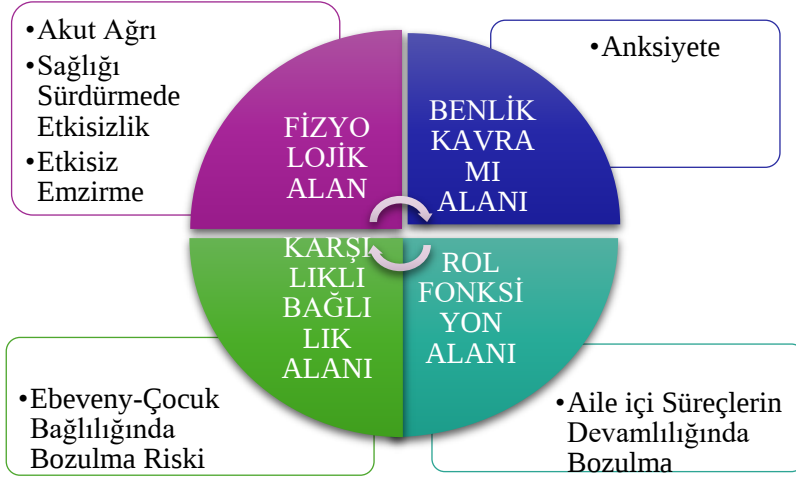
başvuran olgunun, perinataloji servisine acil yatışına karar verilmiştir. Bu süreçte kendini nasıl hissettiği, bebek hareketlerindeki azalma ve artma durumu sorulduğunda *“Bir şeyler oluyordu, ama o an dünyadan soyutlandım sanki, daha önce de bu durumdan acile gelmiştim, ama yatış olmamıştı, hazırlıklarım tam değildi, çocuklar evdeydi, ne yapacağımızı bilemedik, bir yandan evdeki çocuklar bir yandan bebeğime bir şey olacak düşüncesi beni çok korkuttu, hatta kendimi suçladım, keşke gelmeseydim, evde düzelirdi dedim”* diye ifade etmiştir. Olgunun bir gün yatış takibi yapılmış ve indüksiyon başlanmış, epizyotomi uygulanarak vajinal doğum 26 Mart 2025 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Olgunun 4210 gr ağırlığında erkek bebeği dünyaya gelmiştir. Gebenin aktif doğum eylemi dört saat, omuz distosisi süresi 50 saniye olarak kayıtlara geçmiş olup, bebekte omuz distosisi sonucu klavikula kırığı ve üst vücut segmentinde hematom meydana gelmiştir.

Postpartum süreçte yapılan görüşmede olgu kendisini *“Düzenli kan şekeri ve tansiyon takibi yapmadığım için bebeğim kusurlu doğdu. Almam gereken kilodan daha fazlasını aldığım için doğumum zor oldu, bu yüzden bebeğimin kemikleri kırıldı.”* şeklinde ifade etmiştir. Olgunun bebeğiyle ilgili anksiyete düzeyinin yüksek olduğu gözlenmiş olup, PSAÖ puanı 108’dir. Ölçekten 101 puan ve üzerinde alanların anksiyete düzeyleri yüksek olarak değerlendirilmektedir. Aynı zamanda olgunun DSBÖ’de *“Anne olarak kendimi engellenmiş hissediyorum ve bebeğim bende gerginlik yaratıyor veya başka birinin bebeğime bakmasının tek çözüm olduğunu hissediyorum”* maddelerine en yüksek puanı vermesi ile *“Bebeğime bir şey olacak korkusuyla kucağıma almak istemiyorum”* ifadesi örtüşmektedir. 0-125 puan aralığında alınabilen DSBÖ’den 68 puan almıştır. Ölçek puanını artması anne bebek bağlanmasında sorun olduğunu göstermektedir. Ek olarak yoğun üzüntü, suçluluk ve korku yaşadığını ifade eden olgunun postpartum depresyon riski (EPDÖ

puanı: 16 ve ölçeğin kesme noktası 12/13) ve anksiyete düzeyi (PSAÖ puanı:108) oldukça yüksektir.

3.1. Olgunun Roy Adaptasyon Modeline Göre Hemşirelik Bakım Süreci

Şekil 1’de olgunun RAM alanlarına göre saptanan sorunlarına yönelik hemşirelik tanıları ve Tablo 1-6’da hemşirelik bakım süreçleri yer almaktadır.



Şekil 1. RAM alanlarına göre saptanan sorunlara yönelik hemşirelik tanıları

Tablo 1. Fizyolojik Alan - “Akut Ağrı” hemşirelik tanısına yönelik hemşirelik bakım süreci					
DAVRANIŞ ÇIKTISI	UYARANLAR	HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
-H.S.S'nin epizyotomiye bağlı ağrısının olduğunu ifade etmesi. -Visual Analog Skalasına (VAS) göre ağrı puanını 6 olarak değerlendirmesi	<i>Ödlek uyararı:</i> Omuz distosisi ve makrozomik bebek ile ilişkili epizyotomi <i>Etkileyen uyararı:</i> Ağrı ile etkili baş edememe <i>Olası uyararı:</i> Bir önceki doğumunda epizyotomi uygulanması	Epizyotomiye bağlı “ Akut Ağrı ”	H.S.S ağrısının ilk değerlendirmeye göre azaldığı ifade edecek	-Ağrıya neden olan faktörler ve H.S.S'nin ağrıya verdiği tepkiler değerlendirilir. -H.S.S'ye ağrıyla baş etmede kullanılabileceği nonfarmakolojik yöntemler önerilir. -H.S.S'nin dinlenmesi için bulunduğu çevre (iki kişilik odada araya perde çekilmesi gibi) ve ziyaret saatleri düzenlenir. -H.S.S'nin tedavi planındaki analjezikler uygulanır.	-H.S.S uygulanan tedavi sonrası ağrısının azaldığını ifade etti ve VAS'a ağrı puanını 2 olarak değerlendirdi. -H.S.S ağrısı olduğunda hemşirenin önerdiği müzikleri dinlediğini ifade etti.
Tablo 2. Fizyolojik Alan - “Sağlığı Sürdürmede Etkisizlik” hemşirelik tanısına yönelik hemşirelik bakım süreci					
DAVRANIŞ ÇIKTISI	UYARANLAR	HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
-H.S.S'nin glisemik kontrollerini ve tedavisini aksattığını ifade etmesi. -DÖYÖ'den 54 puan alması	<i>Ödlek uyararı:</i> Disregüle tip 2 diyabet ve preklemsi tanısı <i>Etkileyen uyararı:</i> İnsülin kullanımında düzensizlik, diyetle uyumsuzluk, gebelikte fazla kilo alımı <i>Olası uyararı:</i> Gebelikte yetersiz öz bakım farkındalığı, etkisiz zaman yönetimi	Glisemik kontrolünü sağlayamama ile ilişkili: “ Sağlığı Sürdürmede Etkisizlik ”	H.S.S glisemik kontrolünü sağlayacağını ve tedavisini zamanında uygulayacağını ifade edecek.	-H.S.S'nin glisemik kontrol sağlayamama nedenleri (zamanı etkin yönetememe gibi) belirlenir. -H.S.S'ye insülin kullanımı, saklama koşulları, enjeksiyon bölgeleri hakkında eğitim verilir. -H.S.S'ye glisemik kontrolü sağlamada yaşam tarzının değişmesi için beslenme üzerine eğitim verilir.	-H.S.S verilen eğitim sonrası tip 2 diyabetin hayatındaki önemini anladığını ifade etti ve tedavisini zamanında uygulayacağını belirtti.
Tablo 3. Fizyolojik Alan - “Etkisiz Emzirme” hemşirelik tanısına yönelik hemşirelik bakım süreci					
DAVRANIŞ ÇIKTISI	UYARANLAR	HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME

-H.S.S'nin bebeğini kucağına almaktan kaçınması -Emzirmede güçlük yaşaması -Bebeğin bakımını başkasının yapmasını istemesi	<u>Odak uyararı:</u> Bebeğin makrozomik olması sonucu oluşan klavikula kırığı ve vücudunun üst segmentindeki hematom <u>Etkileyen uyararı:</u> Emzirmeye dair yetersizlik algısı, acı çekme korkusu <u>Olası uyararı:</u> Emzirme konusunda bilgi eksikliği ve fiziksel temas korkusu	Emzirmede yetersizlik ve bebeğe bakım verememe ile ilişkili "Etkisiz Emzirme"	H.S.S emzirme becerilerini geliştirmek ve emzirmeye yönelik güveninin arttığını ifade edecek	-H.S.S'ye uygun pozisyonlarda emzirme teknikleri öğretilir. -Emzirmede kullanılan destekleyici araçlar (yastık, destek minderleri vb.) temin edilir. -Bebeğin mevcut durumuna annenin temasının zarar vermeyeceği konusunda bilgi verilir. -Duygusal destek sağlanır ve H.S.S'nin emzirme sürecine aktif katılımı teşvik edilir.	-H.S.S emzirme sürecinde daha rahat hissettğini ifade etti ve bebeğini uygun pozisyonlarla kucağına alarak emzirmeye başladı.
Tablo 4. Benlik Kavramı Alanı - "Anksiyete" hemşirelik tanısına yönelik hemşirelik bakım süreci					
DAVRANIŞ ÇIKTISI	UYARANLAR	HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ	GİRİŞİMLER	DEĞERLEN DİRME
-H.S.S'nin NSMİ-RGASO'den 134 puan alması -PSAO'den 108 puan alması	<u>Odak uyararı:</u> Makrozomik bebek sonucu oluşan klavikula kırığı ve vücudun üst segmentindeki hematom <u>Etkileyen uyararı:</u> Disregüle tip 2 diyabet, gebelikte fazla kilo alımı <u>Olası uyararı:</u> Çocuğunun sağlığı hakkında endişe duyma ve kaygılı olma	Etkisiz sağlığı sürdürmeye bağlı omuz distozisi sonucu klavikula kırık gelişen bebeğe sahip olma ile ilişkili "Anksiyete"	H.S.S doğum sonrası yaşadığı kaygı düzeyinin azaldığını, anksiyete ile baş etme yöntemlerini uyguladığını ve gerektiğinde profesyonel destek alacağını ifade edecek.	-H.S.S'nin anksiyete yaşamasına neden olan durumlar (bebeğinde oluşan kırığın ilerleyen dönemdeki etkisi gibi) belirlenir. -H.S.S'ye anksiyete ile baş etme mekanizmaları ve stres yönetimi hakkında eğitim verilir. -H.S.S'ye gevşeme teknikleri (nefes egzersizleri, meditasyon vb.) öğretilir. -Gerekirse profesyonel destek alması için yönlendirme yapılır.	-H.S.S anksiyete yaşadığı durumda baş etme yöntemlerini uyguladığını ve profesyonel destek alacağını ifade etti.
Tablo 5. Rol Fonksiyon Alanı - "Aile İçi Süreçlerin Devamlılığında Bozulma" hemşirelik tanısına yönelik hemşirelik bakım süreci					
DAVRANIŞ ÇIKTISI	UYARANLAR	HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ	GİRİŞİMLER	DEĞERLEN DİRME
-H.S.S'nin gebelik sürecinde eşinin kendisine hitap	<u>Odak uyararı:</u> Gebelik sürecinde fazla kilo alımı nedeni ile, eşinin küçümseyici ve aşağılayıcı sözleri	Kronik hastalıkların yönetimindeki zorluk ve duygusal destek eksikliği	H.S.S'nin eşiyile sağlıklı iletişim kurması, duygusal destek ihtiyacını	-H.S.S'nin duygularını ifade etmesine olanak	-H.S.S eşi ile iletişimde duygularını daha açık ve net olarak ifade ettiğini belirtti.

şeklinden rahatsız olması -Refakatçi olarak hastanede eşinin yerine uzaktan akrabasının kalması	-Hastanede yatış <u>Etkileyen uyaran:</u> Tip 2 diyabet ve öz yönetim eksikliği <u>Olası uyaran:</u> Aile içi iletişim tarzının yapısal olarak zayıf olması. -Kadınlık, annelik rollerine ve beden imajına dair düşük özsaygı	ile ilişkili “Aile İçi Süreçlerin Devamlılığında Bozulma”	karşılması ve aile içi işlevselliğin güçlendirilmesi sağlanacak.	sağlanır ve empatik olarak yargılamadan dinlenir. -Stresle baş etme eğitimi (nefes egzersizi, gevşeme, pozitif düşünme gibi) verilir. -Eşi ve diğer aile üyeleriyle iş birliği yaparak, destekleyici iletişim yolları geliştirilir. -H.S.'nin bakım sürecine eşi, bebeğin bakım sürecine ise her iki ebeveyn dahil edilir.	DEĞERLEN DİRME
Tablo 6. Karşılıklı Bağlılık Alanı - “Ebeveyn-Çocuk Bağlılığında Bozulma Riski”	UYARANLAR	HEMŞİRELİK TANISI	AMAÇ	GİRİŞİMLER	
DAVRANIŞ ÇIKTISI	<u>Olduk uyaran:</u> Postpartum anksiyete ve depresyon yaşanması, suçluluk ve yetersizlik hisleri, annenin bebeğini kucağına almak istememesi, “bebeğim bende gerginlik yaratıyor” diye ifade etmesi <u>Etkileyen uyaran:</u> Gebelikte fazla kilo alınma bağlı beden algısının bozulması, özgüveninin düşmesi, suçluluk duygusu ve olumsuz doğum deneyimi <u>Olası uyaran:</u> Sosyal destek eksikliği, aile içi iletişim bozuklukları	Postpartum dönemde yaşanan anksiyete ve depresyon, suçluluk hissi, yetersizlik duygusu ile ilişkili “Ebeveyn-Çocuk Bağlılığında Bozulma Riski”	H.S.'nin bebeğiyle fiziksel ve duygusal temas kurması ve anne bebek bağlanması sağlanacak	-H.S.'nin duygularını ifade etmesine fırsat tanınır ve duyguları yargılamadan dinlenir. -Bebekle ten teması bağlanmayı güçlendirdiği öğretilir ve enzimre davranışı desteklenir. -Anneye stresle baş etme eğitimi verilir. -Postpartum anksiyete ve depresyon hakkında bilgilendirme yapılır.	-H.S.S bebeğiyle duygusal bağ kurmada kendini daha güvenli hissettiğini ifade etti. -Suçluluk ve yetersizlik duygularını açıkça ifade etti. -Ebeveyn-çocuk bağlanması desteklendi, anne bebeğini kucağına aldı, besleme ve bakım süreçlerinde aktif rol aldı.

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Değerlendirmeleri

-DSBÖ'den 68 puan alması -EPDÖ'den 16 puan alması					
--	--	--	--	--	--

4. TARTIŞMA

Gebelerin yaklaşık olarak %15'i yüksek risk grubunda yer almaktadır (Williamson ark, 2023). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verileri incelendiğinde ülkemizde riskli gebelik oranının %35.2 seviyesinde olduğu görülmektedir (TNSA, 2018). Kronik bir hastalığı olan gebeler, riskli gebelik sınıfında yer almakta olup, bu durum annenin fiziksel, sosyal ve emosyonel yönden sorun yaşamasına sebep olmaktadır (Taşkın, 2023). Gebeliğinde tip 2 diyabet ve preeklamsi yaşaması nedeniyle riskli gebelik grubunda yer alan bu olguda, doğum sürecinde gelişen omuz distosisi sonucu bebeğinde klavikula kırığı ve üst vücut segmentinde hematoma meydana gelmiştir. Olgunun yaşadığı psikososyal sorunlar ve duyu durumu incelenmiştir. Olgunun gebelik sürecinde ve postpartum dönemde yaşadığı sorunlara yönelik psikososyal desteğe olan ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Olgunun ölçek puanları (NSMt-RGASÖ, DÖYÖ, DSBÖ, EPDÖ, PSAÖ) bu durumu destekler niteliktedir. Riskli gebelik süreci geçiren gebeler özellikle sağlıklı bir doğum yapabilme, bebeğinin hayatta kalması, sağlıklı gelişim gösterip göstermeyeceği konularında kaygılanmaktadır (Deliktaş, Körükcü & Kukulu, 2015).

Omuz distosisi, obstetrik aciller arasında ciddi maternal ve neonatal morbidite riski taşıyan ve doğum sürecinde acil müdahale gerektiren bir durumdur (Alves ark, 2022). Omuz distosisi gelişen bebeklerde en sık görülen komplikasyonlar arasında brakial pleksus yaralanmaları, klavikula fraktürü ve hipoksik iskemik ensefalopati yer almaktadır (Hill ark, 2020). Olguda omuz distosisi sonucu klavikula kırığı saptanmış, bu durum annede suçluluk ve kaygı hislerini tetiklemiştir. Bu durum literatürde tanımlanan travmatik doğum sonrası psikolojik etkilerle uyumludur (Fenwick ark, 2015).

Diyabetli gebelerde glikoz kontrolünün yetersiz olması, fetüste orantısız büyümeye ve dolayısıyla omuz distosisi riskinin belirgin şekilde artmasına yol açmaktadır (Mehta ark, 2014). Bu olguda da annenin insülin tedavisine uyum sağlayamaması ve gebelikte fazla kilo alması omuz distosisi gelişimini açıklayan başlıca etkenlerdendir (Koç ark, 2024). Hipertansiyonun da fetal perfüzyon üzerinde olumsuz etkiler yaratarak doğum sürecini komplike hale getirdiği bilinmektedir (August & Sibai, 2019). Bu kapsamda RAM'ın fizyolojik alanında "Sağlığı Sürdürmede Etkisizlik" hemşirelik tanısına yönelik bakım sürecine yer verilmiştir.

Postpartum dönemde depresyon ve anksiyete görülme sıklığı, doğum sırasında yaşanan travma ile yakından ilişkilidir (O'Hara & Wisner, 2014). Buna ek olarak anne-bebek bağlanması, postpartum dönemde sağlıklı bir psikososyal gelişim için kritik öneme sahiptir (Kinsey ve Hupcey, 2013). Ancak doğumda yaşanan komplikasyonlar, annenin bağlanma sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu durum, annenin kendisini bebeğine karşı yetersiz, kaygılı ve suçlu hissetmesine neden olabilmektedir. Olguda annenin bağlanma ölçeğinden yüksek puan alması ve bebekten uzaklaşma isteği, travmatik doğum sonrası bağlanma problemlerine ilişkin bulgularla örtüşmektedir (Fallon ark, 2016). Bu nedenle hemşirelerin anne-bebek bağlanmasında sorun yaşayan annelere yönelik, bağlanma sürecini destekleyen kanıta dayalı yaklaşımları benimseyerek danışmanlık yapmaları ve eğitimlerle anneleri kanıta dayalı uygulamalara yönlendirmeleri, anne ve bebek sağlığının korunması açısından önem taşımaktadır (Höbek Akarsu ark, 2017). Olgunun DSBÖ ve PSAÖ skoru yüksek değerlendirilmiş olup, RAM'ın karşılıklı bağlılık alanında "Ebeveyn-Çocuk Bağlılığında Bozulma Riski" ve benlik kavramı alanında "Anksiyete" hemşirelik tanıları konulmuştur.

Olguda makrozomik bebek doğuran annenin, bebeğinde oluşan klavikula kırığı ve üst vücut hematomu nedeniyle bebeğini kucağına almaktan kaçınması ve emzirmede güçlük yaşaması, emzirme sürecinde yetersizlik algısına yol açmıştır. Bu durum, annenin emzirme davranışlarında yetersizliğe neden olmakta ve hem anne-bebek bağlanmasını hem de bebeğin beslenme gereksinimlerinin karşılanmasını olumsuz etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO), 2025 yılına kadar bebeklerin ilk altı ay boyunca sadece anne sütüyle beslenme oranını en az %50'ye çıkarmayı hedeflemektedir (WHO, 2014). Ancak, 2018 verilerine göre Türkiye'de bu oran %40.7 seviyesindedir. Bu durum, Türkiye'nin Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği hedefin gerisinde olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, emzirme konusunda annelere yönelik destekleyici müdahalelerin artırılması hem anne hem de bebek sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Bu kapsamda olguya RAM'ın fizyolojik alanında “Etkisiz Emzirme” hemşirelik tanısı konulmuştur.

Olgu kapsamında değerlendirilen annenin postpartum dönemde vajinal doğum sırasında uygulanan epizyotomiye ve doğum sırasında yaşanan travmatik sürece bağlı olarak yoğun akut ağrı yaşadığı tespit edilmiştir. RAM'ın fizyolojik alanı çerçevesinde ele alındığında, ağrı algısı bireyin çevresel uyaranlara verdiği yanıtların başında gelmektedir. Akut ağrı annenin mobilizasyonunu geciktirmiş, emzirme pozisyonlarını rahatça uygulamasını engellemiş ve bebekle fiziksel temasını sınırlamıştır. Bu durum, anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilemiş ve annenin kendilik algısında yetersizlik duygularına neden olmuştur. Literatürde de postpartum dönemde yönetilemeyen akut ağrının, annede emosyonel stres yarattığı ve bağlanma sürecini geciktirdiği bildirilmektedir (Makeen ark, 2022).

Diğer yandan, doğumda yaşanan komplikasyonların ardından annenin yaşadığı suçluluk, bebeğe zarar verme korkusu ve öz yeterlilik algısındaki düşüş aile içi rollerin işleyişini de sekteye uğratmıştır. RAM'ın rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık alanları çerçevesinde değerlendirildiğinde, annenin eş ve ebeveyn rolünü yeterli düzeyde sürdürememesi, aile içi süreçlerin devamlılığında bozulmaya neden olmuştur. Bireyin rol performansındaki aksama, partner ilişkisinde mesafelenmeye ve bakım sorumluluğunun tek taraflılaşmasına yol açabilmektedir. Bu bağlamda, annenin hem duygusal destek hem de rol geçiş süreçlerinde profesyonel desteğe olan gereksinimi açıktır. Literatürde de benzer şekilde, postpartum dönemde yaşanan travmatik deneyimlerin aile içi iletişim ve bağlılığı zayıflattığı vurgulanmaktadır (Beck & Watson, 2020).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak kronik hastalık tanısı almış bireylerde gebelik sürecinin yönetimi ve olası komplikasyonların önlenmesi sağlıklı bir doğum sürecinin sağlanması bakımından temel bir gerekliliktir. Hemşirelik bakım modelleri bu sürecin yönetiminde sağlık profesyonellerine rehberlik etmektedir. Bu bakım modellerinden biri de RAM'dır. RAM, hemşirelikte bireyin çevresel değişimlere yanıt vererek fizyolojik, psikososyal ve davranışsal olarak uyum sağlama kapasitesine odaklanmaktadır. Bu olguda RAM'a göre hemşirelik bakım değerlendirmesi yapılmış olup, doğum sürecinde omuz distosisi gelişen ve yenidoğanında klavikula kırığı tespit edilen bir annenin postpartum dönemdeki hem fiziksel hem de psikososyal uyum sürecindeki gereksinimleri ortaya konmuştur. Tip 2 diyabet, preeklamsi gibi kronik hastalıklarla komplike olmuş bir gebelik süreci, postpartum dönemde anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilemiş ve annenin anksiyete, suçluluk ve yetersizlik

duygularını artırmıştır. RAM'ın fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık alanları kullanılarak yapılan bu değerlendirme birey merkezli, bütüncül ve yapılandırılmış bir hemşirelik bakım planı geliştirmesine olanak sağlamıştır.

KAYNAKÇA

- Alves, Á. L. L., Nozaki, A. M., Polido, C. B. A., & Knobel, R. (2022). Management of shoulder dystocia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 44(7), 723–736. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1755446>
- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee (ACOG) on Practice Bulletins—Obstetrics. (2016). Practice Bulletin No. 173: Fetal macrosomia. *Obstetrics and Gynecology*, 128(5), e195–e209. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001767>
- August, P., & Sibai, B. (2019). Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis>
- Başayar, Z., Kaplan, S., & Yazıcı, G. (2020). Rüptüre ektopik gebelik tanısı alan bir olguda Roy Adaptasyon Modeli'ne göre hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 69–81.
- Başdaş, Ö., Sezer Efe, Y., Erdem, E., Özdemir, A., & vd. (2022). Anne bebek bağlanmasını etkileyen faktörler. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 130–136.
- Beck, C. T., & Watson, S. (2020). Posttraumatic stress disorder and birth: A literature update 2015–2019. *Archives of Women's Mental Health*, 23(4), 543–553. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00999-8>
- Browning Callis, A. M. (2020). Application of the Roy Adaptation Theory to a care program for nurses. *Applied Nursing Research*, 56, 151340. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151340>
- Bulut, Ş., Peksoy Kaya, S., & Şahin, S. (2024). Roy Adaptasyon Modelinin menometroraji tanısı ile histerektomi olmuş

- hastanın hemşirelik bakımında kullanımı: Olgu sunumu. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7(1), 108–118. <https://doi.org/10.54189/hbd.1176724>
- Coşkun, A. M. (2016). Hemşire ve ebeler için kadın sağlığı ve hastalıkları öğrenim rehberi (1. baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Davis, D. D., Roshan, A., & Varacallo, M. A. (2023). Shoulder dystocia. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470427/>
- Duran, S. (2019). Postpartum Specific Anxiety Scale (PSAS): Reliability and validity of the Turkish version. *Perspectives in Psychiatric Care*. <https://doi.org/10.1111/ppc.12385>
- Erdoğan, N., & Öz, F. (2024). Behçet hastalığında bakım: Roy Adaptasyon Modeli. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7(1), 71–82. <https://doi.org/10.54189/hbd.1197504>
- Ertem, G. (2024). Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Temelleri. Akademisyen Yayınevi, Ankara, doi: 10.37609/akya.3201.
- Fallon, V., Halford, J. C. G., Bennett, K. M., & Harrold, J. A. (2016). The Postpartum Specific Anxiety Scale: Development and preliminary validation. *Archives of Women's Mental Health*, 19(6), 1079–1090. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0658-9>
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2013). Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories (3rd ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D. K., Smith, J., & Gamble, J. (2015). Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation.

- Midwifery, 31(1), 239–246.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.003>
- Hill, D. A., Lense, J., & Roepcke, F. (2020). Shoulder dystocia: Managing an obstetric emergency. *American Family Physician*, 102(2), 84–90.
- Höbek Akarsu, R., Tuncay, B., & Yüzer Alsaç, S. (2017). Anne-bebek bağlanmasında kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 275–279.
- Koç, E., Koç, A. K., Özkan, S., & Aycan, S. (2024). Tip 2 diyabet öz yönetimi ölçeğinin geliştirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, 34(2), 33–41. Retrieved from <https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2024/08/4-Tip-2-Diyabet-Oz-Yonetimi-Olceginin-Gelistirilmesi.pdf>
- Makeen, M., Farrell, L. M., LaSorda, K. R., Deng, Y., Altamirano, V., Jarvis, O., Kenkre, T., & Lim, G. (2022). Associations between postpartum pain, mood, and maternal-infant attachment and parenting outcomes. *Scientific Reports*, 12(1), 17814.
<https://doi.org/10.1038/s41598-022-21793-1>
- Mehta, S. H., & Sokol, R. J. (2014). Shoulder dystocia: Risk factors, predictability, and preventability. *Seminars in Perinatology*, 38(4), 189–193.
<https://doi.org/10.1053/j.semperi.2014.04.003>
- Metin, A., & Kulakaç, Ö. (2023). Riskli gebeliklerde algılanan stres: Bir ölçek geliştirme çalışması. *Journal of Nursology*, 26(1), 67–75.
<https://doi.org/10.5152/JANHNS.2023.22291>
- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice &*

- Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 28(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
- Şenoğlu, A., & Karaçam, Z. (2019). Omuz distosisi: Ebelik eğitim ve uygulamalarındaki yeri. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 9(2), 147–159. <https://doi.org/10.31020/mutftd.522365>
- Taşkın, L. (2023). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği (18. baskı). Ankara: Hazar Matbaacılık.
- Taşkın, L., Eroğlu, K., Terzioğlu, F., Vural, G., & Kutlu, Ö. (2019). Hemşire ve ebeler için doğum ve kadın sağlığı uygulama rehberi (2. baskı). Ankara: Palme Yayınevi.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). (2018). Ana rapor. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
- Ursavas, F., Karayurt, O., & Iseri, O. (2014). Nursing approach based on Roy adaptation model in a patient undergoing breast conserving surgery for breast cancer. Journal of Breast Health, 10(3), 134–140. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2014.1910>
- Williamson, S. P., Moffitt, R. L., Broadbent, J., Neumann, D. L., & Hamblin, P. S. (2023). Coping, wellbeing, and psychopathology during high-risk pregnancy: A systematic review. Midwifery, 116, 103556. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103556>
- Yalçın, S. S., Örün, E., Özdemir, P., Mutlu, B., & Dursun, A. (2014). Türk annelerde doğum sonrası bağlanma ölçeklerinin güvenilirliği. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 57, 246–251.
- Yaman, Ş., Kaplan, S., & Gönenç, İ.M. (2025). Kavram Haritaları, İşlem Basamakları ve Olgu Sunumlarıyla

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul Tıp
Kitapevi, İstanbul.

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

DEĞERLENDİRMELERİ

yaz
yayınları

YAZ Yayınları
M.İhtisas OSB Mah. 4A Cad. No:3/3
İscehisar / AFYONKARAHİSAR
Tel : (0 531) 880 92 99
yazyayinlari@gmail.com • www.yazyayinlari.com