

# HEMŞİRELİK ÇALIŐMALARİ

Editör: Doç. Dr. Canan KARADAŞ

# HEMŞİRELİK ÇALIŞMALARI

**Editör**

Doç. Dr. Canan KARADAŞ

**yaz**  
yayınları

2024

## HEMŞİRELİK ÇALIŞMALARI

Editör: Doç. Dr. Canan KARADAŞ

---

### © 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 978-625-6642-56-0

Temmuz 2024 – 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](http://www.yazyayinlari.com)

[yazyayinlari@gmail.com](mailto:yazyayinlari@gmail.com)

[info@yazyayinlari.com](mailto:info@yazyayinlari.com)

## İÇİNDEKİLER

|                                                                                                                       |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Ölüm Kavramı ve Hemşirelik Yaklaşımı.....</b>                                                                      | <b>1</b>   |
| <i>Necibe DAĞCAN ŞAHİN, Burcu NAL, İbrahim TOPUZ</i>                                                                  |            |
| <b>Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Yoğun Bakım Hastalarında Ağrı ve Hemşirelik Bakımı .....</b>                           | <b>16</b>  |
| <i>Necibe DAĞCAN ŞAHİN, İbrahim TOPUZ, Burcu NAL</i>                                                                  |            |
| <b>Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Dil, Kültür ve Medyanın Kadın Sağlığına Yansımaları ve Hemşirelik Rollerini.....</b> | <b>37</b>  |
| <i>Ebru ÖZCAN</i>                                                                                                     |            |
| <b>Kadınlarda Sık Görülen Hastalıklar ve Toplumsal Cinsiyet İlişkisi.....</b>                                         | <b>58</b>  |
| <i>Ebru ÖZCAN</i>                                                                                                     |            |
| <b>Multiple Skleroz ve Tamamlayıcı-Alternatif Tedaviler .</b>                                                         | <b>79</b>  |
| <i>Tülay KARS FERTELLİ, Feyzanur DEMİR</i>                                                                            |            |
| <b>Hemşirelerin Bakım Davranışları.....</b>                                                                           | <b>93</b>  |
| <i>Sıddık Mehmet KUTLUCA, Serpil ÇELİK DURMUŞ</i>                                                                     |            |
| <b>Nutrition and Sleep Problems in Children with Intellectual Disabilities .....</b>                                  | <b>109</b> |
| <i>Çiğdem Müge HAYLI, Dilek DEMİR KÖSEM, Mehmet Zeki AVCI</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."*

# ÖLÜM KAVRAMI VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Necibe DAĞCAN ŞAHİN<sup>1</sup>

Burcu NAL<sup>2</sup>

İbrahim TOPUZ<sup>3</sup>

## 1. GİRİŞ

Ölüm, yaşamın doğal ve vazgeçilmez bir parçasıdır. Genellikle tüm biyolojik ve fizyolojik işlevlerin geri döndürülemez şekilde durması olarak tanımlanır. Varoluşun sonu olan ölüm, bilincinde geri dönüşümsüz kaybı olarak adlandırılır (Ruiz-Fernandez ve ark., 2021). Tüm varlıklar için kaçınılmaz olan ölüm, bireyler ve aileleri için kötü ve tatsız bir deneyim olarak adlandırılır (Abbaspour ve ark., 2021).

## 2. ÖLÜM KAVRAMI

Ölüm, yaşamın bir parçasıdır ve sağlık hizmetleri kapsamında meydana gelen önemli bir olaydır (Lamb ve ark., 2023). Bireyler ölümün kaçınılmazlığının bilincindedir fakat bilinmeyen ölümün nasıl ve ne zaman olacağıdır (Kızılkaya ve Koştı, 2006). Ölüm kavramı, dini, felsefi ve bilimsel alanın

---

<sup>1</sup> Öğr. Gör. Dr., Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, necibedagcan35@gmail.com, ORCID: 0000-0000-0000-0000.

<sup>3</sup> Öğr. Gör., Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, burcu.nal@ksbu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-9469-8651.

<sup>2</sup> Öğr. Gör., Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, ibrahimtopuz38gs@hotmail.com, ORCID: 0000-0003-0540-2095.

konusu olmuştur ve her disiplin ölümü farklı yönleri ile ele almıştır (Kızılkaya ve Koştu, 2006; Charlton, 2017; Ruiz-Fernandez ve ark., 2021). Özellikle Batı toplumlarında ölüm kavramını kabullenmek zordur. Geçmişte ölüm kavramı doğal ve toplumsal bir olay olarak kabul edilirken, günümüzde ölüm kavramı birey ve ailesi için acıya neden olan trajik bir olay olarak nitelendirilmektedir (Charlton, 2017; Ruiz-Fernandez ve ark., 2021).

Çağımız sağlık alanındaki gelişmelere bağlı olarak daha önce ev ortamında meydana gelen ölüm, terminal dönemde daha etkin ve daha az acı çekilmesiyle nedeniyle hasta ne ortamında gerçekleşen bir olay haline gelmiştir (Sekiz Öz & Kargın, 2021). Bireyler hastalığının tedavi edilmesi ve semptomların yönetilmesi amacıyla alışık oldukları ortam, sevdiği insan ve eşyalardan uzaklaşarak, daha önce karşılaşmadıkları bir ortamda kendisini bulur. Bu ortam bireylerde sorunlara neden olur (Sekiz Öz & Kargın, 2021). Ayrıca ölüm kavramı artık, sağlık hizmetlerinde aşırı tıbbileştirilmiş bir deneyim haline gelmiştir (Lamb ve ark., 2023). Ölüm yaşamın doğal bir parçası olarak görüldüğünde, ölümün normal bir süreç olarak algılanması sağlanabilir (Liu & Yih, 2024).

En basit tıbbi tanımıyla ölüm, kalp ve beyin fonksiyonlarının geri dönüşümsüz olarak durmasıdır (Kızılkaya ve Koştu, 2006). Ölüm kavramı tüm kültürler için evrenseldir. Bireylerim ölüm deneyimi, kültürleri doğrultusunda, zihin, beden ve ruhu ilgilendiren konularla içi içe geçmiştir (Warren, 2005). Ölüm kavramı kültürlere göre farklılık göstermektedir. Örneğin, Çinli ailelerde ölümü tartışmak ve konuşmak çok zordur. Çünkü ölüm hakkındaki konuşmalar kötü şansı davet etmek olarak nitelendirilir ve tabu olarak görülür (Liu & Yih, 2024). Farklı toplumlarda ise ölüm, yaşamın doğal bir parçası olarak görülmekte olup, ölen kişinin huzur içinde ve mutlu olduğu düşünülmesi aileleri teselli etmektedir (Warren, 2005). Günümüzde

ölüm kavramının kabul edilmeyişinin nedeni, dindarlığın azalması, sağlık alanındaki teknolojik gelişmelerin hızlanması, Batı toplumlarındaki güvenliğin artması olarak sayılabilir (Ruiz-Fernandez ve ark., 2021). Powazki ve ark., (2014), teknolojik gelişmelerin bireylerin ömrünü uzatmada ve ölümü geciktirmede etkili olması, ölüm algısının değişmesine neden olduğunu belirtmektedir.

Ölüm kavramı, bireyler tarafından yavaş ya da ani bir şekilde deneyimlenebilir. Örneğin kanser hastalığı yavaş bir süreç iken, kalp durması ani bir deneyim olabilir. Her iki duruma da verilen tepkiler farklı olabilir (Warren, 2005). Kubler-Ross ölüm sürecini 5 aşama olarak belirtmektedir. Bu evreler, inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenmedir. Birey inkar evresinde ölümü reddedebilir. Öfke aşamasında bireylerin kendine, kişilere ve Allaha karşı öfkesi mevcuttur. Pazarlık aşamasında bireyler, ömrünü uzatmak için Tanrı ile pazarlık yapar. Bir diğer aşama olan depresyonda ise, kişiler durumu kabullenmeye doğru ilerler ve son aşamada ise, ölüm kabul edilir (Kubler Ross, 1999).

### **3. İYİ ÖLÜM**

Yirminci yüzyıl ve sonrasında gelişen teknoloji, tıp ve sağlık alanındaki gelişmeler, bağışıklama, palyatif bakım gibi uygulamaların yaygınlaşması ile ‘iyi ölüm’ kavramı ortaya çıkmıştır. Ölüm kavramının bireyden bireye farklılık göstermesi nedeniyle iyi ölüm kavramı ile ilgili tanımlama yapmak oldukça zordur (Yorulmaz ve Karadeniz, 2020). İyi ölümün özellikleri, ölümcül hastalar tarafından hastalığın semptomlarının hafifletilmesi, ağrının kontrol altına alınması, sevilen kişilerin varlığı, iç huzur, tedavi ve ölümle ilgili isteklere saygı duyulması olarak tanımlanmaktadır (Ceyhan ve ark., 2018; Chua & Shorey, 2021; Çevik ve ark., 2021). Ayrıca girişimsel işlemlerin en aza indirilmesi, gizliliğe ve mahremiyete saygı duyulması, ailenin

sürece dahil edilmesi ve vedalaşma zamanını tanınması da iyi ölümün özellikleri arasındadır. Bireylerin sahip olduğu ya da olmadığı tüm bu özellikler ölüm kavramı ve iyi ölümü etkileyebilir (Yorulmaz ve Karadeniz, 2020).

Yapılan bir sistematik derlemede, bakım verenler iyi ölümü, acısız ve sevdikleri ile huzurlu ölüm olarak tanımlamışlardır. Ayrıca çalışmada bakım verenlerin iyi ölüm algılarının kültürel özelliklere göre değişkenlik gösterdiği belirlenmiştir (Zorba Bahçeli ve ark., 2022). Başka bir sistematik derlemede ise hastalar iyi ölümü, acısız ağrısız, ölüme hazırlık yapılan evre olarak nitelendirmişlerdir (Krikorian ve ark., 2020). Hemşirelere göre ise iyi ölüm kavramı, bireylerin isteğine göre evinde gerçekleşen hüzünlü bir durumudur (Menekli ve ark., 2021).

Hemşirelerin hastalara karşı tutumu, hastaların iyi ölüme yönelik algılarını etkileyebilir. İyi ölüm kavramı her hasta için farklı olsa da hastaların gururlu bir şekilde, sevdikleri ile ölmesi konusunda ortak görüş bulunmaktadır. Bu konuda öncelikli olarak hemşirelerin iyi ölüm kavramını anlamaları, farkındalıklarının olması, hasta bakım sonuçlarını etkiler (Fadıloğlu ve Aksu, 2013).

Yaşam sonu bakımda nelere ihtiyaç duyulduğu ve yapılması gerekenlerin belirsiz olması nedeniyle ‘iyi ölüm’ kavramı hala tartışmalıdır ve konu ile ilgili araştırmalar hala yetersizdir (Abbaspour ve ark., 2021).

#### **4. ÖLÜM KAYGISI**

Ölüm kavramı kişiden kişiye farklılık göstermektedir ve kişiler deneyimleri, yaş dönemleri ölüme yükledikleri anlamı etkilemektedir. Örneğin, yetişkin bir birey için ölüm sorumlulukların tamamlanmamış olması olarak tanımlanırken,

yaşlılar ise doğal bir süreç olarak anlamlandırılabilir. Yine ölüme yüklenen anlamlar kişilerin inançları, destek faktörleri, baş etme mekanizmaları ve kültürel özelliklerine bağlı olarak da değişebilir. Tüm bu anlamlar farklı olsa da ölüme yüklenen evrensen anlamlardan biri korku ve kaygıdır (Sekiz Öz & Kargı, 2021).

Ölüm korkusu her ne kadar olumsuz bir kavram olarak görülse de, aynı zamanda kaygı varoluşu da anlamlandırmaktadır. Birey ölüm gerçeğinin farkında olarak, yaşama tutunur ve daha anlamlı bir yaşam sürer. Ölümü kabullenmek, bireylerin daha kaygılı ve olumsuz olmasından çok, onları daha değerli bir yaşama da sevkeder (Karakuş ve ark., 2012).

Ölüm kaygısı kavramı, ölümün kaçınılmaz sonuna yaklaşan yaşlılarda önemi artan bir konu haline gelmiştir (Taghiabadi ve ark., 2017). İnsanların yıllardır açıklamaya çalıştığı ölüm kavramı, aynı zamanda bütün korkuların da kaynağıdır. Özellikle bireylerin ölüm sonrası ayin, tören gibi mitolojik ve felsefi inançlar ile yaptığı etkinlikler ölüm korkusu ile baş edebilmek içindir (Kızılkaya ve Koştı, 2006).

Araştırmacıların çoğu, ölüm korkusunun tüm bireylerde var olduğunu ve çok boyutlu olduğunu savunmaktadır. Bireyler normal yaşam akışında ölümü düşünmez fakat çevrelerinde ya da kendilerinde böyle bir durum ile karşılaştıklarında korku hissederek. Bu korku daha çok bilinmezlik, yalnızlık, sevdiklerini yitirme, acı çekme, ölüm sonrası cezalandırılma, kalanlar için endişelenme şeklindedir (Kızılkaya ve Koştı, 2006).

Yaşlı nüfusunun artmasına bağlı olarak, ölüm kaygısı ve korkusu önemli bir zorluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle yaşlılarda ölüm kaygısına neden olan faktörlerin belirlenmesi büyük bir önem arz etmektedir. Böylece ölüm kaygısının, yaşlıların günlük yaşamındaki yükünün azaltılması sağlanabilir (Taghiabadi ve ark., 2017). Yapılan bir çalışmada,

maneviyat ve yaşam doyumunun ölüm kaygısını azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir. Böylece, hayatı kabullenmek ve manevi doyum yaşamak, yaşlıları ölümle yüzleşmeye hazırlayabilir (Taghiabadi ve ark., 2017).

## **5. HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI**

Ölüm, sağlık çalışanlarının çoğunu karşılaştığı evrensel bir durumdur. Kronik hastalığı olan bireylerin %20-78'inin akut bakım hastanelerinde öldüğü bildirilmektedir. Ölmekte olan bireylerin birçok fiziksel, sosyal ve psikolojik ihtiyacı bulunmaktadır. Hemşireler ölmekte olan hastaya bakım sağlayan, sağlık ekibinin en önemli bölümünü oluşturmaktadır. Bu sebeple ölmekte olan hastaların öz saygısını, öz değerini, genel refahını sağlamada kritik öneme sahiptirler (Chua & Shorey, 2021).

İyi ölümün sağlanması için hemşire, aile ve birey arasında aktif rol oynayarak süreci yönetmelidir. Bütünleştirilmiş ve bireysel bir bakım sağlamalıdır. Hemşireler, bu dönemde bireylerin ağrı yönetimini yapmalı, mahremiyet ve gizliliklerine dikkat etmeli, fiziksel, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamalıdır. Bireylerin sevdiği kişilerle vedalaşmasına izin verilmelidir. Bireyler dinlenmeli ve çözüme kavuşması istenen konular çözümlenmelidir. Aileler bu döneme dahil edilerek, ihtiyaçları karşılanmalıdır (Yorulmaz ve Karadeniz, 2020).

Hastaların bakımında önemli bir rol oynayan hemşireler, ölmekte olan hasta ile daha fazla etkileşim içindedir ve bu durum hasta ve ailesinin destek için daha fazla hemşirelere başvurmasına neden olur (Chua & Shorey, 2021). Hemşirelik bakımı, bireyin, grubun ya da ailelerinin potansiyel ya da gerçek ihtiyaçlarına yönelik destekleyici ve kolaylaştırıcı girişimlerin sağlanmasıdır. Özellikle gelişen teknoloji ile bütünleşmiş bakım anlayışı, yaşam sonu bakımın erişimini kolaylaştırmıştır (Abbaspour ve ark., 2021). Terminal dönem olarak adlandırılan bu dönem, bireylerin

hastalıklarının son döneminde olduğu, yaşamsal faaliyetlerin bir süre sonra sona ermesinin beklendiği evredir. Özellikle bu dönemde bireylerin özerkliği azalarak, daha fazla başkasına ihtiyacı artmaktadır (Seki Öz & Kargın, 2021). Ölmekte olan bireylerin yaşam sonu bakımında palyatif bakım esastır (Lamb ve ark., 2023). Literatürde terminal dönem, yaşam sonu dönem olarak adlandırılmakta olup, bireylerin bu dönemde yaşam sonu bakım ya da palyatif bakım ihtiyaçları artmaktadır (Seki Öz & Kargın, 2021; Lamb ve ark., 2023).

Palyatif bakım, hastaların ölüm sürecini hızlandırmadan ya da yavaşlatmadan, olması gerektiği gibi, destek sistem sağlayarak, hastanın ve ailenin yas sürecini ve başa çıkma yöntemlerini geliştirmeyi ve rehberlik etmeyi amaçlamaktadır (Soyanıt & Mumcu, 2023). Palyatif bakım, çeşitli ve karmaşık ihtiyaçları olan bireylerin ve ailelerinin bakımını sağlamak için özel ortam ve uzmanlardan oluşan disiplinler arası bir ekip anlayışını gerektirmektedir (Lamb ve ark., 2023). Ölüm yaşamın bir parçası olmasına rağmen, birçok insan tarafından görmezden gelinir ve kaçınılır. Özellikle hasta bireye ve ailesine bakım sağlayan sağlık profesyonellerinin tüm ölüm sürecini ve yaklaşan ölüm belirti ve semptomlarını anlaması hayati bir öneme sahiptir (Long, 1996). Hemşireler, hastalığın komplikasyonlarına rağmen, bireylerin doğal bir şekilde yaşamalarına yardımcı olmaktadır. Aynı zamanda hemşireler, palyatif bakım ekibinin üyesi olarak hasta sonuçlarının iyileştirilmesinde de büyük bir rol oynamaktadırlar (Abbaspour ve ark., 2021). Sağlık çalışanları, bireyin insan olmasına bağlı manevi yönüne saygı duyarak da destek sağlayabilir (Lamb ve ark., 2023). Palyatif dönemdeki hastaya bakım veren hemşireler, hastaların korkularının farkında olma ve bireyi rahatlatma, bireysel bakım sağlama, ailenin ihtiyaçlarının farkında olma, aileyi bu sürece hazırlama ile sorumludur. Bunu sağlayabilmek için hemşirelerin öncelikle iç

görü sahibi olmaları gerekmektedir. İyi bir ölüm için hastanın ve ailesini anlamalı ve kabul etmelidir (Fadıloğlu ve Aksu, 2013).

Ölmekte olan bireylerin ve ailelerinin bakımında sağlık profesyonelleri önemli bir rol oynamaktadır. Yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarının ölüme yönelik tutumlarının, ölmekte olan bireyin bakımını etkilediğini, ölümle başa çıkmakta zorlandıklarını ve ölüm kavramını düşündüklerinde kendilerini sıkıntılı hissettiklerini bildirmektedir (Prado ve ark., 2018; Jiang ve ark., 2019; Granero-Molina ve ark., 2020). Benzer olarak olumsuz ölüm algısına sahip sağlık profesyonelleri, ölmekte olan bireyin bakımında zorlanırken; olumlu ölüm algısına sahip olanların ise hastalarının ölümüyle baş etmekten korkmadığı belirtilmiştir (Ruiz-Fernandez ve ark., 2021). Sağlık profesyonellerinin, kendi ölümleri hakkında düşünmeleri, ölümle baş etme mekanizması olarak, hastalara daha iyi bakım vermelerini sağlamaktadır (Ruiz-Fernandez ve ark., 2021). Ayrıca sağlık profesyonellerinin ölüm deneyimleri de tutumlarını etkilemektedir (Hong ve ark., 2018; Hussin ve ark., 2018; Ruiz-Fernandez ve ark., 2021). Tüm bunlara rağmen sağlık profesyonellerinin özellikle çocuk ve genç ölümleriyle başa çıkmada daha fazla zorluk yaşadıkları bildirilmektedir (Ruiz-Fernandez ve ark., 2021).

Lamb ve ark. (2023) tarafından yapılan bir kapsam derlemesinde, ölmekte olan çocuğa bakım veren ailelerin destek ihtiyaçlarının olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca çalışmada, palyatif bakım ortamı gibi destekleyici klinik ortamların öneminden bahsedilmiştir. Ayrıca yaşam sonu bakıma yönelik etik, pratik, ekipman ve toplum desteği gibi eksikliklerin varlığından da söz edilmiştir.

Geriatri hemşireleri ile yapılan başka bir çalışmada da geriatri hemşirelerinin ölüm tutumu ile yaşam sonu bakıma yönelik tutumları incelenmiştir. Çalışmada, hemşirelerin ölüm

konusunda eğitim alma durumlarının yaşam sonu bakıma yönelik tutumları ile ilişki olduğu belirtilmiştir (Liu & Yih, 2024). Geleneksel olarak yaşlıların evde sevdikleri ile ölüm sürecini yaşaması, bireylerin bakım süreci esnasında ölüme hazırlanmalarını sağlayabilir. Fakat günümüzde, tedavi sonuçlarına ilişkin beklentilerin artması, sosyoekonomik durum, şehirleşme gibi faktörler ölümü kabul etmeme ve ölüme karşı direncin nedeni olabilir (Cai ve ark., 2017).

Ölüm, tüm kültürler için evrensel bir deneyimdir. Bu sebeple, sağlık profesyonellerinin ölüm sürecindeki hastaların kültürel deneyimlerini göz önünde bulundurmaları gerekmektedir. Özellikle sürecin etkin bir şekilde yürütülmesi için birey ve ailesinin ölüm süreci sağlık profesyonelleri tarafından kültürel açıdan da ele alınmalıdır (Warren, 2005). Ayrıca ölüme verilen tepkilerin özel ve bireysel olduğunu farkına varılmalıdır. Hemşireler bu anlamda kendi, hasta ve hasta yakınının duygularının farkında olmalıdır. Hasta ve hasta yakınları kendilerini ifade etmeleri için desteklenmelidir. Bakım sağladıkları esnada iletişim becerilerini kullanmalı ve aktif dinleyici olmalıdırlar (Sekiz Öz & Kargın, 2021).

Literatür incelendiğinde ülkemizde yapılan çalışmaların daha çok hemşirelerin ölüm, ölüm algısı, tutumu ve ölüm kaygısına yönelik tanımlayıcı türde olduğu belirtilmektedir. Kalitatif, metodolojik ve deneysel çalışmaların ise sınırlı olduğu vurgulanmıştır. Özellikle ölüm gibi derin ve bireyden bireye değişen kavramın, farklı yöntemler ile detaylı olarak incelenmesi önemlidir. Bu sayede hemşirelerin ölüme yönelik olumlu tutum ve davranış geliştirmeleri sağlanabilir (Keskin Kızıltepe & Kurtgöz, 2022).

## **6. SONUÇ**

Ölüm tüm varlıklar için kaçınılmaz bir sondur ve gelişen teknoloji ve bütünleşmiş bakım ile yaşam hemşirelik bakım anlayışı gelişmiştir. Ölmekte olan birey ve ailelerinin destekleyici bakım anlayışına ihtiyaçları vardır. Yaşam sonu bakım sağlayan ve palyatif birimlerde görev alan hemşirelerin, ölümün tüm aşamalarını anlaması ve destekleyici rolünü üstlenmesi önerilmektedir (Keskin Kızıltepe & Kurtgöz, 2022). Ayrıca literatürde ölümün bireyler, aileler ve yaşam sonu bakımı sunan sağlık profesyoneli ve bakım vereni üzerine yapılan araştırmalar oldukça sınırlıdır. Sonuç olarak, ölüm ve ölüm kavramına yönelik daha fazla çalışmanın yapılması önerilmektedir. Ayrıca hemşirelerin, ölmek üzere olan bireylerin bakımında öncelikleri belirlemeleri, iletişimi etkin kullanmaları, multidisipliner ekip anlayışına sahip olmaları, gerekli hemşirelik girişimlerini yapmaları ve hem bireyin hem de ailesinin spiritüel ihtiyaçlarını karşılaması için farkındalığın artırılması önerilmektedir (Uğur & Fadıloğlu, 2021).

## KAYNAKÇA

- Abbaspour, H., & Heydari, A. (2021). Concept Analysis of End-of-Life Care. *Journal of caring sciences*, 11(3), 172–177. <https://doi.org/10.34172/jcs.2022.037>
- Cai, J., Zhao, H., & Coyte, P. C. (2017). Socioeconomic differences and trends in the place of death among elderly people in China. *International journal of Environmental Research & Public Health*, 14(10), Article 1210. <https://doi.org/10.3390/ijerph14101210>
- Ceyhan, Ö., Özen, B., Zincir, H., Şimşek, N., & Başaran, M. (2018). How intensive care nurses perceive good death. *Death Studies*, 42(10), 667-672.
- Charlton, R. (2017). Talking to patients and relatives about dying. *British Journal of Hospital Medicine*, 78(4), C61–C63. <https://doi.org/10.12968/hmed.2017.78.4.C61>
- Chua, J. Y. X., & Shorey, S. (2021). Effectiveness of end-of-life educational interventions at improving nurses and nursing students' attitude toward death and care of dying patients: A systematic review and meta-analysis. *Nurse education today*, 101, 104892. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104892>
- Çevik, B., Ayık, E., Aytok, H., Özçelik, E., Sarı, G., & Ünlü, E. (2021). Hemşirelik Öğrencilerinin İyi Ölüme İlişkin Düşünceleri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 166-172.
- Fadıloğlu, Ç., & Aksu, T. (2013). İyi ölüm ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29(1), 1-15.
- Granero-Molina, J., Fernández-Férez, A., Fernández-Sola, C., Ruiz-Fernández, M. D., Jiménez-López, F. R., López-Rodríguez, M. M., Fernández-Medina, I. M., &

- Hernández-Padilla, J. M. (2020). Society facing death and its implications for end-of-life care: a qualitative study with healthcare professionals (Research Project FFI2016-76927-P- AEI/FEDER, UE). *Palliative Medicine*, 34(1\_suppl), 156–157. <https://doi.org/10.1177/0269216320958098>.
- Hong, M., Hong, S., Adamek, M. E., & Kim, M. H. (2018). Death attitudes among middle-aged Koreans: Role of end-of-life care planning and death experiences. *International Journal of Aging & Human Development*, 86(1), 51–68. <https://doi.org/10.1177/0091415016689473>.
- Hussin, E., Wong, L. P., Chong, M. C., & Subramanian, P. (2018). Factors associated with nurses' perceptions about quality of end-of-life care. *International Nursing Review*, 65(2), 200–208. <https://doi.org/10.1111/inr.12428>.
- Jiang, Q., Lu, Y., Ying, Y., & Zhao, H. (2019). Attitudes and knowledge of undergraduate nursing students about palliative care: An analysis of influencing factors. *Nurse Education Today*, 2019(80), 15–21. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.05.040>.
- Karakuş, G., Öztürk, Z., & Tamam, L. (2012). Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(1), 42-79.
- Keskin Kızıltepe, S., & Kurtgöz, A. (2022). Hemşirelerin Ölüme İlişkin Algı, Tutum ve Kaygılarına Yönelik Türkiye’de Yapılmış Çalışmaların İncelenmesi. *Yükseköğretim Ve Bilim Dergisi*, 12(1), 244-253.
- Kızılkaya, M., & Koştı, N. (2006). Yaşlılıkta ölüm kavramı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.
- Krikorian, A., Maldonado, C., & Pastrana, T. (2020). Patient's perspectives on the notion of a good death: A systematic

- review of the literature. *Journal of pain and symptom management*, 59(1), 152-164.
- Kubler-Ross, E. (1999). *The tunnel and the light: Essential insights on living and dying*. Da Capo Press.
- Lamb, C. M., Ramer, K., Amodu, O., & Groenenboom, K. (2023). The meaning of dying and death for children, their carers, and families: a scoping review. *BMC palliative care*, 22(1), 194. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01295-1>
- Liu, Q., & Yih, B. (2024). Geriatric Nursing: Relationship Among Death Attitude, Meaning in Life, and Career Choice Motivation. *The journal of nursing research : JNR*, 32(2), e322. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000605>
- Long M. C. (1996). Death and dying and recognizing approaching death. *Clinics in geriatric medicine*, 12(2), 359–368.
- Menekli, T., Dolu, S., Coşkun, Ö., & Torun, M. (2021). Palyatif Bakım Hastaları, Yakınları ve Hemşirelerinin İyi Ölüme İlişkin Görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 84-94.
- Powazki, R., Walsh, D., Cothren, B., Rybicki, L., Thomas, S., Morgan, G., Karius, D., Davis, M. P., & Shrotriya, S. (2014). The care of the actively dying in an academic medical center: A survey of registered nurses' professional capability and comfort. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 31(6), 619–627. <https://doi.org/10.1177/1049909113505194>.
- Prado, R. T., Leite, J. L., Castro, E., Silva, L., & Silva, Í. R. (2018). Uncovering care for patients in the death/dying process and their families. *Desvelando os cuidados aos*

- pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias. Revista Gaucha De Enfermagem, 39, e20170111. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0111>.
- Ruíz-Fernández, M. D., Fernández-Medina, I. M., Granero-Molina, J., Hernández-Padilla, J. M., Correa-Casado, M., & Fernández-Sola, C. (2021). Social acceptance of death and its implication for end-of-life care. Journal of advanced nursing, 77(7), 3132–3141. <https://doi.org/10.1111/jan.14836>
- Seki Öz, H., & Kargın, M. (2021). Hemşirelik ve Ölümü Konuşabilmek Üzerine Bir Derleme. Türkiye Klinikleri Journal Of Nursing Sciences, 13(2).
- Soyanıt, Ş., & Mumcu, N. (2023). Palyatif Bakımda İyi Ölüm ve Yas Sürecinde Hemşirelik Bakımı. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(1), 77-87.
- Taghiabadi, M., Kavosi, A., Mirhafez, S. R., Keshvari, M., & Mehrabi, T. (2017). The association between death anxiety with spiritual experiences and life satisfaction in elderly people. Electronic physician, 9(3), 3980–3985. <https://doi.org/10.19082/3980>
- Uğur, Ö., & Fadıloğlu, Z. Ç. (2021). İyi Ölüm ve Yapılandırılması. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(1), 55-62.
- Warren B. J. (2005). The cultural expression of death and dying. The Case manager, 16(1), 44–47. <https://doi.org/10.1016/j.casemgr.2004.11.012>
- Yorulmaz, D. S., & Karadeniz, H. (2020). Terminal Dönem ve İyi Ölüm Sürecinde Hemşirelik Bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 24(2), 134-138.
- Zorba Bahçeli, P., Çınar, D., & Akça, N. (2022). Bakım Verenler Arasında “İyi Ölüm” Kavramı: Sistemik Derleme.

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(1),  
327-338. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.887236>

# AÇIK KALP CERRAHİSİ GEÇİREN YOĞUN BAKIM HASTALARINDA AĞRI VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Necibe DAĞCAN ŞAHİN<sup>1</sup>

İbrahim TOPUZ<sup>2</sup>

Burcu NAL<sup>3</sup>

## 1. GİRİŞ

Ağrı çok boyutlu, sübjektif, var olan veya doku hasarına eşlik eden, hoş gitmeyen duygu olarak tanımlanmaktadır (Eti Aslan & Karadağ 2007; Çelik, 2016). Literatürde ağrı ile ilgili birçok araştırma olmasına rağmen, yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) yaşanan ağrı hala önemli bir problemdir (Dağcan Şahin ve ark., 2024). Asırlardır insanoğlu tarafından açıklanmaya çalışılan ağrının, 3 özelliği vardır. İlk özelliği, bir bölgeden kaynaklanması ya da hastanın bu durumu ağrı olarak ifade etmesidir. İkinci özelliği geçmiş deneyimlerden etkilenmesidir. Üçüncü özelliği ise kolaylıkla ölçülememesi ve öznel olmasıdır (Eti Aslan & Karadağ 2007; Çelik, 2016).

Ağrı, YBÜ hastalarının yaşadığı en önemli sağlık sorunlarından biridir. Kritik hastalıklarından dolayı yoğun bakımda kalan hastaların %63'ü yatak istirahati dışında, rutin

---

<sup>1</sup> Öğr. Gör. Dr., Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, necibedagcan35@gmail.com, ORCID: 0000-0000-0000-0000.

<sup>2</sup> Öğr. Gör., Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, ibrahimtopuz38gs@hotmail.com, ORCID: 0000-0003-0540-2095.

<sup>3</sup> Öğr. Gör., Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, burcu.nal@ksbu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-9469-8651.

hemşirelik girişimlerinde bile orta ile şiddetli derecede ağrı hissederler (Kia ve ark. 2021). Ağrı yönetimi, hemşirelik bakımının en önemli boyutudur. Kontrol altına alınamayan ağrı zararlı sonuçlara neden olur. Hemşireler akut ağrının yönetilmesi ve tedavi edilmesinde hayati rol oynarlar (Mwanza ve ark., 2019).

Ülkemizde ölüm nedenlerinin ilki, kardiyovasküler hastalıklardır. Kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde, tıbbi tedavi, yaşam tarzı değişiklikleri ve cerrahi yöntemler önemli yer tutmaktadır. Uygulanan cerrahi yöntemler, koroner arter bypass grefti (KABG), kapak replasmanları, kalp transplantasyonu ve kalpteki tümörlerin çıkarılmasıdır (Çam Yanık & Gürdil Yılmaz, 2019).

Açık kalp cerrahi operasyonu sonrası hastalar yoğun bakımda takip edilmektedir. Açık kalp cerrahisi geçiren yoğun bakım hastalarında cerrahi işlem sonrası amaç, iyileşmelerini hızlandırmak, gelişebilecek komplikasyonları önlemek, kısa sürede taburculuğunu gerçekleştirerek, yaşam kalitesi ve süresini arttırmaktır. Ağrı yönetiminde, özellikle operasyon sonrası yoğun bakımda geçen ilk saatler çok önemlidir (Dağcan Şahin ve ark., 2024). İyi yönetilmeyen ağrı sonucu, hipofiz ve adrenal bezden hormonlar salgılanarak metabolizma hızlanır ve ADH, glukagon, kortizol, prolaktin, ACTH ve TSH gibi katabolik hormonlar artar. Buna karşın insülin ve testosteron gibi anabolik hormonlar azalır. Sonuç olarak hipoglisemi, immün sistem baskılanması, oligüri, hipertansiyon, taşikardi gibi sorunlar ortaya çıkabilir. Tüm bu süreç yoğun bakımdaki hastanın durumunu ve bakımını daha da zorlaştırır (Eti Aslan & Karadağ, 2007).

## **2. AĞRI GÖRÜLME SIKLIĞI**

Ameliyat sonrası dönemde ağrı yaşanması çoğu hasta için kaçınılmazdır. Batı toplumlarının ameliyat sonrası %75'inde ağrı bildirilmektedir. Türkiye'de ise bu oran %30 ile %97 civarındadır

(Aslan ve ark., 2018). Kalp cerrahisi sonrası hastaların %30-75'inde orta şiddette ağrı meydana gelmektedir (Bigeleisen & Goehner, 2015). Karabulut ve ark. (2015), açık kalp ameliyatı geçirmiş hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarında, hastaların ağrı puan ortalamasını  $7.07 \pm 2,6$  olarak saptamışlardır.

### **3. AĞRI NEDENLERİ**

#### **3.1.Açık Kalp Cerrahisi**

Açık kalp cerrahisi geçiren hastaların yarısına yakını sekiz gün boyunca süren ağrı yaşamaktadır. Bunun nedeni sternotomiye bağlı insizyon ve doku travması sırasında hücre yıkımına bağlı ortaya çıkan algenik madde salımıdır. Sternotomi sonrası ağrı lokalizasyonu genellikle göğüste ve göğüs kafesindedir (Eti Aslan ve ark., 2012; Vilite ve ark., 2019). Sternotomi sırasında, göğüs duvarında bulunan yumuşak dokular ve sinirler hasar görmektedir. Ayrıca ameliyat sırasında retraktörlerin, elektrokoter ve iğnelerin kullanılması da yoğun ağrıya neden olmaktadır (Martin & Turkelson, 2006; Seyhan Ak ve ark., 2017). Yine ameliyat sırasında sternum retraksiyonu sebebiyle, brakial pleksus nöropatisine bağlı da ağrı görülmektedir (Lahtinen ve ark., 2006; Seyhan Ak ve ark., 2017).

Ayrıca CABG operasyonu safen ven greftini de içerdiğinden, bacak kesisine ve ödeme bağlı olarak ameliyat sonrası birkaç hafta bacak ağrıları da görülmektedir. Ameliyat sonrası 1 ile 3 gün arasında yoğun bakımda kalan hastalar, entübasyon, aspirasyon ve öksürme sırasında da ağrı yaşarlar. Yine açık kalp cerrahisi sonrası hastalarda bulunan göğüs tüpü de ağrıya neden olan faktörlerdendir (Lahtinen ve ark., 2006; Çevik & Zaybak, 2011; Seyhan Ak ve ark., 2017).

Açık kalp tekniği kullanılan kalp kapak ameliyatlarında da hipotermi uygulanması, sternotomi yapılması, mekanik

ventilasyona bağlı kalma, göğüs tüplerinin varlığı güçlük yaratan durumlardandır. Tüm bu durumlar hastalarda ağrıya neden olur (Kankaya & Bilik, 2018). Ağrı genellikle bireylerin adaptasyonunu sağlayan yararlı bir durumdur. Fakat cerrahi dönem sonrası yaşanan akut ağrı, strese neden olarak tüm fizyolojik sistemi olumsuz etkiler. Cerrahi müdahalenin bölgesi, nefes alma, hareket etme öksürme becerisini de olumsuz etkiler (Puntillo & Weiss, 1994). Yapılan çalışmalar hastaların hareket ederken, öksürürken, hatta dinlenirken bile beklediklerinden daha fazla ağrı yaşadıklarını göstermektedir (Puntillo ve ark., 2004; Lahtinen ve ark., 2006).

### **3.2.Yoğun Bakım Ortamı**

YBÜ kritik hastalıkların takibinin yapıldığı, modern cihazlarla donatılmış birimlerdir. Birimlerde hastaların yaşam fonksiyonları izlenerek, özel tedavi uygulamaları yapılmaktadır. Gelişen teknoloji ile YBÜ’nde hastaların tanı, tedavi ve takip uygulamaları artmıştır. Fakat hastalar yoğun bakımda kaldıkları süre boyunca olumsuz çevresel koşullara da maruz kalmaktadır. Yoğun bakımda mekanik ventilasyona bağlı olma, sedasyon, yatış sürelerinin uzaması hastalarda bilinç değişikliklerine neden olmaktadır. Özellikle entübe olarak takip edilen kritik hastalarda ağrı yönetimi yoğun bakım tedavisinin en önemli adımlarından biridir (Hweidi, 2007; Aktaş ve ark., 2015). Yapılan çalışmalar yoğun bakımda kalan hastaların ağrı, uyku problemleri, susuzluk, gece gündüz ayrımında bozulma, hareket kısıtlılığı, kaygı ve korku, entübasyona bağlı iletişim bozuklukları yaşadıklarını göstermektedir (Strahan & Brown, 2005).

Yoğun bakım ortamındaki ışık, gürültü, uykusuzluk, algıların azalması, anksiyete gibi psikolojik faktörler de ağrı yoğunluğunu artırmaktadır (Badir & Eti Aslan, 2003; Eti Aslan ve ark., 2009). Bunun dışında yoğun bakımda uygulanan invaziv teknikler ve endotrakeal entübasyon da şiddetli ağrıya neden

olmaktadır (Eti Aslan ve ark., 2012). Aktaş ve ark. (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, yoğun bakımda tanımlanan en önemli stresörün ağrı olduğu belirlenmiştir. Benzer olarak So ve Chan (2004) çalışmasında yoğun bakım hastalarının en önemli stres faktörünü ağrı olarak belirtmişlerdir.

Ağrı, yoğun bakım hastaları için en önemli fizyolojik stres kaynağıdır. Etkili yönetilemeyen ağrı sonucu fizyolojik, metabolik ve davranışsal cevaplar ortaya çıkar. Ağrılı uyaran sonucu endojen katekolamin salınımı artar ve hastalarda anksiyete, deliryum ve uyku problemleri görülür (Aktaş ve ark., 2015). Yoğun bakım stresörlerini en aza indirmek için, stres faktörlerinin tanımlanması gerekmektedir.YBÜ, özel hemşirelik becerisi gerektiren ortamlardır. Yoğun bakım hemşiresi çevresel stresörleri belirleyerek, hastalarda gelişebilecek komplikasyonları hemen tanıyabilmeli, yoğun bakımda kullanılan araç ve gereçler hakkında bilgi sahibi olmalıdır (Aggarawal ve ark. 2006; Aktaş ve ark., 2015).

### **3.3.Uyku Sorunları**

Kalp cerrahisi sonrası hastalar yoğun bakımda takip edilmektedir. Yoğun bakım ortamı olağan dışı uyaranları arttırarak, ağrı algısını da arttırmaktadır. Yine yoğun bakımdaki uyaranlara bağlı retiküler aktivasyon sistemi uyarılan hastalar uyku sorunları yaşar. Uyku sorunu yaşayan hastalar ağrıya karşı daha az tolerans gösterir (Ferguson ve ark., 1997).

### **3.4.İnvaziv İşlemler**

Kalp cerrahisi geçiren hastalarda göğüs tüpü ve endotrakeal tüp varlığı da şiddetli ağrıya neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar hastaların yarısının göğüs tüpünden dolayı, en kötü ağrı deneyimini yaşadıklarını belirtmiştir. Yine göğüs tüpünden dolayı hastaların hareketlerinin kısıtlandığı ve uyumalarının da etkilendiği belirtilmiştir (Puntillo,1990; Ferguson ve ark., 1997; Miller & Newton, 2006).

### **3.5.Hemşirelik Girişimleri**

Hemşirelerin yara bakım uygulamaları, hasta pozisyonu değişiklikleri ve hasta transferleri de hastalarda ağrıya neden olmaktadır (Gélinas ve ark., 2006; Gelinas, 2007; Eti Aslan ve ark., 2009). Derin solunum ve öksürme egzersizleri ile katater çıkarılması işlemleri de orta ve şiddetli düzeyde ağrıya neden olmaktadır (Çelik, 2016).

## **4. AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Günümüzde kalp cerrahisi ile ilgili artan tıbbi gelişmelere rağmen, ağrı ile ilgili problemler devam etmektedir. Ağrı birçok değişkene bağlı olmasına rağmen öznel bir duygudur. Bu sebeple ağrı değerlendirmesinde hastanın tanımlamasına güvenilmelidir (Puntillo & Weiss, 1994; Çelik, 2016). Ağrının doğru değerlendirilememesi, hastanın yoğun bakımda ve mekanik ventilasyonda kalış süresini uzatmaktadır. Ayrıca kardiyovasküler, immün ve kas iskelet sistemlerini de olumsuz etkileyerek mortaliteyi de artırmaktadır. Yine bazı çalışmalar, doğru ağrı değerlendirmesi yapılmayan hastaların hemodinamik parametrelerinin de olumsuz etkilendiğini göstermektedir (Gelinas 2016; Kiavar ve ark., 2016).

En kolay ağrı değerlendirme yolu, hastaya sormaktır. Fakat evet ya da hayır cevabı yeterli değildir. Ağrının tipi, yeri, arttıran ve azaltan yöntemler, şiddeti, zamanla artıp azaldığı da bizim için önemlidir (Eti Aslan, 2002). Ağrının değerlendirilmesinde, yoğun bakım hemşireleri anahtar rol oynamaktadır. Bu yüzden yoğun bakım hemşirelerinin ağrı değerlendirme ölçeklerine hakim olması gerekmektedir (Kiavar ve ark., 2016). Kizza ve Muliira (2015) çalışmalarında, hemşirelerin iş yükü, eğitim ile ilgili eksiklikleri, kayıt işlemindeki eksikliklerinden dolayı, ağrı tanılamalarının kötü olduğunu belirtmişlerdir.

Ağrı değerlendirmesinde öncelik, hastanın ifadesidir. Hemşire hastanın ağrısını sorgulayarak, kaynağını belirlemelidir. Değerlendirmede ölçek kullanımı ağrı verisinin objektif hale dönmesini sağlayarak, bakıma katılan sağlık profesyonelleri arasındaki yorum farkını da engeller. Ağrısını ifade edebilen, iletişim sıkıntısı olmayan hastalarda “Sözel ve Sayısal Ağrı Ölçekleri” ile “Davranışsal Ağrı Ölçekleri” kullanılabilir. Fakat ağrısını ifade edemeyen, bilinç ve iletişim yönünden kısıtlı yoğun bakım hastalarında geçerli ve güvenilir olan “Davranışsal Ağrı Ölçeği”, “Yetişkinler için Sözel Olmayan Ağrı Ölçeği” ve “Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Formu” kullanılabilir. Aynı zamanda hastanın fizyolojik semptomları da değerlendirilebilir (Eti Aslan, 2002; Rahu ve ark., 2015; Çam Yanık & Gürdil Yılmaz, 2019).

#### **4.1.Sözel Kategori Ölçeği**

Ağrının değerlendirilmesinde kullanılan tek boyutlu Sözel Kategori Ölçeği, hastanın ağrısını uygun kelime ile tanımlamasını sağlayan, basit bir ölçektir. Hastanın hafif, rahatsız edici, şiddetli, çok şiddetli, dayanılmaz kelimelerinden birini seçmesi istenerek ağrı değerlendirilir (Melzack & Katz 1992; Eti Aslan, 2002).

#### **4.2.Sayısal Ölçekler**

Ağrının değerlendirilmesinde kullanılan tek boyutlu sayısal ölçeklerde hastanın 0 ile 10 ya da 100 arasında ağrısını puanlandırması istenir (Tulunay & Tulunay, 2000; Yeşilyurt & Faydalı, 2020).

#### **4.3.Görsel Kıyaslama Ölçeği**

Yine tek boyutlu ağrı değerlendirme ölçeklerinde olan Görsel Kıyaslama Ölçeği ise 10 santimetrelilik bir cetvel üzerinde, hastanın ağrısına uygun kısmı işaretleyerek değerlendirme sağlanır. Ölçeğin dikey kullanımının daha uygun olduğu belirtilmiştir (Yeşilyurt & Faydalı, 2020).

#### **4.4.Davranışsal Ağrı Ölçeği**

Mekanik ventilatöre bağlı, deliryumda ya da bilişsel bozukluğu olan hastalarda kullanılan, Türkçe geçerliği de olan Davranışsal Ağrı Ölçeği, hastaların yüz ifadesi, üst ekstremitte hareketini ve ventilasyon ile uyumunu değerlendirmektedir. Ölçekten alınan en düşük puan 3, en yüksek puan 15'tir. Puanın 5'in üzerinde olması, hastanın ağrı yaşadığını göstermektedir. (Alderson & McKechnie, 2013). Sedatize olan hastalarda ise bu ölçek yerine "Ramsey Sedasyon Ölçeği"nin kullanılması önerilmektedir (Çelik, 2016).

#### **4.5.Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Formu**

Travma, dahili ve cerrahi YBÜ'nde kullanılabilen bir diğer ölçek Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Formudur. Ölçek hastaların yüz ifadesi, vücut hareketleri, kas gerilimi, ventilasyon ile uyumunu ve ekstübe hastalarda ses çıkarmalarını değerlendirmektedir. Ölçekten en az 0, en fazla 8 puan alınmaktadır ve 2 puan üzeri hastanın ağrı yaşadığını göstermektedir (Alderson & McKechnie, 2013).

Bazı çalışmalar ölçekler dışında fizyolojik parametrelerin de ağrı değerlendirmesinde kullanılabileceğini belirtmektedir. Hastanın kan basıncı, nabızı, solunumu ve oksijen saturasyonundaki değişikliklerden yola çıkarak da ağrı değerlendirilmektedir (Chen & Chen, 2015; Gelinas, 2016).

Açık kalp cerrahisi sonrası ağrının kontrolünün sağlanmasında temel hedef ağrının değerlendirilmesidir. Ağrının değerlendirilmesi, kontrolü ve tedavisinde hemşirelik girişimlerinin önemli bir yeri vardır. Etkin ağrı değerlendirmesi bir ölçek ile sağlanmalıdır. Son yıllarda kalp cerrahisi geçiren hastalarda Davranışsal Ağrı Ölçeği, Sözel Olmayan Ağrı Ölçeği, Yoğun Bakım Ağrı Gözlem Formu gibi ölçekler sıklıkla kullanılmaktadır (Bigeleisen & Goehner, 2015; Seyhan Ak ve ark., 2017).

Rutin ağrı değerlendirmesi sayesinde, ağrı insidansı, ağrı seviyeleri ve sedatif ve analjezik ilaçların kullanımı azalmaktadır. Ayrıca, YBÜ kalma süresinin azalmasının yanı sıra daha iyi hasta klinik sonuçları da gözlenmektedir (Vilite ve ark., 2019). Yapılan bazı çalışmalarda da hastaların ağrı ve kontrolü hakkındaki inançlarının yüksek olmasının, tedavi sürecini etkilediği bildirilmiştir (Barr ve ark., 2013; Bigeleisen & Goehner, 2015; Seyhan Ak ve ark., 2017).

## **5. AĞRI YÖNETİMİ VE HEMŞİRENİN ROLÜ**

Yoğun bakımda hastaların ağrı deneyimleri, birbirinden farklıdır. Ağrısını tanımlayamayan hastaların deneyimleri, onlara müdahale eden sağlık profesyonelinin tutumuna bağlıdır. Burada en önemli görev hemşireye düşmektedir. Ameliyat sonrası ağrının azalmasında hemşirelerin rolü fazladır. Müdahale edilmeyen ağrı kronikleşerek, hastaların yoğun bakımda kalış süresini uzatmaktadır (Ferguson ve ark., 1997; Eti Aslan ve ark., 2012).

Açık kalp cerrahisi geçiren hastaların, ameliyat sonrası dönemde iyileşmesini hızlandırmak için ağrı kontrolünün sağlanması önemli bir yer tutmaktadır. Etkili yapılmayan ağrı yönetimi derin ven trombozu, atelektazi ve pnömoni riskini artırır. Ayrıca hastalar psikolojik olarak da olumsuz etkilenir ve iyileşme süreleri uzar. Tekrar hastaneye yatışlara neden olur (Çevik & Zaybak, 2011).

### **5.1.Farmakolojik Girişimler**

Cerrahi operasyon sonrası ağrının giderilmesinde, hekim, hemşire, eczacı gibi sağlık profesyonelleri, multidisipliner bir ekip olarak bir araya gelmeli ve ağrıyı kontrol altına almalıdır. Hemşire, hastanın ağrısı hakkında bilgi toplayarak, ağrı değerlendirmesini yapmalıdır. Doğru yapılan ağrı

değerlendirmesi, uygun analjeziğin seçiminde de yol gösterici olmaktadır. Sıklıkla opioid türü ve opioid olmayan analjeziklerin kullanıldığı bildirilmektedir (Barr ve ark., 2013; Writers, 2015).

Yine hasta kontrollü narkotik analjeziklerin hastalarda konstipasyon, bulantı, kusma, sedasyon, solunum depresyonu gibi komplikasyonlara neden olması sebebiyle, günümüzde çok tercih edilmemekle birlikte, multimodal ağrı yaklaşımları tercih edilmektedir (Bigeleisen & Goehner, 2015; Barr ve ark., 2013; Mwanza ve ark., 2019).

Ağrının giderilmesinde farmakolojik yöntemlerin, farmakolojik olmayan yöntemlerle birlikte kullanılması önerilmektedir. Ayrıca göğüs tüpünün çıkarılması işleminden önce primitif ya da farmakolojik olmayan girişimlerin tek başına ya da birlikte kullanılabileceği önerilmektedir (Barr ve ark., 2013).

Ağrının farmakolojik tedavisi bağlamında, multimodal analjezi giderek daha yaygın hale gelmektedir. Opioid ihtiyacını ve yan etkilerini azaltmak için farklı farmakolojik ajanların bir kombinasyonunu içerir. Ancak, bir YBÜ'de multimodal analjezi uygulanabilmesi için ağrı yönetimine multidisipliner bir yaklaşım gereklidir. Sternotomi sonrası postoperatif ağrı yönetimi önerileri, opioidleri, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçları (NSAİ'İ) veya spesifik olarak parasetamol (asetaminofen) ve pregabalın, gabapentin ve intravenöz ketamini içerir. KABG cerrahilerinden sonraki öneriler, NSAİİ'lerden sadece parasetamolün önerilmesi dışında benzerdir (Vilite ve ark., 2019).

## **5.2.Farmakolojik Olmayan Girişimler**

Ağrının giderilmesinde kullanılan ve yan etkileri de olan analjezikler çoğu zaman yeterli olmayabilir. Bu sebeple ağrının azaltılmasında literatürde farmakolojik yaklaşımların yanı sıra, farmakolojik olmayan yöntemlerinde kullanılması önerilmektedir (Yılmaz & Gürler, 2011). Bu yöntemler alternatif ve tamamlayıcı

olarak kullanılmakta ve invaziv işlem gerektirmemektedir. Farmakolojik olmayan bu girişimler, ilacı tolere edemeyen, ilaç kullanmak istemeyen hastalarda da kullanılabilir (Aydın & Çilingir, 2016).

Konu ile alakalı kaynaklar incelendiğinde açık kalp cerrahisi geçiren hastalarda, yaygın farmakolojik olmayan ağrı yönetimi yöntemleri arasında ritmik solunum egzersizleri, masaj, diyet, dua, egzersiz, sakinleştirici seslerin kullanımı ve bilgi sağlanması, rehberli imgeleme, video ve ses kasetleri ve terapötik iletişim yer alır. Bu yöntemlere ek olarak dikkati başka yöne çekme, terapötik dokunma, akupunktur, soğuk uygulama, müzik, refleksoloji, aromaterapi gibi yöntemlerinde etkinliği kanıtlanmıştır (Özer ve ark., 2013; Kia ve ark., 2021).

Farmakolojik olmayan bu yöntemler, bilişsel/davranışsal teknikler, deri stimülasyonu ve diğer yöntemler olarak 3 sınıfa ayrılmaktadır.

**Bilişsel/Davranışsal Teknikler:** Bu yöntemler gevşeme, müzik dinleme, düşleme, meditasyon, hipnoz gibi uygulamaları içermektedir. Amaç, hastaların olumsuz hasta davranışlarını değiştirmek ve ağrı kesici alımını azaltarak bitirmektir (Aydın & Çilingir, 2016).

**Deri Stimülasyonu:** Bu yöntemler deriye sıcak soğuk uygulama, masaj, terapötik dokunma, TENS gibi uygulamaları içermektedir. Deri stimülasyonu sayesinde kapı kontrol teorisi işler ve ağrı uyaranlarına kapı kapatılarak ağrı azalır (Eti Aslan, 2014).

**Diğer Yöntemler:** Düşleme, meditasyon, hipnoz gibi ağrıyı azaltmada etkinliği kanıtlanmış uygulamaları içermektedir (Aydın & Çilingir, 2016).

Literatür incelendiğinde farmakolojik olmayan yöntemlerle alakalı çok sayıda çalışma bulunmuştur. Çalışma

sonuçları incelendiğinde, hemşireler açık kalp cerrahisi sonrası ortaya çıkan ağrıyı azaltmak için hastaları bilgilendirebilir. Hastaların ani hareketlerden kaçınmaları ve yavaş hareket etmeleri önerilebilir. Tek başına hareket edemeyen hastalara destek sağlanmalıdır. Hastalara kesi bölgesini eli ve yastık ile koruması öğretilmelidir (Eti Aslan, 2014; Martin & Turkelson, 2006).

Ağrının giderilmesinde masajın önemi de gittikçe artmaktadır. Masaj ile endorfin salgısı artmakta ve ağrı algısı düşmektedir. Fakat yapılan çalışmalar hemşirelerinin çoğunun masaj yapmadığını belirtmektedir (Eti Aslan, 2014; Martin & Turkelson, 2006). Alameri ve ark. (2020) çalışmalarında, açık kalp ameliyatı geçirmiş hastalarda ayak masajının önemli ölçüde ağrı yoğunluğunu azalttığını saptamışlardır. Doğan ve Sarıtaş (2021), açık kalp cerrahisi sonrası postoperatif ağrının azalmasında hem nörolingistik programlama hem de rehberli görüntü müdahalelerinin etkili olduğunu saptamışlardır. Babamohamadi ve ark. (2021) çalışmalarında, kalp cerrahisi geçiren hastalara uygulanan ritmik solunum egzersizinin ağrı skorunu önemli derecede düşürdüğünü belirtmişlerdir. Bigeleisen ve Goehner (2015) yaptıkları çalışmalarında müziğin cerrahi strese olan toleransını arttırarak, anksiyetelerini azalttığını saptamıştır. Ayrıca açık kalp cerrahisi geçiren hastalar üzerinde yapılan başka bir çalışmada da müziğin, hastaların ağrı puanlarını azalttığı bildirilmiştir (Özer ve ark., 2013). Kia ve ark. (2021) YBÜ’nde kullanılan farmakolojik olmayan ağrı girişimlerini inceledikleri çalışmalarında, hemşirelerin yarısının pozisyon değişimi yaptığını belirtmiştir. Akupunktur ve refleksolojinin ise az kullanıldığı saptanmıştır. Yapılan literatür incelemesinde, kalp cerrahisi geçiren hastalara uygulanan soğuk uygulamanın derin solunum ve öksürüğe bağlı ortaya çıkan ağrıyı azalttığı ve insizyonel ağrının da düştüğü belirlenmiştir (Khalkhali ve ark., 2014; Çevik ve ark., 2020). Yine gevşeme yöntemleri ve müzik

de ağrının azaltılmasında etkilidir. Ayrıca ağrının azaltılmasında etkili olan derin solunum ve öksürük egzersizleri de hastalara öğretilmelidir (Eti Aslan, 2014; Martin & Turkelson, 2006). Hasanzadeh ve ark. (2016), açık kalp ameliyatı geçiren ve göğüs tüpü olan hastalara uyguladıkları lavanta yağı ile aromaterapi uygulamasının ağrıyı azalttığını ifade etmişlerdir. Yine açık kalp cerrahisi hastalarda elektriksel sinir stimülasyonunun ağrı şiddeti ve solunum fonksiyonu üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada TENS'in, istirahat ve öksürük koşullarında postoperatif ağrıyı düşürdüğü, akciğer fonksiyonunu iyileştirdiği ve hastalarda narkotik kullanımını azalttığı belirlenmiştir (Jahangirifard ve ark., 2018). Literatür incelendiğinde ise derin solunum ve öksürük egzersizi, hareket sırasında insizyon bölgesini destekleme, hastaya uygun olan pozisyonu verme gibi farmakolojik olmayan hemşirelik girişimlerinin, hemşireler tarafından sıklıkla yapılmadığı belirtilmektedir. Bu yöntemlerin yanı sıra analjezik ve sedatif ilaçların uygulandığı belirtilmektedir (Woldehaimanot ve ark., 2014; Aslan ve ark., 2018). Benzer olarak Midilli ve ark. (2019), hemşirelerin tamamına yakınının (%92,9) hastaların ağrısı olduğunda farmakolojik olmayan yöntemler yerine farmakolojik yöntemleri tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca hemşirelerin ağrı yönetiminde soğuk uygulama, gevşeme egzersizleri ve danışmanlık yöntemlerini kullandıklarını saptamışlardır. Hemşirelerin tamamına yakınının TENS, meditasyon, akupressür ve aromaterapi yöntemlerini hiç kullanmadıkları belirlenmiştir.

## **6. SONUÇ**

Asırlardır üzerine çalışılan ağrı kavramı, günümüzde de hala çözüme kavuşamamıştır. Açık kalp cerrahisi geçiren yoğun bakım hastalarında da ağrı en önemli sorunlardan biridir. Etkili tanımlanmayan ya da yönetilmeyen ağrı hemşirelik bakım

kalitesini düşürerek, çeşitli sorunlara neden olur. Ağrı yönetiminde ana kahraman, hastayla sürekli birlikte olan yoğun bakım hemşireleridir. Ağrı konusunda bilgili ve deneyimli hemşireler, sürecin yönetilmesinde önemlidir. Etkili yönetilmeyen ağrı, hastaların yoğun bakımda kalış süresini uzatarak, çeşitli olumsuzlukları da beraberinde getirir.

## **KAYNAKÇA**

- Aggarwal, S. K., Fox, S. A., Stitt, L., Kiaii, B., McKenzie, F. N., Menkis, A. H., Quantz, M. A., & Novick, R. J. (2006). The new cardiac surgery patient: defying previous expectations. *Canadian journal of surgery. Journal canadien de chirurgie*, 49(2), 117–122.
- Aktaş, Y. Y., Karabulut, N., Yılmaz, D., & Özkan, A. S. (2015). Perception of environmental stressors by critical care patients treated in cardiovascular surgery intensive care unit. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 5(3), 81-86.
- Alameri, R., Dean, G., Castner, J., Volpe, E., Elghoneimy, Y., & Jungquist, C. (2020). Efficacy of Precise Foot Massage Therapy on Pain and Anxiety Following Cardiac Surgery: Pilot Study. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 21(4), 314–322.
- Alderson, SM., McKechnie, SR. (2013) Unrecognised, undertreated, pain in ICU—Causes, effects, and how to do better. *Open Journal of Nursing*, 3, 108-113.
- Aslan F. E, Şahin S. K, Seçginli S, Bülbüloğlu S (2018). Hastaların, ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin hemşirelik uygulamalarından memnuniyet düzeyleri: Bir sistematik derleme. *Ağrı*, 30(3), 105- 115.

- Aydın, A., Çilingir, D. (2016). Koroner arter baypas greft ameliyatı olan hastalarda nonfarmakolojik yöntemlerle ağrı yönetimi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 8(2): 146-152.
- Babamohamadi, H., Karkeabadi, M., & Ebrahimian, A. (2021). The Effect of Rhythmic Breathing on the Severity of Sternotomy Pain after Coronary Artery Bypass Graft Surgery: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Evidence-based complementary and alternative medicine: eCAM*, 2021, 9933876.
- Badir, A., Eti Aslan, F. (2003). Yoğun bakım ünitelerinde çok konuşulan az sorgulanan bir konu: Ağrı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 7:100-108.
- Barr, J., Fraser, G.L., Puntillo, K., et al. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Critical Care Medicine*, 41(1): 263-306.
- Bigeleisen, P. E., & Goehner, N. (2015). Novel approaches in pain management in cardiac surgery. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 28(1): 89-94.
- Chen, H. J., & Chen, Y. M. (2015). Pain assessment: validation of the physiologic indicators in the ventilated adult patient. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 16(2), 105–111.
- Çam Yanık, T. & Gürdil Yılmaz, S. (2019). Kardiyovasküler Cerrahi Sonrası Yoğun Bakımda Yaşanan Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(2), 122-127.
- Çelik, S. (2016). Yoğun Bakım Hastalarında Ağrı Yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 20(1), 1-8.

- Çevik, K., Zaybak, A. (2011). Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Yapılan Egzersizlerin Ağrıya Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(4): 54-59.
- Çevik, K., İnce, S., Pakiş Çetin, S. & Tetik, Ö. (2020). Effect of Applying Cold Gel Pack to the Sternum Region on the Postoperative Pain after Open-Heart Surgery. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7 (1), 76-80 .
- Dağcan, N., Özden, D., & Gürol Arslan, G. (2024). Pain perception of patients in intensive care unit after cardiac surgery: A qualitative study using Roy's Adaptation Model. *Nursing in critical care*, 29(3), 512–520.
- Doğan, A., & Saritaş, S. (2021). The effects of neuro-linguistic programming and guided imagery on the pain and comfort after open-heart surgery. *Journal of cardiac surgery*, 36(7), 2389–2397.
- Eti Aslan, F., Demir Korkmaz, F., Karabacak Ü. (2012). Pain in cardiac surgery and the nursing approach. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 20(1):172-176.
- Eti Aslan, F. (2002). Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1):9-16.
- Eti Aslan, F. & Karadağ, Ş. (2007). AĞRI: Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşireye Hastanın Yerine Düşünme ve Hissetme Zorunluluk ve Sorumluluğu Yükleyen Bir Sorun. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 89-95.
- Eti Aslan, F., Badir, A., Arlı, S. K., & Cakmakci, H. (2009). Patients' experience of pain after cardiac surgery. *Contemporary nurse*, 34(1), 48–54.
- Eti Aslan, F. (Editör). (2014). Ağrı Doğası ve Kontrolü (İkinci Baskı). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 45-174.

- Ferguson, J., Gilroy, D., & Puntillo, K. (1997). Dimensions of pain and analgesic administration associated with coronary artery bypass grafting in an Australian intensive care unit. *Journal of advanced nursing*, 26(6), 1065–1072.
- Gélinas C. (2016). Pain assessment in the critically ill adult: Recent evidence and new trends. *Intensive & critical care nursing*, 34, 1–11.
- Gelinas, C. (2007). Pain issues in the ICU. In: Kaplow R, Hardin SR, editors. *Critical care nursing*. Baston: Jones and Bartlett Publishers, p. 41-51.
- Gélinas, C., Fillion, L., Puntillo, K. A., Viens, C., & Fortier, M. (2006). Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 15(4), 420–427.
- Hasanzadeh, F., Kashouk, N.M., Amini, S., Asili, J., Emami, S. A., Vashani, H. B., & Sahebkar, A. (2016). The effect of cold application and lavender oil inhalation in cardiac surgery patients undergoing chest tube removal. *EXCLI journal*, 15, 64–74.
- Hweidi I. M. (2007). Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 44(2), 227–235.
- Jahangirifard, A., Razavi, M., Ahmadi, Z.H., Forozeshfard, M. (2018). Effect of TENS on Postoperative Pain and Pulmonary Function in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery. *Pain Manag Nurs*, 19(4):408-414.
- Kankaya, E. A. & Bilik, Ö. (2018). Kalp Kapak Ameliyatı Sonrası Güncel Hemşirelik Yaklaşımları: Bakım Neden Önemli? *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7 (2), 101-111.

- Karabulut, N., Aktas, Y. Y., Gurcayır, D., Yılmaz, D., & Gokmen, V. (2015). Patient satisfaction with their pain management and comfort level after open heart surgery. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 16-24.
- Khalkhali, H., Tanha, Z. E. R., Feizi, A., et al. (2014). Effect of applying cold gel pack on the pain associated with deep breathing and coughing after open heart surgery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(6): 545-549.
- Kia, Z., Allahbakhshian, M., Ilkhani, M., Nasiri, M., & Allahbakhshian, A. (2021). Nurses' use of non-pharmacological pain management methods in intensive care units: A descriptive cross-sectional study. *Complementary therapies in medicine*, 58, 102705.
- Kiavar, M., Azarfarin, R., Totonchi, Z., Tavakoli, F., Alizadehasl, A., & Teymouri, M. (2016). Comparison of Two Pain Assessment Tools, "Facial Expression" and "Critical Care Pain Observation Tool" in Intubated Patients After Cardiac Surgery. *Anesthesiology and pain medicine*, 6(1), e33434.
- Kizza, I. B., & Muliira, J.K. (2015). Nurses' pain assessment practices with critically ill adult patients. *International nursing review*, 62(4), 573–582.
- Lahtinen, P., Kokki, H., & Hynynen, M. (2006). Pain after cardiac surgery: a prospective cohort study of 1-year incidence and intensity. *Anesthesiology*, 105(4), 794-800.
- Martin, C.G., Turkelson, S. (2006). Nursing care of the patient undergoing coronary artery bypass grafting. *Lippincott Williams & Wilkins, Inc.* 21:2, 109–117.

- Melzack, R., Katz, J. (1992). The MC Gill Pain Questionnaire: Appraised and Current Status, Handbook of Pain Assessment, New York, The Guilford Press, s.152-168.
- Midilli, T.S., Eşer, İ., ve Yücel, Ş. (2019). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumları ve etkileyen faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10, 60-66.
- Miller, C., & Newton, S. E. (2006). Pain perception and expression: the influence of gender, personal self-efficacy, and lifespan socialization. Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses, 7(4), 148–152.
- Mwanza, E., Gwisai, R. D., & Munemo, C. (2019). Knowledge on Nonpharmacological Methods of Pain Management among Nurses at Bindura Hospital, Zimbabwe. Pain research and treatment, 2703579.
- Özer, N., Karaman-Özlü, Z., Arslan, S., et al. (2013). Effect of music on postoperative pain and physiologic parameters of patients after open heart surgery. Pain Manag Nurs.,14: 20-28.
- Puntillo, K. A. (1990). Pain experiences of intensive care unit patients. Heart & lung: the journal of critical care, 19(5 Pt 1), 526–533.
- Puntillo, K. A., Morris, A. B., Thompson, C. L., Stanik-Hutt, J., White, C. A., & Wild, L. R. (2004). Pain behaviors observed during six common procedures: results from Thunder Project II. Critical care medicine, 32(2), 421–427.

- Puntillo, K., & Weiss, S. J. (1994). Pain: its mediators and associated morbidity in critically ill cardiovascular surgical patients. *Nursing research*, 43(1), 31–36.
- Rahu, M. A., Grap, M. J., Ferguson, P., Joseph, P., Sherman, S., & Elswick, R. K., Jr (2015). Validity and sensitivity of 6 pain scales in critically ill, intubated adults. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 24(6), 514–523.
- Seyhan Ak, E., Ayoğlu, T. & Kandemir, D. (2017). Kalp Cerrahisi Sonrası Ağrı Kontrolünde Yeni Yaklaşımlar. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 29-32.
- So, H. M., & Chan, D. S. (2004). Perception of stressors by patients and nurses of critical care units in Hong Kong. *International journal of nursing studies*, 41(1), 77–84.
- Strahan, E. H., & Brown, R. J. (2005). A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care. *Intensive & critical care nursing*, 21(3), 160–171.
- Tulunay M, Tulunay FC (2000) Ağrı Değerlendirilmesi ve Ağrı Ölçümleri, S Erdine (Ed), Ağrı, İstanbul, Alemdar Ofset, s.91-107
- Vilite, B., Strike, E., Rutka, K., & Leibuss, R. (2019). Pain management in intensive care unit patients after cardiac surgery with sternotomy approach. *Acta medica Lituanica*, 26(1), 51–63.
- Woldehaimanot, T.E., Eshetie, T.C., Kerie, M.W. (2014). Postoperative pain management among surgically treated patients in an Ethiopian hospital. *PLoS One*, 9(7):e102835
- Writers, A. M. (2015). Minimize the risk of chronic pain after cardiac surgery by treating acute postoperative pain. *Drugs Ther Perspect*, 31: 229-232.

- Yeşilyurt, M., Faydalı, S. (2020). Ağrı Değerlendirmesinde Tek Boyutlu Ölçeklerin Kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 23(3):444-51.
- Yılmaz, M., & Gürler, H. (2011). Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri. Ağrı, 23(2): 71-79.

# TOPLUMSAL CİNSİYET BAĞLAMINDA DİL, KÜLTÜR VE MEDYANIN KADIN SAĞLIĞINA YANSIMALARI VE HEMŞİRELİK ROLLERİ

Ebru ÖZCAN<sup>1</sup>

## 1. GİRİŞ

Toplumsal cinsiyet eşitliğinin ve kadın statüsünün iyileştirilmesinin önündeki en önemli engellerden biri kullanılan dil ve kültürel yapılarıdır. Simone de Beauvoir'ın "*kadın doğulmaz, kadın olunur*" ifadesi bu gerçeği vurgulamaktadır (Beauvoir, 1993). Kültürel ve sosyal açıdan değerlendirildiğinde erkek ve kadına atfedilen rollerin farklı olduğu, sosyal, entelektüel, fiziksel bakımdan tüm olumlu değer ve özelliklerin erkekleri tanımlarken kullanıldığı, kadınların bu değer ve özelliklerden yoksun bırakıldığı görülmektedir (Arslan Özkan & Can Gürkan, 2019). Dolayısıyla kadının rolleri toplumsal sistemle ve sosyokültürel çevreleriyle olan ilişkileri çerçevesinde sürekli deneyimlenerek kurulur. Fausto-Sterling (2005) yaptığı araştırmalar sonucu kültürün insan bedenindeki kemik yapısını dahi şekillendiren bir faktör olduğunu saptamıştır. Örneğin kentli Ortodoks Yahudi ergenler, fiziksel aktivitelerini azaltıp, güneş ışığına daha az maruz kalıp, daha az süt içerek sırt ve bel omurlarındaki kemik yoğunluğunu düşürmüşlerdir. Buna karşın Çin'li kadınlar ise tarlada çalıştıkları zamanı ve fiziksel aktivitelerini artırarak kemik mineral içeriklerini ve yoğunluklarını artırmışlardır (Fausto-Sterling, 2005).

---

<sup>1</sup> Öğr. Gör. Dr., Kastamonu Üniversitesi, Taşköprü Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, ebruozcan@kastamonu.edu.tr, ORCID: 0000-0003-2075-8516.

Bugün yaşadığımız dünyada halen erkek egemen dilin tahakkümünde olduğu ve bu dilin tüm bireylerin bilinçaltını nasıl derinden etkilediği görülmektedir. Nil Karaibrahimgil Türkiye’de özellikle medya aracılığı ile eril hükme karşı çıkan kadınlardan bir tanesidir. Yazdığı şarkı sözlerinde bu açıkça görülmektedir. *“Hâlbuki kadınlığın yumuşaklığında büyük güçler gizli. Bizim gür sesimizde masallar var. Eteklerimizde hayatı döndürüyoruz. Ellerimiz, göğsümüz bir insanı büyütebilir”* sözleri de bu ifadelerden bir tanesidir. Hazır Kart reklam filminde *“Benim hem yollarım, hem sözlerim, hem de konuşan gözlerim var”* şeklinde devam eden sözlerle de kadının kendi olmasının sözleri ile bir bütün olduğu da vurgulanmaktadır.

Dilde cinsiyetçilik ve cinsiyet yanlılığı üzerine yapılan araştırmalar, toplumsal yapıdaki asimetrielerin dilin içeriğinde ve yapısında çoğaltıldığını açıkça göstermiştir. Bu varsayımlar göz önüne alındığında, dildeki cinsiyet yanlılığı nasıl azaltılabilir? Daha da önemlisi, cinsiyet-adil dilin kullanımı toplumsal cinsiyet yanlılığını ve eşitsizliğini azaltmada gerçekten etkili midir, soruları yanıt aramaya devam etmektedir (Menegatti & Rubini, 2017). Toplumsal cinsiyete duyarlı bir dil günlük konuşma dilimizde var olan farkındalıksız varsayım ve yargılara karşıdır. Ancak bu kalıp yargıları içeren dil ve söylemler gündelik hayatımıza, çalışma alanımıza, sosyal ilişkilerimiz gibi pek çok alana etki etmektedir (Bayrakçeken-Tüzel, Soyseçkin Ceylan, Şilliler Tapan, & Özvardar, 2019).

Gelişmekte olan teknolojiler, coğrafi sınırlar veya politika ve yasalarla sınırlı olmayan eş zamanlı medya kullanımını mümkün kılmıştır (Vaughan et al., 2016). Medya, modern kültürün temel taşıdır ve insanların kendilerini ve etraflarındaki dünyayı nasıl algıladıklarının ayrılmaz bir parçasıdır. Medya, özellikle kadınlar arasında beden imajı üzerinde derin bir etkiye sahip olabilir (Albertazzi & Copley, 2013). Dijitalleşme ve küreselleşme ile birlikte medya temsiline

toplum algısını nasıl etkilediğinin daha iyi anlaşılması için toplumsal cinsiyet bakış açısı ile olaylara yaklaşmak gerekmektedir. Toplum pasif olarak medya tüketicisi olmamasına karşın medyanın gerek haber seçimi gerek olayları temsil gücü nedeniyle toplumsal cinsiyet örüntülerini şekillendirmede toplum üzerinde derin ve önemli rolü vardır. Yapılan büyük çaplı bir medya araştırmasında kadınların tüm haberlerde %13'lük bir payda yer aldığını, dolayısıyla erkeklere göre daha az görünür olduklarını ortaya koymuştur. Ayrıca yapılan haber içeriklerinin %46'sının toplumsal cinsiyet içerikli olduğunu ve yalnızca %6'lık bir kısmın toplumsal cinsiyet kavramını değiştirme çabasında olduğu da saptanmıştır (Macharia, Kimani, Kimenye, & Ramisch, 2010). Medyada sunulanlar bireylerin sağlık davranışlarında olumlu ya da olumsuz değişiklikler yaratabilmektedir. Bir yandan medya aracılığıyla toplumsal cinsiyet kalıp yargıları çerçevesinde özellikle kadın sağlığını olumsuz etkilerken öte yandan kitle iletişim araçları kamu ve sağlık hizmeti sağlayıcıları için yeni tıbbi girişimleri duyurabilecekleri, bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını da pekiştirebilecekleri önemli bir araçtır (Haas et al., 2007).

Sağlık sektörü politika yapımcılarının genellikle biyomedikal kavramlara ve epidemiyolojik bulgulara daha duyarlı oldukları görülmektedir. Bu nedenle sağlığın belirleyicileri ve somut sağlık sonuçları ile ilgili eylemler arasındaki kanıta dayalı bağlantıların açıklığa kavuşturulması önemlidir. Bu noktada kültürel yapının en önemli parçası olan dilin ve medyanın doğru kullanımına dikkat etmek gerekmektedir.

Dünyada ve Türkiye'de yaşanan sosyal, kültürel ve ekonomik değişimler sonucunda meydana gelen kadın sağlığı sorunlarıyla ilgili kadınların farkındalıklarının artırılması ve kadın sağlığını güçlendirme çalışmalarında hemşirelerin aktif ve etkin rol almaları gerekmektedir (Akyüz & Kök, 2019). Bu

bölümde dil, kültür ve medyanın toplumsal cinsiyet bağlamında kadın sağlığına yansımaları ve hemşirelik rollerine değinilmiştir.

## **2. TOPLUMSAL CİNSİYET KALIP YARGILARI**

Toplumsal cinsiyet kalıp yargıları kadınların ve erkeklerin davranış şekillerine karşı olan bir sayıltı olarak ifade edilmektedir. Bir başka ifadeyle toplumsal cinsiyete ilişkin algılarımızın uygulamadaki karşılığıdır. Bu kalıp yargılar toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kaynağını oluşturmaktadır. Her bireyin eşsiz, çok yönlü ve kompleks bir yapıda olduğu gerçeği bu kalıp yargılarla sınırlandırılmakta ve bireyler tek tipleştirilmektedir. Toplumsal cinsiyet kalıp yargıları dile ve her türlü iletişime özellikle karakter, fiziksel özellikler, roller ve meslekler gibi alanlarda yansır (Bayrakçı-Tüzel et al., 2019). Erkeklerle sertlik, saldırganlık, şiddet ve uzlaşmazlık gibi karakteristik özellikler ile aile geçimini sağlama üzerine konumlandırılırken, kadınlara ise iyi huyluluk, uzlaşma, sevecenlik ve yapıcı olmak gibi karakteristik özellikler ile aile bireylerinin bakımını sağlayan, annelik/eş rollerini barındıran bir konumlandırma yapılmaktadır (Atay, 2018).

Toplumsal cinsiyet kalıp yargılarını sürekli olarak pekiştiren dil yapısında toplumsal cinsiyet yanlılığına ait yazım kuralları özellikle bazı dillerde daha fazla göze çarpmaktadır. Almanca, İtalyanca, İspanyolca gibi çift gramer dillerde buna örnektir. İtalyancada ginecologo (erkek jinekolog ) ve ginecologa (kadın jinekolog ) gibi iki form kullanılarak simetrik bir kullanım söz konusudur. Bazı dillerde ise kadınlara yapılan atıflar doğrudan erkekleri ifade ederken kullanılan terimlere bir son ek getirilerek oluşturulmaktadır ve bu durum açıkça asimetriktir. Örneğin İtalyancada –essa son eki (İngilizcedeki –ess karşılığı; hostess, authoress) gibi. İtalyancada örnek olarak ise professore (erkek), professoressa (kadın profesör), student (erkek öğrenci),

studentessa (kadın öğrenci). Pek çok dilde dilbilgisel toplumsal cinsiyet hâkimdir. Genel olarak erkeklere ait olarak kullanılan tanımlamalar kullanılmaktadır. Ancak yapılan araştırmalarda erkeklere özgü kullanılan ifadelerin kadın ve erkek cinsiyeti eşit oranda tasvir etmediğini ve böylece kadınları insanların zihninde görünmez hale getirdiğini, kullanılmak istenen ifade her iki cinsiyete yönelik kullanılma amacı gütsede işlevsel olmadığını göstermişlerdir (Jonung & Ståhlberg, 2007).

### **3. TOPLUMSAL CİNSİYETE DUYARLI DİL VE MEDYA**

Son 30 yılda özellikle feminist toplumdilbilimciler kullanılan dilde dönüşüm yapılması gerektiğini savunmaktadırlar. Feminist dil politikası dönüşümün yalnızca teoride değil pratik dil kullanımında da yapılması gerektiğini söylemektedir. Feminist dil politikasının en etkili eleştirel dil konsepti olduğunu söylemek mümkündür. Feminist toplumdilbilimciler ve toplumsal cinsiyet dilbilimcileri dil kullanımının ikili bir etkisi olduğunu varsayarlar. Bir yandan dilin sosyal gerçekliği yansıttığını, diğer yandan dilin bu gerçekliği inşa edecek merkezi araç olması gerektiğini ifade ederler. Bu ikilik açısından baktığımızda dil sosyal eylemde söylemsel bir araç haline gelmektedir (Bülow & Harnisch, 2015).

Toplumsal cinsiyete duyarlı iletişim; kadınların ve erkeklerin eşit oranda temsil edildiği, kaynak ve fırsatlardan hakkaniyetli olarak yararlandığı, kullanılan kalıp yargılara toplumsal cinsiyet bakış açısıyla bakılarak sorgulandığı, karar alma süreçlerinde dengeli, toplumsal cinsiyet eşitliğinin bütünleşmesini sağlamayı hedefleyen bir dil ve görsel materyal kullanılmasıdır (Bayrakçıken-Tüzel et al., 2019). Herhangi bir görsel ifade kullanırken kadın ve erkeklerin geleneksel kalıp yargılara göre temsil edildiği görseller kullanılmadığından emin

olunmalıdır. Örneğin, dezavantajlı grupların kurban olarak ifade edilmesinden ya da bireylerin cinsel kimliklerini vurgulamaktan kaçınılmalıdır. Bunun yerine toplumsal cinsiyet eşitliğini temel alan görsel ifadelere yer verilmelidir.

Düşünce ve davranışlarımız üzerinde önemli belirleyiciliği olan dilin olumlu etkilerinin kullanılabilmesi için iletişimde kullanılan araçların ve seçilen kelimelerin farkındalıkla yönetilmeleri gerekmektedir. Kullanılan dilin toplumsal cinsiyet eşitsizliğini vurgulama, yeniden üretme ve pekiştirme gücü olmasına karşın, toplumsal cinsiyete duyarlı bir iletişimi topluma iletme kapasitesi de bulunmaktadır (Bayrakçı-Tüzel et al., 2019). Feminist toplum dilbilimcilerin asıl amacı dil kullanımında eril varsayımlardan kaçınmaktır (Bülow & Harnisch, 2015).

### **3.1. Toplumsal Cinsiyet Duyarlı Dil Kullanım Stratejileri**

Dil kullanımında toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin düzeltilmesi için dilbilimcilere danışılmalıdır. Dilbilimciler, bu eşitsizliklerin nereden kaynaklandığını saptamaya yardımcı olabilir ve iyileştirmeler önerebilirler. Toplumsal değişimin dil değişimini değil, dildeki olumlu değişim ve dönüşümün tutumlarda değişimi başlatabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ancak toplum bunun için hazır olmadığında bu tutumlar toplumsal değişime yansımayacaktır (Lakoff, 1973). Eril cinse özgü dilin, cinsiyetçi olmayan bir dille değiştirilmesi ve cinsiyetten bağımsız bir dil kullanılması gibi toplumsal cinsiyet duyarlı dil stratejileri genellikle bir dirençle karşılaşmaktadır (Vergoossen, Renström, Lindqvist, & Gustafsson Sendén, 2020).

Her şeyden önce, insanları cinsiyetçi dilin nasıl çalıştığı ve cinsiyet-adil ifadelerin kullanımının yararlı etkileri hakkında bilgilendirmek gerekmektedir. Ayrıca toplumsal cinsiyet hakkaniyetli dil kullanımı bağlamında ne kadar çok yeni kelime

türetilir eşit ifadeler kullanılırsa tarafsızlık o kadar artmaktadır. Başlangıçta kullanımı zor gelse de zamanla dile yerleşmeye başlayacaktır. Örneğin İsveç'te kendini kategorize edilmiş cinsiyet kalıplarına ait hissetmeyen bireyler için kadın veya erkeklere ait olarak kullanılmayan “hen” zamiri dile eklenmiştir. Başlangıçta bu kelimenin kullanımı tepkilere neden olmuş, pek çok İsveçli kelimeye karşı olumsuz tutum sergilemiştir. Ancak iki yıl içinde kelimenin kullanımı artmış tutumlar daha olumlu hale gelmiştir (Gustafsson Sendén, Bäck, & Lindqvist, 2015).

Günlük konuşma dilinde kadın ve erkeğe ait kalıp yargıların sürdürülmesini sağlayacak dışlayıcı ifadeler kullanılmamalı yerine daha kapsayıcı ifadeler kullanılmalıdır. Örneğin;

*‘Sevgili anneler okul pikniğimiz için pasta yapmanızı rica ediyoruz’.*

*‘Sevgili ebeveynler okul pikniğimiz için pasta yapmanızı rica ediyoruz’.*

Toplumsal cinsiyet açısından hakkaniyetli bir dil, olanakları sınırlamak yerine onları genişletirken, kadınlar ve erkekler için hem daha kapsayıcı, hem de daha hakkaniyetli bir temsiliyeti mümkün kılmaktadır. Kadın ve erkekleri tanımlarken sınırlandırıcı ifadeler kullanmaktan kaçınılmalıdır. Özellikle toplumdaki kalıp yargılara göre kadın ya da erkeklere ait olduğu düşünülen meslek gruplarını nitelerken meslek adının önüne kadın ifadesi koymaktan kaçınılmalıdır. Kadın yönetici, kadın başbakan, kadın milletvekili, kadın yazar, kadın doktor gibi. Çünkü bu durum toplumsal cinsiyet karmaşasını düzeltmek yerine aksine kadını ötekileştiren bir ifadedir.

Kadınları küçülten, değersizleştiren, kadın ve erkeklere ait kalıp yargıları yeniden türeten her türlü söylemden kaçınılmalıdır. Dilde yerleşik olan ve toplumsal cinsiyet ayrımcılığını pekiştiren, kadınları değersizleştiren her türlü

atasözü, deyim gibi hiçbir ifade kullanılmamalıdır. Aynı zamanda kadını ancak bir erkeğe bağımlı olarak var eden tüm ifadelerin kullanımından da kaçınılmalıdır (Yeni gelin, doktor beyin karısı vb.) “Kız” kelimesinin “cinselliği çağrıştıran bir ifade” olarak ve bazı durumlar için olumsuz kullanımına dikkat edilmelidir (Kızlık soyadı, kız oğlan kız, kız gibi gülmek /yürümek, kız gibi kırtmak (Bayrakçeken-Tüzel et al., 2019).

Her şeyden önce kendi algılarınızın farkında olmalı, toplumsal cinsiyet perspektifinden bakarak dildeki eşitsiz ve bireyleri değersiz kılan her türlü söylemin farkında olunmalı, sürekli olarak birey kendini toplumsal cinsiyet perspektifinden bakabilmesi konusunda sorgulamalıdır. Toplumsal cinsiyete duyarlı iletişimde doğrudan cinsiyetçi ifadeler yer almasa da insan onuru, hakkaniyet, saygı gibi insani değerlerin ihlal edilmemesine dikkat edilmelidir. Dönüşümün kendimizden başlayacağı fikri unutulmadan toplumsal her alana toplumsal cinsiyet duyarlı dilin entegrasyonu sağlanmalıdır.

### **3.2. Medya ve Toplumsal Cinsiyet İlişkisi**

Geleneksel cinsiyet rollerinin daha baskın olduğu topluluk ve kültürler toplumsal cinsiyet eşitliği için daha az çaba sarf etmekte ve toplumsal cinsiyet duyarlılığına daha az sahip olmaktadır. Bu nedenle bu topluluk ve kültürlerde toplumsal cinsiyet temelli şiddeti haklı gösteren ve kolaylaştıran tutum sergilemektedirler (Trevena, 2019).

Medyanın toplumdaki bireylerin, ailelerin, toplulukların tutumunu, davranış ve görüşlerini dolayısıyla da sosyal normları ve politikaları etkileme özelliği bulunmaktadır (Trevena, 2019). Özellikle feminist araştırmalarda medyanın bu rolü yaygın kabul edilen bir görüştür (Kelly-Holmes & Atkinson, 2017).

Dil vasıtasıyla medyada yer alan içerikler mitlerin, masalların ve kutsal kabul edilen dini metinlerde kadın ve erkek rollerinin yansımaları ya da taşıyıcılarıdır. “Kadın gibi kırtmak”,

“*aptal sarışın*” gibi diyaloglar medya içeriklerinde sıklıkla bilinçli ya da bilinç dışı şekilde görünmektedir. Kadın ve erkeklere ait kalıp yargıların temsili ders ve öykü kitapları, diziler ve sinema filmleri, reklamlar, gazete ve dergiler kısacası tüm medya ürün içeriklerinde yer almaktadır (Fernandez, 2018). Bireyler oluşturdukları kalıp yargılar doğrultusunda hareket ettiklerinin farkında olmazlar. Medya ise bu kalıp yargıların sürekli olarak üretilmesine yardımcı bir araçtır (Arsan, Ünalın, & Türkoğlu, 2009). Gazeteler kadın ve erkeklere ait kalıp yargıların yeniden üretildiği medya organlarından bir tanesidir. Gazete haberlerinde kadınlar genellikle ya kurban, mağdur ya da eğlence objesi olarak gösterilirler. Erkekler ise bilim insanı, görüş bildiren bir uzman ya da herhangi otoriter bir güç olarak temsil edilmektedirler. Medya genel olarak kadınları ve erkekleri kalıp yargılar doğrultusunda temsil etmektedir. Kadın medyada genellikle fiziksel görünümü ile temsil edilmektedir. Bu da kadınların fiziksel görünimleri dışında tüm özelliklerinin görmezden gelinmesi, kadının ötekileştirilmesi ve bu sayede erkek karşısında güçsüz, savunmasız ve teşhire açık algılanması anlamına gelmektedir (Arsan et al., 2009). Erkek ise kalıp yargılarda olduğu gibi medyaya da akıllı, güçlü, özgür bir imajda yansıtılmaktadır.

Dijital teknoloji ve akıllı telefonların günümüzde kullanımının artmasıyla birlikte medyada katılımcı görsel iletişim yöntemlerinin artmasını da beraberinde getirmektedir. Bireyler bu teknolojileri kullanarak günlük sosyal yaşamlarını, aile ve arkadaş ilişkilerini, çalışma ve iş koşullarını, eğlence aktivitelerini diğer bireylere sunmakta, yaşadıkları deneyimlerin detaylarını paylaşacak güvenli bir alan sağladıklarını düşünmektedirler. Bu katılımcı görsel iletişim metotları bireylerin kendi statü ve yaşam standartlarını yeniden gözden geçirmelerine, olumlu ya da olumsuz olarak bundan etkilenmelerini sağlamaktadır (Thomas, Kauli, & Borrey, 2018).

Görsel medya iletişimde gelişim için kullanıldığında fayda sağlamaktadır. Bununla birlikte, bilginin oluşturulma ve sunulma şeklinin, nihayetinde olumlu değişimi sağlayan tutumları, inançları ve davranışları dönüştürebileceği anlaşılmaktadır (Sutherland, Young, Mootz, & Oldmeadow, 2015).

Kadınların imajı sadece söylenen veya söylenmeyen şeylerden değil, aynı zamanda nasıl söylendiğinden de etkilenmektedir. Toplumsal cinsiyet ifadelerinin yer aldığı metinlerin okunarak okuduğu metni boşlukları doldurarak kendi ifadeleriyle sunması istenen haber spikerlerinin, sunumu gerçekleştirirken toplumsal cinsiyet eşitsiz dil kullanımını daha çok kullandıkları görülmüştür (Koeser, Kuhn, & Sczesny, 2015).

Toplumsal cinsiyet kapsayıcı dilin cinsiyet açısından daha dengeli bir dil kullanımını tetiklediğini ve bu kullanımın toplumsal cinsiyet açısından daha dengeli bir toplumsal rol algısına neden olmaktadır. Medyada daha fazla cinsiyet kapsayıcı bir dil kullanıldığında gerçeklik çarpıtılmaz. Ancak bu tür bir dil kadınları ve erkekleri çeşitli sosyal rollerde daha eşit olarak sunmaya yardımcı olacaktır (Hansen, Littwitz, & Sczesny, 2016).

Reklamcılık toplumsal cinsiyet rollerinin şekillenmesinde önemli bir yere sahiptir. Medya aracılığı ile herhangi bir ürün ya da hizmet satabilmek amacıyla özellikle reklamlarda kadın cinselliğine sıklıkla rastlanılmaktadır. Böylelikle kadına cinsel bir obje olmasının dışında bir kimlik tanımamaktadır. Duygular reklamın etkileme gücünü ve bireylerin etkilenme gücünü etkileyen en önemli etmendir. Tüketicilerdeki en ufak bir duygulanım reklam piyasasında kar anlamına gelmektedir. Bu durumda kapitalizm kar oranlarını artırabilmek amacıyla duyguları hedef alır ve gasp etmeye başlar ve bunun için de farklı birçok eylem dener. Kadın bedeni reklam sektöründe cinselliğin sıklıkla simgelendiği bir imgedir (Çakır, 2019).

#### **4. TOPLUMSAL CİNSİYET BAĞLAMINDA DİL, KÜLTÜR VE MEDYANIN KADIN SAĞLIĞINA YANSIMALARI**

Var olan gerçek bir hastalık ya da tıbbi problemin olmadığı bir kabul süreci olan tıbbileştirmenin hekim ve sağlık profesyonelleri, ilaç sanayii ve medyanın katkısıyla ortaya çıkarılmaktadır. Medyada yer alan bireylerin, fiziksel özellikleri nedeniyle çeşitli operasyon ya da uygulamalara maruz kalmaları, izleyicilerin kendi bedenlerini olumsuz algılamalarına ve sonucunda bu operasyon ya da uygulamayı kendilerinde gerçekleştirme isteğini arttırmaktadır. Bu operasyon ve uygulamaların yayınlandığı programlar işlemin sonunda bireyin mutluluğa ulaştığını, istediği bedene kavuştuğunu (çoğunlukla tektipleştirilen bedenler: dolgu dudaklar, Jennifer Lopez kalçası vs) sunmaktadır. Böylece izleyen bireyler yapılan cerrahi girişim ve uygulamaları görmezden gelerek yalnızca mutlu sona odaklanmaktadır. Dahası normal yaşlanmanın olağan fizyolojik sonuçları olan kırışıklıklar, saç dökülmeleri ya da vücut sarkmaları tıbbi ve düzeltilmesi gereken bir durum olarak yansıtılmakta bu girişimlerden yararlanmak isteyen bireyleri birer “hastaya” dönüştürmektedir (Sezgin, 2015). Yapılan bir araştırmada medyada yer alan ve hormon replasman tedavisinin olumsuz etkilerinin sunumuna maruz kalan kadınların eğitim seviyeleri, kırdan ya da kentte yaşamalarına göre hormon replasman tedavi kullanım oranlarının etkilendiği saptanmıştır. Kullanım oranlarındaki düşüş kadınların gazetelere erişimlerinin arttığı bölgelerde daha fazladır. Ayrıca haberin önemli ve büyük bir kuruluş tarafından yapılması da davranış değişikliğini desteklemektedir (Haas et al., 2007).

Toplumsal cinsiyet kadın ve erkeğe özgü bir sunumu ifade ederken çoğu zaman kadınlara atıfta bulunmaktadır. Bu durum erkeklerin özellikle sağlık gereksinimlerinin yetersiz karşılanması sonucunu doğurmaktadır. Ancak bu durum ara

bağlantıların gözden kaçırılmasına neden olmaktadır: erkeklerin sağlık durum ve davranışlarının kadın sağlığı üzerine etkisi gibi. Bu nedenle toplumsal cinsiyet genel olarak kadınları etkilese de erkeklerin sağlık bakım gereksinimleri de göz ardı edilmemelidir (Varanka, 2008).

Medyanın toplumsal cinsiyete dayalı şiddet ve politikayı etkileyen halk algısını nasıl etkilediğinin anlaşılması oldukça önemlidir (Trevena, 2019). Sutherland ve arkadaşları (2015), medyanın toplumsal cinsiyet temelli şiddet olgusunu değerlendirebilmek için bazı faktörlerin anlaşılması gerektiğini ifade etmektedirler (Sutherland et al., 2015). Bunlar;

- Kadına yönelik şiddetle ilgili medyada yer alan haberlerdeki içeriğin doğasını anlamak,
- İzleyicilerin bu haberleri nasıl algıladıklarını ve yorumladıklarını, daha sonra bu durumu nasıl yönettiklerinin farkında olmak,
- Kadına ve çocuğa yönelik şiddetle ilgili haberlerin toparlanması ve raporlanmasına yönelik uygulamaların araştırmak.

Medyanın cinsel söylemler üzerinde de etkisi vardır. Günümüzün teknolojik olarak gelişmiş dünyasında, televizyon şovlarında, filmlerde, dergilerde ve kitaplarda medyanın yaygınlığı o kadar genişir ki, kadınların hâkim cinsel söylemlerden etkilenmemeleri zor olabilir. Medyada cinsellik ile ilgili özel anlamları olan baskın görüntüler tekrar tekrar sunulduğunda, ideal cinsel görüntüler ve uygulamalar, normalize edilmiş uygulamalar olarak baskın hale gelir ve sürdürülür (Cassidy, Goldberg, & Aston, 2016). Dolayısıyla medya aracılığıyla kız çocuklarına ve kadınlara iletilen mesajların zararlı etkilerine karşı korunmaya yardımcı olacak giderek daha karmaşık stratejilere ihtiyaç duyulmaktadır (Monks, Costello, Dare, & Reid Boyd, 2021).

#### **4.1. Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Dil, Kültür ve Medyanın Kadın Sağlığına Yansımaları Üzerinde Yapılabilecekler ve Hemşirelik Roller**

Sağlık eğitimi, emeklilik planları, sağlık sigortası politikaları ve medya mesajları gibi alanlarda ayrımcı değerleri, normları ve uygulamaları sürdürebilecek kurumsal önyargıların belirlenmesi ve ele alınması gerekmektedir (Organization, 2016). Medyanın yalnızca olumsuz özellikleri bulunmamaktadır. Bireylerin, toplumların ve kurumların sağlık bilgi eksiklerinin giderilmesi, doğru bilgi gereksinimlerinin karşılanması, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, hasta ve çalışan haklarının öğretilmesi, güvenli bir yaşam alanı oluşturulabilmesi, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi, farkındalıklarının artırılması sağlık iletişimi kapsamında yer almaktadır. Bu kapsamda pek çok medya aracından yararlanılmaktadır. Sosyal medya kullanımı sosyokültürel ve ekonomik yapıları etkileyerek birey ve toplumların etkileşim ve iletişim biçimlerini değiştirmektedir. Sosyal medya kullanımında zaman ve mekândan bağımsız bir iletişim olanağı sunarak küresel bir ortam sunmaktadır (Tosyalı & Sütçü, 2016).

Sosyal medya kullanımı dünyada ve Türkiye’de yaygınlığı giderek artan bir medya kullanım biçimidir. Sosyal medya kullanımı toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini ortadan kaldırmada doğrudan etkisi olmasa da, dezavantajlı grupların görünürlüklerinin ve kaynaklara erişiminin artırılmasında dolaylı rol oynayabilmektedir. Bunun yanı sıra sağlık profesyonellerinin kolektifleşmesi için de sosyal medya yararlı bir mecra olabilmektedir. Sosyal medya bireylerde davranış değişikliklerinin güçlü bir sebebini oluşturmaya da değişim ve dönüşüm sürecini destekleyecek uygulamaların sunumunda önemli bir araç olabilir (Neiger et al., 2012).

Özellikle geleneksel kültürlerde sağlık ve cinsellikle ilgili konuların mahrem olarak görülmesi, bireyleri bilgi edinme sürecinde internet ve medya kullanımına yönlendirmektedir. Bu durumda birey yanlış bilgi ile karşılaşırsa sağlıkları olumsuz etkilenecektir. Dolayısıyla bireylerin sağlık gereksinimlerinin medya ortamından da takip edilmesi, doğru bilgiye erişimlerinin sağlanması da sağlık temsilcilerinin görevlerindendir. Ergenlerin ve gençlerin en önemli bilgi kaynaklarının internet ve medya olması karşılaşabilecek sağlık risklerini daha da artırmaktadır. Bu nedenle özellikle ergen ve gençlerin farkındalıklarını artırmak, sağlıkla ilgili doğru bilgileri topluma aktarmak ve medyayı olumlu kullanma stratejileri geliştirmek sağlık profesyonelleri için oldukça önemlidir (Tosyalı & Sütçü, 2016).

Kadın sağlığının geliştirilmesinde de hemşireler medyadan yararlanabilmektedir. Örneğin kanser erken tanı ve teşhisi ile ilgili medya kullanımından yararlanılabilir. Türkiye’de internet ve medya kullanımının kadınlarda yaklaşık %50 oranında olduğu göz önünde bulundurulursa hemşireler kadın sağlığının geliştirilmesi amacıyla medya araçlarını kullanabilecek teknik donanım ve beceriye sahip olmalı, internet siteleri, web tabanlı eğitimler, radyo ve televizyon programları, gazete, dergi ve sosyal medya hesapları gibi medya araçları aracılığıyla kadınlara doğru bilgiyi ulaştırabilmelidir. İnternet ve medyada yer alan ancak içerikleri sağlık profesyonellerince oluşturulmayan içerikler kontrol edilmelidir.

Hemşireler pek çok alanda web tabanlı eğitim programları düzenleyebilmektedirler. Bunun yanı sıra hemşireler kadın sağlığının geliştirilmesine yönelik strateji ve politikalar oluşturulmasını ve güç birliğini sağlamak amaçlı medyayı kullanabilmektedirler (Arslan Özkan & Can Gürkan, 2019). Hemşireler aynı zamanda toplumsal cinsiyet, dil ve kültür bağlamında doğru ve etkin bakım sağlayabilmek amacıyla bireylere bütünsel yaklaşmalı, kültürel farklılıkların kadınları ve

erkekleri toplumsal cinsiyet perspektifinde nasıl etkilediklerinin farkında olmalıdır. Bu bağlamda sağlık bakımını kültürle bağdaştırabilmelidir (Bolsoy & Sevil, 2006). Bunun için hemşireler kültüre uygun öğrenim stratejileri konusunda kendilerini geliştirmelidir.

Kadın sağlığını feminist çerçevede ele alması gereken hemşirelerin, sağlığı teşvik eden müdahale programlarına katılma görevi bulunmaktadır. Bu programlar düzenlenirken hemşireler toplumsal cinsiyet perspektifini kaybetmeden bireylerin gereksinimlerine odaklanmalıdır. Erkek egemen dilin hükmünde otantikliğini kaybetmeyle karşı karşıya kalan kadının kendi var oluşunu gerçekleştirebilmesi ve özgünlüğünü ortaya koyabilmesi için hemşireler tarafından desteklenmelidir. Ayrıca hemşireler toplumsal normların farkında olmalı ve kadın sağlığına yönelik bakım verirken kültür ve toplumsal normlar dâhilinde alternatifleri değerlendirmelidir (Wittmann-Price, 2004). Hemşireler feminist bakımın parçalarından biri olan yansıtma tekniğini kullanarak özellikle kadınların kendi güçlerinin farkında olmasını, medya ve dilin olumsuz kullanımının ve bilinçaltına olan etkilerin farkında olmalarını sağlamalıdır.

Medyada özellikle kadınları hedef alan sağlıklı beslenme, spor, diyet ve zayıflama, cilt bakımı gibi konularda kadın bedenini eğitmeyi ve düzeltmeyi amaçlayan metinler ve görseller yer almaktadır. Bunu yaparken de kadının kendini daha iyi ve daha mutlu hissetmesini sağlayan, annelik rolünü en iyi şekilde yerine getirdiğini düşündüren bir yayın politikası izlenmektedir (Demez, 2012). Hemşireler, kadın bedeni üzerinden gerçekleşen bu söylemler hakkında farkındalık oluşturma konusunda da önemli bir konumdadırlar.

Hemşirelerin, cinsellik ve cinsel sağlık ile ilgili güç mücadelelerini tanıması ve bu konularda bireylerle tartışmaya istekli olması önemlidir. Hemşireler, kadınlarla sosyal baskılar

hakkında konuşmak ve beklenti ya da kaygı duygularını ifade etmeleri için güvenli bir alan sağlayabilir. Bu süreç kadınların kendi seslerini bulmalarına, ihtiyaçlarını ifade etme ve sağlıklı cinsel kararlar alma becerilerini geliştirmelerine de yardımcı olabilir (Stinson, 2010).

## **5. SONUÇ**

Yüzyıllardır kadınlara atfedilen olumlu toplumsal özelliklerin kadın toplumsal etkileşime girdiğinde kadını ikincil ve daha güçsüz bir konuma yerleştirdiği görülmektedir. Bir başka ifadeyle kadınlara atfedilen bu olumlu toplumsal özellikler toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini güçlendirerek kadınların düşük statülerini pekiştirmektedirler. Bu pekiştirmede dil ve medyanın toplumsal cinsiyete duyarlı biçimde kullanılmamasının rolü oldukça fazladır. Toplumsal cinsiyet bağlamında dil, kültür ve medyanın kadınlar için istihdam, eğitim, politika ve sağlık gibi pek çok alanda olumsuz yansımaları olduğu görülmektedir. Sağlık bakımının sunumunda en önemli konumda olan hemşirelerin dil ve medya aracılığıyla toplumsal cinsiyetçi bir tutumun kadın sağlığına olumsuz yansımaların farkında olması ve kadınların bu konudaki farkındalıklarını artırması gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

- Akyüz, A., & Kök, G. (2019). Kadın Sağlığının Geliştirilmesi. *Türkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics*, 5(1), 40-43.
- Albertazzi, D., & Cobley, P. (2013). *The media: An introduction*: Routledge.
- Arsan, E., Ünal, E., & Türkoğlu, S. (2009). Cinsiyetçilik ve medya: 'Güzin Abla' köşesinde yeniden üretilen ataerkillik cins kimlikleri. *Cogito, Feminizm*, 58, 385-402.
- Arslan Özkan, H., & Can Gürkan, Ö. (2019). Kadın Sağlığının Geliştirilmesi ve Korunmasında Medya Kullanımında Hemşireliğin Önemi. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 5(2), 1-6.
- Atay, T. (2018). *Çin İşçi Japon İşçi: Cinsiyet ve Cinsellik Üzerine Antropolojik Değerler: Cinsiyet ve Cinsellik Üzerine Antropolojik Değerler*: İletişim Yayınları.
- Bayrakçı-Tüzel, G., Soyseçkin Ceylan, İ. S., Şilliler Tapan, D., & Özvardar, K. (2019). Toplumsal Cinsiyete Duyarlı İletişim Rehberi.
- Beauvoir, S. d. (1993). Kadın "ikinci cins" genç kızlık çağı. Çev. Bertan Onaran, İstanbul: Payel Yayınları.
- Bolsoy, N., & Sevil, Ü. (2006). Sağlık-Hastalık Ve Kültür Etkileşimi. *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 9(3), 78-87.
- Bülow, L., & Harnisch, R. (2015). The reanalysis of German-end as a marker of gender-sensitive language use. A process of exaptation. *JournaLIPP*(4), 85-96.
- Cassidy, C., Goldberg, L., & Aston, M. (2016). The application of a feminist poststructural framework in nursing practice

- for addressing young women's sexual health. *Journal of clinical nursing*, 25(15-16), 2378-2386.
- Çakır, N. T. (2019). Reklam Müziklerinde Kullanılan Kadın Dili: Nil Karaibrahimgil Örneği. *Connectist: Istanbul University Journal of Communication Sciences*(57), 173-194.
- Demez, G. (2012). Medyada yeni sağlık anlayışları ve kadın bedeninin temsili. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 9(1), 512-532.
- Fausto-Sterling, A. (2005). The bare bones of sex: part 1—sex and gender. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 30(2), 1491-1527.
- Fernandez, V. (2018). Gender Representation in Tennis: Research on British Newspaper Coverage of Wimbledon. In: Malmö universitet/Kultur och samhälle.
- Gustafsson Sendén, M., Bäck, E. A., & Lindqvist, A. (2015). Introducing a gender-neutral pronoun in a natural gender language: the influence of time on attitudes and behavior. *Frontiers in psychology*, 6, 145174.
- Haas, J. S., Miglioretti, D. L., Geller, B., Buist, D. S., Nelson, D. E., Kerlikowske, K., . . . Ballard-Barbash, R. (2007). Average household exposure to newspaper coverage about the harmful effects of hormone therapy and population-based declines in hormone therapy use. *Journal of general internal medicine*, 22, 68-73.
- Hansen, K., Littwitz, C., & Sczesny, S. (2016). The social perception of heroes and murderers: Effects of gender-inclusive language in media reports. *Frontiers in psychology*, 7, 154184.

- Jonung, C., & Ståhlberg, A.-C. (2007). *The Fruits of Economics- A Treat for Women? On gender balance in the economics profession in Sweden.*
- Kelly-Holmes, H., & Atkinson, D. (2017). Perspectives on Language Sustainability in a Performance Era: Discourses, Policies, and Practices in a Digital and Social Media Campaign to Revitalise Irish. *Open Linguistics*, 3(1), 236-250.
- Koeser, S., Kuhn, E. A., & Sczesny, S. (2015). Just reading? How gender-fair language triggers readers' use of gender-fair forms. *Journal of language and social psychology*, 34(3), 343-357.
- Lakoff, R. (1973). Language and woman's place. *Language in society*, 2(1), 45-79.
- Macharia, J., Kimani, S., Kimenye, L. N., & Ramisch, J. J. (2010). 3. Kenya: Gender and Social Perspectives in Smallholder Maize Production.
- Menegatti, M., & Rubini, M. (2017). Gender bias and sexism in language. In *Oxford research encyclopedia of communication*.
- Monks, H., Costello, L., Dare, J., & Reid Boyd, E. (2021). "We're continually comparing ourselves to something": Navigating body image, media, and social media ideals at the nexus of appearance, health, and wellness. *Sex Roles*, 84(3), 221-237.
- Neiger, B. L., Thackeray, R., Van Wagenen, S. A., Hanson, C. L., West, J. H., Barnes, M. D., & Fagen, M. C. (2012). Use of social media in health promotion: purposes, key performance indicators, and evaluation metrics. *Health promotion practice*, 13(2), 159-164.

- Organization, W. H. (2016). Technical consultation on the development of a strategy on women's health in the WHO European Region: Copenhagen, Denmark, 16–17 December 2015: meeting report. In: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Sezgin, D. (2015). Toplumsal cinsiyet perspektifinde sağlık ve tıbbileştirme. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 18(1), 153-186.
- Stinson, S. L. (2010). 7 Gender, Household Ritual, and Figurines in the Hohokam Regional System Susan L. Stinson. *Engendering Households in the Prehistoric Southwest*, 116.
- Sutherland, C. A., Young, A. W., Mootz, C. A., & Oldmeadow, J. A. (2015). Face gender and stereotypicality influence facial trait evaluation: Counter-stereotypical female faces are negatively evaluated. *British Journal of Psychology*, 106(2), 186-208.
- Thomas, V., Kauli, J., & Borrey, A. (2018). Harnessing community-led innovations: the role of participatory media in addressing gender-based violence. *Development in Practice*, 28(3), 345-357.
- Tosyalı, H., & Sütçü, C. S. (2016). Sağlık iletişiminde sosyal medya kullanımının bireyler üzerindeki etkileri. *Maltepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 3(2), 3-22.
- Trevena, L. (2019). *Enhancing Gender-based Violence Preventative Education through understanding Media Representation and how it influences public perception*. Monash University,
- Varanka, J. J. (2008). Mainstreaming men into gender sensitive health policies. In (Vol. 5, pp. 189-191): Mary Ann

Liebert, Inc. 140 Huguenot Street, 3rd Floor New Rochelle, NY 10801 USA.

Vaughan, C., Sutherland, G., McCormack, A., Pirkis, J., Easteal, P., & Holland, K. (2016). Media representations of violence against women and their children. *ANROWS Horizons*.

Vergoossen, H. P., Renström, E. A., Lindqvist, A., & Gustafsson Sendén, M. (2020). Four dimensions of criticism against gender-fair language. *Sex Roles*, 83, 328-337.

Wittmann-Price, R. A. (2004). Emancipation in decision-making in women's health care. *Journal of advanced nursing*, 47(4), 437-445.

# KADINLARDA SIK GÖRÜLEN HASTALIKLAR VE TOPLUMSAL CİNSİYET İLİŞKİSİ

Ebru ÖZCAN<sup>1</sup>

## 1. GİRİŞ

Kadın ve erkeklere yönelik sağlık anlayışı tarihsel süreç içerisinde değişime uğramıştır. Bu süreçte kadın ve erkeklerin hastalık ve ölüm örüntüleri de farklılık göstermiştir. Farklılıkların yalnızca biyolojik cinsiyete bağlı olduğu düşüncesi zamanla yerini toplumsal cinsiyetin de bu farklılıklar da önemli etkisi olabileceği görüşüne bırakmıştır. Çünkü kadın ve erkek arasındaki farklılıkların biyolojik açıklamaları küresel sağlık sonuçlarındaki farklılıkları açıklamada yeterli olmamaktadır (Cullen, Baiocchi, Eggleston, Loftus, & Fuchs, 2016; Zandman-Goddard et al., 2011). Bu yeni anlayış, erkek ve kadın normal fizyolojisi ve hastalık durumlarının ayrı ayrı ele alınmasını gerektiren toplumsal cinsiyete duyarlı tıp anlayışını da beraberinde getirmiştir (Annandale & Hammarström, 2011).

Toplumsal cinsiyete duyarlı tıp, gebelik ya da menopoz döneminde olduğu gibi kadınların özel gereksinimlerine odaklanmakla aynı şey değildir. Toplumsal cinsiyete duyarlı tıp her iki cinsiyetin gereksinimlerine de duyarlı olmalıdır. Bu, kadınlarla ilgili verilerin eksik olduğu durumlarda kadınlara, erkeklerle ilgili veriler eksik olduğunda erkeklere odaklanmayı gerektirir. Örneğin, osteoporoz ve depresyon konusunda erkeklerle ilgili daha fazla veriye ihtiyaç duyulurken,

---

<sup>1</sup> Öğr. Gör. Dr., Kastamonu Üniversitesi, Taşköprü Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, ebruozcan@kastamonu.edu.tr, ORCID: 0000-0003-2075-8516.

kardiyovasküler alanda kadınlarla ilgili daha fazla veriye ihtiyaç duyulmaktadır (Regitz-Zagrosek, 2012).

Kadınlar ekonomik bağımlılık, ataerkil yapılar gibi kültürel cinsiyet normları ve toplumsal rol ve sorumlulukların yükü nedeniyle sağlık hizmetlerinde daha büyük engellerle karşılaşmaktadır. Küresel olarak, erkekler ve kadınlar arasındaki ortalama yaşam beklentisi boşluğu 4,6 yıldır. Kadınların beklenen yaşam süresi tüm ülkelerde erkeklerden daha fazladır ve bazı durumlarda beklenen yaşam süresi arasındaki kadın erkek farkı 10 yıldan fazladır. Buna ek olarak kadınların engellilik veya sakatlanma yaşamak için daha uzun yaşam süresi olasılığı daha yüksektir. Kısmen, bu farklılıkların büyüme, metabolizma, üreme döngüleri, seks hormonları ve yaşlanma süreçlerindeki biyolojik cinsiyetten kaynaklanıyor olduğu düşünülse de farklılıklar büyük ölçüde toplumsal cinsiyet olgusundan kaynaklanmaktadır (Manandhar, Hawkes, Buse, Nosrati, & Magar, 2018). Bu bölümde kadınlarda daha sık görülen hastalıklar toplumsal cinsiyet bakış açısıyla irdelenmiştir.

## **2. KADINLARDA SIK GÖRÜLEN HASTALIKLAR VE TOPLUMSAL CİNSİYET İLİŞKİSİ**

### **2.1.Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH)**

Bulaşıcı olmayan hastalıklar, dünya çapında 35 milyon ölümü veya tüm ölümlerin% 60'ını oluşturan kadınlar ve erkekler için önde gelen hastalık ve ölüm nedenidir. Kadınlar için bulaşıcı olmayan hastalıkların dört ana risk faktörü sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik, tütün kullanımı ve alkolün zararlı kullanımındır. Tüm bu faktörler değiştirilebilir ve bu faktörlerin ortadan kaldırılması tüm kalp hastalığı, inme ve tip 2 diyabetin % 80'ini ve kanserin %40'ından fazlasını önleyecektir. Biyolojik farklılıklar, cinsiyet rolleri ve sosyal marjinalleşme kadınları ve

erkekleri farklı BOH riskleri ve bireyin bu risk davranışlarını değiştirip değiştiremeyeceğini belirler. Bu da müdahalelerinin başarısını belirlemektedir (Valson & Kutty, 2018).

## **2.2.Meme Kanseri**

Erkek meme kanseri dünya çapında meme kanseri teşhislerinin %1'inden daha azını oluşturmaktadır (Shaaban et al., 2012). Kadınları etkileyen en yaygın kanserlerden ikisi meme ve servikal kanserdir. Her iki kanseri de erken tespit etmek, kadınları canlı ve sağlıklı tutmak için anahtardır. Son küresel rakamlar, her yıl yaklaşık yarım milyon kadının rahim ağzı kanserinden ve yarım milyon kadının meme kanserinden öldüğünü göstermektedir. Bu ölümlerin büyük çoğunluğu tarama, önleme ve tedavinin neredeyse hiç olmadığı ve insan papilloma virüsüne karşı aşılamanın yapılmadığı düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (Bustreo, 2015). Meme kanserinin kadın ve erkeklerde genel olarak benzer kabul edilmesi erkeklerdeki meme kanseri vakalarının klinik tedavisinin kadınlardaki gibi yapılmasına neden olmuştur. Ancak kadın ve erkek histopatolojisindeki önemli farklılıkların her iki cinsiyetin tedaviye olan yanıtlarını etkilemesi optimaliteyi sınırlandırmıştır (Shaaban et al., 2012).

Kanser vakalarında sosyal destek oldukça önemli bir yapıdır. Ancak kadınlar ve erkeklerin destek gereksinimleri ve algıladıkları destek farklı olabilmektedir. Yapılan bir araştırmada kadınlarda meme kanseri ve erkeklerde prostat kanser teşhisi alan bireylere verilen çevrimiçi destek sistemlerinde erkeklerin bu sistemi içlerini boşaltma, hakkını savunma, uzun süreli konuşma, amacıyla kullandıklarını, kadınların ise bu diyalogları destek grubu oluşturma, önerilerde bulunma amacıyla kullandıkları saptanmıştır. Kadınlar hastalıkla ilgili kaygılarına daha az zaman ayırırken erkeklerin özellikle cinsel işlev bozukluklarıyla başa çıkabilmek için uzun süreli araştırmalar ve yardım arayışları

olduğu bulunmuştur. Kadınların hastalığın etkisiyle başa çıkabilmek için zaman zaman kısa ve tesadüfi şekilde mizahı kullandıklarını ancak erkeklerin hastalığın çeşitli sonuçlarıyla başa çıkabilme de uzun süreli şakalar ve sürekli espri yapma eğiliminde oldukları saptanmıştır. Ayrıca kadınların duygularını daha rahat ifade ettikleri erkeklerin ise duygularını ima yoluyla belirttikleri görülmüş, kadınların hastalıkla ilgili ifadelerinde sevgi ve bu durumdan beslenmeyi içeren ifadeler varken erkekler gücü temsil eden savaşa dair ifadeler kullanmışlardır (Gooden & Winefield, 2007).

Çoğunlukla, meme kanseri mesajlarındaki cinsiyet tasvirleri ya da bu konuda verilen mesajlarda toplumsal cinsiyet stereotipleri kullanıldığı, bağımsızlaştırma ya da güçlendirmenin aksine kadınları pasif ve korunmaya muhtaç olarak tasvir ettiği bulunmuştur. Kadınlığın stereotipik göstergeleri, renk ve gölgelendirme (örneğin, pembe, lavanta pastel tonları) ve kadınları yumuşak veya narin olarak temsil etmeyi amaçlayan çiçeklerin (örneğin, ayçiçeği, papatya) kullanıldığı görülmüştür. Bununla birlikte, genç kadınlara hitap etmek için bazı kampanyaların, birçok kampanyayla ilişkilendirilen geleneksel pastel pembenin aksine sıcak veya parlak pembe kullandığı belirtilmiştir. Kullanılan görsellerin çoğunda kadınların nadiren kameraya direk baktıkları, onun dışında uysal ve eğik bir baş resmi kullanıldığı izlenmiştir. Pek çok resimde kadınların başları kesik, sadece meme kısmına vurgu yapılmış şekilde öne eğik bir duruş resmettikleri görülmüş bu durum mesajın alıcılarına meme kanseri teşhisi alan bir kadının pasif bir bedene sahip olduğu izlenimini yaratabilmektedir (Haines et al., 2010).

### **2.3.Kronik Hastalıklar**

Kronik hastalıklar yüksek sağlık maliyetleri, yıkıcı harcamalar ve verimliliğin kaybı ile sonuçlanan hastalıklardır (Pan American Health Organization, 2012). Kadınlar ve erkekler

toplumsal cinsiyet rollerinden dolayı kronik hastalıklarını farklı şekilde yönetme eğilimindedirler. Ayrıca kronik hastalığın insanları yaşadıkları yer ve kültürel ortamlara, sosyoekonomik durumlarına göre farklı şekilde etkileyebileceği de görülmektedir. Kronik hastalıklar için fiziksel hareketsizlik, yetersiz meyve ve sebze alımı, aşırı kilolu ya da obez olma ve sigara içme gibi bazı önemli risk faktörlerinin toplumsal cinsiyet, gelir, eğitim, coğrafya ve sayısız başka faktörle ilişkili olduğu da kabul edilmektedir (Canadian Women's Health Network, 2012).

Dünya genelinde bulaşıcı olmayan hastalıkların tedavisi için en az para ayırabilenler yoksulluk oranları yüksek olan kadınlardır. Bir ailenin sağlık giderlerine ayırabileceği maddi olanaklarının çoğu erkekler için kullanılmaktadır. Ayrıca kadınlar bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara sahip bireylerin yegâne bakım vericileridir. Bu ücretsiz bakım emeği, kadınların resmi olarak ekonomik ve sosyal haklara erişememelerinden dolayı yoksulluklarını da artırmaktadır. Bir kadının sağlık durumu, çocuklarının sağlığı ve kırılganlığı ile de ilgilidir. Yetersiz beslenen bir anneden doğmak, bir bebeğin yetersiz beslenme, düşük doğum ağırlığı ve yetişkinlikte bulaşıcı olmayan hastalıklara karşı daha fazla savunmasızlık riskini artırır. Bu nedenle kadın sağlığı, gelecek nesillerin sağlığı için kritik öneme sahiptir (Pan American Health Organization, 2012).

#### **2.4.Obezite ve Tip 2 Diyabet**

Diyabet, kalp krizi, görme sorunları, böbrek yetmezliği, özellikle alt ekstremitelerde amputasyonu ve inmenin önemli bir nedenidir. Tip 2 diyabet gelişimini geciktirmenin ya da önlemenin etkili yollarından bazıları sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite, normal vücut ağırlığının korunması ve tütün kullanımından kaçınmadır (WHO, 2018).

Genel olarak bakıldığında erkekler kadınlara göre daha yüksek Tip 2 diyabete oranlarına sahipken, 20-34 yaş arası

kadınların aynı yaştaki erkeklerden daha yüksek oranda tip 2 diyabet oldukları görülmektedir. Bu durumun muhtemel nedenleri arasında gestasyonel diyabet ve obezite önemli rol oynamaktadır. Gestasyonel diyabet ise kadının sonraki yaşam önemlerinde diyabet olma riskini önemli oranda artırmaktadır.

Diyabet insidansında çok önemli etnik ve sosyoekonomik farklılıklar vardır. Örneğin diyabet teşhisi konan Aborjin popülasyonunun yaklaşık üçte ikisi kadındır. Güney ya da Batı Asyalılar ve Afrikalı Kanadalılar da dâhil olmak üzere diğer etnik gruplardaki insanlar da beyazlardan önemli ölçüde daha yüksek diyabet oranlarına sahiptir. Ayrıca, gelir ve eğitim seviyeleri ne kadar düşük olursa, diyabet tanısı alma olasılığı o kadar yüksek olmaktadır (Fрати, 2012).

Obezite küresel bir salgındır (Kanter & Caballero, 2012). Kadınların obez olma olasılığı erkeklerden daha yüksektir. Türkiye’de de obezite oranları erkeklere oranla kadınlarda daha yüksektir. Yol açtığı hastalıklarla birlikte sağlık harcamalarında en önemli yeri tutan obezitenin birçok kronik hastalıkla yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu nedenle obezitenin etkenlerinin ve tedavi seçeneklerinin iyi bilinmesi, obezite ve komplikasyonlarının ideal tedavisinin tespit edilebilmesi açısından önemlidir (THSK, 2017).

Kadınların daha yüksek obezite oranları, diyabete karşı daha fazla savunmasız olmasına yol açmaktadır. Bununla birlikte, diyabet, kadınlarda koroner arter hastalığı riskini erkeklere göre daha yüksek bir dereceye çıkarır ve kadınlarda miyokart enfarktüsünden sonra daha büyük bir ölüm riski ile ilişkilidir (Regitz-Zagrosek, 2012).

DSÖ diyabetin cinsiyetler arasındaki farkında toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin altını çizerek, fiziksel hareketsizlik, yetersiz meyve ve sebze alımının kadınlarda diyabet riskini artırabileceğini vurgulamaktadır. Yapılan bir çalışmada diyabetin

kontrolü ve komplikasyonlarının kadınlarda daha kötü sonuçlara yol açtığını belirtmektedir. Bu durum kadınların genel olarak artan yükleri, sağlık arama davranışları ya da bakıma erişimdeki farklılıklardan kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. (Guariguata et al., 2018).

Kadınlarda menopoz obezite riskini artıracak şekilde yağ dağılımını etkilemektedir (Morita et al., 2006). Ancak aşırı kilo alımındaki bu cinsiyete özgü biyolojik farklılıklara karşın sosyokültürel faktörler ve toplumsal cinsiyet farklılıkları obezite ile ilgili halk sağlığı söylemlerinde ve dolayısıyla potansiyel politika ve çözüm önerilerinde yeterince yer almamaktadır. Gelişmiş ülkelerde bireylerin çoğu fiziksel olarak hareketsizdirler. Bu ülkelerdeki toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini daha çok gıda alımı yönlendirmektedir. Ayrıca yine gelişmiş ülkelerde sosyal statü ve gelir arttıkça erkeklerde obezitenin arttığı gözlenirken kadınlara ise daha zayıf ve fit olma fikrinin dayatıldığı kültürel baskılar hâkimdir (García-Álvarez et al., 2007). Gelişmekte olan ülkelerde ise, ekonomik büyümedeki değişimler beslenme alışkanlıklarını da değiştirmektedir. Beslenme geçişleri ortaya çıktıkça diyetler daha fazla miktarda yağ, şeker ve rafine karbonhidrat içermekte ve yaşam biçimleri giderek hareketsiz hale gelmektedir. Bununla birlikte birçok gelişmekte olan ülkede 20. yüzyılın sonlarına doğru, tarımsal emekten (hem üretim hem de geçim için) kadınların fiziksel aktivitelerini erkeklerden daha fazla azaltan ücretli işçiliğe geçilmesi kadınların obezite risk faktörlerini artırmıştır (Kanter & Caballero, 2012).

Jamaika'da, obezite kadınlar arasında kültürel olarak daha kabul edilebilirdir, çünkü aşırı kilo alımı annelik ve iyi beslenme ile ilişkili algılanmaktadır. Bu nedenle, gelişmekte olan ülkelerde, özellikle kadınlar arasında, meslek tipini ve fiziksel aktiviteyi etkileyen sosyokültürel faktörlerdeki değişiklikler, bu ülkelerde neden erkeklere kıyasla daha fazla kilolu ve obez kadınların

olduğunu açıklamaktadır. Doğu Asya ve Pasifik’te ise fazla kilo kadınlarda yüksek sosyoekonomik durum ve sağlıklı bir beden imgesi olarak gösterilmekte iken zayıflık hastalık ya da infertilite ile ilişkilendirilmektedir (Davis et al., 2004). Muhafazakâr toplumlarda özellikle Orta Doğu ve Kuzey Afrika bölgesinde ve yüksek gelirli olmayan Umman, Kuveyt ve Suudi Arabistan ülkelerinde, kadınlar genellikle aşırı baskı ve koruma altında tutulurlar. Kültürel ya da dini engeller nedeniyle fiziksel aktiviteleri de kısıtlanarak kamusal alana dâhil olmaları engellenmektedir. Bu bölgede yapılan geniş çaplı bir araştırmada aile ve eş tarafından yetersiz destek görme, spor tesislerin eksikliği, motivasyon eksikliği, kültürel inançlar ve tutumlar, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, uygunsuz çevresel koşullar ve gebelik gibi nedenlerle kadınların daha az fiziksel aktivite gerçekleştirdikleri görülmüştür (Musaiger, 2011).

Ayrıca kadınların sağlıksız davranışların olumsuz etkilerinin yanı sıra psikososyal stres, mesleki stres ve uyku bozukluklarının kardiyometabolik etkisine karşı daha savunmasız olduğu bilinmektedir. Ücretsiz emek ve aile yükü yüksek eğitim seviyesine sahip ve çalışan kadınlarda dahi stres seviyelerinin artmasına neden olabilir. Toplumsal cinsiyet rolleri ve ayrımcılık kadınlarda stres yanıtlarını daha da artırabilir. “Allostatik yük” denilen, çevresel taleplere uyum sağlama ve çevresel strese aşırı maruz kalma arasındaki dengesizlik, nöroendokrin, otonom ve bağışıklık sistemi yoluyla kardiyometabolik hastalık riskini artırmaktadır (McEwen, Gray, & Nasca, 2015). Yapılan bir kohort çalışmasında kadınlarda genel olarak, vardiyalı çalışma, yoğun iş yükü, özellikle otonomi eksikliği ve yüksek iş talebi kombinasyonu ile birlikte düşük duygusal destek algılayanlarda daha yüksek diyabet riskine yol açtığı saptanmıştır (Eriksson, Van Den Donk, Hilding, & Östenson, 2013). Diyabet yönetiminde ve diyabetin özümsemesinde de kadınlar ve erkekler arasında farklılıklar bulunmaktadır. Özellikle adolesan

dönemde kadınların diyabetik diyetle daha fazla uyum sağladıkları gözlenmiştir. Ancak bu durum beraberinde kadınların düşük benlik saygısı, bedenini olumsuz algılama gibi durumları getirebilmektedir. Bu durumda kan şekerinin ani düşüşlerine neden olabilir. Erkek adölesanlarda ise diyabeti gizleme eğilimi, okul ortamlarında enjeksiyon yapmama gibi olumsuz sağlık danışları görülebilmektedir (Siddiqui, Khan, & Carline, 2013). Dolayısıyla modern bireyselleştirilmiş diyabet önleme, teşhis ve tedavisinde, genetik yatkınlık, seks hormonları gibi biyolojik faktörlerdeki farklılıkları ile birlikte erkekler ve kadınlar arasındaki davranışsal ve çevresel farklılıkların da dikkate alınarak toplumsal cinsiyet duyarlı bir yaklaşım uygulanmalıdır (Kautzky-Willer, Harreiter, & Pacini, 2016).

### **2.5.Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH)**

KVH insidansı erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir. Ancak KVH açısından önemli bir risk faktörü olan yüksek kan basıncı ve diyabet kadınlarda daha fazla görülmektedir (Frati, 2012). Kadınların, erkeklerden daha uzun bir yaşam beklentisi olmasından dolayı kadınlar, KVH prevalansının en yüksek olduğu yaşlı nüfusun daha büyük bir bölümünü oluşturmaktadır (Mosca, Barrett-Connor, & Kass Wenger, 2011). Aynı zamanda, akut koroner sendromlu genç kadınlar, erkeklere kıyasla bakıma daha yavaş erişime sahiptir. Kalp krizi geçirdikten sonraki bir yıl içinde, kadınların acil servise dönme veya hastaneye kabul edilme olasılığı da erkeklere göre daha yüksektir. Bununla beraber kadınlar aynı yaştaki erkeklere göre daha yüksek inme riskine sahiptir (Health, Practice, & Research, 2010)

Kadınların ve erkeklerin KVH'de nasıl tedavi edildikleri konusunda da farklılıklar vardır. Örneğin, kadınların erkeklere göre KVH teşhisleri daha sık ertelenmekte ya da gözden kaçırılmaktadır. Ayrıca kadınların önleyici danışmanlık alma, bir uzman tarafından tedavi edilme ve tedavi için başka bir tesise

yönlendirilme olasılığı erkeklerden daha azdır. Bunun yanı sıra kadınlar kalp krizi sonrası hastane içi daha yüksek ölüm oranlarına sahiptir. Kalp hastalığı ilaçlarının da cinsiyet yanlılığı söz konusudur: Örneğin, KVH için kadınlara yaygın olarak reçete edilen statinler, esas olarak erkekler üzerinde test edilmiştir (Frati, 2012).

Toplumsal cinsiyete özgü güvenlik ve etkinlik eksikliği, kadınlar için en uygun KVH bakımının önündeki bir engeldir. Bu nedenle KVH'yi önlemek için etkili yaşam tarzı yöntemleri, özellikle de çeşitli kadın grupları arasında uzun vadeli sürdürülebilirlik potansiyeli olan yaklaşımlara ilişkin daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir (Mosca et al., 2011). KVH alanında yapılan araştırmalar da pek çok araştırmada olduğu gibi kadınları yeterince temsil etmemektedir. Örneğin; kadınların miyokart enfarktüsünden sonra erkeklerden daha kötü prognoza sahip olduğu görülmektedir. Ancak yalnızca erkeklerle karşılaştırıldığında kadınların bakım gereksinimlerinin karşılanmasındaki gecikme, sağlık hizmeti sağlayıcısının kadınlardaki semptomları tanımlaması, patofizyolojinin altında yatan asıl farklılıklar, daha fazla komorbidite veya kadınlarda daha ileri yaşlarda başvuru yapılmasını açıklanamayacaktır (Mosca et al., 2011).

## **2.6.Solunum Sistemi Hastalıkları,**

Kronik solunum yolu hastalıkları, dünya çapında önde gelen ölüm nedenlerindendir. Kadınlarda solunum sistemi hastalıklarına ilişkin verilere bakıldığında, kadınların pulmoner hipertansiyon gelişme olasılığının erkeklerden 4 kat daha fazla olduğu görülmektedir. Bununla birlikte yaşam boyu astım riski kadınlarda erkeklerden % 10 daha fazlayken, KOAH riski erkeklerden % 37 daha fazladır (Health et al., 2010).

Kadınlarda KOAH prevalansının artmasının, değişen sigara içme kalıpları ve daha geleneksel erkek mesleklerinde

kadınların da yer almasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Criner et al., 2015). Cinsiyete göre tütün ve alkol tüketimindeki mevcut kalıplar değişmekte, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde kadınları hedef alan ürünlerin satışlarını artırmak için ticari stratejiler bulunmaktadır (Slade et al., 2016).

Kadınlar erkeklerden farklı yaşam deneyimlerine sahiptir. Bu durum küresel olarak bir fırsat eşitsizliğini de beraberinde getirir. Ayrıca bu durum, kadınların evdeki ve toplum içindeki rollerine ilişkin risk farklılıklarına dayalı bir sağlık eşitsizliğine de işaret edebilir. Tabii ki, her iki cinsiyet için de sağlık eşitsizliğinin en büyük kaynağı hane halkı gelir düzeyidir. Solunum yolu hastalıkları bağlamında, kadınlar için özel bir önemi olan küresel bir çevresel maruziyet, pişirme ve ısıtma için katı yakıtların (biyokütle ve kömür) iç mekânda yakılmasından kaynaklanan ev tipi hava kirliliğidir (EHK). EHK maruziyeti baskın olarak KOAH, kardiyovasküler hastalıklar, 5 yaşın altındaki çocuklarda akut pnömoni, ölüm ve sakatlıkların büyük çoğunluğunu oluşturmakta ve çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde şiddetli yoksulluk içinde yaşayan hane halkları arasında görülmekle birlikte her yıl yaklaşık 4 milyon ölüme neden olmaktadır (Pinkerton et al., 2015).

Toplumsal cinsiyet etkisiyle solunum hastalıklarında önemli risk faktörlerine sahip bir grup da cinsel azınlıktaki kadınlardır. Bu kadınların ayrımcılık ve damgalanmış bir azınlığın parçası olma ile ilişkili stres yaşama oranları oldukça yüksektir. Bu da bir başa çıkma mekanizması olarak sigara içme oranlarını artırmaktadır. Medyadaki kadınları hedef alan “light sigara” reklamları, muhtemelen daha fazla genç kadının sigara içmeye başlamasına neden olmaktadır (Pathania, 2011).

Sağlık sistemindeki güvence ya da diğer ekonomik engeller sağlık hizmetlerine erişimi de sınırlandırmaktadır. Kadınların sağlık bakımında cepten yapılan harcamalardaki

otonomi eksikliği onların sağlık erişimlerini kısıtlayabilir (Manandhar et al., 2018). Tarama ve teşhis, özellikle gebelik, yoksulluk ve düşük güçlenme seviyeleri nedeniyle kadınlar arasında kaynakların sınırlı olduğu ortamlarda bir sorun olmaya devam etmektedir (Pinkerton et al., 2015).

## **2.7.Kas İskelet Sistemi Hastalıkları**

Kas iskelet sistemi hastalıkları kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir. Dizde osteoartrit görülme oranı erkeklerin neredeyse iki katıdır. Sosyoekonomik durum osteoartriti daha da artırmaktadır (Lagro-Janssen, Lo Fo Wong, & van den Muijsenbergh, 2008). Yapılan bir araştırmada kadınların ev içi iş yükü ve yoğun iş maruziyetinin kas iskelet sistemi bozukluklarını artırdığı ve duygusal tükenmeye neden olduğu saptanmıştır (Ahlgren, Malmgren Olsson, & Brulin, 2012). Başka bir araştırmada ise osteoporozun sosyoekonomik düzeyi düşük yaşlı kadınlarda, beden kitle indeksi düşük olanlarda ve kırık öyküsü olan kadınlarda daha yaygın olduklarını saptamışlardır (Kim, Kim, & Cho, 2015).

Erkekler daha yüksek kemik yoğunluğuna ve içeriğine sahiptirler (Alswat, 2017). Kadınlar erkeklerden daha ince, daha küçük kemikler ve daha az kemik dokusuna sahiptir. Yaşamları boyunca, kadınların kemikleri östrojen tarafından korunmaktadır. Ancak kadınlar özellikle menopoza sırasında östrojen kaybetmeye başladığında, kemik kütlesi kaybı (osteoporoz) yaşamaktadırlar. Osteoporoz kadınlarda daha sık görülmesine karşın erkeklerde sıklıkla osteoporoz yaşarlar ancak teşhisin konulmasında gecikme yaşanabilir ve erkeklerde osteoporoz kalça kırığının gizli bir nedenidir (Regitz-Zagrosek, 2012).

## **2.8.Otoimmün Hastalıklar**

Otoimmün hastalıklar genellikle kadınları erkeklerden daha çok etkilemektedir. Otoimmün hastalıkların yalnızca biyolojik ve genetik faktörlerden etkilenmediği, çevresel

faktörlerin de otoimmün hastalığa yakalanma riskini artırdığı bilinmektedir. Enfeksiyöz ajanlara, kimyasallara ve toksik maddelere maruz kalma, çocukluk ve yetişkinlik döneminde güneş ışığından daha az yararlanma otoimmün hastalık riskini artıran bazı çevresel faktörlerdir. Otoimmün hastalıklar genellikle ölümcül olarak kabul edilmez, ancak birçok hastalıkta, genel nüfusa kıyasla beklenen yaşam süresi azalmıştır (Ngo, Steyn, & McCombe, 2014).

## **2.9. Depresyon**

DSÖ tüm dünyada kadınların %5,1'inin, erkeklerin ise %3,6'sının depresyonda olduklarını bildirmiştir. Yaşla birlikte depresyon görülme sıklığı da artmaktadır. 55-74 yaş arası erkeklerin %5,5'i, kadınların ise %7,5'i depresyon yaşamaktadır. Kadınların yaşam beklenen sürelerinin erkeklerden uzun olması depresyon, alzheimer gibi hastalıklara yatkınlığı artırmaktadır (Manandhar et al., 2018). Kadınların beklenen yaşam sürelerinin erkeklerden uzun olması bu durumun temel belirleyicisi olarak kabul edilmesine karşın kadınların şiddet, yoksulluk, aşırı iş yükü, kötü ekonomik koşullar, sağlık hizmetlerine ulaşmada yetersizlik ve sosyokültürel bağlamda daha fazla olumsuz deneyim yaşamakta ve daha fazla stresle karşılaşmaktadır. Dolayısıyla da kadınlar ruh sağlığı sorunlarıyla daha çok karşılaşmaktadırlar. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği özellikle yaşlı kadınlarda ruhsal sorunları tetikleyebilmektedir. Yaşlı kadınlarda sıklıkla karşılan ruhsal sorunlar depresyon ve psikozdur. Demans ve alzheimer gibi ağır bilişsel bozukluğa yol açan hastalıklar da kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir (Yıldırım, Duman Büyükkayacı, & Keskin, 2019).

Kadınların toplumdaki konumu, birbiriyle çatışan iş, aile ve sosyal rolleri, çocuk, yaşlı, hasta ve aile bireylerinin bakımında üstlendiği görevler ve yaşadığı çatışmalar, istihdam ortamındaki eşitsizlikler yoksulluğu daha fazla yaşamaları gibi sosyal

faktörler kadınları strese daha duyarlı kılmaktadır. Bu durum da kadını psikiyatrik hastalıklara daha yatkın hale getirmektedir.

Depresyon açısından yüksek risk altındaki bir diğer grup cinsel azınlıktaki kadınlardır. Bu kadınlar heteroseksüel kadınlara oranla daha yüksek depresyon oranlarına sahiptir. Toplumsal cinsiyet rollerinin baskısı ve benlik saygılarının düşük olması depresyona yatkınlığı artırmaktadır (Lo, Kim, Small, & Chan, 2019).

## **2.10. Bulaşıcı Hastalıklar**

Dünya’da 45 milyon insan HIV enfeksiyonu ile, 330 milyon ise tedavi edilebilir cinsel yolla bulaşan enfeksiyon ile yaşamaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların enfeksiyon oranları, kadınları orantısız olarak etkileyen sosyoekonomik, anatomik, hormonal ve immünolojik faktörlerin bir sonucudur. Kadının ekonomik bağımlılığı, karşı gelememesi, “hayır” diyememesi ve bazı Afrika ülkelerinde olduğu gibi kadına yapılan zararlı geleneksel uygulamalar bulaşmayı daha da artırarak kadınlardaki HIV dâhil bütün cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları artıran ciddi bir etkidir (Akın, 2007).

Bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkışında biyolojik farklılıklarının yanı sıra altta yatan toplumsal cinsiyet faktörlerinin tanımlanması sadece patogeneze ve patolojinin daha iyi anlaşılmasını sağlamakla kalmayacak, aynı zamanda bu toplumsal cinsiyet farklılıklarını dikkate alan müdahalelerin ve tedavilerin geliştirilmesini de sağlayacaktır. Bu nedenle, toplumsal cinsiyete dayalı farklılıklara ilişkin yeni görüşler, bulaşıcı hastalıklarda sadece patojen çeşitliliği ve duyarlılığı dikkate almakla kalmayıp, özellikle toplumsal cinsiyet söz konusu olduğunda, konakçı faktörleri de içeren daha bireyselleştirilmiş tedavi kavramlarının geliştirilmesinde kritik bir rol oynayacaktır (Van Lunzen & Altfeld, 2014).

### **3. KADIN SAĞLIĞININ İYİLEŞTİRİLMESİ**

Kadın sağlığının iyileştirilmesi için toplumsal cinsiyet eşitliğinin ötesine geçilmelidir. Küresel, ulusal ve yerel sağlık politikaları, erkeklerin ve kadınların farklı rollerinin, davranışlarının, deneyimlerinin, kaynaklara erişim ve fırsatlarının farklı güç ve iktidar ilişkileri göz önünde bulundurulmalıdır. Bu amaçla toplumsal cinsiyet duyarlı bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi gerekmektedir. Bu yaklaşım sosyal belirleyiciler, sağlık arama davranışı, sağlık hizmet sunumu ve sağlık sistemi gibi alanlarla kesişecektir. (Bowleg, 2012; Colbourn et al., 2015).

Sağlık hizmeti kullanım maliyetlerini azaltan ya da ortadan kaldıran politikalar, hem erkekleri hem de kadınları sağlık hizmetlerine erişmeye teşvik edebilir. Cepten yapılan harcamaların sınırlandırılması, temel olarak bakım ve tedavilerini karşılayamayan kadınlar için özellikle yararlı olabilir. Ayrıca ulusal politikaların yerine küresel sağlık politikaları için geniş bir sağlık ağı oluşturulması, hastalık odaklı yaklaşımların aşılmasını sağlayabilir. Çalışmalar ve resmi istatistikler, sağlıkta cinsiyete göre ayrıştırılmış istatistiksel farklılıkları raporlasalar da toplumsal cinsiyetin bu görünür farklılıkları şekillendirmedeki etkisi görülmeyebilir (Manandhar et al., 2018). Bu nedenle, yapılan araştırmalarda erkekler ve kadınlar için veriler toplanmalı, cinsiyete göre ayrıştırılmalı ve bir toplumsal cinsiyet merceği ile analiz edilmelidir.

Kadınlar genellikle sağlık hizmetlerini birinci basamak sistemiyle ararlar. Topluluk düzeyinde klinikler, hastalara tanı ve tedavi için basit, düşük maliyetli yöntemler sunmaktadırlar. Anne ve çocuk sağlığı hizmetleri yüksek düzeyde bir kapsama sahiptir ve bulaşıcı olmayan hastalık taraması, yönetimi, tedavisi ve eğitimi sağlamak ve bulaşıcı olmayan hastalık risk faktörlerine karşı savunmasızlığı tespit etmek için önemli fırsatlardır. Ayrıca

gelecekteki sağlık bakım maliyetlerini azaltmada okullarda verilecek erken eğitimin de etkisi önemlidir. Bu nedenle sağlıklı beslenme, alkol ve tütünden kaçınma, spor yapma konularında eğitim verilmelidir.

#### **4. SONUÇ**

Kadınlar ekonomik bağımlılık, ataerkil yapılar gibi kültürel cinsiyet normları ve toplumsal rol ve sorumlulukların yükü nedeniyle sağlık hizmetlerinde daha büyük engellerle karşılaşmaktadır. Kadınların karar verme ve topluma tam katılım sağlamalarında güçlendirilmesi, kadınların tüm yaşam dönemlerindeki bilgi boşluklarının giderilmesi kadın sağlığının ve refahının artırılmasını sağlayacaktır. Ayrıca ebeveynlerin iş yaşamları ile ebeveynlik sorumluluklarını birleştirmelerini destekleyecek istihdam politikaları, ebeveynlik ve aile destek sistemlerinin artırılması, yüksek kaliteli doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım da kadın sağlığını olumlu yönde etkileyecek unsurlardandır. Kadın sağlığının korunması, iyileştirilmesi yalnızca sağlık alanında değil, kadın sorunları, sosyal koruma, sosyal konular, eğitim, istihdam gibi pek çok sektörle iş birliği gerektirmektedir. Dolayısıyla sağlığın sosyal belirleyicilerine odaklanmak kadın sağlığının geliştirilmesinde önceliklidir.

## KAYNAKÇA

- Ahlgren, C., Malmgren Olsson, E.-B., & Brulin, C. (2012). Gender analysis of musculoskeletal disorders and emotional exhaustion: interactive effects from physical and psychosocial work exposures and engagement in domestic work. *Ergonomics*, 55(2), 212-228.
- Akın, A. (2007). Toplumsal cinsiyet (gender) ayrımcılığı ve sağlık. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 26(2), 1-9.
- Alswat, K. A. (2017). Gender disparities in osteoporosis. *Journal of clinical medicine research*, 9(5), 382.
- Annandale, E., & Hammarström, A. (2011). Constructing the ‘gender-specific body’: a critical discourse analysis of publications in the field of gender-specific medicine. *Health*, 15(6), 571-587.
- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: intersectionality—an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267-1273.
- Bustreo, F. (2015). Ten top issues for women’s health. *World Health Organization*, 8.
- Colbourn, T., Gideon, J., Groce, N., Heinrich, M., Kelman, I., Kett, M., . . . Waage, J. (2015). Human health. In: Ubiquity Press.
- Criner, G. J., Bourbeau, J., Diekemper, R. L., Ouellette, D. R., Goodridge, D., Hernandez, P., . . . Camp, P. G. (2015). Prevention of acute exacerbations of COPD: American college of chest physicians and Canadian thoracic society guideline. *Chest*, 147(4), 894-942.
- Cullen, M. R., Baiocchi, M., Eggleston, K., Loftus, P., & Fuchs, V. (2016). The weaker sex? Vulnerable men and women’s

- resilience to socio-economic disadvantage. *SSM-population health*, 2, 512-524.
- Davis, J., Busch, J., Hammatt, Z., Novotny, R., Harrigan, R., Grandinetti, A., & Easa, D. (2004). The relationship between ethnicity and obesity in Asian and Pacific Islander populations. *Ethnicity & disease*, 14(1), 111-118.
- Eriksson, A.-K., Van Den Donk, M., Hilding, A., & Östenson, C.-G. (2013). Work stress, sense of coherence, and risk of type 2 diabetes in a prospective study of middle-aged Swedish men and women. *Diabetes care*, 36(9), 2683-2689.
- Fрати, F. (2012). The Canadian Women's Health Network Web Site. *Journal of Consumer Health On the Internet*, 16(3), 340-351.
- García-Álvarez, A., Serra-Majem, L., Ribas-Barba, L., Castell, C., Foz, M., Uauy, R., . . . Salleras, L. (2007). Obesity and overweight trends in Catalonia, Spain (1992–2003): gender and socio-economic determinants. *Public health nutrition*, 10(11A), 1368-1378.
- Gooden, R. J., & Winefield, H. R. (2007). Breast and prostate cancer online discussion boards: a thematic analysis of gender differences and similarities. *Journal of Health Psychology*, 12(1), 103-114.
- Guariguata, L., Brown, C., Sobers, N., Hambleton, I., Samuels, T. A., & Unwin, N. (2018). An updated systematic review and meta-analysis on the social determinants of diabetes and related risk factors in the Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42.
- Haines, R. J., Bottorff, J. L., Barclay McKeown, S., Ptolemy, E., Carey, J., & Sullivan, K. (2010). Breast cancer messaging

- for younger women: gender, femininity, and risk. *Qualitative health research*, 20(6), 731-742.
- Health, B. o. P., Practice, P. H., & Research, C. o. W. s. H. (2010). *Women's health research: Progress, pitfalls, and promise*: National Academies Press.
- Kanter, R., & Caballero, B. (2012). Global gender disparities in obesity: a review. *Advances in nutrition*, 3(4), 491-498.
- Kautzky-Willer, A., Harreiter, J., & Pacini, G. (2016). Sex and gender differences in risk, pathophysiology and complications of type 2 diabetes mellitus. *Endocrine reviews*, 37(3), 278-316.
- Kim, Y., Kim, J. H., & Cho, D. S. (2015). Gender difference in osteoporosis prevalence, awareness and treatment: based on the Korea national health and nutrition examination survey 2008~ 2011. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 45(2), 293-305.
- Lagro-Janssen, T., Lo Fo Wong, S., & van den Muijsenbergh, M. (2008). The importance of gender in health problems. *The European journal of general practice*, 14(sup1), 33-37.
- Lo, I. P. Y., Kim, Y. K., Small, E., & Chan, C. H. Y. (2019). The gendered self of Chinese lesbians: Self-esteem as a mediator between gender roles and depression. *Archives of sexual behavior*, 48, 1543-1554.
- Manandhar, M., Hawkes, S., Buse, K., Nosrati, E., & Magar, V. (2018). Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(9), 644.
- McEwen, B. S., Gray, J. D., & Nasca, C. (2015). 60 years of neuroendocrinology: redefining neuroendocrinology: stress, sex and cognitive and emotional regulation. *Journal of endocrinology*, 226(2), T67-T83.

- Morita, Y., Iwamoto, I., Mizuma, N., Kuwahata, T., Matsuo, T., Yoshinaga, M., & Douchi, T. (2006). Precedence of the shift of body-fat distribution over the change in body composition after menopause. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 32(5), 513-516.
- Mosca, L., Barrett-Connor, E., & Kass Wenger, N. (2011). Sex/gender differences in cardiovascular disease prevention: what a difference a decade makes. *Circulation*, 124(19), 2145-2154.
- Musaiger, A. O. (2011). Overweight and obesity in eastern mediterranean region: prevalence and possible causes. *Journal of obesity*, 2011(1), 407237.
- Ngo, S. T., Steyn, F. J., & McCombe, P. A. (2014). Gender differences in autoimmune disease. *Frontiers in neuroendocrinology*, 35(3), 347-369.
- Pathania, V. S. (2011). Women and the smoking epidemic: turning the tide. In (Vol. 89, pp. 162-162): SciELO Public Health.
- Pinkerton, K. E., Harbaugh, M., Han, M. K., Jourdan Le Saux, C., Van Winkle, L. S., Martin, W. J., . . . Smiley-Jewell, S. M. (2015). Women and lung disease. Sex differences and global health disparities. *American Journal of Respiratory and critical care Medicine*, 192(1), 11-16.
- Regitz-Zagrosek, V. (2012). Sex and gender differences in health: Science & Society Series on Sex and Science. *EMBO reports*, 13(7), 596-603.
- Shaaban, A. M., Ball, G. R., Brannan, R. A., Cserni, G., Benedetto, A. D., Dent, J., . . . Jones, J. L. (2012). A comparative biomarker study of 514 matched cases of male and female breast cancer reveals gender-specific

- biological differences. *Breast cancer research and treatment*, 133, 949-958.
- Siddiqui, M. A., Khan, M. F., & Carline, T. E. (2013). Gender differences in living with diabetes mellitus. *Materia socio-medica*, 25(2), 140.
- Slade, T., Chapman, C., Swift, W., Keyes, K., Tonks, Z., & Teesson, M. (2016). Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and metaregression. *BMJ open*, 6(10), e011827.
- THSK. (2017). “Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi”. In. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
- Valson, J. S., & Kutty, V. R. (2018). Gender differences in the relationship between built environment and non-communicable diseases: a systematic review. *Journal of Public Health Research*, 7(1), jphr. 2018.1239.
- Van Lunzen, J., & Altfeld, M. (2014). Sex differences in infectious diseases—common but neglected. *The Journal of infectious diseases*, 209(suppl\_3), S79-S80.
- Yıldırım, F., Duman Büyükkayacı, N., & Keskin, M. (2019). Yaşlı kadınlarda ruh sağlığı sorunlarına güncel bakış. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 5(1), 58-61.
- Zandman-Goddard, G., Peeva, E., Rozman, Z., Ben-Zvi, I., Langevitz, P., Shvartser, Y., . . . Lidar, M. (2011). Sex and gender differences in autoimmune diseases. In *Sex and gender aspects in clinical medicine* (pp. 101-124): Springer.

# MULTİPLE SKLEROZ VE TAMAMLAYICI- ALTERNATİF TEDAVİLER

**Tülay KARS FERTELLİ<sup>1</sup>**

**Feyzanur DEMİR<sup>2</sup>**

## 1. GİRİŞ

Multiple Skleroz (MS), merkezi sinir sisteminin (MSS) demiyelinizan, kronik, progresif, atak ve remisyonlarla seyreden hastalığıdır. 1868 yılında Jean Martin Charcot tarafından kliniği ve patofizyolojisi ayrıntılı olarak tanımlanmıştır. (Contarlı ve Özdemir, 2023). 2-4. dekatlar arasındaki popülasyonda nörolojik özürlülüğün en sık nedeni sayılmakta ve kadın cinsiyetinde görülme sıklığının fazla olduğu belirtilmektedir (Balcı, Duman, Tunç, Baştan, & Çokar, 2023). 2023 yılında dünya çapında 2,9 milyon, ülkemizde ise 58.401 kişinin etkilendiği belirtilen bu hastalığa her beş dakikada bir yeni teşhislerin eklendiği tahmin edilmektedir (Atlas of MS, 2024). Hastalığın patofizyolojisinde immün mekanizmalar ve inflamasyon sorumlu tutulmakta ancak nedeni tam olarak bilinmemektedir. Etiyolojide D vitamini eksikliği, ultraviyole ışınlarına maruziyet, sigara, genetik faktörler, Epstein Barr virüsü, obezite ve kesin olmamakla beraber beslenmenin etkili olduğu varsayılmaktadır (Ward ve Goldman, 2022; Rende ve Orha, 2023).

---

<sup>1</sup> Doç. Dr. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. tkars@cumhuriyet.edu.tr, ORCID: 0000-0002-8383-0805.

<sup>2</sup> Yüksek Lisans Öğrencisi- Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, fyznr1155@gmail.com ORCID:0009-0001-5697-7764.

Multiple Sklerozun patofizyolojisinde, T lenfositler ve vücuda antijen sunan hücreler arasında karmaşık olaylar başlamakta ve sonrasında adaptif otoimmün yanıt gelişmektedir. Dolaşımda bulunan T lenfositler hasarlanmış kan beyin bariyerini geçerek miyelin hasarına neden olan inflamatuvar sitokinleri üretmektedir. Bu inflamatuvar sitokinlere karşı mikroglia ve makrofajlar aktive olmaktadır. Mikrogliaların antiinflamatuvar etkileri vardır ve remiyelinizasyonu sürdürmeden sorumludurlar. Ancak MS'un ilerlemesiyle mikroglialar sitokin salınımına ve oksidatif hasara neden olarak nörodejenerasyonu ilerletmektedirler (Contarlı ve Özdemir, 2023; Ward ve Goldman, 2022; Rende ve Orha, 2023). Bu süreçler sonucunda MSS'nin etkilendiği bölgeye göre duysal, bilişsel, fiziksel semptomlar ortaya çıkmaktadır. Relaps ve remisyonlarla seyreden hastalığın klinik fenotipleri Tablo.1'de özetlenmektedir.

**Tablo 1. Multiple Skleroz Klinik Fenotipleri**

| FENOTİP TÜRÜ                        | KLİNİK ÖZELLİKLERİ                                                                                               |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Relapsing<br>Remitting<br>(RRMS)    | En sık görülen tipidir. Alevlenme-remisyonlarla karakterizedir. Diğer türlere göre daha yavaş ilerleme gösterir. |
| Primer Progresif<br>MS (PPMS)       | Tanıların %10-15'ini oluşturur. Remisyon olmadan hızlı ilerleme gösterir bu yüzden kötü prognoza sahiptir.       |
| Sekonder<br>Progresif MS<br>(SPMS)  | Atakların arası sık olmasa da şiddeti zamanla artar ve kötüleşir. RRMS türü zamanla bu fenotipe dönüşür.         |
| Relapsing<br>Progresif MS<br>(RPMS) | Remisyon süresinde tam düzelmenin olmadığı türdür.                                                               |

**Kaynak:** (Contarlı ve Özdemir, 2023; Oh, Vidal-Jordana ve Montalban, 2018)

Multiple Sklerozun en sık semptomları arasında görme kaybı, gözü hareketi sırasında ağrı, vertigo, dizatri, ekstremitelerde duysal ve motor kayıp, yorgunluk, ataksi, bilişsel ve duygu-durum bozuklukları sayılabilir (Contarlı ve Özdemir, 2023; Ford, 2020). Bireysel ve sosyal anlamda ciddi

maliyeti olan bu multisistemik hastalığın kesin tedavisi bulunmamaktadır. Bu yüzden semptomatik rahatlama ve sakatlığın ilerlemesini önlemek amaçlanmaktadır. Ancak çoğu zaman kullanılan medikal ilaçlar semptomları hafifletmemekte ve bireyin yaşam kalitesini iyileştirememektedir. Bununla birlikte ilaçların yan etkilerinin de fazla olması hastaları başka çareler aramaya yöneltmektedir. Son on yıldır oldukça dikkat çeken tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri de bunlardan biridir (Bergien, Petersen, Lynning, Kristiansen ve Skovgaard, 2020).

**Tablo 2. Multiple Sklerozda Medikal Tedavi Seçenekleri**

| <b>MS MEDİKAL TEDAVİ SEÇENEKLERİ</b>         |                                                                                                                            |                                                                                                                |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>HASTALIĞI DEĞİŞTİRİCİ TEDAVİLER (DMD)</b> | <b>Metilprednizolon</b>                                                                                                    | Relaps döneminde intravenöz tedavide olarak altın standart olarak kabul edilmektedir.                          |
|                                              | <b>Plazmaferez</b>                                                                                                         | Steroid tedaviye yanıt vermeyen durumlarda kullanılmaktadır.                                                   |
|                                              | <b>Beta interferonlar</b>                                                                                                  | Diğer tedavilere göre daha az etkili olmakla beraber daha güvenli oldukları düşünülmektedir.                   |
|                                              | <b>Glatiramer Asetat</b>                                                                                                   |                                                                                                                |
|                                              | <b>Sfingozin-1-Fosfat (S1P) Ajanları</b><br><b>Teriflunomid</b><br><b>Fumaratlar/Fumarik Asit</b><br><b>Oral Kladribin</b> | Bunlar, birinci nesil enjekte edilebilir ilaçlar kadar etkilidirler.                                           |
| <b>MONOKLONAL ANTİKOR TEDAVİ DMD'LERİ</b>    | <b>Natalizumab</b><br><b>Anti-CD20 Ajanları</b><br><b>Alemtuzumab</b>                                                      | IV ve SC uygulanırlar. Nükslerin ve sakatlık ilerleme riskinin azaltılmasında etkili oldukları kanıtlanmıştır. |

**Kaynak:** (Contarlı ve Özdemir, 2023; Appleberry ve Shin, 2022).

## 2. TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP (TAT)

Tamamlayıcı-alternatif tıp, National Institutes Of Health (NIH) tarafından “standart tıbbi bakımın parçası olmayan tıbbi uygulamalar ve ürünler için kullanılan yöntemler” olarak tanımlanmaktadır. Tamamlayıcı-alternatif tıp, gelenekselin yerine kullanılan alternatif yöntemler ve geleneksel tedavilerle ek olarak kullanılan tamamlayıcı uygulamalardan oluşmaktadır (Tekin, Tecellioğlu, Şekerci ve Özcan, 2022). Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığına göre (NCCIH) bu yöntemler beslenme, fiziksel ve/veya psikolojik yaklaşımları içermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Atlası verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık yarısından fazlasının bu yöntemleri kullandığı belirtilmektedir (WHO, 2019). Kadınlarda, orta yaşta ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda ise yaygınlığın daha fazla olduğu bildirilmektedir. Birçok kronik hastalıkta medikal tedavilere ek olarak kullanılan TAT, yaygın nörolojik hastalık olan MS’da da kullanılmaktadır (Soto-Lara ve ark., 2023).

**Tablo 3. Tamamlayıcı ve Alternatif Yöntemler**

| TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF YÖNTEMLER |                                                                                                                              |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BESLENME YÖNTEMLERİ                 | Doğal ürünler, besin takviyeleri, vitaminler, diyet yöntemleri, botanik ilaçlar vs.                                          |
| PSİKOLOJİK YÖNTEMLER                | Psikoterapiler, manevi ve farkındalık uygulamaları, gevşeme teknikleri, meditasyon, tai chi, sanat ve müzik uygulamaları vs. |
| FİZİKSEL YÖNTEMLER                  | Akupunktur, sıcak/soğuk manuel terapiler, ışık-elektrik- manyetik stimülasyon, çeşitli cihazlar vs.                          |

**Kaynak:** (Claflin, van der Mei ve Taylor, 2018)

## 3. MULTİPLE SKLEROZDA TAMAMLAYICI-ALTERNATİF TIP YÖNTEMLERİ

Multiple Skleroz, fonksiyonel ve işlevsel kayıpların yaşandığı, bireylerde zamanla engelliliğe neden olan ve kesin bir

tedavinin olmadığı hastalıktır. Özellikle tanılamının ilk yıllarında hastaların TAT kullanım alışkanlığının daha sık olduğu belirtilmektedir (Tekin ve ark., 2022). Bireyler semptomlarında rahatlatma sağlama, hastalık yönetimlerinde aktif rol alma ve medikal tedaviden memnun olmama gibi sebeplerle en az bir kez TAT yöntemlerinden birini kullandıklarını belirtmektedir (Claflin ve ark., 2018). Bu durum etkilenen kişilerin bu uygulamaları ‘hastalıktan kurtaracak çare’ olarak gördüklerini göstermeleri bakımından önemlidir. Literatür incelendiğinde MS hastalarının sık kullandıkları yöntemler farklılık göstermektedir. Örneğin Arabistan’da yapılan bir çalışmada en sık kullanılan yöntemler dua, namaz kılmak, şifalı su içmek, hacamat iken (Alnahdi, Alsulayhim, Salem, Masuadi ve Al Malik, 2020), İran’daki bir çalışmada yoga, akupunktur, sülük ve hacamat (Ranjbar, Daneshfard ve Izadi, 2021) kullanılmaktadır. Batı ülkelerinde besin-vitamin takviyeleri, gevşeme teknikleri ve egzersiz yöntemleri ise daha sık kullanılmaktadır (Gotta, Mayer ve Huebner, 2018). Ülkemizde konuyla ilgili çalışmaların daha sınırlı kaldığı söylenebilir. Bununla birlikte alanda yapılmış birkaç çalışmada en sık kullanılan yöntemler dua etme, muska kullanma ve bitkisel tedavi iken (Basak, Unver ve Demirkaya, 2014), Ege bölgesini kapsayan çalışmada biyoenerji, yoga, reiki ve bitkisel ürünlerin sıklıkla kullanıldığı belirtilmektedir (Gedizliñoğlu ve ark.,2015), Türkiye’nin doğusunda yapılmış bir başka çalışmada da en çok bitkisel tedaviler, gevşeme terapileri, masaj-egzersiz ve dua etme yöntemlerinin kullanıldığı gösterilmektedir (Dayapoğlu ve Tan, 2016).Yakın zamanda yapılan çalışmada ise hastalar en sık hacamat, sülük uygulaması, bitkisel ilaçlar/fitoterapi yöntemlerini kullanmışlardır (Tekin ve ark. 2022). Kullanılan uygulamalarda farklılıklar olması kültürel ve bölgesel değişikliklerden kaynaklanmaktadır (Çelik ve ark., 2019).

Türkiye’de Resmî Gazetede yayımlanan ‘Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yönetmeliği’nde bahsedilen uygulamalardan birisi akupunkturdur. Vücudun enerji akışında bir tıkanıklığa bağlı olarak rahatsız edici semptomların ortaya çıktığı düşünülen ve bu yüzden belli bölgelerinin iğneyle uyarılarak tedavisi amaçlanan, özel ve eski bir uygulamadır. MS’da, nöronal stimülasyon ve immünomodülatör etkiyle organların fonksiyonlarını düzenleyerek semptomlar üzerinde olumlu etkileri hedeflenmektedir. Bu yöntemin hastalarda ağrı, yorgunluk, spastisite, mesane disfonksiyonu üzerinde olumlu etkilerini gösteren çalışmalar olmakla beraber daha güçlü kanıtların gerektiği de vurgulanmaktadır (Khodaie, Abbasi, Motlagh, Zhao ve Moghadasi, 2022). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, MS hastalarında sık karşılaşılan bir semptom olan yorgunluğu azaltma da akupunkturun olumlu etkisi gösterilmektedir (Sungur, Ovayolu ve Akçalı, 2023).

Bitki ve bitki özlerinin çeşitli hastalıklarda kullanımı çok eski zamanlara uzanmaktadır. Özellikle Çin kültüründe bu tür tedavilerin kullanımı çok yaygın olmakla birlikte dünya genelinde de farklı bitkisel tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. MS’da en çok incelenen bitkilerin çeşitli semptomlar üzerinde etkisi gösterilmektedir. Örneğin *Cannabis savita*’nın spastisite, nöropatik ağrı ve üriner komplikasyonlar üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir. *Curcumin* (zerdeçal), *Lipia citriadora* (limon otu), *Capparis ovata* (kapari), *Ginkgo biloba*, *Ginger* (zencefil), *Punica granatum* kabuğu ekstresi gibi diğer bitkisel ürünlerin ise nörolojik defisitleri, ağrı ve yorgunluğu azaltmada, ürolojik semptomları hafifletmede ve stresi yönetmede etkili olduğu gösterilmektedir (Rabiei, 2019). Ülkemizde MS’lu hastaların en sık sarımsak, soya, ginseng, ısırgan otu, sarı kantaron, çuha çiçeği, çörek otu yağı, papatya ekstresi, kapari, keten tohumunun kullanıldığı belirtilmektedir (Dayapoğlu ve Tan, 2016; Güleç ve Gümüş, 2018; Çelik ve ark.,2019). Ucuz,

kolay erişilebilir olmaları ve “doğal” oldukları düşüncesiyle daha az yan etkilere neden olacağı inancı bitkisel ürünlerin yaygın kullanılmasına neden olmaktadır (Güleç ve Gümüş, 2018). Bitkisel takviyelerin MS tedavisinde kullanılan medikal ilaçların etkilerini artırıp/azaltabileceği riski göz önüne alındığında, oldukça yaygın kullanılan bu tamamlayıcı yöntem üzerinde daha kapsamlı klinik çalışmalara ihtiyaç olduğu da vurgulanmaktadır (Petersen, Bergien ve Staerk, 2021).

Vücudun belli noktalarında vakum oluşturarak kan alma işlemi olan yaş kupa (hacamat) uygulaması, MS dahil pek çok hastalıklarla birlikte sağlıklı bireylerinde kullandıkları yöntemlerden biridir. Birçok farklı hastalık için kullanılmakta olan bu yöntemin nörolojik ağrı üzerinde olumlu etkisini gösteren çalışmalara rastlanmaktadır (Ersoy ve Benli, 2020). Hacamatın, Müslüman MS hastalarının sık kullandıkları bir yöntem olduğu belirtilmektedir. Bunun nedeninin ise manevi şifa kaynağı inancı olduğu belirtilmektedir (Ranjbar ve ark., 2021; Alnahdi ve ark., 2020). Türkiye nüfusunun çoğunluğunun Müslümanlardan oluştuğu göz önüne alındığında, uygulamanın hastalar üzerinde etkilerini inceleyen çalışmaların yapılması literatürümüze katkı sağlayacaktır.

Multiple Sklerozda kullanılan bir diğer TAT yöntemi ise sülüktür. Sülük (hirudoterapi) kadim uygulamalar arasında gösterilmektedir. Sülüğün ısırık ile konakçının kan dolaşımına verdiği biyoaktif maddelerin analjezik, antikoagülan, anti inflamatuvar, antimikrobiyal, terapötik etkileri rapor edilmektedir. Ancak Sülük uygulamasının sepsise, aşırı duyarlılığa, lokal kaşıntı ve yara yerinde nekroza neden olabileceğinden kontrollü ve bilinçli yapılması gerektirmektedir (Chhayani, Daxini ve Patel, 2023).

Refleksoloji el/ayak ve kulakta, vücudun belli alanlarını temsil ettiği düşünülen noktalara masaj uygulanarak bu alanlarda

dolaşımı ve sinir sistemini uyarıp rahatlatmayı ve tedaviyi amaçlayan bir TAT yöntemidir (Doğan ve Tan, 2021). MS hastalarında refleksoloji uygulamasının ağrı, yorgunluk, konstipasyon, stres ve anksiyete üzerinde olumlu etkileri gösterilmektedir. Bu uygulamanın düşük maliyetli ve efektif olması nedeniyle, hastaların yaşam kalitelerinin artırılması adına sağlık bakım hizmetlerine entegre edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Ma, Yuan, Qian, Guan ve Wang, 2023).

Multiple Skleroz, prognozu nedeniyle hastalarda psikolojik anlamda olumsuz etkilere neden olmaktadır. Ağrı, uykusuzluk, yorgunluk, umutsuzluk gibi semptomlar hastaların bilişsel işlevlerde zorlanmalarına neden olmakta ve baş etmelerini güçleştirmektedir. Bu olumsuz sonuçları azaltmak, iyi oluşu artırmak için çeşitli psikolojik terapilerin ve uygulamaların etkinliğini araştırılmaktadır. Bu araştırmalar sonucunda farkındalık müdahalelerinin ağrı, yorgunluk, stres ve uykusuzluğu hafiflettiği bildirilmektedir (Khalili, Hosseini ve Sabahi, 2023). Nefes alma ve fiziksel duruş tekniklerini içeren yoganın fiziksel esneklik ve koordinasyon gücünü artırarak yorgunluk ve duygudurum üzerinde olumlu etkileri olduğu saptanmıştır (Robert, Reynolds, Eisenberg ve Rocha, 2023). Bilişsel davranışçı psikoterapinin ağrı ve ölüm kaygısını azalttığına dair veriler bulunmaktadır (Gromisch ve ark., 2020; Lotfifar, Ghadampour ve Bagheri, 2021). Müslüman MS hastaları tarafından çoğunlukla kullanılan dua etme, namaz kılma, kuran okuma gibi dini uygulamaların da ilahi güçle bağlantı sağlayarak psikolojik iyi oluşa ve motivasyona neden olabildiği belirtilmektedir (Alnahdi ve ark., 2020).

#### **4. SONUÇ**

Multiple Skleroz etiyolojisi ve tedavisi tam olarak belirlenememiş sistemik bir hastalıktır. Prognoz ilerledikçe birey

ve toplum üzerindeki yük artmaktadır. TAT kullanımı çok eskilerden beri her toplumda rastlanılan uygulamalardır. Her eğitim düzeyi, yaş ve cinsiyette insanın bu yöntemlerden en az birini kullanması sağlık bakım hizmeti sunucuları açısından önemli bir veridir. Bu amaçla kültürel ve toplumsal farklılıklar göz önüne alınarak çeşitli eğitimler ve farkındalıklar geliştirilmesi profesyonellerin sorumluluk alanında bulunmaktadır.

## KAYNAKÇA

- Alnahdi, M. A., Alsulayhim, A. K., Salem, A. H. B., Masuadi, E., & Al Malik, Y. (2020). Patterns and outcomes of complementary and alternative medicine use among adult patients with multiple sclerosis. *Cureus*, 12(10).
- Appleberry, H. C., & Shin, R. K. (2022). Multiple Sclerosis Management: Current Clinical Approaches to Disease-Modifying Therapy. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 10(3), 140-144.
- Balcı, B., Duman, E., Tunç, C., Baştan, B., & Çokar, A. (2023). Türkiye'deki Göçmen ve Yerel Multipl Skleroz Hastalarının Klinik ve Demografik Özellikleri. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 60(2).
- Basak, T., Unver, V., & Demirkaya, S. (2014). The use of complementary and alternative medicine by multiple sclerosis patients in Turkey. *Gülhane Tıp Dergisi*, 56(2), 71.
- Bergien, S. O., Petersen, C. M., Lynning, M., Kristiansen, M., & Skovgaard, L. (2020). Use of natural medicine and dietary supplements concomitant with conventional medicine among people with Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 44, 102197.
- Chhayani, K., Daxini, P., & Patel, P. (2023). An Overview on Medicinal Leech Therapy. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 11, 107-113
- Claflin, S. B., van der Mei, I. A., & Taylor, B. V. (2018). Complementary and alternative treatments of multiple sclerosis: a review of the evidence from 2001 to 2016. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 89(1), 34-41.

- Contarlı, N., & Özdemir, M. (2023). Multiple Skleroz'da Tedavi Yaklaşımları. *Tıp ve Sağlık Bilimlerinde Multidisipliner Bakış II* içinde (s.97-124). Ankara: İKSAD Publishing House.
- Çelik, R. G. G., Öztürk, M., Altın, S., Köseoğlu, M., Sarıahmetoğlu, H., Tütüncü, M., & Soysal, A. (2019). Multipl Skleroz Hastalarında Alternatif ve Tamamlayıcı Tedavilerin Kullanım Sıklığı. *Türk Noroloji Dergisi*, 25(3), 153.
- Dayapoğlu, N., & Tan, M. (2016). Use of complementary and alternative medicine among people with multiple sclerosis in Eastern Turkey. *Neurol Asia*, 21(1), 63-71.
- Doğan, H. D., & Tan, M. (2021). Effects of reflexology on pain, fatigue, and quality of life in multiple sclerosis patients: a clinical study. *Altern Ther Health Med*, 27(5), 14-22.
- Erişim adresi: <https://www.atlasofms.org/> (Son erişim tarihi: 13 Haziran 2024)
- Ersoy, S., & Benli, A. R. (2020). Continue or stop applying wet cupping therapy (al-hijamah) in migraine headache: A randomized controlled trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 38, 101065.
- Ford, H. (2020). Clinical presentation and diagnosis of multiple sclerosis. *Clinical Medicine*, 20(4), 380.
- Gedizlioğlu, M., Yumurtaş, S., Trakyalı, A. U., Yıldırım, F., Ortan, P., & Köşkdereioğlu, A. (2015). Multipl Sklerozda alternatif ve tamamlayıcı tedavi kullanımı: Kesitsel bir anket çalışması. *Türk J Neurol*, 21(1), 13-5.
- Güleç, S., & Gümüş, K. (2018). Multiple Skleroz Hastalarında Tamamlayıcı ve Bütünleşik (İntegratif) Yöntemlerin Kullanımının Hasta Memnuniyetine Etkisi. *Journal of International Social Research*, 11(56).

- Gotta, M., Mayer, C. A., & Huebner, J. (2018). Use of complementary and alternative medicine in patients with multiple sclerosis in Germany. *Complementary therapies in medicine*, 36, 113-117.
- Gromisch, E. S., Kerns, R. D., Czlupinski, R., Beenken, B., Otis, J., Lo, A. C., & Beauvais, J. (2020). Cognitive behavioral therapy for the management of multiple sclerosis-related pain: a randomized clinical trial. *International journal of MS care*, 22(1), 8-14
- Khalili, M. D., Hosseini, S. M., & Sabahi, P. (2023). Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Anxiety Sensitivity in Patients with Multiple Sclerosis. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 12(1).
- Khodaie, F., Abbasi, N., Motlagh, A. H. K., Zhao, B., & Moghadasi, A. N. (2022). Acupuncture for multiple sclerosis: A literature review. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 60, 103715.
- Lotfifar, B., Ghadampour, E., & Bagheri, N. (2021). Comparative effectiveness of psychotherapy approaches on Death Anxiety in Multiple Sclerosis Patients. A pilot randomized controlled trial. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 51, 102914.
- Ma, X., Yuan, Z., Qian, B., Guan, Y., & Wang, B. (2023). Systematic review and meta-analysis of reflexology for people with multiple sclerosis: Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine*, 102(5).
- Oh, J., Vidal-Jordana, A., & Montalban, X. (2018). Multiple sclerosis: clinical aspects. *Current opinion in neurology*, 31(6), 752-759.

- Petersen, M. J., Bergien, S. O., & Staerk, D. (2021). A systematic review of possible interactions for herbal medicines and dietary supplements used concomitantly with disease-modifying or symptom-alleviating multiple sclerosis drugs. *Phytotherapy Research*, 35(7), 3610-3631.
- Rabiei, Z. (2019). Phytotherapy as a complementary medicine for multiple sclerosis. *Turkish journal of pharmaceutical sciences*, 16(2), 246.
- Ranjbar, A., Daneshfard, B., & Izadi, S. (2021). Complementary and alternative medicine usage amongst multiple sclerosis patients in Iran. *Neurology Asia*, 26(4).
- Rende, B., & Orha, A. T. (2023). Multiple Sklerozda Tanı ve Tedavi. *Sağlık & Bilim 2023: Güncel Tıp-I*, 59. İstanbul:Efe Akademi Yayınları.
- Robert, M. K., Reynolds, M. A. H., Eisenberg, M., & Rocha, A. (2023). Exploring an 8-Week Online Adaptive Yoga Program for Multiple Sclerosis: A Pilot Study. *Holistic Nursing Practice*, 37(2), 62-70.
- Soto-Lara, M., Silva-Loredo, M., Monroy-Córdoba, J. R., Flores-Ordoñez, P., Cervera-Delgadillo, N. G., & Carrillo-Mora, P. (2023). Alternative medicine therapies in neurological disorders: prevalence, reasons and associated factors. A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*, 102932.
- Sungur, M., Ovayolu, N., & Akçalı, A. (2023). The effect of acupressure applied to patients with multiple sclerosis on fatigue. *Holistic Nursing Practice*, 37(4), 184-194.
- Tekin, C., Tecelioglu, M., Şekerci, G., & Özcan, A. (2022). Traditional and complementary medicine use in multiple sclerosis: A cross-sectional study.

- Ward, M., & Goldman, M. D. (2022). Epidemiology and pathophysiology of multiple sclerosis. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 28(4), 988-1005.
- World Health Organization. (2019). *WHO global report on traditional and complementary medicine 2019*. World Health Organization.

# HEMŞİRELERİN BAKIM DAVRANIŞLARI<sup>1</sup>

Sıddık Mehmet KUTLUCA<sup>2</sup>

Serpil ÇELİK DURMUŞ<sup>3</sup>

## 1. GİRİŞ

Hemşire, hasta ya da sağlıklı bireylere her ortamda, her yaşta özerk ve işbirlikçibakım sağlayan bir meslek mensubudur. 2002 yılında ICN'nin yaptığı tanıma göre hemşirelik, sağlığın geliştirilmesini, hastalıkların önlenmesini, hasta, engelli ve ölmekteolan bireylerin bakımını kapsar. Ayrıca savunuculuk, güvenli bir ortam sağlama, sağlıkpolitikalarının şekillendirilmesi ve hasta eğitimi de hemşirelik mesleğinin kilit noktalarıdır (ICN. Erişim tarihi: 8 şubat 2022).

Hemşireler, toplumsal sağlık seviyesinin artmasında, hastalıkların engellenmesindeönemli rol alır ve hastaya gerekli bakım ve tedaviyi uygulayıp değerlendiren profesyonel ekip üyesidir (Gedük, 2018). Bu meslek birden fazla özelliğin tek bir çatı altındatoplanmasından meydana gelmektedir. Hemşirelik mesleğinin yıllardır değişmeyen ve enönemli özelliği bakım hizmetinin özenle yerine getirilmesidir (Eroğlu, 2018).

Bakım, bakıma gereksinimi olan kişiler ile bakım verme mesuliyetini üstlenen,hasta ve hemşire arasındaki ilişkiye dayanan, bilgi, emek ve ilgi gerektiren bir uğraştır (Dinç ve Gül, 2018). Hemşirelik mesleğinde ise bakım, mesleğin temel

---

<sup>1</sup> Bu bölüm Yüksek Lisans Tezinden üretilmiştir.

<sup>2</sup> Uzman Hemşire, Ankara Üniversitesi Cebeci Uygulama ve Araştırma Hastanesi, mehmet\_kutluca01@outlook.com, ORCID: 0000 0001 9693 4980.

<sup>3</sup> Doçent Doktor, Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, serpilcelik2010@gmail.com, ORCID: 0000-0002-0932-3346.

yapıtaşlarından biri olup hemşire ve bakım verdiği kişi arasındaki soyut bir bağın merkezindedir. Hemşireler, bakım verdiği hastaların inançları, davranışları, hareketleri, değerlerini bütün olarak gördüğü için en iyi bakımı vermeleri gerektiğine inanırlar. Bu yüzden hastalara etik bakışle yaklaşırlar (Doğan, Kürklü, Tarhan, 2019). Hemşirelik bakım uygulamasının asıl amacını oluşturan bireyin, toplumun ihtiyaçlarına göre bakımını üstlenen, bu ihtiyaçların tespit edilmesi, planlanması, uygulanması ve bu aşamaların değerlendirilmesi açısından önemlidir (Yurtsever ve Karagözoğlu, 2020). Hemşirelik bakım davranışları düşünce, bilgi, mimik, görünüm, hastaya dokunuş, duygu ve iletişimi içermektedir. Hastalarla iletişim kurmak, dinlemek, hastaya adıyla hitap etmek, onları kabul etmek, güler yüzlü davranmak önemli bakım davranışlarıdır. Bakım davranışları hemşirelerin değerleri, yaşı, benliği, tecrübesi ile ilgili olduğu gibi hastalarla ilgili olarak hastanın tıbbi tanısı, hastasayısı ve hastanenin sunduğu hizmet kalitesiyle de ilişkilidir. Bakım davranışlarında önemli faktörlerden birisi de kültürel çeşitliliklerdir. Bu faktörler hasta memnuniyetine de etki etmektedir (Boz ve Kol 2020). Hastalara verilen hemşirelik bakım davranışları, hastaların memnuniyetlerinin, düşüncelerinin ölçülmesi ve değerlendirilmesine katkı sağlar. Bu değerlendirmelerin sonuçlarına göre hastalara yapılacak yeni uygulamalara yön verilmesi sağlanır (Eroğlu, 2018).

## **2. BAKIM KAVRAMI**

Bakım, insanlığın var oluşuyla birlikte başlayıp, birçok tanımı olan, subjektif ve etik gibi yönleri bulunan bir kavramdır. Her insan doğduğu anla birlikte bakıma ihtiyaç duyar (Gül, 2019).

Bakım kelimesi Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde; “bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen

emek'' olarak belirtilmektedir. Bir diğer tanımı ise bakım; ''birinin beslenmesi, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi'' olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu. Erişim tarihi: 5 Mart 2022).

Bakım, insanlık için vazgeçilmesi mümkün olmayan temel etkidir. Heidegger, bakım için insanlığın yapı taşı olarak nitelendirilmektedir. Heidegger, her bireyin kişisel bakımını yapmaya uyum gösteren hisse sahip olduğunu ve bakımın insanın özü olduğunu belirtmiştir (Göçmen Baykara, 2014).

Madeleine M. Leininger'in tanımına göre bakım, insanların hayat şartlarını yükseltmek ve iyileştirmek için gereksinimlerin karşılanmasına yardım eden tutumlarla ilişkili bir olgudur. Hemşirelikte Kültürel Bakım Modeli'ni kuran Leininger, bakımın çok önemli olduğunu ve insan ile ilişkili olduğunu belirtmektedir (Göğüş, 2016).

## **2.1.Bakım Davranışı**

İnsanlar, toplumsal kurallar, taklitler, hareketler, tutumlar ile davranışlarını belirlerler. Bakım davranışları hemşirelerin hasta memnuniyetini arttırmak için, hastalara ihtiyaçları doğrultusunda yardım etmesini içermektedir. Hastaların beklentilerinin belirlenmesi ve karşılanmasını gerekli kılmaktadır (Şanal, 2020).

Bakım davranışlarıyla ilgili bilinen en önemli kuramcı Watson'dur. Bakım davranışlarına özellikle vurgulama yapan Watson, bakım davranışlarının temelini, dokunma, varlığını sunma, insan merkezli, insanlarla doğrudan iletişim kurarak, onlarla yüz yüze ve gözüne bakarak konuşma, duyarlı olma, insanlarla konuşarak rahatlatma, kibar davranma, yardım etme, doğru bilgiler verme, manevi olarak destek olma gibi etkenlerin etkilediğine dikkat çekmiştir (Küçüksarı, 2020).

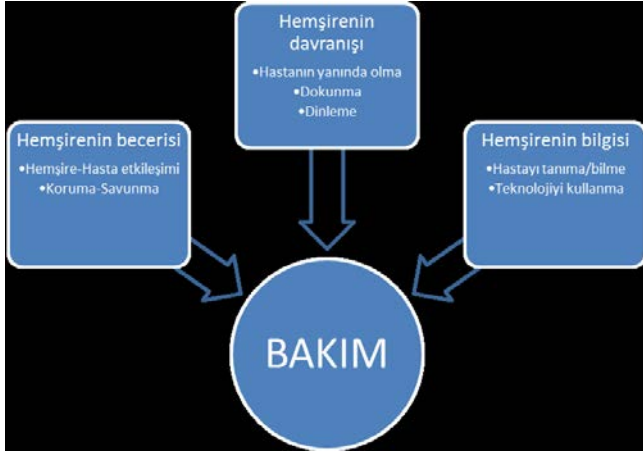
Hemşirelik bakım odaklı bir meslek grubu olup bakım davranışları da bu mesleğin merkezinde bulunmaktadır. Bu özelliği ile hemşirelik mesleği, diğer mesleklerden ayrılmaktadır (Uzelli Yılmaz ve ark. 2017).

Bakım davranışları, iyi bir bakım verildiğini gösteren en önemli etkidir. Hemşirelik mesleğinin ana unsuru olarak benimsenmektedir. Yapılan bakım davranışları kayıt altına alınmalıdır. Hastaları anlamalı ve gerekli bakım verilmelidir (Boz ve ark. 2020).

## **2.2.Bakım Kavramının Bileşenleri**

Bakım, birçok boyutu ve kapsamı olan bir kavram olup hemşirenin becerisi, hemşirenin davranışı, hemşirenin bilgisinden oluşmaktadır (Aydın, 2014; Göğüş, 2016; Korkut Bayındır ve ark. 2019) (Şekil 1.)

**Şekil 1. Bakım Kavramının Bileşenleri**



**Kaynak:** (Aydın, 2014).

## **2.3.Bakımda Hemşirenin Bilgisi**

### **2.3.1. Hastayı Tanıma/Bilme**

Kuramcılardan Swanson'a göre bilmek, kişileri anlamaktır. Kişilerin dünyasından, onların deneyimlerini

anlamaya çalışmaktır. Hemşireler, bu aşamada hastalar ile ilişki kurmalıdır ve hastaları tanımaya çalışmalıdır. Bu sayede hasta hakkında bilgi sahibi olunarak hastaya gerekli bakım ve yardım sağlanmaktadır (Yeşildere Sağlam ve Gürsoy, 2021).

Swanson Bakım Kuramı'na göre tanıma aşaması sayesinde hasta ve hemşire arasında köprü kurulur, hastanın iyileşme süresinde azalma olur. Hastanın yaşadığı zorlukların üstesinden gelmeye yardımcı olur ve hastanın hemşireye olan güveninin artmasına katkıda bulunur (Karaca ve ark., 2017).

Hemşirelik, gün içerisinde birçok hasta ile iletişim halindedir. Hastaları ne kadar iyi tanınması, onun verdiği bakımın kalitesi ve yeterliliğini belirlemede önemli rol oynamaktadır. Bir kuramcı olan H. Peplau'nun çıkardığı “Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler” isimli kitabıyla hemşireler, hastalar ile olan ilişkilerine olan önem artmıştır (Göğüş, 2016).

Hildegard Peplau'nun “Kişilerarası İlişkiler Modeli” dört aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalardan ikinci aşama tanımlama aşamasıdır. Tanımlama aşamasına göre bu aşama planlama ve amaç belirleme aşamasıdır. Hastanın duygularını belirtmesi için fırsat verilmeli ve hasta olumlu yönlendirilmelidir. Bu aşama hastaların ihtiyaçlarının giderilmesi için oldukça gerekli bir aşamadır (Baysa Arabacı ve Taş, 2019).

### **2.3.2. Teknoloji Kullanımı**

Sağlık sistemlerinde, her geçen gün teknoloji kullanımı daha da artmakta ve sağlık bakımının verilmesine, sağlık bakımının devamlılığına büyük kolaylıklar sağlamaktadır (Sharp ve ark., 2019). Günlük yaşantımızda teknoloji, hem eğitim alanında hem de sağlık alanında vazgeçilmez bir hale gelmiştir. Sağlık sektörü içindeki hemşireler içinde gelişen teknoloji büyük kolaylıklar sağlamıştır. Hemşirelerin, gelişen teknolojiye uyum sağlamaları için üniversite eğitim hayatlarından itibaren

gerekli eğitimler verilmektedir. Teknoloji kullanımının artmasıyla birlikte hasta takibi daha kolay hale gelmiştir. Hastaların takibi bilgisayar sistemi üzerinden yapılmaya başlanmıştır. Buda daha sistemli bir bakım verilmesine imkan sağlamaktadır. Teknoloji sürekli gelişmekte olup, hemşirelerinde gelişen bu teknolojiye sağlık için yapılan cihazları, sistemleri kullanmayı öğrenmeleri beklenmektedir ve bunun için gerekli eğitimler düzenlenmektedir (Ulupınar ve Toygar, 2020).

## **2.4.Bakımda Hemşirenin Becerisi**

### **2.4.1. Hemşire Hasta Etkileşimi**

Hemşirelik, hastaların sağlığını koruma ve geliştirmelerini sağlayan, gerekli durumlarda hastaya rehabilitasyon yapan profesyonel bir meslektir. Gerekli olan bu bakımları hemşireler, hastalar ile iletişim kurarak yaparlar. Etkileşimde beden dili, ses ve sözcükler etkilidir. Bunlar içinde beden dilinin payı büyüktür. Hemşire, hastayla iletişimde dikkatli bir şekilde bu ifadeleri kullanır ve hastanın anlama kapasitesine göre iletişim kurar (Tan ve Polat, 2020).

Hastalara bakımda, en temel madde hastalarla olan etkileşimdir. Bir hemşire için, hastalarla olan etkileşim, hastalar için iyileştiren bir müdahaledir. Etkileşimin merkezinde hastanın ihtiyaçlarının giderilmesi yer alır. Hemşire hasta etkileşimi sayesinde, hastayı bir bütün olarak ele alır ve hasta ile terapötik ilişki kurar (Kaçmaz ve Çam, 2019).

### **2.4.2. Koruma ve Savunma Rolü**

Savunuculuk;Hastanın soru sormasını, hastanın problemleriyle ilgilenmeyi, hemşirelere hastaya zaman ayırmayı öğretir. Birinci amaç, hastayı kendi işlerini yapabilen, bağımsız bir şekilde hareket edebilen duruma getirmektir. Hemşireler, hastalar için güvenilir bir ortamda bulunmalarını sağlama,

bakım ile ilgili konularda doğru kararlar verebilmelerine yardımcı olma, hastaların haklarına sahip çıkma, hastanın yeterli bilgi sahibi olmasını sağlama, hastayı koruma gibi görevleri vardır. Hemşireler, hastanın sağlığını bozacak bir tehlike olduğu zaman hastayı savunma, hasta hakkını arama ve koruma birinci hedeflerindendir (Tanrıverdi, 2019).

## **2.5.Bakımda Hemşirenin Davranışı**

Çok kapsamlı olan bakım davranışında, hemşireler hastalara destek olma, hastalarla iletişim kurma, onlara dokunma, hastaları bilme gibi uygulamalarla bakım davranışlarını yapmaktadırlar. Hemşireler, bakım davranışlarını hastalara ve hasta yakınlarına uygulamaktadırlar. Hasta yakınlarına da destek olarak onların streslerini azaltıp güvenli bir ortam oluşturmalıdırlar (Elçelik, 2021).

### **2.5.1.Hastanın Yanında Olmak**

Hastalar, hastaneye yatışlarından itibaren korku içinde olmaya başlarlar. Tedavilerinin nasıl seyredeceğini merak etmeleri ve iyileşememe korkusuyla anksiyetelerinde artış meydana gelmektedir. Bu süreçte hastalara destek olmak, hastaların yanında olmak hemşireler için başlıca görevler arasındadır. Hastanın anksiyetesini belirlemek ve anksiyetesiyle başa çıkmasını sağlamak çok önemlidir. Hemşire, hastalara bu dönemde gerekli sosyal destek sağlanmalı ve hastanın yanında olduğunu hissettirmelidir. Bu sayede hastanın endişeleri giderilmiş olacak ve hastanın hemşireye karşı olan güveni artmış olacaktır. Hemşire bu sayede hastanın bakımı konusunda daha etkili olacak ve hasta ile daha iyi ilişkiler kurmuş olacaktır (Ayakdaş Dağlı ve ark., 2020).

### **2.5.2.Dokunma**

Dokunma, hemşirelerin hastaya karşı güven duyduğunu, ilgi gösterdiğini ve hastayı desteklediğini gösteren bir

yaklaşımdır. Hasta farklı birçok kötü durumla karşılaşabilir ve hemşirenin ona destek olmasını isteyebilir. Bu durumlarda dokunma, hastanın rahatlamasını sağlar ve bakımına katkıda bulunmasına yardımcı olur. Dokunma, hemşire ve hasta ile güçlü bir ilişki kurmasında en önemli görevi üstlenir. Güçlü bir ilişki kurulması sayesinde hemşire hastanın özel alanına girip, hastaya daha fazla destek olmayı ve hastaya daha kaliteli bakım verilmesini sağlar (Güngör, 2020)

## **2.6.Bakımda Hemşirenin Algısı**

Günümüzde, gelişen teknolojiyle sağlık sektöründe hastalara verilen hizmetin daha kaliteli olması ve bakım hizmetlerinin yaygınlaşması kaçınılmaz hale gelmiştir. Kalite, insanlar için en önemli faktör haline gelmiş olup sağlık sektörünün vazgeçilmez ana unsuru olmuştur. Bakımda, kalitenin çok önemli yeri vardır. Hemşirelik bakımında amaç, hastanın ihtiyaçlarını belirlemek ve güven içerisinde hastanın sorunlarıyla baş edebilecek hale gelmesine yardım etmektir. İyi bir bakım vermek hemşirelik mesleğinin temelidir. Bu yüzden kaliteli bakım hizmeti verebilmek için hemşireler gerekli bilgi, beceri, mesleki ahlak ve gerekli duyarlılığa sahip olması gerekir. Kendini sürekli geliştirebilen ve gelişen teknolojiye uyum sağlaması gereklidir (Cerit, 2018).

Altınbaş ve İster (2020) yaptığı çalışmada, hemşirelerin bakım verme rollerinde yaş, cinsiyet, çalışma süresi ve şekli, medeni durumları etkilemediği belirtilmiştir. Yapılan çalışmada hemşirelerin bakım algıları ile bakım vermeleri arasında pozitif ilişki olduğu belirtilmiştir.

## **2.7.Hastaların Hemşirelik Bakım Algıları**

Günümüzde, hasta memnuniyeti verilen kalitenin değerlendirilmesinde en önemli etken olmuştur. Verilen hizmetin sonuçlarını değerlendirmede hasta memnuniyeti kullanılmaktadır. Hastaların memnuniyet düzeyini yaş, cinsiyet

gibi faktörlerin etkilediği gibi, hastanenin fiziki yapısı, hemşirelerin davranışı gibi faktörler etkilemektedir. Verilen hizmetin kalitesi arttıkça hastaların memnuniyet düzeyi de doğru orantılı şekilde artmaktadır (Koç, 2020).

Bakım, hemşirelikte değişmeyen ana unsurdur. Hemşirelik bakımıyla hastaların gerekli olan tıbbi ihtiyaçları karşılanmakta olup memnuniyeti arttırılmaktadır. Hastalara verilen bakım ile hastaların yatış süresi ve buna bağlı maliyet azalmaktadır. Hastanın bakımına kendisinin de katılması hastanın memnuniyetini arttırır. Hemşirenin bilgi düzeyinin yüksek olması, hastaya nazik davranması, hastaların memnuniyetini etkilemektedir. Hastaların fiziksel, psikolojik ihtiyaçları göz önüne alınmalı ve ihtiyaçları doğrultusunda bakım verilmelidir (Kersu ve ark., 2020).

Mackie ve arkadaşlarının 2019 yılında Avustralya’da yaptığı çalışmada çoğu personelin hasta ile iletişiminin yetersiz olduğu ve hastalarında iletişim yetersizliğinden bakım süreçlerine ve karar verme süreçlerine katılmaları engellendiği belirtilmiştir. Aile ile birlikte hemşirelik bakımına katıldığında ise hasta memnuniyetinin arttığı ve sağlık hizmetinin kalitesinin arttığı belirtilmiştir.

## **2.8.Hastaların Bakım Algısını Etkileyen Faktörler**

Sağlık sisteminin temelinde hasta memnuniyeti bulunmaktadır. Hastaların memnuniyeti ile sağlık kuruluşların hizmet kalitesi ölçülmektedir. Hasta memnuniyetini etkileyen en önemli kavram ise verilen bakım kalitesidir. Hastalara bakım verilirken hasta kültürün, eğitim durumun, inançları, fiziki durumu, yaşı göz önüne alınmalıdır. Hemşireler, hastalara karşı saygılı olmalı, onları dinlemeli, hastanın bağımsızlığını desteklemeli, hastalara eşit davranmalıdır. Bakıma hasta ve ailesi de katılmalı, böylece hastanın memnuniyet düzeyi artması sağlanmalıdır. Bu şekilde bakım verildiğinde, hastanede yatış

süresi azalmakta olup verilen bakım kalitesi de artmış olmaktadır (Altınbaş, İster, 2020).

Bir hemşirenin davranışı, hasta memnuniyeti için ana unsurdur. Hastanın tekrarlanan sorularını yanıtlamalı ve sağduyulu olmalıdır. Hemşireler hastalara karşı gerekli bilgiye sahip olmalı ve hastaları rahat, güvenli hissettirmelidirler (Manzoor ve ark., 2019).

## **2.9.Hemşirelik Bakımının Özellikleri**

Hemşirelik bakımı, hastaların iyileşme sürecinde en önemli katkıyı sağlamaktadır. Hastaların stresli dönemde olduğu bu zamanlarda, hastanın rahatına yönelik hemşirelik girişimlerini uygulamalıdır. Bakım verilirken hastaların mahremiyeti, psikolojik durumu, hastanın ihtiyaçları göz önüne alınmalıdır (Yılmaz, 2018).

Hemşirelik bakımının özel olmasını sağlayan özellikler, hemşirelerin bilgileri, yetenekleri ve becerilerini etik ilkeler doğrultusunda kullanmalarıdır. Bakımın en önemli özelliği de bilgi ve beceridir. Bilgi ve beceri olmadığı takdirde ölümcül tıbbi hatalara neden olmaktadır. Hemşirelik bakımının olmazsa olmaz beş özelliği; merhamet, bilgi, beceri, itimat etme ve taahhüt vermedir. Genel olarak özellikleri ise, ahlaki boyutu olan, etik ilkeler içeren, bilgi, yetenek, bilimsel teknik bulunduran, memnuniyeti çoğaltan sağlık koruyucu davranıştır (Durukan, 2019).

## **2.10. Hemşirelik Bakımının Niteliğini Etkileyen Faktörler**

Hemşirelik mesleği bakım temelli bir meslektir. Hasta ile hemşire arasında özel bir bağ oluşur. Hemşire hastanın özel alanına girmekte, onun sıkıntısını gidermek için yardım etmektedir. Bakımı etkileyen en önemli unsurlardan birisi hemşire sayısıdır. Hemşire sayısının yetersiz olması,

hemşirelerin hastalara yeterli vakit ayıramamasına neden olmakta ve hemşirenin bakım kalitesini düşürmektedir (Karaca ve Durna, 2018).

Bakımı etkileyen diğer unsurlarda, bakım verilen kurumun fiziki özellikleri, hemşirenin kişisel özellikleri, kültürel özellikler, çalışma saatleri, yönetimin davranış şeklidir (Işıksan, 2018). Günümüzde hasta hakları, verilen hizmetin kalitesini değerlendirme bilincinin artmış olmasıyla bakımın değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi zorunluluğu oluşmuştur. Bakımın kalitesi ve değerlendirilmesi hastadan alınan memnuniyetlik derecesiyle ölçülür. Hasta memnuniyetini etkileyen ölçüler ise hasta beklentileri ve aldıkları hizmet algılarıdır. Bu yüzden değerlendirme yapılırken bakımla ilgili hastanın algısı bilinmeli ve algıları etkileyen etkenler incelenmelidir. Düzenli aralıklarla bakım anketler yapılmalı, bakımda eksik olan yönler belirlenmeli ve gerekli düzeltmeler yapılmalıdır (Gürkan ve ark., 2020).

### **3. SONUÇ**

Hemşirelik mesleği insanlığın varoluşundan bu yana süregelen, hastaları 24 saat gözlemleyen ve bakım veren profesyonel bir meslektir. Hemşirelik mesleğinin temelini bakım oluşturmaktadır. Hastalar ile iletişim kuran, hastaların özeline giren, uygulama yapan ve değerlendiren en önemli meslek grubudur. Bu bağlamda hemşirelik mesleği için bakım uygulaması olmazsa olmaz temel mesleki uygulamadır. İyi bir bakım davranışı, hastanın hastanede kalış süresini kısalttığı gibi hasta memnuniyetini arttırırken maliyeti azaltmaktadır. Dolayısıyla hemşirelik bakım davranışı sağlık hizmetlerinde bir çok sonucu doğrudan etkiler niteliktedir.

## **KAYNAKÇA**

- Altınbaş, Y., & İster, E. D. (2020). Hemşirelerin Bakım Verici Rollerine İlişkin Tutumları ve Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 29(4), 246-254.
- Ayakdaş Dağlı, D., Büyükbaş, A. ve Arabacı L. (2020). COVID-19 Tanısı Alan Hasta ve Ailesine Psikososyal Yaklaşım. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2): 191-195
- Aydın, M. (2014) Bir Üniversite Hastanesindeki Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışları, (yüksek lisans tezi), 6, Atatürk Üniversitesi. Erzurum
- Bayındır, SK. ve Biçer, S. (2019). Holistik Hemşirelik Bakımı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1): 25-29
- Baysan Arabacı, L., & Taş, G. (2019). Suça Sürüklenen Bir Çocuk Hastanın Bakımında Peplau'nun Kişilerarası İlişkiler Modeli'nin Kullanımının Bakıma Etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(3), 218-226.
- Boz, İ. ve Kol, E. (2020). Yoğun Bakım Hemşireliğinde Bakım Davranışları Üzerine Bir Literatür Derleme. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(1):32-38
- Cerit, B., & Çoşkun, S. (2018). Hasta ve Hemşirelerin Hemşirelik Bakım Kalitesine İlişkin Algıları. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 9(2), 103-109.
- Dağlı, D. A., Büyükbayram, A., & Arabacı, L. B. (2020). COVID-19 tanısı alan hasta ve ailesine psikososyal yaklaşım. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2), 191-195.

- Doğan, P., Tarhan, M., Kürklü, A. (2019). Hemşirelik Öğrencilerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları İle Ahlaki Duyarlılık Düzeyleri Arasındaki İlişki, Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 16 (2): 119-124
- Durukan, E. (2019) Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Bakım Davranışları ve Çalışma Koşulları, (yüksek lisans tezi), 5-6, Selçuk Üniversitesi. Konya.
- Elçelik, U. E. (2021) Yoğun Bakım Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Son Dönem Hasta Bakımında Yaşadıkları Ahlaki Sıkıntıların Bakım Davranışlarına Etkisi, (yüksek lisans tezi), 16-17, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi. Nevşehir
- Eroğlu, N. (2018). Acil Servise Başvuran Hastaların Hemşirelerin Bakım Davranışlarını Değerlendirmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 20(2-3):13-21
- Gedük, E.A. (2018). Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Roller. HSP, 5 (2):253-258
- Göçmen Baykara, Z. (2014). Hemşirelik Bakımı Kavramı. Türkiye Biyoetik Dergisi, 1(2),92-99.
- Göğüş, F. (2016). Cerrahi Hastaların ve Cerrahi Hemşirelerinin Bakım Davranışı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması, (yüksek lisans tezi), 6, Ankara Üniversitesi. Ankara.
- Gül, Ş. ve Dinç L. (2018). Hastaların ve Hemşirelerin Hemşirelik Bakımına Yönelik Algılarının İncelenmesi. HUHEMFAD-JOHUFON, 5(3), 192-208
- Gül, Ş. (2019). Bakım Kavramı Işığında Hemşirelik Bakımı ve Etkileyen Faktörler. ACU Sağlık Bil. Dergisi, 10(2), 129-134.

- Güngör, D. C. (2020) Hemşirelik Bakımında Hasta-Hemşire Etkileşiminin Anlamı: Nitel Bir Araştırma, (yüksek lisans tezi), 36, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi. İzmir
- Gürkan, A. Y. S. E. L., Dikmen Aydın, Y. E. Ş. İ. M., & Aldemir, K. (2020). Cerrahi Hastaların Hemşirelik Bakım Kalitesi Algıları ve Bakımdan Memnuniyetleri. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 12(3).
- ICN. Erişim tarihi: 8 Şubat 2022, web: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
- Işıksan, V. (2018). Kurumda Çalışan Yaşlı Bakım Elemanlarının Bakım Yükünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Toplum ve Sosyal Hizmet, 29(1), 1-26.
- Kaçmaz, E. D., & Çam, M. O. (2019). Psikiyatri hastalarına bakım veren hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşim düzeylerinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 10(1), 65-74.
- Karaca, A., & Durna, Z. (2018). Hemşirelik Bakım Kalitesi ve İlişkili Faktörler. Sağlık ve Toplum, 28(3), 16-23.
- Karaca, PP ve Oskay, UY (2017). Swanson Düşük Bakımında Bakım Kuramı/Düşük Yapan Kadınların Bakımında Swanson Bakım Kuramı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 14 (3), 228
- Kersu, Ö., Boğa, S. M., Köşgeroğlu, N., Sayılan, A. A., İlter, G., & Baydemir, C. (2020). Cerrahi Servislerinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakım Kalitesi Algılamaları ile Memnuniyet Durumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 35-38.
- Küçüksarı, T. (2020) Hemşirelikte Personel Güçlendirmenin İş Performansı Ve Bakım Davranışları İle İlişkisi, (yüksek lisans tezi), 25-26, İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

- Mackie, B. R., Mitchell, M., & Marshall, A. P. (2019). Patient and Family Members' Perceptions of Family Participation in Care on Acute Care Wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(2), 359-370.
- Manzoor, F., Wei, L., Hussain, A., Asif, M., & Shah, S. I. A. (2019). Patient Satisfaction With Health Care Services; An Application Of Physician's Behavior as a Moderator. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3318.
- Sağlam, H. Y., & Gürsoy, E. (2021). Swanson Bakım Kuramı: Hemşirelik Araştırmalarında Kullanımı. *Eskisehir Medical Journal*, 2(2), 139-147.
- Sharpp, T.J., Lovelace, K., Cowan, LD., Baker, D. (2019). Perspectives of nurse managers on information communication technology and e-Leadership. *Journal of Nursing Management*, 27:1554–1562
- Şanal, S. (2020) Pediatri Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin Bakım Davranışları Üzerindeki Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, 8, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi. Zonguldak.
- Tan, M. ve Polat, H. (2020). Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3):451-457
- Tanrıverdi, G. Hemşirelik Bakımında Kültürel Yeterlilik İçin Uygulama Standartları ve Rehberi. Kongre Düzenleme Kurulu Kongre Onursal Başkanı.
- Türk Dil Kurumu. Erişim tarihi: 5 Mart 2022, <https://sozluk.gov.tr/>.

- Ulupınar, F., & Toygar, Ş. A. (2020). Hemşirelik Eğitiminde Teknoloji Kullanımı ve Örnek Uygulamalar. *Fiscaoeconomia*, 4(2), 524-537.
- Uzelli Yılmaz, D., Akın Korhan, E., & Khorshid, L. (2017). Bir Palyatif Bakım Kliniğinde Hemşirelik Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Journal of Human Sciences*, 14(3), 2968-2980.
- Yılmaz, E., Çeçen, D., Toğaç, H. K., Mutlu, S., Havva, K. A. R. A., & Aslan, A. (2018). Ameliyat Sürecindeki Hastaların Konfor Düzeyleri ve Hemşirelik Bakımları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 3-9.
- Yurtsever, İ. ve Karagözoğlu, Ş. (2020). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hastanede Kullanılan Hemşirelik Bakım Planını İyileştirme Konusundaki Görüş ve Önerileri: Karma Modelde Bir Çalışma. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(3),215-225

# **NUTRITION AND SLEEP PROBLEMS IN CHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITIES**

**Çiğdem Müge HAYLI<sup>1</sup>**

**Dilek DEMİR KÖSEM<sup>2</sup>**

**Mehmet Zeki AVCI<sup>3</sup>**

## **1. INTRODUCTION**

It is a neurodevelopmental disorder that begins in early childhood, characterized by intellectual disability, inadequate social communicative development, repetitive behaviors and limited areas of interest (Birliği, 2013). ASD, which has been reported to be seen with a frequency of 1/68 in recent studies, poses a significant burden for the family and society because it is a lifelong disorder and there is no treatment that eliminates the core symptoms. Sleep and nutrition problems, which are very common in individuals with ASD, worsen the lives of these individuals and their families in biological, physical and social terms (Cermak et.al., 2010).

Sleep and nutrition are indispensable needs for a person to continue his life. There are findings that suggest that there is a two-way and complex relationship between sleep and brain development, and that sleep has an effect on brain development

---

<sup>1</sup> Assistant Professor, Hakkari University, Faculty of Health Sciences, Nursing, mugehayli@hakkari.edu.tr, ORCID: 0000-0001-7630-9619.

<sup>2</sup> Assistant Professor Doctor, Hakkari University, Faculty of Health Sciences, Nursing, dilekdemir@hakkari.edu.tr, ORCID: 0000-0001-9914-8299.

<sup>3</sup> Professor Doctor, Cyprus Ilim University, Faculty of Health Sciences, Nursing, mehmetavci@csu.edu.tr, ORCID: 0000-0001-6614-9447.

and brain development has an effect on sleep. It has been reported that there are causal and etiological connections between sleep-wake regulation and behavioral-emotional functions (Van Dongen and Dinges, 2003; Lundh and Broman, 2000).

Parents of children with intellectual disabilities report that their children are picky about nutrition and show limited food intake (Kodak and Piazza, 2008). Difficulty in feeding skills, picky, strange and unusual eating behavior, sensitivity to a certain way of presenting food, avoidance of new foods, excessive and persistent intake of one type of food, and mealtime behavioral problems are observed in children with ASD (Bandini et.al., 2010).

## **2. SLEEP PROBLEMS IN INTELLECTUAL DISABLED CHILDREN**

Sleep is an active process in which intense brain activity occurs rather than a simple state of rest. It is thought that sleep has an effect on brain development, and brain development has an effect on sleep. In developing children, sleep has many important functions such as energy conservation, brain development, strengthening of cognition and memory, behavioral regulation and learning. It is known that sleep problems are an important variable predicting daytime functionality (Cohen et.al., 2014).

Sleep problems are more common in children with developmental delays than in typically developing children. While sleep problems have been reported at a rate of 40-80% in individuals with ASD, these rates have been reported to be around 25-40% in age- and gender-matched control groups (Cohen et.al., 2014). Children with ASD have been defined as a risk group for sleep problems due to the unique behavioral

characteristics of autism. In a study investigating sleep problems in children with ASD, developmental delay and typically developing children, sleep problems were found mostly in ASD patients with 53%, 46% in developmental delays and 32% in typically developing children (Krakowiak et.al., 2008).

The most frequently identified sleep problems in children with intellectual disabilities include resistance to going to bed, difficulty initiating sleep at night, prolonged sleep latency, frequent night awakenings, decreased sleep efficiency, decreased total sleep time, daytime sleepiness, irregular sleep hours, circadian rhythm disorder, REM disorder. is located (Cohen et.al., 2014; Kotagal and Bromall, 2012; Richdale et.al., 2009):

In their 2011 review of sleep problems in children with ASD, Hollway and Aman put forward a two-pronged theoretical framework to explain the processes affecting sleep and their interactions with each other. Hollway and Aman conceptualized this framework, inspired by studies explaining the susceptibility-stress models. This two-pronged framework clarifies how the combined effects of sleep-affecting variables can predispose a child to sleep problems and how sleep problems can exacerbate sleep-impacting behavior (Hollway and Aman, 2011).

Evaluation and treatment of sleep problems of mentally disabled children are of great importance for both the child and the family. A child who does not sleep well will have difficulty learning the next day, his/her behavioral problems will increase, he/she will not be able to benefit from education at the desired level, and the whole family's quality of life, work efficiency, and ability and energy to cope with the burden of caring for the child will be problematic (Mukaddes, 2013).

### **3. NUTRITIONAL PROBLEMS IN INTELLECTUAL DISABLED CHILDREN**

Nutritional problems have been known since the disease was first described and are considered a feature of the disease (Ornitz and Ritvo, 1968). It is known that children with ASD experience feeding problems 5 times more often than typically developing children. Studies have found the frequency of feeding problems in ASD to be 13-87% (Cermak et.al., 2010; Kodak and Piazza, 2008). Nutritional problems seen in children with ASD are difficulty in eating skills, the most common of which is food selectivity, picky, strange and unusual eating behavior, sensitivity to the presentation of food in a certain way, avoidance of new foods, excessive and persistent intake of one type of food and meal timing. defined it as behavioral problems (Sharp et.al., 2013; Kodak and Piazza, 2008). Choosing food; It is defined as consumption of a limited variety of foods, rejection of some foods, excessive consumption of certain foods and selective consumption of certain groups of foods (Cermak et.al., 2010):

Based on studies reporting that characteristics of foods such as taste, smell, temperature, and shape are factors in nutritional problems, it has been reported that sensory hypo/hypersensitivity may be a determining factor (Mazurek et.al., 2013). Repetitive ritualistic behaviors and limited interests are one of the main symptoms of ASD, affecting many areas of life and also causing nutritional problems (Hundly et.al., 2016). Children with ASD are quite resistant to new experiences and trying new foods. They exhibit restrictive diets, avoiding certain foods or trying to eat non-food items, and food-related rituals and behaviors (Sharp et.al., 2013).

Gastrointestinal system symptoms are frequently reported in children with ASD. Common GI symptoms in

children with ASD are defined as constipation, diarrhea, vomiting, abdominal pain, abdominal bloating and gastroesophageal reflux. While these symptoms may lead to nutritional problems, it has also been suggested that gastrointestinal symptoms may occur secondary to nutritional problems (Buie et.al., 2010).

Early recognition and intervention of nutritional problems is important because malnutrition at an early age affects cognitive, motor and behavioral development, and effective results can be obtained with early behavioral intervention for nutritional problems, just like other behavioral problems (Najdowski et.al., 2003).

#### **4. GASTROINTESTINAL SYSTEM SYMPTOMS**

Constipation, abdominal pain, and reflux are the most frequently reported gastrointestinal system symptoms in ASD. Due to the limited verbal skills and self-expression of mentally retarded children, these symptoms lead to behavioral deterioration, sleep problems and tension. The bowel habits, nutritional patterns, food variety and quality of these children need to be evaluated. It is recommended to evaluate gastrointestinal system problems, especially in mentally disabled children with symptoms of sleep problems, irritability and restlessness (40,62).

#### **5. CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS**

The clinician evaluating a mentally disabled child should develop a holistic treatment approach by evaluating all areas of the child such as sleep, nutrition, repetitive behaviors, anxiety, and sensory differences. At the same time, the necessary evaluations and guidance should be made, taking into account

the problems related to the parents. In order to better understand sleep and nutrition problems, more studies are needed to shed light on etiopathogenesis.

## REFERENCES

- Bandini, L.G., et al., Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. The Journal of pediatrics, 2010. 157(2): p. 259- 264.
- Birliği, A.P., Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition (DSM 5). 2013, Trans. Ed., Ertuğrul Köroğlu. Ankara: Physicians Publishing Association.
- Buie, T., et al., Evaluation, diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: a consensus report. Pediatrics, 2010. 125(Supplement 1): p. S1-S18.
- Cermak, S.A., C. Curtin, and L.G. Bandini, Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. Journal of the American Dietetic Association, 2010. 110(2): p. 238-246.
- Cohen, S., et al., The relationship between sleep and behavior in autism spectrum disorder (ASD): a review. Journal of neurodevelopmental disorders, 2014. 6(1): p. 44.
- Hollway, J.A., M.G. Aman, and E. Butter, Correlates and risk markers for sleep disturbance in participants of the autism treatment network. Journal of autism and developmental disorders, 2013. 43(12): p. 2830-2843.
- Kodak, T. and C.C. Piazza, Assessment and behavioral treatment of feeding and sleeping disorders in children with autism spectrum disorders. Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 2008. 17(4): p. 887-905.
- Krakowiak, P., et al., Sleep problems in children with autism spectrum disorders, developmental delays, and typical

- development: a population-based study. *Journal of sleep research*, 2008. 17(2): p. 197-206.
- Kotagal, S. and E. Broomall, Sleep in children with autism spectrum disorder. *Pediatric neurology*, 2012. 47(4): p. 242-251.
- Hundley, R.J., A. Shui, and B.A. Malow, Relationship Between Subtypes of Restricted and Repetitive Behaviors and Sleep Disturbance in Autism Spectrum Disorder. *Journal of autism and developmental disorders*, 2016. 46(11): p. 3448- 3457.
- Lundh, L.-G. and J.-E. Broman, Insomnia as an interaction between sleep- interfering and sleep-interpreting processes. *Journal of psychosomatic research*, 2000. 49(5): p. 299-310.
- Mazurek, M.O., et al., Anxiety, sensory over-responsivity, and gastrointestinal problems in children with autism spectrum disorders. *Journal of abnormal child psychology*, 2013. 41(1): p. 165-176.
- Mukaddes, N., *Autism Spectrum Disorders Diagnosis and Follow-up*. 2013, Istanbul: Nobel Medical Bookstore.
- Najdowski, A.C., et al., Parental assessment and treatment of food selectivity in natural settings. *Journal of applied behavior analysis*, 2003. 36(3): p. 383-386.
- Ornitz, E.M. and E.R. Ritvo, Perceptual inconstancy in early infantile autism: The syndrome of early infant autism and its variants including certain cases of childhood schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 1968. 18(1): p. 76-98.
- Richdale, A.L. and K.A. Schreck, Sleep problems in autism spectrum disorders: prevalence, nature, & possible

biopsychosocial aetiologies. Sleep medicine reviews, 2009. 13(6): p. 403-411.

Sharp, W.G., et al., Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: a meta-analysis and comprehensive review of the literature. Journal of autism and developmental disorders, 2013. 43(9): p. 2159-2173.

Van Dongen, H. and D.F. Dinges, Investigating the interaction between the homeostatic and circadian processes of sleep-wake regulation for the prediction of waking neurobehavioural performance. Journal of sleep research, 2003. 12(3): p. 181-187.

# HEMŞİRELİK ALIŐMALARI

**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